

LILIANE DA CONSOLAÇÃO CAMPOS RIBEIRO

**ACOLHIMENTO ÀS CRIANÇAS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE A
POSTURA DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE
SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Universidade Federal de Minas Gerais
Programa de Pós – Graduação em Ciências da Saúde:
Saúde da Criança e do Adolescente
Belo Horizonte – MG
2009**

LILIANE DA CONSOLAÇÃO CAMPOS RIBEIRO

**ACOLHIMENTO ÀS CRIANÇAS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE A
POSTURA DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde (Área de Concentração: Saúde da Criança e do Adolescente).

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Regina Lunardi Rocha

**Universidade Federal de Minas Gerais
Programa de Pós – Graduação em Ciências da Saúde:
Saúde da Criança e do Adolescente
Belo Horizonte – MG
2009**

**Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente**

Universidade Federal de Minas Gerais

Reitor: Prof. Ronaldo Tadêu Pena

Vice-Reitora: Prof^a. Heloisa Maria Murgel Starling

Pró-Reitora de Pós-Graduação: Prof^a. Elizabeth Ribeiro da Silva

Pró-Reitor de Pesquisa: Prof. Carlos Alberto Pereira Tavares

Faculdade de Medicina

Diretor da Faculdade de Medicina: Prof. Francisco José Penna

Vice-Diretor da Faculdade de Medicina: Prof. Tarcizo Afonso
Nunes

Centro de Pós Graduação

Coordenador: Prof. Carlos Faria Santos Amaral

Subcoordenador: João Lúcio dos Santos Jr.

Chefe do Departamento de Pediatria: Prof^a. Maria Aparecida
Martins

**Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Área de
Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente:**

Coordenador: Prof. Joel Alves Lamounier

Subcoordenadora: Prof^a. Ana Cristina Simões e Silva

**Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da
Saúde – Área de Concentração em Saúde da Criança e do
Adolescente:**

Prof^a. Ivani Novato Silva

Prof. Jorge Andrade Pinto

Prof^a. Lúcia Maria Horta Figueiredo Goulart

Prof^a. Maria Cândida Ferrarez Bouzada Viana

Prof. Marco Antônio Duarte

Prof^a. Regina Lunardi Rocha

Gustavo Sena Sousa (Repr. Discente)

AOS MEUS GRANDES INCENTIVADORES

**MOTIVO DE TODO O MEU ESFORÇO E DEDICAÇÃO,
RAZÃO DE MINHA VIDA.**

A VOCÊ, WESLEY, MEU GRANDE AMOR, AMIGO, COMPANHEIRO, PELA VALIOSA COMPREENSÃO, COOPERAÇÃO E SER UM ESTÍMULO PERMANENTE PARA OS MEUS IDEAIS.

A SENHORA, MÃE, E A VOCÊ, LILIA, CUJOS INCENTIVOS FORAM IMPRESCINDÍVEIS NESTA LUTA COMO EM TANTAS OUTRAS, VALORIZANDO CADA MOMENTO DE VITÓRIA E ME FAZENDO VER E ACREDITAR QUE OS OBSTÁCULOS EXISTEM POR ALGUM MOTIVO, QUE NÃO ESTÃO ALI PARA IMPEDIR DE ENTRAR. E SIM PARA NOS DAR UMA CHANCE DE MOSTRARMOS A FORÇA DE NOSSAS ASPIRAÇÕES.

A MEU PAI, GRANDE HOMEM EM MINHA VIDA, QUE ME ENSINOU O VALOR DO ACOLHIMENTO POR MEIO DO VÍNCULO, DA COMPREENSÃO, DA ESCUTA QUALIFICADA E POR ME OFERECER RESPOSTAS, INDEPENDENTE SE FOSSEM FAVORÁVEIS OU NÃO, AO SENHOR, O MEU ETERNO RESPEITO!

**Com enorme gratidão e amor,
Dedico-lhes este trabalho.**

AGRADECIMENTOS

Ao finalizar esta trajetória em minha vida, sinto-me muito agradecida e expresso-lhes a minha gratidão e meu reconhecimento a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho, seja por longos períodos ou momentos circunstanciais, para que se sintam partícipes desta conquista. Agradeço muito a Deus por estes momentos, por estas pessoas e por esta enorme conquista.

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Saúde da Criança e do Adolescente, sob a coordenação do Prof. Dr. Joel Alves Lamounier, que acolheu meu projeto de pesquisa na Faculdade de Medicina da UFMG, dando-me a oportunidade de compartilhar a construção de conhecimentos com uma comunidade acadêmica altamente qualificada.

À Prof^ª. Dr^ª. Regina Lunardi Rocha, que mesmo não sendo a sua área de pesquisa, aceitou orientar meu projeto e me apontou caminhos seguros para que ao rolar minha pedra, não corresse o risco de ter de largá-la, mostrando-se sempre atenciosa e confiante aos meus ideais, que no decorrer do tempo, passaram também a ser dela, por sua confiança, coragem e incentivo, lhe agradeço eternamente por esta conquista.

Às funcionárias do CPG-UFMG pela atenção, carinho e competência.

Aos colegas da pós-graduação, em especial ao Bruno, Paulo e Luciana, pela convivência e por tudo que vivemos e aprendemos juntos

Ao Prof. Dr. Pedro Ângelo e Prof. Dr. Donaldo pela oportunidade da qualificação, pela confiança e apoio. Obrigada!

Aos colegas e amigos professores e funcionários do Departamento de Enfermagem da UFVJM, Paulo Celso, Rosamary, Dayse, Mirtes, Penha, Cristiane, Dulce, Taciana, Mariluce, Luciana, Patrícia, Pámela e Vaninha, pelas orientações, ensinamentos e, principalmente, pela oportunidade de iniciar e terminar este tão sonhado CURSO DE MESTRADO.

À Prof^ª. Maria Letícia, pelo apoio, incentivo e acima de tudo por seus grandes ensinamentos.

A Ieda Maria Silva pelo empenho e pela busca de referenciais para o meu trabalho.

À Prof^ª. Joseane, pela disponibilidade e cálculo amostral.

Ao Enfermeiro Edson, pela disponibilidade e criação do logotipo da pesquisa.

À Secretaria Municipal de Saúde de Diamantina e aos responsáveis pelas crianças que permitiram a realização do estudo.

Ao meu cunhado Marcelo, a minha linda Babi, pela força, incentivo e tantas outras formas de ajudar.

À minha querida Rosinha, pelo carinho, compreensão, ajuda e pelo abraço forte nos momentos de tristeza e alegria.

À amiga Daniella, pela confiança, orientações, empréstimo de inúmeros materiais, só DEUS para lhe compensar.

À amiga, orientanda, Thamara, pela ajuda na confecção final desta dissertação, que DEUS continue a lhe abençoar, não existem palavras para lhe agradecer!

A Ana Maria, Ana Letícia, Alisson, Elda, Ilda, Flávia pela compreensão, dedicação, amizade e ajuda em vários momentos de minha vida.

Aos meus eternos orientandos(Vivi, Thá, Carol, Roni, Susy, Jê, Mary, Petrina, Mariana Botelho e Dri) pelo respeito, dedicação, coleta dos dados, digitalização, sem eles não conseguiria esta conquista!

As orações de D. Cleides, D. Jacinta, Sr. Wellinton, Fabiana e Tia Tereza e Laudelice.

Aos taxistas que inúmeras vezes me conduziram à cidade de Belo Horizonte para o cumprimento dos créditos.

À Prof^a. Dr^a. Maria Lucia Cardoso dos Santos, por acreditar em meu potencial e ser este grande exemplo de Mestra e Enfermeira!

À Prof^a. Dr^a. Meirelle, por ter sido a primeira a mostrar-me o caminho da pesquisa, da docência e, acima de qualquer coisa, acreditar e me fazer crer que eu poderia ser melhor a cada dia!

Ao Programa de Reorientação da Formação em Saúde e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico por subsidiar o meu projeto.

A todos vocês o meu Muito Obrigada!

“SE VOCÊ CONSEGUE SONHAR ALGO, CONSEGUE REALIZÁ-LO”.

WALT DISNEY

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo avaliar a prática do acolhimento às crianças de 0 a 6 anos nas equipes de saúde da família do município de Diamantina-Minas Gerais. Trata-se de estudo transversal em uma amostra aleatória estratificada e proporcional, realizada com 384 responsáveis por crianças cadastradas em seis equipes de saúde da família. Os dados foram coletados nos meses de maio e junho de 2009, por meio do instrumento elaborado e validado no Brasil, chamado Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool). Os dados foram digitados e analisados de forma descritiva e analítica pelo programa SPSS versão 12.0. Em relação às crianças, 52,9% eram do sexo feminino, 55,5% menores de 3 anos, 71,6% viviam com o pai e a mãe. A média da idade das mães foi de 28 anos (DP=6,6) e dos pais 35 anos (DP=7,9). O principal responsável pela procura dos serviços de saúde para o atendimento à saúde da criança foi a mãe 87,5%, seguida da avó 7,6%, sendo essas 57,4% donas de casa. O serviço de referência para o atendimento foi a unidade de saúde da família 77,6%, seguido de 13,3% de um consultório específico de um médico/clínica privada. Dos que tem como referência a unidade de saúde da família, 61% procuram por causa do serviço, 25% por causa do enfermeiro e 12,5% por causa do médico. Em relação ao acolhimento/postura do profissional responsável por atendimento à saúde de sua criança na equipe de saúde da família, 74,2% consideram que o profissional entende o que ele diz e pergunta, e 79,2% respondem da forma que o cuidador da criança entende. Para 77,2% dos responsáveis sempre que precisam conversar com o profissional eles conseguem, e 73,8% se sentem à vontade para falar com o profissional. A partir destes resultados pode-se inferir que o acolhimento/postura nestes serviços tem permitido uma interação usuário- profissional satisfatória, imprescindível para um atendimento à saúde com qualidade.

Palavras Chave: Acolhimento, Saúde da Família

ABSTRACT

The present study's objective is to evaluate the practice of reception of 0 to 6 years-old children in the family's health teamwork of the city of Diamantina-Minas Gerais. It is a transversal study in a stratified random and proportional sample with 384 people responsible for children registered in five family's health teamwork. Data had been collected in the months of May and June of 2009, through an instrument elaborated and validated in Brazil, called Patch Check Advanced Tool (PCATool). The collected data had been typed and analyzed in both descriptive and analytical way by SPSS program version 12.0. On behalf of the children, 52.9% were female, 55.5% had less than 3 years-old, and 71.6% lived with their parents. The average of the age of the mothers was 28 years-old (DP=6.6) and the fathers, 35 years-old (DP=7.9). The main responsible for the search of health services for the attendance of the child's health was the mother, 87.5%, followed by the grandmother, 7.6%, and 57.4% of them were housewives. The service of reference for the attendance was the unit of family health 77.6%, followed by 13.3% of a specific private doctor or clinic. Among the ones that had, as a reference, the family health's unit, 61% look for it because of the service, 25%, because of the nurse and 12.5% because of the doctor. Regarding the attitude of attendance of the responsible professional for attendance to the child's health in the family's health teamwork, 74.2% consider that the professional understands what it is said and asked, and 79.2% answer in a way they can understand. For 77.2% responsible for the children, whenever they need to talk with a professional, they succeed, and 73.8% of them feel comfortable to speak with the professional. From these results, there can be inferred that the attendance/attitude in these services has allowed a satisfactory professional-patient interaction, essential for a qualified attendance in health services.

Key words: Reception, Family Health

RESUMEN

El objetivo del presente estudio es evaluar la práctica del acogida de los niños de 0 a 6 años en los equipos de salud de la familia de la ciudad de Diamantina-Minas Gerais. Es un estudio transversal en una muestra aleatoria estratificada y proporcional realizada con 384 personas responsables de los niños registrados en cinco equipos de salud de la familia. Los datos fueron recogidos en los meses de mayo y de junio de 2009, a través de un instrumento elaborado y validado en el Brasil, llamado Herramienta de Evaluación del Atención Primaria (PCATool). Los datos fueron tecleados y analizados de manera descriptiva y analítica por la versión 12.0 del programa de SPSS. Con respecto a los niños, 52,9% eran del sexo femenino, 55,5% tenían menos de 3 años, y 71,6% vivían con sus padres. El promedio de la edad de las madres era 28 años (DP=6,6) y de los padres, 35 años (DP=7,9). El principal responsable de la búsqueda de los servicios de salud para el atendimento la salud del niño fue la madre, 87,5%, seguida por la abuela, 7,6%, y 57,4% de ellas eran amas de casa. El servicio de referencia para el atendimento fue la unidad de salud de la familia 77,6%, seguido por 13,3% de un consultorio específico de un doctor o de una clínica privada. Entre los que tenían como referencia la unidad de salud de la familia, 61% la buscan debido a el servicio, 25%, debido a la enfermera y 12,5% debido a el doctor. En relación a la postura de acogida del profesional responsable por el atendimento de la salud de su niño en el equipo de salud de la familia, 74,2% considera que el profesional entiende lo que se dice y pregunta, y 79,2% contestan de una manera que ellos pueden entender. Para 77,2% de los responsables por los niños, siempre que necesitan hablar con un profesional tienen éxito, y 73,8% de ellos se sienten cómodos para hablar con el profesional. De estos resultados, allí se puede deducir que la acogida/la actitud en estos servicios no han prohibido una interacción satisfactoria del profesional-paciente, esencial para una atención calificada en servicios médicos.

Palabras clave: Acogida, Salud de la Familia

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1-	Mapa de localização do município.....	26
FIGURA 2-	Parte da equipe de trabalho.....	30
FIGURA 3-	Seleção da amostra.....	41
FIGURA 4-	Mapa das áreas de abrangência das Equipes de Saúde da Família.....	59

LISTA DE TABELAS

1-	Dados de 16 estudos sobre acolhimento nas equipes de saúde da família	42
2-	Titulação e Vínculo Institucional do primeiro autor dos 16 trabalhos	43
3-	Conceitos atribuídos pelos 15 autores sobre o acolhimento	44
4-	Resultados dos estudos primários em relação a prática do acolhimento nas equipes de saúde da família	45
5-	Distribuição das crianças por equipes de saúde da família	60
6-	Análise de frequência das variáveis sociodemográficas	63
7-	Serviço de referência para assistência infantil segundo o responsável principal pela criança	64
8-	Acolhimento/postura dos profissionais frente aos responsáveis por crianças	64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD –	Atendente de Consultório de Dentário
ACS –	Agente Comunitário de Saúde
ADOLEC –	Saúde na Adolescência
APS –	Atenção Primária à Saúde
BBO –	Biblioteca Brasileira de Odontologia
BDENF –	Base de Dados de Enfermagem
BIREME -	Biblioteca Virtual em Saúde
BVS –	Biblioteca Virtual em Saúde
CNPq –	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COMUT –	Comutação Bibliográfica
DEcS –	Descritores em Ciências da Saúde
EEUSP –	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
ESF –	Estratégia de Saúde da Família
LILACS –	Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OPAS –	Organização Pan-americana de Saúde
PACS –	Programa de Agentes comunitários de Saúde
PCATool-	Instrumento de Avaliação da Atenção Primária
PSF –	Programa de Saúde da Família
REME-	Revista Mineira de Enfermagem
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SMS –	Secretaria Municipal de Saúde
SUS –	Sistema Único de Saúde
THD	Técnico em Higiene Dental
UBS –	Unidade Básica de Saúde
UEPB –	Universidade Estadual da Paraíba
UERJ –	Universidade Estadual Rio de Janeiro
UFVJM –	Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
UFMG –	Universidade Federal de Minas Gerais
UFRGS –	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
US –	Unidade de Saúde
USF –	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	18
2 OBJETIVOS.....	23
3 MÉTODOS.....	25
4 RESULTADOS (ARTIGOS).....	32
Artigo 1 (Fundamentação teórica).....	33
1 Introdução	34
2 Objetivos.....	36
3 Procedimentos metodológicos.....	37
4 Análise dos estudos incluídos.....	40
5 Considerações finais.....	52
6 Referências	53
Artigo 2 (Artigo Original)	56
1 Introdução.....	57
2 Objetivos.....	58
3 Procedimentos Metodológicos.....	59
4 Resultados.....	62
5 Discussão.....	65
6 Considerações finais	67
7 Referências.....	68
APÊNDICES.....	71
ANEXOS.....	77

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Desde o meu ingresso na antiga Faculdade Federal de Odontologia de Diamantina (FAFEOD) hoje, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), me senti acolhida, mesmo sem saber tecnicamente o que constituía a palavra acolhimento.

Fui da primeira turma de Enfermagem da FAFEOD, por estarmos no Vale do Jequitinhonha, tão conceituado como Vale da Miséria, o saber ouvir, falar se integrar com o outro, tentar ser resolutivo foram princípios que me nortearam.

Vinda de uma família simples e muito convincente de meus ideais, já nos primeiros dias de aula, fui apresentada a coordenadora de curso Prof^a. Dr^a. Maria Lucia Cardoso dos Santos, Doutora e Mestre em Pediatria, tinha três especializações, que hoje não me lembro em quê. O seu conhecimento científico, sua voz forte, a sua postura na forma de receber, escutar e tentar dar respostas as nossas dúvidas e angústias, me fizeram ficar admirada com uma enfermeira com tantos títulos e tão simples, que já havia contribuído tanto para o desenvolvimento da enfermagem do país e quis seguir os seus passos.

E assim o fiz, durante a graduação fui monitora de saúde pública, apresentei trabalhos e coloquei como meta em minha vida, formar e ser uma Mestra igual àquela coordenadora.

Formei, fiz três especializações voltadas para o ensino e para a saúde da família, paralelamente trabalhei no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em um bairro carente de Diamantina. Aprendi com os agentes comunitários de saúde que trabalhavam neste bairro há seis anos, e com uma população receptora e consciente de seus direitos, mas também ensinei.

Sabe-se que o acolhimento deve promover uma interação entre a equipe, a fim de utilizar as potencialidades de cada profissional. Conforme PANIZZI; FRANCO (2004) o acolhimento propicia uma nova significação das relações da equipe, que tem a necessidade de interagir durante o processo de trabalho na assistência, construindo uma “rede de conversas” que potencializa sua capacidade resolutiva por meio da troca de saberes e práticas entre os profissionais.

Conseguimos transformar o PACS em Programa de Saúde da Família (PSF) e tentávamos todos fazer o nosso melhor, o acolhimento estava incutido em nossa assistência, mais uma vez sem conhecê-lo teoricamente. Todos acolhiam, trabalhávamos realmente em equipe, recebemos em 2003 o prêmio de menção honrosa pelo trabalho desenvolvido pela Secretaria de Estado da Saúde da Minas Gerais, dentre todos os PSFs do Estado. Nessa época o meu ideal de fazer o mestrado estava mais aguçado.

Neste período, fui aprovada para professora da antiga FAFEOD denominada naquele momento FAFEID, assim pude continuar agora com mais firmeza no propósito de me preparar para seguir a carreira acadêmica, como docente das disciplinas de Saúde da Família e Estágio Supervisionado: área comunitária.

Em 2007, fui convidada por algumas prefeituras do Vale para falar do acolhimento na saúde da família. Muitas equipes de saúde da região estavam desenvolvendo o acolhimento como forma de triagem para consulta médica, com horário pré-estabelecido, realizado por alguns profissionais, como nova atividade da ESF e as outras atividades educativas como grupos operativos já não mais existiam. Na disciplina vários acadêmicos decidiram por este tema para fazer o trabalho de conclusão de curso, e vi a dificuldade de compreender e aplicar este dispositivo responsável pela reorganização da atenção primária à saúde por meio da Estratégia de Saúde da Família.

O tema central desta dissertação é o acolhimento nas unidades de saúde da família, protagonizado por crianças na faixa etária entre zero e seis anos de idade. Quando refletimos na palavra criança, imediatamente, somos reportados a pensamentos que podem variar de acordo com a história de vida e experiências vivenciadas por cada um de nós. Quase sempre a criança simboliza vida, porém infelizmente, nem sempre as expressões de vida estão presentes ao nos aproximarmos deste público, especialmente, as usuárias de nossos serviços públicos de saúde, ou aquelas que nem sequer conseguem acessá-los. Atuando como enfermeira e docente da Estratégia de Saúde da Família desde 2000, pude perceber que a maioria dos serviços prestados por esta estratégia é direcionado à assistência infantil e essa vivência me impulsionou à busca de uma melhor compreensão das condições de saúde e do contexto em que vivem.

Penso hoje que não escolhi a Saúde da Criança da UFMG e sim este Mestrado me escolheu e permitiu realizar até o momento a maior realização de meus ideais, que desde de março de 1997 estava presente em minhas aspirações, foram dez anos de preparo incessante. Importante destacar que aquela primeira mestra que fez seguir esta carreira era Pediatra e só parei para pensar nisto neste momento.

Quando fui aprovada já conhecia a Política Nacional de Humanização proposta pelo Ministério da Saúde do Brasil, tendo o acolhimento como eixo norteador (BRASIL, 2006), porém inúmeras pessoas e profissionais renomados tinham uma visão diferente da minha, e foi aí que decidi fazer uma revisão integrativa da literatura, que é o primeiro artigo desta dissertação, a fim de compreender o que era o acolhimento nas equipes de saúde da família, sumarizar os artigos publicados pela Biblioteca Virtual em Saúde a partir de conceitos

atribuídos pelos autores sobre acolhimento e verificar como esta prática se constituía na assistência à saúde das pessoas adscritas.

O acolhimento faz parte das tecnologias leves, que são as tecnologias das relações, assim como o vínculo, a autonomização e a gestão (MERHY, 1997). Corroborando com essa concepção, Matumoto (2003) também considera o acolhimento como um processo de relações, produzido a partir da produção de subjetividades no encontro trabalhador-usuário. Para a autora é no interior desse encontro que pode se dar a potencialidade do acolhimento, como disparador de mudanças no modelo de atenção.

A partir destes conceitos escrevemos um projeto de pesquisa que avalia o acolhimento enquanto vínculo, acessibilidade, resolutividade, longitudinalidade e postura do profissional de saúde da família frente aos responsáveis pelas crianças com idade até seis anos.

Sendo o segundo artigo um resultado parcial deste projeto cujo objetivo é avaliar o acolhimento enquanto postura profissional frente aos responsáveis por crianças com idade entre zero a seis anos cadastrados nas equipes de saúde da família da sede do município de Diamantina, Minas Gerais.

Espero que com este trabalho, novas pesquisas sejam realizadas e que o acolhimento proposto teoricamente consiga ser aplicado na prática das equipes de saúde da família, proporcionando um redirecionamento da rede assistencial.

REFERÊNCIAS

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

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micro política do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (org). **Agir em Saúde:** um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

MATUMOTO, S. **Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na Saúde em transformação:** um ensaio cartográfico do acolhimento. Ribeirão Preto, 2003, 186F. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, 2003.

PANIZZI, M.; FRANCO, T. B. A implantação do Acolher Chapecó – Reorganizando o processo de trabalho. In: FRANCO, T. B. et al. **Acolher Chapecó:** uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec; Chapecó, SC: Prefeitura Municipal, 2004.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Avaliar a prática do acolhimento a crianças de 0 a 6 anos nas Equipes de Saúde da Família no Município de Diamantina-Minas Gerais.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar, descrever e analisar a proporção de crianças menores de 6 anos cadastradas nas equipes de saúde da família, que têm a ESF como serviço preferencial de consulta;
- Identificar, descrever e analisar qual o serviço ou categoria profissional que os responsáveis pelas crianças mais procuram para o atendimento;
- Identificar, descrever e analisar as experiências dos responsáveis por estas crianças em relação ao acolhimento/postura profissional das equipes de saúde da família.

3 MÉTODOS

3 MÉTODOS

3.1 Localização geográfica

Essa pesquisa foi realizada na cidade de Diamantina, MG, município de 44.234 habitantes (IBGE2005), localizada cerca de 296 Km da Capital do Estado. Possui seis equipes de saúde da família, sendo cinco na zona urbana.

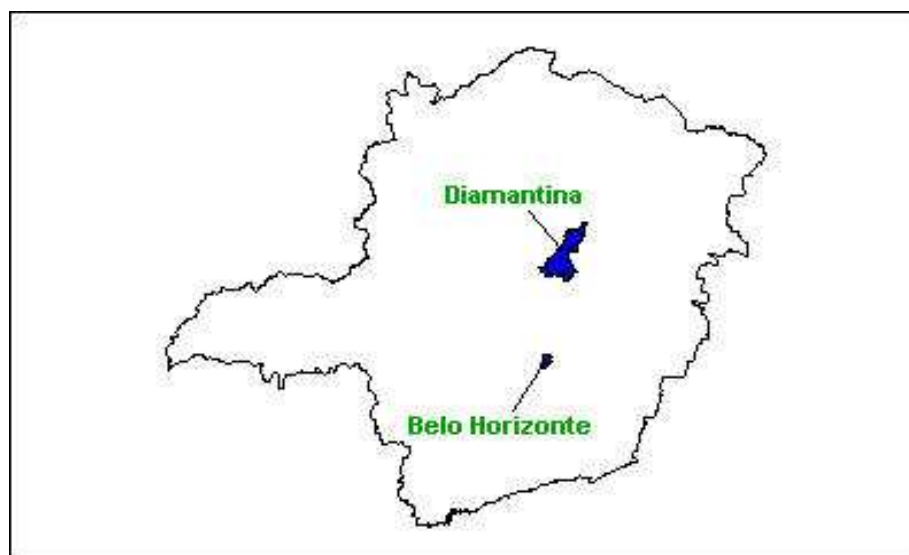


FIG.1- Mapa de localização do município
Fonte: Instituto de Geociência Aplicada

3.2 Delineamento do Estudo

Foi realizado um estudo transversal para verificar a prática do acolhimento a crianças de 0 a 6 anos em unidades de saúde da família da sede do município de Diamantina.

3.2.1 Cálculo da Amostra

A população desta pesquisa foi composta por crianças entre 0 a 6 anos de idade cadastradas nas cinco equipes de saúde da família da sede do município de Diamantina-Minas Gerais.

Como não encontramos na literatura estudos sobre a prevalência de acolhimento a crianças, uma forma alternativa consistiu em adotar a fórmula conhecida como método conservador de dimensionamento de amostra. Assim, o número de crianças que fez parte da amostra foi determinado pela seguinte fórmula:

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2}}{4d^2}$$

Onde:

$\alpha = 0,05$,

$d = \text{erro admissível} = 0,05$

$$n = 3,84 / 4 \cdot (0,05)^2$$

$$n = 3,84 / 4 \cdot 0,0025$$

$$n = 384$$

A amostra foi então composta por 384 crianças.

As crianças foram selecionadas por meio da amostragem aleatória sistemática estratificada, a partir do cadastro de crianças nesta faixa etária no Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB), adquiridos em cada equipe pela própria pesquisadora em formulário específico (APÊNDICE B), realizou-se, então, a distribuição de modo proporcional a real distribuição das crianças por equipe de saúde da família. Com o objetivo de aumentar a representatividade da amostra, somente uma criança por domicílio e responsável entrou na pesquisa. Na ocorrência de encontrarmos mais de uma criança cadastrada entre zero e seis anos de idade, na mesma casa foi adotado como critério de inclusão a criança mais velha.

O intervalo amostral (IA) foi calculado dividindo-se o número total de domicílios registrados pelo número amostral da área de abrangência. Em seguida foram selecionados os domicílios a partir do resultado desta divisão aplicando-se o intervalo amostral encontrado.

Critérios de Inclusão

Para as crianças:

- Ser habitante da área de cobertura da ESF;
- Ter menos de 6 anos de idade;
- Ter sido cadastrada pelo agente comunitário de saúde na ficha de cadastramento familiar (FICHA A);
- Ser a criança mais velha, com idade abaixo de 6 anos, em caso do domicílio ter mais de uma criança por responsável.

Para o cuidador:

- Ter mais de 15 anos de idade;

Ser responsável pela assistência a saúde da criança.

Critérios de exclusão

Para o cuidador:

- Não ter condições físicas / mentais para responder.

3.3 Obtenção dos dados

Foi utilizado, para coleta de dados, parte do instrumento elaborado por Bárbara Starfield e validado no Brasil, por Harzheim (2004) que mede a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS em serviços de atenção à saúde infantil, chamado Instrumento de Avaliação da Atenção Primária em Pediatria (PCATool). O instrumento possui perguntas semiestruturadas e de fácil compreensão, e foi aplicado ao cuidador principal da criança em seu domicílio (ANEXO A). Cada pergunta tem score de 1-4 (nunca presente a sempre presente). Scores ≥ 3 indicam extensão adequada do item avaliado.

3.4 Definição das variáveis

1- Variáveis sócio-demográficas

Variável	Definição	Escala
Idade das Crianças	<i>Quantitativa</i>	Meses 0-72
Idade da mãe	<i>Quantitativa</i>	Anos
Idade do pai	<i>Quantitativa</i>	Anos
Sexo da Criança	<i>Categórica</i>	Masculino, feminino

2- Variáveis socioeconômicas

Variável	Definição	Escala
Renda familiar	Quantitativa. Soma da renda mensal de todos os indivíduos do domicílio.	Até dois salários. Acima de dois salários
Situação de Trabalho do cuidador	Categórica	Empregada em horário integral, com carteira assinada, empregada com meio turno, com carteira assinada, fazendo biscates, não está empregado, dona de casa, na escola, pensionista, encostado, aposentado, outros.
Condições de moradia	Categórica. Tipo de casa.	Tijolo, madeira pré-fabricada, tijolo e madeira, papelão/lata, outros.
Água encanada	Categórica. Presença de água tratada no domicílio.	Sim e Não.
Sanitário da casa	Categórica. Presença de privada no domicílio.	Sim e Não.
Pessoas no domicílio	Quantitativa	De 2 ao máximo valor encontrado.

3- Variáveis Acolhimento/Postura

Variável	Definição	Escala
Tipo de serviço utilizado	Categórica	Emergência de um hospital, ambulatório, consultório específico fora de um hospital Policlínica, clínica privada, unidade de saúde da família.
Postura do profissional frente ao responsável	Categórica	1-4

3.5 Equipe de trabalho



FIG.2- Parte da equipe de trabalho

Nota: Da esquerda para a direita linha superior: Viviane Antunes Rodrigues Soares, Suzanne Pires de Souza, Jeane Almeida de Araújo, Thamara de Souza Campos.
Da esquerda para a direita linha inferior: Roniélha Moreira dos Santos, Mariana Stella Santiago Maia, Carolina Di Pietro Carvalho.

Os entrevistadores foram recrutados entre os acadêmicos do curso de enfermagem da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (FIG.2). A seleção foi por análise de currículo e entrevista individual, conduzida pela própria pesquisadora. Após a seleção, eles passaram por treinamento teórico prático. O treinamento teve duração de 8 horas e foi conduzido pela pesquisadora. Neste momento, foi explicado aos entrevistadores o objetivo da pesquisa, entregue um manual de instruções para utilização do questionário (ANEXO B), enfatizando a importância da postura de escuta e ética na condução da entrevista.

3.6 Teste do instrumento e estudo piloto

O teste do instrumento de pesquisa permitiu identificar perguntas que necessitavam ser reformuladas ou excluídas, a adequação de espaço para respostas e a pertinência das informações solicitadas, conforme os objetivos dessa pesquisa. O teste piloto foi realizado por meio de entrevistas com moradores do município em uma área semelhante às referidas áreas deste estudo e buscou avaliar a adequação das perguntas do ponto de vista da compreensão e se as respostas obtidas atingiram o objetivo do trabalho. Estas informações não foram utilizadas na análise dos resultados da pesquisa e contou com 10% da amostra.

3.7 Análise dos dados

As informações coletadas pertinentes ao objetivo proposto neste artigo foram digitadas em um banco de dados no software SPSS versão 12.0 a partir do qual realizou-se a análise de frequência das variáveis categóricas e descritiva das variáveis quantitativas.

3.8 Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais sob o parecer ETIC 643/98 (ANEXO D).

Os entrevistados convidados a participar do estudo foram esclarecidos e orientados quanto aos objetivos da pesquisa, à liberdade de interromper a participação em qualquer fase da pesquisa e no momento em que julgar necessário, à preservação da sua privacidade, sigilo de sua identidade, à confidencialidade das informações prestadas e ao seu direito de acesso aos resultados obtidos pelo estudo. Receberam informações escritas por meio do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE C) sobre o objetivo, importância, sigilo, riscos e benefícios da pesquisa, sobre a participação voluntária sem ônus e o direito de desistir de participar a qualquer momento do estudo sem a perda de quaisquer de seus benefícios.

4 RESULTADOS

ARTIGO1

(FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA)

ACOLHIMENTO NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

1 INTRODUÇÃO

Na década de 70 e 80, o cenário brasileiro caracterizava-se por doenças diversas, recursos financeiros escassos, baixa qualidade dos serviços de saúde, insatisfação da população e cobertura assistencial insuficiente (BRASIL, 1990). Diante disso, configurou-se o movimento da Reforma Sanitária, que lutou por mudanças nas políticas de saúde. Em 1986 foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, que representou o evento mais importante para a mudança no setor de saúde no país. Dois anos depois, a Assembleia Constituinte estabeleceu a Constituição de 1988. No que tange a saúde, pode-se destacar três aspectos principais a saber: conceito mais abrangente sobre saúde (considerando aspectos físicos, biológicos, culturais e socioeconômicos) a saúde como direito de todos e o dever do governo em provê-la e a implantação em 1990 do Sistema Único de Saúde (SUS) (MENDES, 2001).

O SUS universalizou o acesso aos serviços e definiu a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada dos usuários a rede assistencial (BRASIL, 1990). Mesmo após a sua criação, o atendimento em saúde no Brasil não ocorreu satisfatoriamente, de forma que os seus princípios e diretrizes não foram aplicados. Neste sentido, o Ministério da Saúde do Brasil criou estratégias como, inicialmente, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 e o Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994.

A partir de 2006, o PSF deixa de ser visto como um simples programa e passa a ser considerado como estratégia reorientadora de organização do SUS. Tal proposta se baseia nos princípios da territorialização e adscrição da clientela, vinculação com a população, garantia de integralidade na atenção, trabalho interdisciplinar e em equipe, ênfase na promoção da saúde com fortalecimento das ações intersetoriais e estímulo da participação da comunidade (BRASIL, 2006a).

Alguns autores como Schimith e Lima (2002) e Franco e Merhy (2003), referem que a Estratégia de Saúde da Família (ESF), somente tem se ocupado da territorialização e da adscrição da clientela e que os princípios e diretrizes do SUS não estão sendo seguidos, de forma que esta proposta vem mantendo o modelo hegemônico médico centrado e excludente,

com atendimento por ordem de chegada, em detrimento do cumprimento do objetivo de reorientar o modelo assistencial.

A ESF, antes de ser uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, caracterizou-se inicialmente como ampliação de cobertura dos serviços do SUS. E para que essa realmente efetive os seus princípios, se faz necessário a reorganização do processo de trabalho em cada microespaço, baseado nas diferentes realidades sanitárias, geográficas e sociais de cada comunidade, tomando como eixo norteador o acolhimento.

Segundo Brasil, (2006b) o acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética que não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções, tomando para si o comprometimento de “abrigar e agasalhar” aqueles que procuram o serviço, com responsabilidade e resolutividade sinalizada pelo caso em questão.

O significado do verbo acolher sugere uma ação de acolhimento, ou seja, receber, atender, ouvir e identificar a queixa necessidade. Nessa abordagem, o acolhimento enquanto processo, resultado de uma prática de saúde, constitui-se num conjunto de atos executados de modos diferentes, lembrando-se que, em tais práticas, os sujeitos que os executam se determinam e são determinados histórica e socialmente no contexto das políticas sociais do país (MATUMOTO, 1998).

O acolhimento significa a humanização do atendimento, o que pressupõe a garantia de acesso a todas as pessoas (acessibilidade universal). Diz respeito, ainda, à escuta de problemas de saúde do usuário, de forma qualificada, dando-lhe sempre uma resposta positiva e responsabilizando com a resolução do problema. Por consequência, o Acolhimento deve garantir a resolubilidade que é o objetivo final do trabalho em saúde, resolver efetivamente o problema do usuário. A responsabilização para com o problema de saúde vai além do atendimento propriamente dito. diz respeito também ao vínculo necessário entre o serviço (MERHY, 1997, p.71).

O acolhimento ainda propicia uma nova significação das relações da equipe, que tem a necessidade de interagir durante o processo de trabalho na assistência, construindo uma “rede de conversas” que potencializa sua capacidade resolutiva por meio da troca de saberes e práticas entre os profissionais (PANIZZI; FRANCO, 2004).

Consiste em mudar o processo de trabalho a partir das necessidades e demandas individuais e coletivas da clientela, cujas principais diretrizes são a humanização das relações em saúde, a escuta qualificada, acesso à saúde, vínculo entre profissionais e comunidade, a responsabilização, a resolutividade, a cidadania e o deslocamento do eixo centrado no médico para a equipe (MAEYAMA et al., 2007).

Para a realização do acolhimento percebe-se a necessidade da participação de todos os profissionais do serviço, o que demonstra a interação e o relacionamento satisfatório entre eles, assim como a receptividade dos usuários. Essa complementariedade entre o trabalho dos diferentes profissionais apresenta-se como elemento que leva à superação da prática individual, uma cultura ainda corrente na formação e atuação dos profissionais de saúde (SILVEIRA et al., 2004).

Portanto é importante a implantação do acolhimento na ESF a fim de ressaltar a estratégia de qualificação do atendimento no SUS, de garantir os direitos dos usuários, além das responsabilidades dos serviços de saúde. Porém, verificamos que o acolhimento nas equipes de saúde da família tem apresentado diversos matizes e diferentes abordagens acerca das práticas e políticas de acolhimento, que se pautam em aportes teóricos-conceituais nem sempre convergentes. Objetivando identificá-las realizou-se este estudo.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

O presente estudo teve como objetivo buscar e avaliar as evidências disponíveis na literatura acerca do acolhimento nas equipes de saúde da família.

2.2 Objetivos Específicos

- Buscar evidências científicas da relação existente entre os conceitos atribuídos pelos autores sobre o acolhimento e os resultados das pesquisas primárias realizadas sobre o acolhimento nas equipes de saúde da família.
- Caracterizar os estudos em inglês, português e espanhol disponíveis pela Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME) sobre a prática do acolhimento nas equipes de saúde da família.
- Identificar o delineamento dos estudos realizados.

- Apontar possíveis carências de estudos que estabeleçam a relação proposta nesta revisão a fim de contribuir para o desenvolvimento de pesquisas futuras.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Utilizou-se a revisão integrativa da literatura, a qual é definida como aquela em que a conclusão de estudos anteriormente realizados é sumarizada a fim de que se formulem inferências sobre uma questão específica.

Broome (2000) ressalta que o objetivo desta revisão é de mergulhar na compreensão de um fenômeno e isso é fundamental no desenvolvimento conceitual próprio, já que possibilita por meio do conhecimento já produzido, ressaltar as lacunas de evidência na prática profissional, contextualizando o pesquisador a determinado tema.

Conforme Beya e Nicoll (1998), uma revisão integrativa, bem realizada, exige os mesmos padrões de rigor, clareza e possibilidade de replicação de resultados utilizados nos estudos primários, possibilitando a compreensão de um fenômeno por meio do conhecimento científico já evidenciado na literatura.

Este tipo de pesquisa permite identificar os profissionais que investigam o assunto de interesse, estabelecer um panorama do conhecimento atual e as implicações do conhecimento científico na prática profissional (SILVEIRA, 2005).

É importante destacar que esse é um estudo secundário e retrospectivo e, assim, depende da qualidade da fonte primária.

Utilizamos para o referido estudo os conceitos metodológicos de Broome (2000), Whittemore e Knafl (2005), que estabelecem alguns padrões a serem seguidos por meio das seguintes etapas: 1. Identificação da pergunta norteadora; 2. Palavras-chave; 3 e 4. Critérios de inclusão/exclusão; 5. Seleção dos estudos; 6. Amostra dos estudos; 7. Estabelecimento de informações a serem coletadas (objetivos, metodologia, e instrumentos utilizados, e conclusões alcançadas) e 8. Análise dos estudos incluídos (resultados e discussão).

Esses autores são unânimes em ressaltar a importância de se estruturar bem um problema, sistematizar a busca das pesquisas e ter uma análise criteriosa dos resultados, a fim de se ter uma revisão integrativa bem conduzida.

3.1 Definição da questão norteadora (identificação do problema)

A questão norteadora da pesquisa consistiu em: qual é o conhecimento científico produzido sobre o acolhimento nas equipes de saúde da família?

3.2 Palavras -chave

As palavras-chave “ACOLHIMENTO E SAÚDE DA FAMÍLIA” foram escolhidas a partir da base de terminologia dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Optou-se por realizar o cruzamento dos descritores acolhimento e saúde da família.

3.3 Critérios para inclusão e exclusão dos estudos

Geralmente a seleção de artigos inicia-se de forma ampla e a partir do momento que o pesquisador retoma a sua questão inicial, essa vai se afunilando (BROOME, 2000).

Foram incluídos nesta pesquisa:

- Estudos que apresentavam no título e/ou resumo, a análise do acolhimento nas equipes de saúde da família;
- Estudos publicados em periódicos indexados nas bases de dados anteriormente relacionados nos idiomas português, inglês ou espanhol;
- Trabalhos adquiridos na íntegra e impressos.

Os critérios de exclusão foram:

- Trabalhos que não abordassem o acolhimento nas equipes de saúde da família, após a leitura.

3.4 Busca, seleção, amostra do estudo, coleta das informações

Broome (2000) enfatiza que o propósito desta etapa consiste em sumarizar e documentar, de maneira fácil e concisa, as informações dos artigos incluídos no referido trabalho.

Para seleção dos trabalhos que fizeram parte da amostra desta pesquisa, observou-se a pergunta norteadora, as palavras-chave, bem como os objetivos almejados e os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos.

A coleta de dados ocorreu de 1 de dezembro de 2008 a 30 de janeiro de 2009, não sendo estabelecidos limites quanto ao ano de publicação. O resultado desta busca resultou em quarenta e duas referências, sendo que três se repetiram em bancos de dados diferentes, que resultaram em trinta e nove no LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), uma da BBO (Biblioteca Brasileira de Odontologia) uma do ADOLEC (Saúde na Adolescência) e três no SciELO (Scientific Electronic Library Online) a amostra foi localizada a partir da própria base de dados, por busca manual e pela Comutação Bibliográfica (Comut) da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri - UFVJM .

Em seguida foi realizada a leitura criteriosa e exaustiva dos trabalhos para incluir os pertinentes ao tema.

Para a identificação dos trabalhos selecionados para a presente revisão, foi elaborado um instrumento (APÊNDICE A).

Após a elaboração do instrumento houve a validação de aparência e conteúdo, cujo objetivo é avaliar se os itens do instrumento estão claros e se representam o universo do conteúdo estudado. Dois docentes de universidade pública foram convidados a realizar a validação de aparência e conteúdo, o que facilitou a leitura e compreensão do instrumento.

Os seguintes itens foram registrados:

- Identificação do trabalho original (título do trabalho, do periódico se o caso, autores, titulação, idioma, instituição sede do estudo).
- Características metodológicas do estudo (tipo de publicação, objetivo, população, amostra, tipo do desenho do estudo, citação da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, termo de consentimento livre e esclarecido, ano de coleta dos dados, ano de publicação, a seleção e a composição da amostra, caracterização do tema,

conceitos de acolhimento proposto pelo autor e suas recomendações, resultados e conclusões);

- Base de dados,
- Forma de obtenção do artigo na íntegra.

Em seguida, realizamos o pré-teste com três artigos que atenderam aos critérios de inclusão, com o objetivo de identificar a melhor forma de aplicação do instrumento, verificar a adequação do conteúdo e os possíveis problemas que poderiam vir a ocorrer interferindo na fidedignidade dos dados.

Os trabalhos selecionados e os seus respectivos instrumentos de coleta de dados, receberam uma numeração no canto superior direito, em ordem numérica crescente de acordo com o período de publicação.

4 ANÁLISE DOS ESTUDOS INCLUÍDOS

4.1 Identificação da publicação

Da amostra inicial, de 42 referencias 100% disponibilizavam o resumo para a leitura, sendo que 19 preencheram os critérios de inclusão estabelecidos, porém 1 se repetiu e 2 não foram obtidos na íntegra mesmo após contatos realizados com os autores e outras tentativas, sendo a amostra considerada perdida. Portanto, foram localizados, a partir da Biblioteca Virtual em Saúde, 17 trabalhos, sendo que 12 (63,15%) foram adquiridos no próprio banco de dados por meio de busca manual e 5 (26,31%) pela Biblioteca da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM) pelo sistema Comut.

A leitura e análise subsequente da íntegra dos estudos pré-selecionados resultaram na exclusão de 01 estudo, portanto 16 artigos constituíram a amostra definitiva da revisão (FIG. 3).

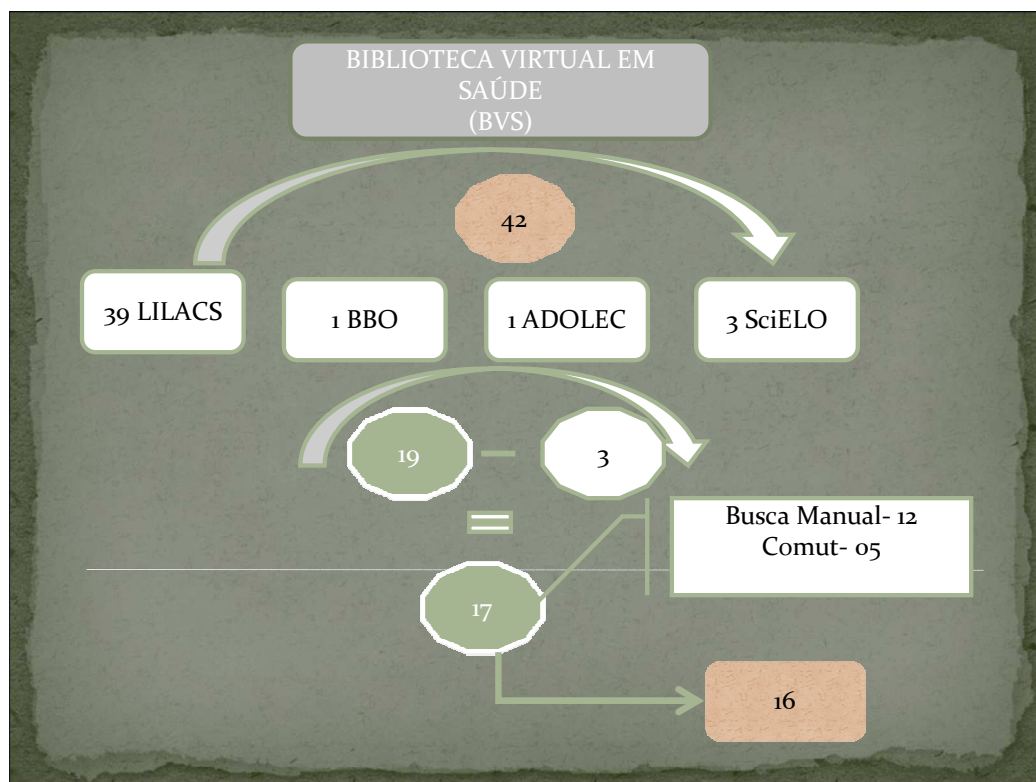


FIG. 3- Seleção da Amostra

Os 16 trabalhos que compõem a amostra foram publicados em doze periódicos, sendo que não houve discrepância significativa entre as revistas e o ano de publicação. Em relação à base de dados, a LILACS foi a que publicou 100% dos trabalhos, seguido pela SciELO (31,25%), ressalta-se que há estudos que foram publicados nas duas bases de dados, o que justifica a somatória maior que 100% (TABELA 1)

Quatorze trabalhos (87,5%) estavam em idioma português e dois (12,5%) em português e inglês.

TABELA 1
Dados de 16 estudos sobre acolhimento nas equipes de saúde da família a partir da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Belo Horizonte Minas Gerais, 2009.

<i>N*</i>	<i>Título</i>	<i>Ano</i>	<i>Base de dados</i>	<i>Periódicos-Teses</i>
1	Acolhimento: uma idéia necessária	2002	LILACS	Tese
2	Acolhimento e vínculo em uma equipe do programa de saúde da família.	2004	LILACS E SCIELO	Cadernos de Saúde Pública
3	Descrição e análise do Acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família.	2004	LILACS E DEDALUS	Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
4	Acolhimento no Programa de Saúde da Família: um caminho para a humanização da atenção à saúde.	2004	LILACS	Cogitare Enfermagem
5	Acolhimento como estratégia de humanização no cuidar de enfermagem do PSF: discurso de enfermeiras.	2005	LILACS	Tese
6	Acolhimento e Vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos.	2005	LILACS E SCIELO	Interface comun. Saúde educação Espaço e Saúde
7	A implantação do Acolhimento no processo de trabalho de equipes de saúde da família.	2006	LILACS	
8	Da Fragmentação à Integralidade: construindo e (des) construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) Alagoinhas, BA.	2006	LILACS	Ciência e Saúde Coletiva
9	O acolhimento no cotidiano dos profissionais das Unidades de Saúde da Família em Londrina- Paraná.	2006	LILACS	Tese
10	Estudo da demanda espontânea em uma unidade de saúde da família de uma cidade de médio porte do interior de Minas Gerais.	2006	LILACS	Revista Mineira de Enfermagem (REME)
11	Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil.	2007	LILACS E SCIELO	Cadernos de Saúde Pública
12	Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa de Saúde da Família: o caso de Alagoinhas Bahia, Brasil.	2007	LILACS E SCIELO	Cadernos de Saúde Pública
13	Construindo saberes e práticas: o projeto de humanização em Petrolina, Pernambuco.	2007	LILACS	Divulgação, saúde e Debate
14	Acesso e Acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde.	2008	LILACS E SCIELO	Cadernos de Saúde Pública
15	Acolhimento: concepção dos auxiliares de enfermagem e percepção de usuários em uma unidade de saúde da família.	2008	LILACS	Espaço e Saúde
16	Avaliação da proposta de acolhimento implantada na unidade de saúde da família: Nova Brasília, no Complexo do Alemão, Rio de Janeiro (RJ).	2008	LILACS	Monografia de Residência.

Nota: * A letra N refere-se a numeração que os artigos receberam, a partir do ano de publicação.

A Tabela 2 ilustra a titulação do primeiro autor dos 16 trabalhos. Destes autores são 02 doutores (20%), 02 mestres (20%), 03 mestrandos (20%), 01 residente (10%), 01 graduando (10%), 01 técnico (10%), e 6 (37,5%), não descreveram. Treze (81,25%) estão vinculados a alguma Instituição de Ensino Superior, o que comprova a importância de pesquisas nestas

instituições e de maior produção e incentivo à publicação por profissionais dos serviços de saúde, sobre esta temática.

TABELA 2
Titulação e Vínculo Institucional do primeiro autor dos 16 trabalhos publicados a partir da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Belo Horizonte Minas Gerais, 2009.

Primeiro Autor	Titulação	Local de Atuação
SILVEIRA, M. F. A. FRACOLLI, L.A.	Doutora Doutora	Universidade Estadual da Paraíba. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
SCHOLZE, A. S. CARNEIRO, Â. O.	Mestre Mestre	Universidade do Vale do Rio Doce Secretaria Municipal de Saúde de Petrolina.
MORAIS, M. S. T. NERY, S. R. PINAFO, E. SILVA, K. A.	Mestranda Mestranda Mestranda Residente	Universidade Federal da Paraíba. Secretaria Municipal de Londrina. Universidade Estadual de Londrina. Escola Nacional de Saúde Pública, Sérgio Arouca.
ESPERANÇA, A.C.	Graduando	Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.
SILVA, A. R. F.	Técnica	Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul.
SCHIMITH, M.D. TAKEMOTO, M. L. S. SOUZA, E. C. F.	Não consta Não consta Não consta	Coordenadora Regional de Saúde. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
SANTOS, A. M.	Não consta	Universidade Estadual de Feira de Santana.
SANTOS, A. M.	Não consta	Universidade Estadual de Feira de Santana.
GOMES, M. C.	Não consta	Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

Em relação às Instituições onde as pesquisas foram desenvolvidas, ficaram assim distribuídas: Região Nordeste, 6 estudos (37,5%), Região Sul, 5 estudos (31,25%) e Região Sudeste, 5 estudos (31,25%).

4.2 Descrição dos estudos

Ao analisar o tipo de pesquisa utilizada nos dezesseis trabalhos selecionados pode-se constatar que 52,6% (n=10) têm abordagem qualitativa e 31,6% (n=6) não descreveram.

Em sete trabalhos a entrevista foi o principal instrumento para a coleta de dados (43,75%), seguida da observação realizada em seis (37,5%).

Considerando outros aspectos metodológicos dos 14 trabalhos que tiveram como sujeitos do estudo, seres humanos 35,7% (n=6) não descreveram se passaram por análise de um Comitê de Ética em Pesquisa.

Os conceitos descritos por 15 autores sobre o acolhimento estão ilustrados na Tabela 3 onde pode-se constatar que o acolhimento nas equipes de saúde da família deve proporcionar uma reorganização do processo de trabalho, ser exercido por toda a equipe, ampliar o acesso aos serviços e proporcionar maior resolutividade das ações por meio de uma escuta qualificada, criando vínculo entre os profissionais e usuários.

TABELA 3

Conceitos atribuídos pelos 15 autores sobre o acolhimento, disponível a partir da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Belo Horizonte Minas Gerais, 2009.

Conceitos apresentados pelos autores sobre acolhimento	*Trabalho número	n	%
Organiza o processo de trabalho	2,3,5,6,7,11,13, 14,16	9	60,0
Exercido por toda a equipe	2,3,5,6, 7,12,13,14,16	9	60,0
Amplia o acesso	3,6,11,13,14,15, 16	7	46,7
Escuta – Diálogo-Postura	4, 5,6,9,12,13	6	40,0
Resolução dos problemas	2,6,9,12,13,16	6	40,0
Vínculo profissional-usuário	4,5,9,13,14,16	6	40,0
Cuidado integral	9,14	2	13,3
Envolve todo o contexto social, político, econômico e histórico.	12,13	2	13,3
Oferece serviços de saúde a partir de critérios técnicos, éticos e humanísticos.	4	1	6,7
Modifica o critério de marcação de consultas	4	1	6,7
Ocorre nos micro-espacos das relações	8	1	6,7
Princípios que norteiam este modelo saúde como direito de cidadania, voltado para a defesa da vida individual e coletiva e gestão democrática.	1	1	6,7
Demanda espontânea	5	1	6,7
Acolhimento propicia o fortalecimento das práticas de educação em saúde	5	1	6,7

Nota: *Esta coluna refere-se a numeração recebida por cada estudo, conforme descrito na Tabela 1.

Em relação aos resultados dos estudos primários, o acolhimento foi considerado como uma atividade restrita a recepção, sendo que as atividades são direcionadas à consulta médica, por demanda espontânea e em nenhum dos trabalhos todos os integrantes da equipe foram apontados como responsáveis pelo acolhimento (TAB. 4).

Estes resultados apontam para a divergência entre os conceitos atribuídos pelos autores sobre o acolhimento e a prática assistencial nas equipes de saúde da família.

TABELA 4

Resultados dos estudos primários em relação a prática do acolhimento nas equipes de saúde da família, disponível a partir da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Belo Horizonte Minas Gerais, 2009.

Acolhimento	*Trabalho número	n	%
Atividade de recepção (sala de espera)	2,3,4,6,7,8,9,11,12,14	10	62,5
Médico centrado	2,3,4,7,8,9,10,11,12,15	10	62,5
Livre demanda	2,7,8,9,10,11,12,16	8	50,0
Exercido por alguns profissionais.	2,3,7,8,10,11	6	37,5
Horário estabelecido	2,4,7,8,12	5	31,3
Ação comunicacional, em todo o percurso.	4,8,9,13,15	5	31,3
Garantiu ampliação do acesso	3,11,9,14	4	25,0
Processo de trabalho voltado para o usuário	8,9,13	3	18,7
Escuta apenas clínica	3,14,16	3	18,7
Novo cardápio de opções	4,11	2	12,5
Encaminhamento ditado pelo trabalho e não pela necessidade do usuário	2	1	6,3

Nota:*Esta coluna refere-se a numeração recebida por cada estudo, conforme descrito na Tabela 1.

Os artigos, de forma geral, apresentam uma revisão de literatura ampla, relacionada com o tema; destaca-se que um deles restringiu-se ao relato de experiência do autor sem suporte teórico ou bibliográfico mencionado.

Os objetivos, na grande maioria, são de analisar e descrever o processo de trabalho da equipe a partir do acolhimento, a opinião de profissionais e usuários sobre a sua implantação e desenvolvimento e os resultados desta prática.

Os estudos conforme seus resultados e os conceitos atribuídos pelos autores sobre o acolhimento estão descritos a seguir.

1-Acolhimento uma idéia necessária

Resultados da pesquisa

O acolhimento, além de colaborar para uma melhor organização do serviço, se coloca como instrumento importante na mudança do modelo hegemônico centrado na doença.

Os trabalhadores têm uma visão parcial do tema abordado.

A Unidade de Saúde deve instituir filosofia de atendimento que responda à demanda do usuário com abordagem centrada no cliente- usuário.

A atenção dada ao usuário consta de acolhimento, recepção e avaliação para um melhor encaminhamento do caso, levando em consideração a complexidade, o porte da unidade e seu grau de resolutividade e competência profissional. Em caso de dúvida a avaliação deve ser compartilhada, a responsabilidade é da equipe.

Conceito de acolhimento proposto pelos autores

Os princípios que norteiam a definição deste modelo é a saúde como direito de cidadania, voltado para a defesa da vida individual e coletiva e a gestão democrática.

2- Acolhimento e vínculo em uma equipe do programa de saúde da família

Resultados da pesquisa

Entraves no acolhimento à demanda e estabelecimento de vínculo com os usuários em função da organização do trabalho de enfermagem.

Atividades de recepção são realizadas por auxiliares, que seguem um cardápio pré-estabelecido de opções de encaminhamento, ditado pela organização do trabalho e não pela necessidade do usuário.

Filas para agendamentos da consulta médica, disputa para a distribuição de fichas e agenda médica lotada.

Falta de estrutura e a distância da Secretaria Municipal de Saúde prejudica o andamento do atendimento. Faltam medicações e exames laboratoriais.

Conceito de acolhimento proposto

O acolhimento é uma ferramenta de organização dos serviços de saúde e tem como objetivo resolver o que é de competência da rede básica, independentemente da hora de chegada à unidade. É necessário que o projeto de acolhimento e produção de vínculo seja um projeto para toda a equipe, que propicie ações de des-hospitalização e ampliação da função da rede básica.

3-Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família

Resultados da pesquisa

De um modo geral quem realizava o acolhimento eram as enfermeiras e as auxiliares, às vezes os agentes comunitários de saúde, com a retaguarda do médico. Sendo registrados no prontuário do usuário, livros ou planilhas próprias. Não há utilização de protocolos.

As unidades de saúde consideram o acolhimento como uma estratégia para ampliar o acesso da população aos serviços.

O atendimento é médico centrado, queixa-conduta e como uma forma de triagem. A escuta é apenas clínica. As ações de encaminhamento não utilizam as potencialidades de outras intervenções oferecidas pelo programa de saúde da família.

O acolhimento é tido como uma atividade organizadora da porta de entrada, uma ação de saúde pouco clara para os trabalhadores.

Conceito de acolhimento proposto pelos autores

O acolhimento é uma forma de ampliar o acesso da população ao serviço, contudo as demandas atendidas deveriam ser objeto de discussão das equipes e da gerência das unidades, para que possam a partir da demanda, repensar a oferta de serviços, os programas prioritários e a organização do trabalho das equipes de saúde.

4- Acolhimento no programa de saúde da família: um caminho para a humanização da atenção à saúde

Resultados da pesquisa

Apesar da concepção de acolhimento entre os diferentes profissionais ter sido consoante com as apresentadas pela literatura estudada, as enfermeiras mesmo reconhecendo a importância que o acolhimento representa para a conquista do usuário ainda associam a sua prática à sala de espera. Demonstrando implicitamente que, para elas, o acolhimento deve ser praticado como mais uma atividade, uma sala dentro da unidade, restringindo-se apenas ao momento de repasse de informações para o usuário.

Ressaltaram-se condições desfavoráveis à consolidação de uma cultura de humanização, tais como condições salariais e condições sociais da comunidade em que atuam.

Conceito de acolhimento proposto pelos autores

A estratégia do acolhimento é uma ação implantada em alguns municípios visando o alcance do objetivo de oferecer serviços de saúde a partir de critérios técnicos, éticos e humanísticos e como instrumento de modificação no critério de marcação de consultas. O acolhimento envolve todas as ações de saúde é uma escuta sensível.

É necessário associar práticas de atendimento a demanda espontânea e de vigilância à saúde.

Os profissionais vivenciam diariamente a prática da forma mais humana de sua concepção, pois no contexto social em que trabalham, além de acolher os usuários, também acolhem a fome, a miséria a desesperança que acompanham essas pessoas, transformando o acolhimento em ação concreta, extrapolando até mesmo sua formação profissional, que geralmente habilitam-se pra ações curativas.

O acolhimento em Campina Grande é ainda uma cultura em construção e pressupõe toda a reorientação do modelo assistencial vigente.

5- Acolhimento como estratégia para humanização do cuidar de enfermagem do PSF: discurso de enfermeiras

Resultados da pesquisa

O acolhimento é uma estratégia excelente e indispensável para humanizar o cuidar de enfermagem aos usuários do PSF. Por outro lado leva aos questionamentos dos modelos de gestão e atenção e do acesso aos serviços de saúde.

Acolhimento é estar disponível preparado para prestar um cuidar de enfermagem individualizado ao usuário, respeitando a sua singularidade.

O acolhimento é um instrumento para fortalecer a relação entre o enfermeiro e o usuário assistido no PSF.

Acolhimento, espaço educativo, estimulando a participação dos usuários.

Muitas vezes os usuários tem dificuldades de agendamento e horários.

Conceito de acolhimento proposto pelos autores

O acolhimento permite mudar os modos de operar a assistência, refletindo a respeito das relações durante o trabalho em saúde. Tais inovações repercutem tanto do processo de trabalho nas equipes, como da organização das unidades em redes assistenciais, buscando uma aproximação entre a oferta de ações e serviços e as necessidades e demandas da população.

Deve ser fruto de uma equipe multiprofissional. Seus principais objetivos são dar respostas à demanda espontânea, ordenar prioridades e humanizar a assistência por meio da escuta aos usuários dos serviços.

6-Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos

Resultados da pesquisa

Acolhimento é um atributo de atenção integral a saúde, enfim a integralidade. Sem acolher e vincular não ocorre responsabilização.

Conceito de acolhimento proposto pelos autores

Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume a sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população. Significa reorganizar o processo de trabalho, deslocar o eixo central do médico para a equipe multiprofissional- equipe de acolhimento-, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde.

7- A implantação do acolhimento no processo de trabalho de equipes de saúde da família

Resultados da pesquisa

A proposta de acolhimento seria com horário estabelecido, livre demanda, realizada por médicos, enfermeiras e auxiliar de enfermagem, por ordem de chegada sem distinção das equipes, a fim definir a consulta médica, sendo reavaliado após seis meses.

Conceito de acolhimento proposto pelos autores

Forma de organização do trabalho em saúde, atitude desejável no fazer de todos os profissionais da atenção primária à saúde.

8-Da Fragmentação à Integralidade : construindo e (des) construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) Alagoinhas, BA.

Resultados da pesquisa

A recepção funciona segundo critérios administrativos, como meio de barrar ou limitar as demandas por serviços.

Linha de tensão na hora de marcar a consulta, a limitação do número de consultas impõe uma disputa injusta entre os usuários, que passam a chegar cada vez mais cedo, de modo a garantir o acesso.

A observação da prática também demonstrou não haver um processo acolhedor, no máximo formas diferentes de receber.

Em alguns momentos as tecnologias duras estiveram disponíveis, no entanto o dentista realizou procedimentos rápidos, escolhendo os mais fáceis. Em outra observação o aparato tecnológico não é suficiente para a maioria das intervenções clínicas, porém o dentista, de forma criativa, executa procedimentos possíveis mesmo sem ser obrigado a realizá-los em razão das limitações impostas.

Os profissionais, apesar de compartilharem o mesmo espaço de trabalho, mostram que a prática permanece centrada no núcleo de conhecimento de cada trabalhador, ocasionando um desencontro de saberes.

Reuniões com a comunidade ocorrem de acordo com a demanda da Secretaria Municipal de Saúde ou de programas específicos, nem sempre condizentes com as reais necessidades dos territórios sociais, espaços de atuação das equipes.

Conceito de acolhimento proposto pelos autores

Acolhimento acontece nos micro-espços das relações individuais e coletivas, seja na recepção, na clínica, no tipo de acesso, nas palestras e reuniões desenvolvidas, no tipo de oferta do serviço, entre outras formas relacionais e comunicacionais existentes entre trabalhadores de saúde e usuários.

9- O acolhimento no cotidiano dos profissionais das unidades de saúde da família em Londrina- Paraná

Resultados da pesquisa

Algumas práticas, não somente dos profissionais médicos, mas também dos demais sujeitos que atuam nas USF, refletem a tendência com que a relação seja com a doença e não com a pessoa.

O acolhimento tem início desde a chegada do usuário na ESF. O trabalhador que fica na recepção da USF é elemento importante na acolhida que se deve dispensar ao usuário, levando em consideração a comunicação não verbal.

Acolher pressupõe não dispensar nenhum usuário que procura a USF sem uma avaliação. Muitas vezes a exigência da carteirinha que iria facilitar a identificação e o atendimento do usuário torna-se uma possível barreira ao acolhimento.

Os sujeitos participantes do estudo apresentam o conceito de acolhimento como respeito, possibilidade de acesso aos serviços de saúde, escuta, responsabilização e resolutividade. Na prática a escuta, a construção da autonomia, a responsabilização e busca da resolutividade pelo trabalhador foram identificados como componentes do acolhimento. No tocante a autonomia dos usuários, os profissionais relatam que os usuários apresentam dependência dos serviços de saúde e os utilizam desnecessariamente.

As diferentes falas são indicadores seguros de que a resolutividade depende do acolhimento e responsabilização clínica e sanitária dos profissionais no desenvolvimento das ações, envolvendo o coletivo da equipe de saúde da família e demais serviços de saúde. Assim a efetivação da responsabilização depende da reorganização e da definição de novas metodologias do trabalho em saúde.

Dificuldades encontradas relacionadas ao aumento da demanda de serviços, sem a ampliação adequada de recursos humanos.

Dificuldade na organização de trabalho que se fundamenta em demanda espontânea.

Espços de discussão são pontos positivos na realidade dos profissionais, embora se constituam meramente em canais informativos. O trabalho é fragmentado.

O acolhimento não ocorre de forma plena dentro da proposta de transformação do modelo de atenção.

Conceito de acolhimento proposto pelos autores

O acolhimento revela-se como uma postura para a escuta humanizada. Apresenta-se também como possibilidade de ampliar a resolutividade, pois ao se perceber, orientar e escutar a necessidade de saúde do outro, pode-se atendê-lo, ou pelo menos, acolhê-lo e encaminhá-lo.

O acolhimento ultrapassa o simples bom dia, o chamar pelo nome, envolve também ações que possibilitam atender as necessidades e resolver, por meio de escuta, os problemas de saúde apresentados no dia a dia pelo usuário, desencadeando uma relação humanizada.

Componentes do acolhimento e sua relação com o modelo de atenção: a escuta, a construção de autonomia do usuário, a responsabilização e a resolutividade dos problemas de saúde dos usuários e comunidade pelos trabalhadores. Assim o acolhimento constitui um elemento central que contribui na consolidação de um modelo de saúde que incorpore de forma mais efetiva a integralidade e equidade no atendimento às pessoas.

10- Estudo da demanda espontânea em uma unidade de saúde da família de uma cidade de médio porte do interior de Minas Gerais

Resultados da pesquisa

Acolhimento é a porta de entrada dos pacientes, que procuram atendimento na unidade, cabendo principalmente ao auxiliar de enfermagem a tarefa de receber-acolher toda a demanda espontânea e encaminhá-la aos demais profissionais da equipe. Essa por sua vez, após o atendimento, é responsável pela alta, retorno e encaminhamentos para os serviços de referência. Em geral a equipe de enfermagem tem se responsabilizado pelo acolhimento.

Há necessidade de desenvolver ações educativas.

O acolhimento tem gerado encaminhamento para consulta médica (67,7%) e consulta enfermeiro (17,8%).

Conceitos de acolhimento propostos pelos autores

Não apresenta.

11- Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de campinas, São Paulo, Brasil

Resultados da pesquisa

Concepções do acolhimento sob formas diferentes, particulares de organizar e fazer, não apenas em relação aos cinco serviços, mas com frequência diferente mesmo entre equipes e trabalhadores da mesma unidade.

O acolhimento era considerado como atividade oferecida à população em quatro serviços, um tipo supostamente novo no cardápio de opções; apenas em uma foi considerado, uma postura ou atitude diante do usuário e suas necessidades.

Em três unidades o auxiliar define a consulta médica.

Ocorreu re-significação do trabalho das auxiliares de enfermagem.

Em quatro unidades o acolhimento garantiu ampliação do acesso, diminuição ou eliminação de filas e incorporação de parcela significativa da população.

Ocorreu aumento da demanda de trabalho.

Não há protocolos para se fazer o acolhimento e foi considerado como forma de humanizar o atendimento.

Conceito de acolhimento proposto pelos autores

O acolhimento deve: ampliar o acesso dos usuários aos serviços, humanizar o atendimento e funcionar como dispositivo para organizar o processo de trabalho.

Configura-se, então, como em uma etapa responsável pelo atendimento de demanda espontânea, que não impede que se estabeleça uma relação acolhedora em todos os espaços e momentos da produção de serviços de saúde entre a equipe como um todo e os usuários.

12- Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do programa saúde da família: o caso de alagoinhas, Bahia, Brasil

Resultados da Pesquisa

Linha de tensão do acolhimento na recepção da USF devido a falta de humanização na porta de entrada, ocorre um desencontro entre o usuário e o serviço. Recepcionistas se limitam a identificar os nomes dos usuários e organizar o atendimento pelo número de vagas.

O sistema de marcação é por demanda espontânea. A limitação de consultas impõe uma disputa injusta entre os usuários.

As USF observadas revelam uma infra-estrutura deficiente. Todas estas dificuldades impõem diferentes graus de satisfação aos usuários e trabalhadores, apesar de convergir na forma de receber, ouvir, escutar, falar, tolerar e acolher, não cabendo com isso justificar qualquer desumanização durante o processo terapêutico.

Após a escuta no acolhimento- recepção, abre-se um cardápio de serviços que a unidade de saúde da família disponibiliza ao usuário, onde ocorrem divergências na forma de atendimento.

Conceito de acolhimento proposto pelos autores

Só existe acolhimento quando há diálogo, escuta e envolvimento com a queixa do outro na resolução dos problemas apresentados pelos usuários, sendo imperiosa a co- responsabilização e procura pelo melhor cuidado.

Acolher, em uma unidade de saúde, inicia-se com o diálogo no momento dos encontros, por meio do trabalho em equipe, configurando-se numa verdadeira teia comunicacional, tanto para os trabalhadores entre si, como para trabalhadores e usuários.

O acolhimento envolve não somente o trabalhador-usuário mas também os contextos social, político, econômico e histórico configurados nas interfaces institucionais que permeiam a produção do trabalho em saúde.

13-Construindo saberes e práticas: o projeto de humanização em Petrolina, Pernambuco

Resultados da pesquisa

Equipe nível local determinou a implantação da Política de Humanização como uma diretriz de reorganização do sistema local. Adotando o acolhimento como uma tecnologia de humanização da atenção que busca a mudança da relação profissional e usuário e maior resolutividade das ações. Para isto realizou seminários e oficinas para instrumentalizar o planejamento das equipes.

As principais ações implantadas na área de reorganização da rede e acolhimento foram a compra de equipamentos para as UBS e a capacitação profissional.

Conceito de acolhimento proposto pelo autor

Na perspectiva de qualificar a escuta, construir vínculo e garantir o acesso com resolutividade, o acolhimento insere-se no processo de trabalho, não se restringindo a um profissional, local ou escala de trabalho. Acolher implica o acolhimento como construção de vínculos entre os profissionais e a população, a tendência é se afirmar a importância de fatores sociais na determinação da doença e se pensar a recriação da vida.

14-Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde

Resultados da pesquisa

Os usuários reconhecem que os profissionais dão um jeito de incluí-los no atendimento. Houve diversidade em dizer o que é acolhimento, referindo desde a coleta de exames, até opiniões sobre o tempo de espera na unidade, a organização de filas e convocação para atendimentos.

Os profissionais reconhecem a importância, mas concebem como um momento de escuta restrito a recepção do usuário. Declaram a existência de condições desfavoráveis como a demanda e sobre carga de trabalho.

Verificou-se a valorização de iniciativas para equacionar a demanda organizada e espontânea.

O acolhimento enquanto processo de trabalho em saúde ainda é um processo em construção nas unidades de saúde da família estudadas, apesar disto os profissionais reconhecem que o acolhimento amplia-se vínculos e melhora a compreensão sobre as necessidades dos usuários.

Conceito de acolhimento proposto

Dispositivo para atender a exigência de acesso, propiciar o vínculo, entre equipe e população, trabalhador e usuário; questionar o processo de trabalho; desencadear o cuidado integral e modificar a clínica.

15- Acolhimento: concepção dos auxiliares de enfermagem e percepção de usuários em uma unidade de saúde da família

Resultados da pesquisa

Para os auxiliares pesquisados, o significado do acolhimento é recepcionar bem o usuário, cumprimentar, ser educado, gentil, oferecer uma boa assistência, dar uma atenção especial, buscando atendê-lo como um todo, com cuidado integral e se responsabilizando com a saúde da pessoa que está sendo atendida. Referem que as atividades burocráticas, como barreiras para a prática do acolhimento.

O não reconhecimento ou a desvalorização do trabalho dos auxiliares por parte dos usuários e a demanda por atendimento rápido e eficaz, torna-se um fator que causa estresse, dificultando o atendimento e refletindo no acolhimento oferecido.

Nas respostas dos usuários, percebe-se, ainda, a valorização das atividades curativas, além de supervalorizar a consulta médica em relação a outros tipos de conduta como ações preventivas e grupos de apoio.

Conceito de acolhimento proposto pelos autores

No acolhimento, o trabalho é sempre realizado com a finalidade de atender a determinada necessidade da pessoa, independentemente de quem seja este é o princípio da universalidade.

16-Avaliação da proposta de acolhimento implantada na unidade de saúde da família: nova Brasília, no complexo do alemão, Rio de Janeiro (RJ)

Resultados da pesquisa

A forma de acolher o usuário e perceber as suas necessidades tem forte relação com as características de personalidade e comportamento dos atores do processo.

Acolhimento extrapola a técnica e o saber médico exclusivo.

Faltam protocolos na USF esclarecendo onde estão disponíveis serviços para encaminhar o usuário a diferentes especialidades. Muitas vezes isso também implica em não se conseguir dar uma resposta resolutiva ao usuário. E como resolutividade é parte do acolhimento, é justificado o aparecimento desta categoria.

Profissionais entenderam que as equipes deveriam interagir, a fim de absorverem maior quantidade da demanda espontânea.

Usuários relataram que quando ocorre barreira no acesso ocorre desapontamento, desconfiança no sistema e por vezes, abala o vínculo com os profissionais e com o serviço.

O serviço possui cadernos para recados e os usuários relatam que muitas vezes as solicitações de visitas e consultas não são realizadas.

A falta de comunicação consistente entre usuários e os trabalhadores da ESF foi percebida por alguns usuários em seus relatos.

Conceito de acolhimento proposto pelos autores

Entendemos o acolhimento não como um fato isolado, mas como um processo que implica garantia de acesso, vínculo, responsabilização, resolutividade e autonomia dos sujeitos envolvidos que procura dar ao usuário uma resposta, mesmo que esta não seja a solução imediata do seu problema e que, fundamentalmente culmine na reestruturação de todo o processo de trabalho da equipe.

Acolhimento é um processo e se dá através de uma aprendizagem contínua em serviço e, por isso, é passível de mudanças contínuas para seu aprimoramento. Para isso a participação e opinião dos profissionais são imprescindíveis.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se constatar por meio desta revisão integrativa, que o acolhimento apresenta divergências entre os conceitos apresentados pelos autores e as práticas assistenciais das unidades de saúde da família por meio de seus estudos primários. Vale ressaltar que apesar dessas divergências pode-se inferir que o acolhimento enquanto referencial teórico define-se como postura, técnica e organização do trabalho.

No que concerne a postura, compreende-se a comunicação como a forma de receber, escutar, orientar e o relacionamento profissional-usuário. Como técnica, entende-se o profissional que exerce as atividades, a valorização da equipe, exaltando as capacidades e potencialidades dos profissionais envolvidos com resolutividade, vínculo e a responsabilização de todos os profissionais pela saúde, não focando apenas no saber médico. Já a organização do trabalho envolve todo o processo citado anteriormente junto com a coordenação da assistência na rede assistencial, pautada nas diretrizes do SUS de universalidade, integralidade e equidade. Na prática, o acolhimento tem se constituído como uma nova atividade da unidade de saúde da família na tentativa de organizar os serviços. É realizado por alguns profissionais de saúde, continua voltada para a assistência médica, sem utilizar as potencialidades dos demais integrantes da equipe.

É fundamental pensar no acolhimento quanto aos aspectos teóricos e práticos, para que se constitua em uma assistência à saúde consoante às diretrizes do SUS, e não como mais uma atividade ofertada à população, já que o acolhimento encontra-se incutido em todos os encontros entre profissionais/profissionais e profissionais/usuários, articulando-se aos avanços tecnológicos na busca de melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais.

É importante referir que este estudo, que objetivou buscar e avaliar evidências na literatura acerca do acolhimento nas equipes de saúde da família, verificou que muito já se caminhou neste aspecto, e que existe uma produção bibliográfica ampla. Entretanto percebe-se que é uma proposta ainda em construção, e que há algumas lacunas, assim, faz-se necessário a identificação de esforços para o desenvolvimento de produzir outras pesquisas e maximizar a assistência dos profissionais na ESF, a fim de possibilitar a integração teoria e prática.

6 REFERÊNCIAS

BEYA S.C.; NICOLL, L.H. Writing an integrative review. **AORN Journal**. v.67, n.4, p.877-80, 1998.

BRASIL. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 de set. 1990. Seção 1, p.18055-18059.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a política nacional de atenção básica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 mar. 2006a. Seção 1, n. 61, p.71.

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

BROOME, M.E. Integrative literature reviews for the development of concepts. In: RODGERS, B.L.; KNAFL, K.A., (editors). **Concept development in nursing: foundations, techniques and applications**. Philadelphia (USA): W.B Saunders Company, 2000, p.231-50.

CARNEIRO, A. O.; BENEVIDES, M.A.S.; COSTA, I.C.S. Construindo saberes e práticas: o projeto humanização em Petrolina, Pernambuco. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n.40, 86-90, jun. 2007.

ESPERANÇA, A.C.; CAVALCANTE, R.B.; MARCOLINO, C. Estudo da Demanda Espontânea em uma Unidade de Saúde da Família de uma cidade de médio porte do interior de Minas Gerais, Brasil. **REME – Rev. Min. Enf**, Belo Horizonte, v. 10, n.1, p. 30- 36, jan./mar. 2006.

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

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

GOMES, M.C.P.A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface** - Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.17 p.287-301, mar./ago. 2005.

MAEYAMA, M.A. et al. O contexto dos serviços de saúde. In: Marco Aurélio Mayeama (org). **A construção do acolhimento**: a proposta de mudança do processo do trabalho em saúde do município de Bombinhas. Santa Catarina:Secretaria Municipal de Saúde de Bombinhas, 2007.

MATUMOTO, S. **O acolhimento**: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde. Ribeirão Preto, 1998, 225f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, 1998.

MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da qualidade, editora, 2001.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micro política do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (org). **Agir em Saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

MORAIS, M.S.T. **Acolhimento como estratégia de humanização no cuidar de enfermagem do PSF**: discurso de enfermeiras. 2005. 101f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2005.

NERY, S.R. **O acolhimento no cotidiano dos profissionais das Unidades de saúde da Família em Londrina – Paraná**. 2006. 134f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2006.

PANIZZI, M.; FRANCO, T. B. A implantação do Acolher Chapecó – Reorganizando o processo de trabalho. In: FRANCO, T. B. et al. **Acolher Chapecó**: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec; Chapecó, SC: Prefeitura Municipal, 2004.

PINAFO, E.;LIMA, J.V.C.;BADUY, R.S. Acolhimento: concepção dos auxiliares de enfermagem e percepção de usuários em uma Unidade de Saúde da Família. **Espaç. Saúde** (online), v. 9, n. 2,p.17-25, jun. 2008.

SANTOS,A. M.; ASSIS. M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciências & Saúde Coletiva**, v.11, n.1, p.53-61, 2006.

SANTOS, A. M. *et al.* Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, BA, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.1, p. 75-85, jan. 2007.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e Vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, nov./dez.2002.

SCHOLZE, A.S. *et al.* 2006. A implantação do Acolhimento no processo de trabalho de equipes de saúde da família. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.8, n.1, p.7-12, dez.2006.

SILVA, A. R. F.; BRITO, E. T.; NUNES, S. F. **Acolhimento:** uma idéia necessária. 2002. 16f. Monografia (Especialização) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Porto Alegre,2002.

SILVA, K. A. et al. **Avaliação da proposta de acolhimento implantada na Unidade de Saúde da Família Nova Brasília, no Complexo do Alemão, Rio de Janeiro (RJ).** 2008. 101f. Monografia (Especialização)- Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2008.

SILVEIRA, C.S. **A pesquisa em enfermagem oncológica no Brasil:** uma revisão integrativa de literatura. 2005.117f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da USP, Ribeirão Preto, 2005.

SILVEIRA, M. F. A. et al. Acolhimento no programa saúde da família: um caminho para humanização da atenção à saúde. **Cogitare**, v. 9, n.2, p.71-78, 2004.

SOUZA, E. C. F. *et al.* Acesso e acolhimento na atenção básica:uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.100-110, 2008.

TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA. E. M. Acolhimento e transformação no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.331-340, fev. 2007.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. Uma revisão Integrativa: uma metodologia atualizada. **Journal of Advanced Nursing**, Oregon, v.52, n. 5, p. 546-553, dez. 2005.

ARTIGO 2

(ARTIGO ORIGINAL)

ACOLHIMENTO ÀS CRIANÇAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE A POSTURA DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), ao se configurar como uma política de reorganização da atenção primária à saúde no Brasil a partir de 2006, propõe aplicar os preceitos técnicos assistenciais do Sistema Único de Saúde (SUS), com base na universalidade, integralidade, equidade, resolutividade e participação social (BRASIL, 2006a).

Atualmente, a equipe mínima da ESF é composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e até 10 agentes comunitários de saúde (ACS) e, quando ampliada, conta com um cirurgião dentista, um auxiliar de consultório dentário (ACD) e um técnico de higiene dental (THD) (BRASIL, 2006a). A partir de 2008 outros profissionais puderam ser incorporados a esta equipe por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2008). Esses profissionais devem ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade e articular com vários atores sociais a fim de promover uma qualidade assistencial (RIBEIRO et al., 2008).

Conforme Ribeiro, Chomatas e Caputo Neto (2004) a qualidade e a satisfação dos usuários estão diretamente relacionadas às condições de acesso aos serviços de saúde, dentro de uma abordagem acolhedora, que assegure continuidade e a coordenação da atenção. Portanto a percepção dos usuários sobre a postura dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família é de fundamental importância uma vez que constitui uma oportunidade de se verificar, na prática, a resposta da comunidade à oferta do serviço de saúde, como também adequar o serviço às expectativas da população adscrita.

Um pilar essencial na construção deste novo modelo de atenção é a humanização, política do Ministério da Saúde do Brasil, que tem como eixo norteador o acolhimento nos serviços de saúde (BRASIL, 2006b).

Importante destacar que o acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética que não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções, tomando para si o comprometimento de

“abrigar e agasalhar” aqueles que procuram o serviço, com responsabilidade e resolutividade sinalizada pelo caso em questão. Não constitui uma etapa do processo, mas uma ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde (BRASIL, 2006b).

Teixeira é um dos autores que trabalha com abordagens do acolhimento enquanto modo de se relacionar com os usuários e o define como “rede de conversações”. O autor propõe a adoção do termo “acolhimento-diálogo” para determinar o tipo de conversa que deve ocorrer dentro dos serviços de saúde imprescindível para o desempenho técnico assistencial da unidade de saúde (TEIXEIRA, 2003).

Neste sentido, o acolhimento busca junto às instituições de saúde, ampliar o grau de co-responsabilidade dos atores, que constituem a rede assistencial, na produção de saúde, e requer a mudança na atenção aos usuários e na gestão dos processos de trabalho (BRASIL, 2004).

De acordo com Moraes (2005) esta mudança na atenção à saúde implica, acima de tudo a criação de vínculos entre os profissionais e usuários por meio de uma postura acolhedora, garantindo os seus direitos, bem como de seus familiares. Em relação à gestão dos processos de trabalho, esse mesmo autor ressalta que significa buscar uma aproximação entre a oferta de ações e serviços às necessidades e demandas da população.

Assim, o trabalhador da saúde deve ter uma postura de colocar-se no lugar do usuário para sentir quais são suas necessidades, atender, orientar e ou direcionar para o ponto do sistema que seja capaz de responder àquelas demandas (RAMOS ; LIMA, 2003).

Não significa a resolução completa do problema, mas atenção dispensada na relação que envolve a escuta, a valorização das queixas, a identificação das necessidades e a sua transformação em objetos de ação em saúde (FRACOLLI; ZOBOLI , 2004).

Neste trabalho, foi avaliado o acolhimento na perspectiva da postura profissional da Equipe de Saúde da Família na sua forma de receber, escutar e de aproximar quem cuida de quem é cuidado, por meio de interação, de troca e diálogo entre esta e os usuários, na visão dos responsáveis por crianças.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Avaliar a prática do acolhimento a crianças de 0 a 6 anos nas Equipes de Saúde da Família no Município de Diamantina-Minas Gerais.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar, descrever e analisar a proporção de crianças menores de 6 anos cadastradas nas equipes de saúde da família, que têm a ESF como serviço preferencial de consulta;
- Identificar, descrever e analisar qual o serviço ou categoria profissional que os responsáveis pelas crianças mais procuram para o atendimento;
- Identificar, descrever e analisar as experiências dos responsáveis por estas crianças em relação ao acolhimento/postura profissional das equipes de saúde da família.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Localização geográfica

Essa pesquisa foi realizada na sede da cidade de Diamantina, Minas Gerais, localizada a 292 km da capital. Os cenários do estudo foram as suas cinco equipes de saúde da família: Renascer; Viver Melhor; Sempre Viva; Bela Vida e Diamante Vida (FIG.1).



FIG.4- Mapa das áreas de abrangência das ESF de Diamantina, Minas Gerais.

3.2 Delineamento do estudo

Foi realizado estudo transversal representativo da sede do município de Diamantina para verificar a prática do acolhimento às crianças de 0 a 6 anos em unidades de saúde da família.

A prática do acolhimento foi avaliada por meio da postura dos profissionais frente aos responsáveis pelas crianças.

3.2.1 Amostra

A população desta pesquisa foi composta por crianças entre 0 a 6 anos de idade cadastradas nas cinco equipes de saúde da família da sede do município de Diamantina-Minas Gerais.

O cálculo amostral foi realizado adotando-se uma prevalência de acolhimento de 50% um erro de 5% e nível de confiança de 95%. A amostra foi composta por 384 crianças.

Após a definição da amostra, foi obtida a relação das crianças cadastradas nas fichas de cadastro familiar (ficha A) das equipes de saúde família (APÊNDICE B). A partir dos seguintes critérios de inclusão: crianças com idade entre 0 a 6 anos, uma criança por domicílio, quando houve mais de uma criança/domicílio foi escolhida a mais velha.

As crianças, então, foram selecionadas por meio da amostragem aleatória sistemática estratificada, fez-se, então, a distribuição de modo proporcional a real distribuição das crianças pelas equipes de saúde da família (TAB 5).

TABELA 5
Distribuição das crianças por equipe de saúde da família. Diamantina, Minas Gerais, 2009.

ESF	Crianças Cadastradas	%	Amostra
Renascer	201	20	77
Viver Melhor	199	20	77
Sempre Viva	224	22	84
Bela Vida	193	19	73
Diamante Vida	187	19	73
Total	1004	100	384

3.3 Obtenção dos dados

Foi utilizado, para coleta de dados, o instrumento elaborado por Bárbara Starfield e validado no Brasil, por Harzheim (2004) chamado Instrumento de Avaliação da Atenção Primária em Pediatria (PCATool). O instrumento possui perguntas semi-estruturadas e de fácil compreensão, que deve ser aplicado ao cuidador principal da criança em seu domicílio (ANEXO A). Cada pergunta tem score de 1-4 (nunca presente a sempre presente). Scores ≥ 3 indicam extensão adequada do item avaliado.

Os dados foram coletados no período de maio e junho de 2009.

3.4 Teste do instrumento e estudo piloto

O teste do instrumento de pesquisa permitiu identificar perguntas que necessitavam ser reformuladas ou excluídas, a adequação de espaço para respostas e a pertinência das informações solicitadas, conforme os objetivos dessa pesquisa, não sendo necessária alteração do instrumento. O teste piloto foi realizado por meio de entrevistas com moradores do município em uma área semelhante às referidas áreas deste estudo e buscou avaliar a adequação das perguntas do ponto de vista da compreensão e se as respostas obtidas atingiram o objetivo do trabalho. Estas informações não foram utilizadas na análise dos resultados da pesquisa e contou com 10% da amostra.

3.5 Equipe de trabalho

Os entrevistadores foram recrutados entre os acadêmicos do curso de enfermagem da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. A seleção foi por análise de currículo e entrevista individual, conduzida pela própria pesquisadora. Após a seleção, passaram por treinamento teórico-prático com duração de 8 horas. Neste momento, foi explicado aos entrevistadores o objetivo da pesquisa, entregue um manual de instruções para utilização do instrumento (ANEXO B), enfatizando a importância da postura de escuta e ética na condução da entrevista.

3.6 Análise Estatística

As informações coletadas pertinentes ao objetivo proposto neste artigo foram digitadas em um banco de dados no software SPSS versão 12.0 a partir do qual realizou-se a análise de frequência das variáveis categóricas e descritiva das variáveis quantitativas.

3.7 Aspectos éticos

Durante toda a pesquisa foram respeitados os aspectos éticos estabelecidos pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas envolvendo seres humanos. O estudo obteve aprovação da Secretaria Municipal de Saúde de Diamantina (ANEXO C) e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais sob o parecer n. ETIC 643/2008 (ANEXO D) e todos os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa, a liberdade de interromper a participação em qualquer fase ou no momento que julgasse necessário, a confidencialidade das informações prestadas e o seu direito de acesso aos resultados obtidos pelo estudo. Após a explicação formal da pesquisa, todos os participantes receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C).

4 RESULTADOS

Este estudo avaliou a postura do profissional de saúde, o acolhimento, na perspectiva de 384 responsáveis por crianças cadastradas em cinco equipes de saúde da família da sede do município de Diamantina.

Em relação às 384 crianças 52,9% (n=203) eram do sexo feminino, 55,5% (n=213) menores de 3 anos e 71,6% (n=275) viviam com o pai e a mãe, seguido de 26,6% (n=102) que viviam só com a mãe (TAB.6). A média da idade das mães foi de 28 anos (DP=6,6) e dos pais 35 anos (DP= 7,95).

TABELA 6

Análise de frequência das variáveis sociodemográficas. Diamantina, Minas Gerais, 2009.

Sexo	n	%	% acumulada
Feminino	203	52,9	52,9
Masculino	181	47,1	100,0
Total	384	100	
Idade em meses	n	%	% acumulada
0 - 11	40	10,4	10,4
12-23	59	15,4	25,8
24-35	47	12,2	38,0
36-47	67	17,4	55,5
48-59	80	20,8	76,3
60-71	91	23,7	100
Total	384	100,0	100,0
Vive com quem	n	%	% acumulada
Mãe e pai	275	71,6	71,6
Só com a mãe	102	26,6	98,2
Só com a avó	4	1,0	99,2
Só com o pai	3	0,8	100
Total	384	100	
Responsável principal	n	%	% acumulada
Mãe	336	87,5	87,5
Pai	6	1,6	89,1
Avó	29	7,6	96,7
Outros	13	3,3	100
Total	384	100	

Em 87,5% (n=336) dos casos a mãe se identificou como a pessoa que tem mais condição de falar do atendimento a saúde da criança, seguida da avó 7,6% (n=29) (TAB.6), sendo essas 57,4% (n=193) donas de casa.

As crianças residem em domicílios de tijolo 86,7% (n=333), 98,5% (n=378) com água encanada, 93,2% (n=358) com vaso sanitário em casa, e 71,1% (n=275) residem com até cinco pessoas. A renda de 52,9% (n=203) das famílias é menor que dois salários mínimos e 117 (30,5%) não quiseram relatar.

O serviço de referência para o atendimento à criança conforme a Tabela 7 é a unidade de saúde da família com 77,6% (n=298) seguido de 13,3% (n=51) um consultório específico de um médico ou clínica privada.

TABELA 7

Serviço de referência para assistência infantil, segundo o responsável principal da criança.
Diamantina, Minas Gerais, 2009.

Tipo de serviço	n	%	% acumulada
Unidade de saúde da família	298	77,6	77,6
Consultório Médico específico ou Clínica privada	51	13,3	90,9
Policlínica	18	4,7	95,6
Emergência de um hospital	15	3,9	99,5
Não respondeu	2	0,5	100
Total	384	100	

As razões da escolha pela unidade de saúde da família como serviço de referência foram apontadas por 61% (n=182) dos responsáveis por ser um local definido, independente de quem atende a criança, 25% (n=74) por causa da enfermeira e 12,5% (n=37) por causa do médico.

A Tabela 8, mostra a experiência dos 298 responsáveis pelas crianças frente ao acolhimento/postura dos profissionais das unidades de saúde da família durante o atendimento em relação a escuta qualificada, interpretação das perguntas, respostas, tempo para o atendimento, se o usuário se sente a vontade frente ao profissional e se no local a criança é reconhecida com atenção.

TABELA 8

Acolhimento/postura dos profissionais das equipes de saúde da família frente aos responsáveis por crianças. Diamantina-MG, 2009.

Profissional entende o que você diz?	n	%	% acumulada
Nunca	12	4,0	4,0
Poucas vezes	21	7,0	11,0
Muitas vezes	30	10,1	21,1
Sempre	221	74,2	95,3
Não sei	14	4,7	100
Total	298	100	
Profissional responde de maneira que você entende?	n	%	% acumulada
Nunca	3	1	1
Poucas vezes	20	6,7	7,7
Muitas vezes	27	9,1	16,8
Sempre	236	79,2	96
Não sei	12	4,0	100
Total	298	100	
Em caso de dúvidas pode conversar com o profissional?	n	%	% acumulada
Nunca	8	2,7	2,7
Poucas vezes	27	9,0	11,7
Muitas vezes	28	9,4	21,1
Sempre	230	77,2	98,3
Não sei	5	1,7	100
Total	298	100	

O profissional lhe dá tempo para falar de suas preocupações?	n	%	% acumulada
Nunca	12	4,0	4,0
Poucas vezes	33	11,1	15,1
Muitas vezes	32	10,7	25,8
Sempre	216	72,5	98,3
Não sei	5	1,7	100,0
Total	298	100,0	
Você se sente a vontade para falar com o profissional?	n	%	% acumulada
Nunca	14	4,7	4,7
Poucas vezes	22	7,4	12,1
Muitas vezes	37	12,4	24,5
Sempre	220	73,8	98,3
Não sei	5	1,7	100,0
Total	298	100,0	
No local a criança é reconhecida com atenção?	n	%	% acumulada
Nunca	3	1,0	1
Poucas vezes	18	6,0	7
Muitas vezes	35	11,7	18,7
Sempre	241	80,9	99,6
Não sei	1	0,4	100,0
Total	298	100,0	

5 DISCUSSÃO

Harzheim, (2004) destaca que: a única maneira de se avaliar a experiência do usuário frente aos serviços de saúde é por meio de suas opiniões, no caso das crianças, devido a idade, cabe a opinião de seus responsáveis.

Na pesquisa realizada em Porto Alegre, por Harzheim (2004) os valores encontrados para os serviços de referência para a criança foram de 74,4% a unidade de saúde da família, seguido dos consultórios particulares 11,1%, assemelhando aos nossos achados.

A ESF tem se configurado como uma política impulsionadora da reorganização do modelo de atenção à saúde. Segundo conceitos do Ministério da Saúde do Brasil (2006a) trata-se de uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o objetivo de propiciar o enfrentamento e a resolução dos problemas identificados. Atua sob a luz dos princípios de integralidade, hierarquização, territorialização e trabalho em equipe interdisciplinar, tem como uma de suas principais metas a redução das desigualdades regionais por meio de intervenções personalizadas e individualizadas.

Assim considera-se fundamental o serviço de referência para o atendimento infantil ser a Estratégia de Saúde da Família, ao considerar esta política governamental como reestruturadora dos princípios norteadores do SUS.

Esperava-se, no entanto, que estes resultados fossem maiores, uma vez que todas as crianças estavam cadastradas pelas equipes de saúde e deveriam, mensalmente, receber a visita do agente comunitário de saúde. Ainda, conforme as diretrizes do atendimento infantil propostas pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância -UNICEF (2005) essas deveriam ser acompanhadas em relação a imunização, crescimento e desenvolvimento, promoção ao aleitamento materno, acompanhamento de crianças em risco nutricional, prevenção de todas as formas de acidente, assistência às doenças prevalentes na infância: diarreia, infecção respiratória aguda, anemias, parasitoses e assistência e prevenção às doenças bucais.

Ao direcionarmos a análise ao objetivo principal do trabalho, que consiste no acolhimento enquanto postura do profissional de saúde frente aos responsáveis pelas crianças, observa-se que a maioria dos responsáveis considera satisfatória a postura dos profissionais, uma vez que em todas as respostas o resultado foi superior a 70%, valor maior ou igual a 3.

A partir desse quadro pode-se inferir que a relação ao acolhimento/ postura dos profissionais de saúde durante o atendimento às crianças estão satisfatórias. Uma vez que em todas as questões levantadas tem ocorrido a interação profissional-responsável por meio da escuta, fala, tempo do atendimento e atenção às criança na unidade de saúde da família (USF). No entanto, no estudo realizado por COTTA et al., (2005) os usuários avaliaram a postura acolhedora do profissional da equipe de saúde da família frente aos usuários, superior a 93%.

Entende-se como postura acolhedora a forma de relação entre o serviço/usuário com escuta qualificada para desvelar as necessidades dos que buscam a USF para uma produção do cuidado, da autonomia no modo de viver a vida e da queixa biológica que os levaram a procurar o serviço de saúde, de ser alguém singular (CECÍLIO, 2001; MERHY,2003).

Destaca-se aqui a inserção da postura acolhedora dos demais profissionais da equipe, que pode ter contribuído para a busca do atendimento à saúde nestes serviços, independente de quem fosse atender a criança. Já que, a maioria dos responsáveis respondeu que procura a ESF independente de quem o atende e, ainda quando questionados se nesta unidade a sua criança era atendida com atenção, obtivemos a única resposta superior a 80%.

Starfield (2002) apresenta que uma das principais dificuldades da resolutividade dos serviços de atenção primária à saúde encontra-se na postura dos profissionais frente aos usuários dos serviços, muitas vezes direcionando as atividades assistenciais para a doença e

não para a pessoa; ao número de atendimentos e não para a qualidade da atenção; impedindo a formação de vínculos e serviço integral.

Em pesquisa realizada por Tavares (2005) a maioria dos familiares relataram ter dificuldades no entendimento das informações prestadas pelo médico da equipe, a vergonha dos pais em perguntar ou dizer que não compreendem o que foi dito pelo profissional de saúde é a principal causa. Gomes (1999) mostra que esta postura aponta para relações hierarquizadas de forma vertical, o que dificulta o processo de co-construção.

A assistência humanizada deve se dar na combinação dos conhecimentos técnicos de um profissional e de sua capacidade de interação com o outro, que vai desde saber trabalhar em equipe até a forma como interage com quem está sob os seus cuidados. Assim é que a postura profissional torna-se um importante instrumento para a humanização, pois por meio dela pode ocorrer uma maior interação do profissional com o cliente.

Para Merhy (1994), esta ação em saúde condiz com a utilização de toda a tecnologia disponível por parte do trabalhador para chegar ao diagnóstico e adequado tratamento a cada caso que lhe é apresentado, finalizando com uma alteração no quadro do usuário e com a sua satisfação.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este trabalho avaliou-se o acolhimento em uma de suas nuances, que é a postura do profissional frente aos responsáveis pelas crianças atendidas. Pode-se constatar que os responsáveis pelas crianças consideram satisfatória a postura dos profissionais, uma vez que em todas as respostas o resultado foi superior a 70%.

A caracterização “acolhimento-postura” proposta nesta pesquisa contribui, ainda que parcialmente, para a avaliação dos serviços em busca de um cuidado integral.

Contudo, para que trabalhos como este possam trazer efetivas contribuições para o atendimento em saúde, faz-se necessário que os profissionais da saúde da família repensem suas práticas e atuem em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

O número de crianças que tem como referência para a sua assistência a Estratégia de Saúde da Família é satisfatório (77,6%), mas deve melhorar, uma vez que todas as crianças têm o seu cadastro no serviço e estão na área de atuação da unidade. Desses responsáveis, que têm como referência a saúde da família para o atendimento à criança, relataram que procuram

por este serviço independentemente de quem vai atender à criança (61%), o que destaca a participação dos demais profissionais desse serviço, seguido do enfermeiro (25%) e do médico (13%).

Fazem-se necessárias novas pesquisas de avaliação da prática do acolhimento envolvendo os seus outros atributos, tais como: acessibilidade, vínculo, resolutividade, reorganização da assistência, uma vez que o acolhimento tem se constituído como um pilar para a Política Nacional de Humanização e contribui diretamente na consolidação da Estratégia de Saúde da Família como responsável pela reorganização da atenção primária à saúde.

7 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a política nacional de atenção básica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 mar. 2006a. Seção 1, n. 61, p.71.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 154, de 25 de janeiro de 2008. Cria Núcleos de apoio à saúde da família-NASF. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília. Disponível em: www.portal.saude.gov.br. Acesso em 29 de março de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. “Humaniza-SUS. Política Nacional de Humanização: A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS”. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2004.

CECÍLIO L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na Atenção em Saúde. In: Pinheiro R. (org). **Os sentidos da integralidade**. Rio de Janeiro: Ed. IMS; UERJ-ABRASCO-LAPPIS, 2001. p. 113-126.

COTTA, R.M.M. et al. A satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v.15, n. 4, p. 227-231, out./dez.2005.

FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI E. L. C. P. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. **Rev Esc Enferm**, São Paulo, v. 38, n.2, p.143-51, 2004.

GOMES, M.M.F. **As repercussões familiares da hospitalização do recém-nascido na UTI neo-natal**: construindo possibilidades de cuidado. 1999. 238f. Tese (doutorado)- Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1999.

HARZHEIN, E. **Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Saúde da Família en la región sur de Porto Alegre**. 2004. 189f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)- Departamento de Salud Pública, Universidade de Alicante, Espanha, 2004.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações saúde). In: CECÍLIO, L. C. O. (org). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 117-160.

MERHY E.E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de frabricar os modelos de atenção. In: Merhy et al., **Trabalho em saúde**: olhando e experimentando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.

MORAIS, M.S.T. **Acolhimento como estratégia de humanização no cuidar de enfermagem do PSF**: discurso de enfermeiras. 2005. 101f. Tese (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2005.

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, v.19, n.1, p.27-34, jan./fev. 2003.

RIBEIRO,E.M., CHOMATAS, E.R.V.; CAPUTO NETO, M. Integralidade e redes de atenção básica e saúde familiar: a experiência do município de Curitiba-PR.In: **Organização Pan-Americana da Saúde**. Brasília, DF: OPAS,2004.

RIBEIRO, L.C.C et al., O Diagnóstico Administrativo e Situacional como Instrumento para o Planejamento de Ações na Estratégia Saúde da Família. **Cogitare Enfermagem**. v.13,n. 3, p.448-52, jul./set. 2008.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da saúde, 2002.

TAVARES,G.R. **Visão Sistemática da Prematuridade**: as interações família e equipe de saúde diante do nascimento de risco.2005. 115f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde: Saúde da Criança e do Adolescente)- Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações.In: Pinheiro R, Mattos RA.(org). **Construção da Integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2003.

UNICEF. **O município e a criança de até 6 anos**. Direitos cumpridos, respeitados e protegidos. 2005.

APÊNDICES

**APÊNDICE A- INSTRUMENTO PARA A COLETA DE DADOS: A PRÁTICA DO ACOLHIMENTO
NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: REVISÃO INTEGRATIVA**

Título				
Título do Periódico				
Base de dados				
Palavras chaves				
AUTORES	NOME			
	PROFISSAO	ENF.	MED.	OUTRO:
	TITULACAO	DOUT	MEST	ESP
	LOCAL DE ATUACAO			
Departamento				
DADOS REFERENTES A PUBLICACAO	TESE DISSERTACAO	ARTIGO	LIVRO	
ANO DE COLETA		ANO DE PUBLICACAO		
Base de dados			Duração da coleta de dados	
Acesso a pesquisa na integra	COMUT	BIREME		
Objetivo				
Abordagem Metodológica				
	Pesquisa qualitativa Pesquisa quantitativa Revisão de Literatura Relato de Experiência			
Instrumento de coleta dos dados				
Seleção da amostra	Randômica conveniência outra			
Número de sujeitos	Início Final	Característica da amostra	Homem Mulher	
Perdas		Considerações éticas		
Tratamento dos Dados				
	Tratamento estatístico Nível de significância			
Limitações do estudo				
Principais Resultados				
Principais Conclusões				

Conclusões justificadas pelos resultados	
Recomendações Dos autores	
RELAÇÃO COM ESF	ORGANIZAÇÃO DEMANDA ESPONTANEA ESCU TA QUALIFICADA/POSTURA PROFISSIONAL EQUIPE INTEGRADA VÍNCULO CONTINUIDADE RESOLUTIVIDADE
AUTORES CITADOS	
Estudos citados	
Avaliação do rigor metodológico Método Sujeito Critérios de inclusão e exclusão Intervenção Resultados	
Limitações	

PROJETO DE PESQUISA: AVALIAÇÃO DA PRÁTICA DO ACOLHIMENTO A CRIANÇAS DE 0 A 6 ANOS EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA



ESF _____

[illegible]

APÊNDICE C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esclarecimento e autorização para inclusão em pesquisa denominada: Avaliação da prática do acolhimento à criança de 0 a 6 anos em unidades de saúde da família

Pesquisadores: Dra. Regina Lunardi Rocha, Enfermeira Liliane da Consolação Campos Ribeiro.

Introdução: Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa sobre a prática do acolhimento à criança de 0 a 6 anos em unidades de saúde da família da cidade de Diamantina, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG.

Antes de aceitar participar desta pesquisa é importante que você leia e entenda a explicação sobre tudo que será feito. Esta declaração descreve o objetivo, como ocorrerá a pesquisa, benefícios, riscos, segredo dos dados, e seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre o resultado do estudo. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Objetivo: Nosso objetivo é estudar o acolhimento à criança com idade entre zero e seis anos nas equipes de saúde da família do município de Diamantina em relação ao acesso a unidade de saúde, ao tempo de espera para o atendimento, como ocorre este atendimento e o vínculo entre a equipe de saúde e os usuários da unidade de saúde.

Procedimentos: Para que você participe do nosso estudo é preciso que você seja responsável por uma criança com idade até seis anos e more em uma área de Diamantina que tenha a unidade de Saúde da Família como referência para o atendimento.

Nossa equipe irá realizar entrevistas (algumas perguntas) em sua casa, com questões sobre a situação de sua família e a utilização das unidades de saúde. A sua participação, nesta pesquisa, consistirá em permitir a realização da entrevista.

Riscos e Benefícios: Os pesquisadores estão comprometidos com a sua privacidade e com os riscos que essa pesquisa poderá ocasionar que seria a sua identificação, assim sua identidade será mantida no mais completo sigilo.

Não haverá custos na sua participação, uma vez que, só serão avaliadas as suas respostas. Dentre os benefícios relacionados com a sua participação está o de permitir que esta pesquisa seja desenvolvida, podendo possibilitar o conhecimento que a população tem sobre esse serviço e também o que poderá ser melhorado, porém não haverá benefício pessoal imediato da sua participação na pesquisa.

Confidencialidade das informações: Será mantido o sigilo quanto à identificação dos participantes. As informações/opiniões emitidas serão identificadas por números no conjunto dos entrevistados e serão utilizadas apenas para fins de pesquisa.

Desligamento: A sua participação neste estudo é voluntária e você ou sua família não deixará de receber cuidados ou tratamento em caso de recusa para participar da pesquisa. Você poderá

desistir da participação a qualquer momento, sem interrupção da assistência que vem sendo prestada.

Compensação: Você não receberá qualquer compensação financeira por sua participação no estudo.

Contatos: Você receberá uma cópia deste termo onde constam o telefone e o endereço dos pesquisadores, e do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, agora ou em qualquer momento.

Liliane da Consolação Campos Ribeiro
Rua da Glória, 187 Diamantina/MG Tel: (38)35311811

Profa. Profa. Dra. Regina Lunard Rocha
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente UFMG.
Departamento de Pediatria da UFMG pelo telefone 3409-9773

Comitê de Ética da UFMG-COEP

Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha
Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005 Belo Horizonte-MG (31)3499-4592 –
coep@reitoria.ufmg.br

EU _____ declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, tive a oportunidade de fazer perguntas e ter respostas as minhas dúvidas a respeito do estudo e concordo em participar. Assino este termo de consentimento voluntariamente e recebo uma cópia assinada do mesmo, até que eu decida o contrário.

Assinatura: _____



Testemunha

Pesquisador

ANEXOS

ANEXO A- INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA (PCATool)

INFORMAÇÃO ADMINISTRATIVA

Nome do entrevistador: _____ Nº do caso: _____

Hora do início da entrevista: |__|_|:|__|_| Hora do final da entrevista: |__|_|:|__|_|

Data da aplicação do questionário: ____/____/____ Área de abrangência _____

INTRODUÇÃO

(Objetivo do questionário)

ENTREVISTADOR: Olá, meu nome é _____. Nós somos estudantes universitários da área da saúde e estamos fazendo uma pesquisa em Diamantina para saber o que você pensa sobre o atendimento de saúde que sua(s) criança(s) recebe(m.) Queremos saber sobre a sua experiência quando você leva sua criança para ser atendida em um serviço de saúde. Nós NÃO fazemos parte de nenhum serviço de saúde. Todas as suas respostas serão mantidas em segredo. Nós queremos ouvir suas opiniões, não importando se falam bem ou mal do serviço de saúde.

I1. A criança _____ (nome) vive nesta casa ? E ela vive nesta comunidade desde que nasceu? 1) Sim 2) Não

(Se Sim, anote o nome, idade, data de nascimento e endereço da criança junto ao item I2 e comece o questionário à partir da pergunta I3.

Se Não, pergunte desde quando a criança reside nesta área e siga para a questão 1.2.

QUESTÕES DE RASTREAMENTO

I2. Você pode, por favor, dizer-me o nome completo, a data de nascimento, o seu nome e confirmar o endereço de _____ (nome da criança de 0 a 6 anos selecionada)?

Nome da criança selecionada _____

Idade _____ Data de nascimento: ____/____/____

13. Você é a pessoa que tem mais condições para falar sobre o atendimento de saúde do (a) _____
(nome da criança)? 1) Sim 2) Não

(Se SIM, passe para a pergunta I4.)

(Se NÃO, pergunte:) Quem seria a pessoa mais apropriada para falar ?

Anote o nome da pessoa: _____

A(O) _____ (nome da pessoa) está disponível para falar comigo agora?

(Se a pessoa está disponível, peça o favor de chamá-la e passe para a pergunta I3.)

(Se a pessoa não está disponível, pergunte:)

Quando seria um bom momento para fazer uma nova visita?

(Anote a resposta _____)

Obrigado por sua atenção, eu voltarei a fazer uma visita neste dia e horário.

- I4. Este momento é apropriado para conversarmos? _____

1) Sim (Vá para o consentimento.) 2) Não (Pergunte a questão abaixo.)

Quando seria um bom momento para fazer uma nova visita?

Anote a resposta _____

CONSENTIMENTO

O respondente indica que está interessado na pesquisa.

(Se a pessoa, leu e assinou o termo de consentimento, portanto, concordou e em participar da pesquisa passe para a pergunta I5.)

(Se a pessoa não concordou e em participar da pesquisa – finalizar a entrevista dizendo: obrigado por sua atenção, desculpe por qualquer inconveniente. Adeus.)

15. Qual é seu parentesco com o(a) _____ (nome da criança)? (Não leia as alternativas)

1) Mãe

2) Pai

3) Madrasta

4) Padrasto

5) Tio/a

6) Avô/ó

7) Irmão/ã

8) Outro parentesco

9) Guardião legal

10) Amigo

11) Outro (Especificar.) _____

CARACTERÍSTICAS DO SERVIÇO DE SAÚDE

1. Há um médico/enfermeira ou serviço de saúde onde você **COSTUMA** levar (a) _____ (nome da criança) quando ele(a) está doente ou quando necessita algum conselho sobre a saúde dele(a)?

a) Não

b) Sim .Por favor diga o nome e o endereço (localização).

Nome do médico ou lugar: _____

Endereço: _____

2. Existe um serviço de saúde onde CONHECEM BASTANTE BEM a sua criança? (**Não leia as alternativas.**)

a) Não

b) Sim, o mesmo lugar acima

c) Sim, lugar diferente. Por favor dê o nome e o endereço.

Nome do médico ou lugar: _____

Endereço: _____

3. Existe um médico/enfermeira que você CONSIDERA O PROFISSIONAL MAIS RESPONSÁVEL pelo atendimento de sua criança? (**Não leia as alternativas.**)

a) Não

b) Sim, o mesmo que #1 & #2 acima

c) Sim, o mesmo que #1 somente

d) Sim, o mesmo que #2 somente

e) Sim, diferente de #1 & #2. Por favor dê o nome e o endereço.

Nome do médico ou lugar: _____

Endereço: _____

Para o entrevistador: IDENTIFICAÇÃO DE (MÉDICO/ENFERMEIRA) OU SERVIÇO DE SAÚDE A SER PESQUISADO).

a) Se os três lugares referem-se ao mesmo, por favor pergunte todo o restante do questionário sobre este médico ou lugar. (**Vá para a questão 4.**)

b) Se quaisquer destes dois lugares referem-se ao mesmo, por favor, pergunte todo o restante do questionário sobre este médico ou lugar. (**Vá para a questão 4.**)

c) Se todos os três lugares são diferentes, pergunte todo o restante do questionário sobre o médico ou lugar da pergunta 1. (**Vá para a questão 4.**)

d) Se a pessoa respondeu NÃO para duas questões, pergunte todo o restante do questionário sobre o médico ou lugar da pergunta que obteve resposta SIM. (**Vá para a questão 4.**)

e) Se a pessoa respondeu NÃO para todas as três questões, por favor, pergunte: Qual é o nome do último médico ou lugar onde você levou sua criança?

Nome: _____

Endereço: _____

Pergunte todo o restante do questionário sobre este último lugar visitado.

Após a identificação deste serviço de saúde/médico/enfermeira, pergunte todo o restante do questionário sobre ele, substituindo “médico/enfermeira” ou “nome do local” pelo nome do identificado.

4. (**Para o ENTREVISTADOR: conforme as respostas das perguntas 1,2 e 3 defina que tipo de serviço de saúde é este identificado? Se necessário, faça mais perguntas para identificá-lo**)

1) A emergência de um hospital

2) O ambulatório de um hospital

3) O consultório específico de um médico fora do hospital

4) O consultório específico de um médico dentro do hospital

5) Uma clínica privada

6) Um Centro de Saúde

7) A Unidade de Saúde da Família

9) Não sei

Todas as perguntas seguintes serão sobre _____ (nome do local, médico/enfermeira ou serviço de saúde identificado).

5. Então para deixar claro, quando sua criança precisa consultar você procura: _____

1) um LOCAL definido

2) um MÉDICO definido

3) uma ENFERMEIRA definida

4) Nenhuma destas (**ENTREVISTADOR: nas perguntas seguintes, onde existe “(médico/enfermeira)” utilize sempre a opção referida nesta pergunta pelo entrevistado.**)

6. O seu (médico/enfermeira) atende (**ler as alternativas**): _____

1) Somente crianças 2) Crianças e adultos 9) Não sei / Não me lembro

7. O seu (médico/enfermeira) atende principalmente crianças com (**ler as alternativas**) _____

1) Somente certos tipos de problemas

2) A maioria dos tipos de problemas

9) Não sei / Não me lembro

8. Quantas vezes no total sua criança já esteve no(a) _____ (nome do local)? _____ número de vezes
(**Caso a pessoa não responda espontaneamente, indique as alternativas abaixo:**)

1) menos de 5 vezes 2) 5 a 10 vezes 3) 11 a 15 vezes

4) 16 a 20 vezes 5) mais de 20 vezes

9. Há quanto tempo sua criança vem sendo atendida no(a) _____ (nome do local)?

(**Caso a pessoa não responda espontaneamente, indique as alternativas abaixo:**) _____

1) Menos de 6 meses

2) Entre 6 meses e um ano

3) 1 – 2 anos

6) Muito variável para especificar

9) Não sei / Não me lembro

10. Você escolheu o(a) _____ (nome do local) ou você leva sua criança para consultar nele porque pertence à área deste _____ (nome do local)? _____

1) Você ou alguém de sua família o escolheu

2) Você foi designado a ele

3) Outro (especificar) _____

9) Não sei / Não me lembro

11. Você leva sua criança no(a) _____ (nome do local) por algum tipo de problema médico específico?

1) Sim 2) Não 9) Não sei / Não me lembro

(**Se SIM, pergunte**) Que problema é este? _____ (cite-o) _____

UTILIZAÇÃO - PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE

Por favor, escolha a melhor opção. (explique ao entrevistado que todas as perguntas serão respondidas conforme as respostas que estão no Cartão de Respostas; caso a pessoa não saiba ler repita em todas as perguntas as opções possíveis)

				Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não sei / Não me lembro	NA
12.	Quando	sua	criança	4)	3)	2)	1)	9)	_____

necessita uma revisão, você vai ao _____(nome do local) antes de ir a qualquer outro local?

13. Se surgisse um novo problema de saúde em sua criança, você iria ao _____(nome do local) antes de ir a qualquer outro lugar?
- 4) 3) 2) 1) 9)

14. Se sua criança necessita de um especialista, o (a) (médico/enfermeira) tem que providenciar o encaminhamento para você?
- 4) 3) 2) 1) 9) 8

ACESSO - PRIMEIRO CONTATO

Por favor, escolha a melhor opção.

Sempre Muitas vezes Poucas vezes Nunca Não sei / Não me lembro

15. Quando (a) _____(nome do local) está aberto e sua criança fica doente, alguém deste _____(nome do local) a atende no mesmo dia?
- 4) 3) 2) 1) 9)

Sempre Muitas vezes Poucas vezes Nunca Não sei / Não me lembro Não se aplica

16. Quando o(a) _____(nome do local) está fechado durante a noite e sua criança fica doente, alguém deste _____(nome do local) a atende nesta mesma noite?
- () marque aqui, caso o local permaneça aberto toda a noite.
- 4) 3) 2) 1) 9) 8)

17. Você tem que esperar muito tempo ou falar com muitas pessoas para conseguir uma consulta no(a) _____(nome do local)?
- 4) 3) 2) 1) 9)

18. É fácil conseguir uma consulta de REVISÃO DA CRIANÇA no(a) _____(nome do local)?
- 4) 3) 2) 1) 9)

19. Se o(a) _____(nome do local) está fechado, existe algum telefone que você possa ligar quando sua criança fica doente?

() marque aqui, caso o local permaneça sempre aberto

	4)	3)	2)	1)	9)	8)
20. Quando você chega no _____(nome do local), você tem que esperar mais de 30 min antes que sua criança seja vista pelo médico ou pela enfermeira dentro do consultório?	4)	3)	2)	1)	9)	

21. É difícil para você conseguir atendimento médico para sua criança no _____(nome do local) quando você acha que é necessário?

	4)	3)	2)	1)	9)	
22. Quando o _____(nome do local) está aberto, você conseguiria conselho médico/enfermeiro pelo telefone de maneira rápida, caso você precisasse?	4)	3)	2)	1)	9)	

ATENÇÃO CONTINUADA- VINCULO

Por favor, escolha a melhor opção.

	Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não sei / Não me lembro	
--	--------	--------------	--------------	-------	-------------------------	--

23. Quando você leva sua criança ao _____(nome do local), ele (a) é atendida pelo *mesmo(a)* (médico/enfermeira) ?

	4)	3)	2)	1)	9)	
	Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não sei / Não me lembro	
24. Você acha que o (a) (médico/enfermeira) entende o que você diz ou pergunta?	4)	3)	2)	1)	9)	

25. O (a) (médico/enfermeira) responde suas perguntas de maneira que você entenda?

	4)	3)	2)	1)	9)	
26. Se você tem alguma dúvida sobre a saúde de sua criança, pode conversar com o médico ou enfermeira que mais conhece sua criança?	4)	3)	2)	1)	9)	

27. No _____(nome do local)

4) 3) 2) 1) 9)

sua criança é conhecida e
atendida com atenção?

28. O(a) (médico/enfermeira)
lhe dá tempo suficiente
para você falar sobre suas
preocupações ou
problemas?

29. Você se sente à vontade
para falar com o(a)
(médico/enfermeira) sobre
suas preocupações ou
problemas?

30. O(a) (médico/enfermeira)
sabe quais são os
problemas mais
importantes para você e sua
família?

31. O(a) (médico/enfermeira)
conhece a história médica
completa de sua criança?

32. O (a) médico/enfermeira)
conhece todas as
medicações que sua criança
está tomando?

33. O (a) médico/enfermeira)
conversaria com seus
familiares quando você
acha que isto é importante?

34. Você trocaria o (a)
_____(nome do
local) por outro local se
isto fosse fácil de fazer?
(leia as alternativas)

4)

3)

2)

1)

9)

Com
certeza,
sim
4)

Acho que sim
3)

Acho que
não
2)

Com certeza,
não
1)

Não sei / Não
me lembro
9)

Com
certeza,
sim
4)

Acho que sim
3)

Acho que
não
2)

Com certeza,
não
1)

Não sei / Não
me lembro
9)

Sempre

Muitas vezes

Poucas
vezes

Nunca

Não sei / Não
me lembro

4)

3)

2)

1)

9)

4)

3)

2)

1)

9)

Com
certeza,
sim
4)

Acho que sim
3)

Acho que
não
2)

Com certeza,não
1)

Não sei / Não
me lembro
9)

COORDENAÇÃO- RESOLUTIVIDADE

35. Sua criança teve alguma vez uma consulta com um especialista ou algum serviço especializado?

1) Sim

2) Não (**Pule para a próxima página, questão 44.**)

9) Não sei / Não me lembro (**Pule para a próxima página, questão 44.**)

Com
certeza,
sim

Acho que
sim

Acho
que não

Com certeza
não

Não sei /
Não me
lembro

Não se
aplica

36. O(a)
(médico/enfermeira) da
sua criança tinha
encaminhado sua
criança para este
especialista?

4)

3)

2)

1)

9)

8)

**se o
entrevistado
marcou esta
opção, pule
questão 40**

37.	O(a) médico/enfermeira da sua criança tinha conversado com você sobre vários lugares onde você poderia conseguir esta consulta com este especialista?	4)	3)	2)	1)	9)	8)
38.	O(a) (médico/enfermeira) da sua criança ou alguém que trabalha com ele a(o) ajudou a marcar esta consulta?	4)	3)	2)	1)	9)	8)
39.	O(a) (médico/enfermeira) de sua criança escreveu um encaminhamento para o especialista sobre o motivo desta consulta?	4)	3)	2)	1)	9)	8)
40.	O(a) (médico/enfermeira) da sua criança sabe que ela consultou com este especialista?	4)	3)	2)	1)	9)	8)
41.	O(a) (médico/enfermeira) de sua criança ficou sabendo como foi o resultado desta consulta?	4)	3)	2)	1)	9)	8)
		Com certeza, sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei / Não me lembro	Não se aplica
42.	Depois desta consulta com o especialista, o seu (médico/enfermeira) conversou com você sobre o que aconteceu na consulta?	4)	3)	2)	1)	9)	8)
43.	O(a) seu (médico/enfermeira) demonstrou interesse em saber sobre a qualidade do atendimento que sua criança recebeu do especialista?	4)	3)	2)	1)	9)	

INTEGRALIDADE (SERVIÇOS NECESSÁRIOS), RESOLUTIVIDADE

44. Agora vou falar sobre uma lista de serviços que sua criança ou toda sua família podem precisar em algum momento. Diga se o _____ (nome do local) tem estes serviços.

	Com certeza. sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza, não	Não sei / Não me lembro
a. No(a) _____(nome do local) tem vacinas	4)	3)	2)	1)	9)
b. No(a) _____(nome do local) fazem avaliação para incluir sua família em programas sociais (bolsa-escola) ou benefícios do governo	4)	3)	2)	1)	9)
c. No(a) _____(nome do local) tem anticoncepcionais	4)	3)	2)	1)	9)
d. No(a) _____(nome do local) tem aconselhamento ou tratamento para alcoolismo ou uso de drogas	4)	3)	2)	1)	9)
e. No(a) _____(nome do local) tem aconselhamento para problemas dos nervos, do comportamento ou de saúde mental	4)	3)	2)	1)	9)
f. No(a) _____(nome do local) fazem pontos para cortes profundos	4)	3)	2)	1)	9)
g. No(a) _____(nome do local) tem aconselhamento e exames para HIV/AIDS	4)	3)	2)	1)	9)
h. No(a) _____(nome do local) tem avaliação da necessidade do uso de óculos	4)	3)	2)	1)	9)
	Com certeza. sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza, não	Não sei / Não me lembro
i. No(a) _____(nome do local) tem programa do leite	4)	3)	2)	1)	9)

SERVIÇOS RECEBIDOS

45. Vou te falar sobre vários assuntos importantes para a saúde da sua criança. Quero que você me diga se nas consultas ao seu (médico/enfermeira), algum destes assuntos foram conversados com você?

	Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza, não	Não sei / Não me lembro
a. Orientações para manter sua criança saudável, como alimentação	4)	3)	2)	1)	9)

saudável, boa higiene ou sono adequado

b. Maneiras para manter sua criança segura, como:

(1) Evitar tombos de altura ou manter as crianças afastadas do fogão

4) 3) 2) 1) 9)

(2) Ensinar as crianças de 6-12 anos a manter-se afastadas de armas ou facas, atravessar as ruas com cuidado

4) 3) 2) 1) 9) 8)

(3) Ensinar crianças maiores de 12 anos sobre o uso da camisinha ou sobre o problema das drogas

4) 3) 2) 1) 9) 8)

c. Segurança doméstica: como guardar remédios com segurança

4) 3) 2) 1) 9) 8)

d. Maneiras de lidar com os problemas de comportamento de sua criança

4) 3) 2) 1) 9) 8)

e. Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança, isto é, que coisas você deve esperar de cada idade. Por exemplo, quando que a criança vai caminhar, controlar o xixi.....

4) 3) 2) 1) 9)

ORIENTAÇÃO FAMILIAR- VINCULO

As próximas perguntas são sobre as relações do _____ (nome do local) com sua família e comunidade Por favor, escolha a melhor opção.

		Com certeza, sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza, não	Não sei / Não me lembro
46.	Você acha que o/a (médico/enfermeira) conhece a sua família bastante bem?	4)	3)	2)	1)	9)
47.	O (a) (médico/enfermeira) sabe quais são os problemas mais importantes para você e sua família	4)	3)	2)	1)	9)
48.	O(a) (médico/enfermeira) sabe	4)	3)	2)	1)	9)

	sobre o trabalho ou emprego dos familiares de sua criança					
		Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não sei / Não me lembro
49.	O(a) (médico/enfermeira) pergunta se sua família tem problemas em conseguir ou comprar os medicamentos que sua criança precisa	4)	3)	2)	1)	9)
50.	O seu (médico/enfermeira) lhe pergunta sobre suas idéias e opiniões sobre o tratamento e cuidado de sua criança?	4)	3)	2)	1)	9)
51.	O seu (médico/enfermeira) lhe perguntou sobre doenças ou problemas que têm na sua família?	4)	3)	2)	1)	9)

ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA- RESOLUTIVIDADE

Por favor, escolha a melhor opção.

		Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não sei / Não me lembro
52.	Alguém do seu _____(nome do local) faz visitas domiciliares?	4)	3)	2)	1)	9)
53.	O seu _____(nome do local) conhece os problemas de saúde importantes de sua vizinhança?	4)	3)	2)	1)	9)
54.	Como o seu _____(nome do local) conhece as opiniões e idéias das pessoas para ajudar a melhorar o atendimento? Ele(a)					
a.	Pergunta para as pessoas se elas são bem atendidas?	4)	3)	2)	1)	9)
b.	Faz levantamento de problemas de saúde na comunidade nas casas?	4)	3)	2)	1)	9)
c.	Convida membros das famílias a participarem no conselho de saúde?	4)	3)	2)	1)	9)

COMPETÊNCIA CULTURAL- VINCULO

Por favor, escolha a melhor opção.

		Com certeza. sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza, não	Não sei / Não me lembro
55.	Você recomendaria o (a) (médico/enfermeira) para um familiar ou amigo que tivesse filhos?	4)	3)	2)	1)	9)
56.	Você recomendaria o (a) (médico/enfermeira) para uma pessoa que costuma utilizar ervas e remédios caseiros para cuidar da própria saúde?	4)	3)	2)	1)	9)

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS/SOCIOECONÔMICAS

As questões a seguir são sobre sua família.

57. Há quanto tempo vocês moram nesta comunidade?

_____ meses ou _____ anos

58. Anote se a criança é:

1) Menino 2) Menina

59. Quantos irmãos/irmãs a sua criança

_____ irmãos/irmãs

60. Quais são as idades dos irmãos/irmãs da(o) _____ (nome da criança)?

(Circule se são anos ou meses.)

_____ anos _____ meses _____ anos

_____ anos _____ meses _____ anos

_____ anos _____ meses _____ anos

61. O (A) _____ (nome da criança) vive junto com a mãe e o pai?

1) Sim, com ambos **(Pule para a pergunta 63.)** 2) Não 3) Não sei

62. Se não, com qual deles a criança vive?

☐ Só a mãe ☐ ☐ Só o pai ☐ ☐ Nenhum dos dois.

63. Qual é a idade da mãe da criança? E do pai? **(Caso a criança não viva com os pais, ponha a idade do cuidador)**

Mãe _____ anos Pai _____ anos Outro: cuidador _____ anos

64. Quais as profissões do pai e da mãe da criança?

Pai: _____

01. Proprietário/Nível superior

02. Especializado/semi-especializado

03. Não qualificados

04. Fora da população economicamente ativa

Mãe: _____

01. Proprietário/Nível superior

02. Especializado/semi-especializado

03. Não qualificados

04. Fora da população economicamente ativa

65. Até que série os pais da criança estudaram no colégio?

_____ número de anos completados pelo pai

1) Analfabeto/Primário Incompleto

2) Primário completo

3) Ginásial completo

4) Colegial completo

5) Superior completo

_____ número de anos completados pela mãe

1) Analfabeto/Primário Incompleto

2) Primário completo

3) Ginásial completo

4) Colegial completo

5) Superior completo

66. **(Caso o cuidador não seja a mãe e nem o pai da criança, pergunte esta questão:)**

Qual é a última série que você terminou na escola?

_____ anos de escolaridade completos

1) Analfabeto/Primário Incompleto

2) Primário completo

3) Ginásial completo

4) Colegial completo

5) Superior completo

67. Quantas pessoas moram na casa?

_____ número de pessoas

68. Quem mora na casa? **(Anotar o parentesco em relação à criança. Considere quem dorme e faz as refeições)**

Pai____ Mãe____ Filhos____ Avós____ Outros____ (1) Sim (2) Não

69. Quantas cômodos possui a casa?

_____(anote o nº de cômodos)

70. Tem água encanada? **(Leia as opções.)**

(1) Não (2) Sim, fora de casa (3) Sim, dentro de casa

71. Como é a privada da casa? **(Leia as opções.)**

(0) Não tem. (1) Casinha (2) Sanitário sem descarga (3) Sanitário com descarga

72. **(Entrevistador: Anote o tipo de casa:)**

1) Tijolo

(2) Madeira pré-fabricada

(3) Tijolo/Madeira

(4) Madeira

(5) Papelão/Lata

(6) Outros_____ **(especifique)**

73. Você está: **(Leia as opções)**

1) Empregado em horário integral, com carteira assinada

2) Empregado por meio turno, com carteira assinada

3) Fazendo biscates

4) Não está empregado

5) Dona de casa

6) Na escola

7) Pensionista

8) Encostado

9) Aposentado

10) Outro (Especificar): _____

74. Você é? **(Leia as opções.)**

1) Casado

2) Solteiro

3) Viúvo

4) Separado/divorciado

5) Ajuntado

79. Na sua casa tem: **(para os Eletrodomésticos: anote somente se estiver funcionando, sempre anotando o número de artigos – (00) Não tem (Quantidade) se Sim, tem)**

Rádio____ Geladeira____ Carro____ Aspirador de pó____ Empregada____ Freezer _____

Máquina de lavar roupa____ Vídeo cassete/DVD _____ TV a cores _____ Banheiro _____

Bom, muito obrigado em responder nossas perguntas. Temos certeza que isto irá contribuir para melhorar o atendimento que sua criança recebe.

Se você tem qualquer dúvida sobre nossa pesquisa, basta entrar em contato com a nossa coordenadora.

A pessoa responsável pelo estudo é a Enfermeira e Profa. Liliane da Consolação Campos Ribeiro. O telefone dela é: 35312822 ou 91330386

ANOTAÇÕES RELEVANTES:

ANEXO B- MANUAL DE ORIENTAÇÃO

Caro colaborador,

Este é o manual de campo da pesquisa AVALIAÇÃO DA PRÁTICA DO ACOLHIMENTO A CRIANÇA DE 0 A 6 ANOS EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM RELAÇÃO AO ACESSO, AO VÍNCULO E A RESOLUTIVIDADE COMO SUBSÍDIO AO PLANEJAMENTO E GESTÃO DA ASSISTÊNCIA INFANTIL. Uma pesquisa desse porte deve ter algumas regras bem definidas para que seus resultados consigam refletir a realidade da saúde nas comunidades entrevistadas. Este manual é um apoio neste sentido.

Esperamos que aqui você possa encontrar a solução para as dúvidas mais comuns ao longo do seu trabalho de campo. Caso alguma dificuldade inesperada surja durante seu trabalho, não pense duas vezes: entre em contato:

Liliane da Consolação Campos Ribeiro

Tel: 35312082 ou 38 91330386

VAMOS LÁ

Ainda em casa....

Cada entrevistador deverá ter todo material necessário para a realização das entrevistas. Confira na lista abaixo se não lhe falta nada:

- camiseta;
- carteira de identidade;
- lápis, borracha, apontador, caneta, prancheta e pasta;
- questionários;
- manual de instruções;
- Não esqueça de vestir uma roupa confortável. Não use roupas curtas, nem justas. Vista-se de maneira recatada. Não use roupas de marcas, nem tênis/sapatos de grife. Não leve dinheiro em excesso. Não use jóias.

Etapas do trabalho de campo

1. PONTUALIDADE NO CAMPO

2. LOCAL DO TRABALHO:

A partir da chegada na comunidade a concentração deve ser total nas tarefas a realizar.

3. RECONHECIMENTO DA ÁREA:

Você está recebendo o endereço das casas que deverá ser visitada, tenha atenção para não se perder no bairro.

4. CASAS A VISITAR

Caso não haja ninguém na casa escolhida, passe para outra casa já selecionada. Se reside a criança com menos de 6 anos, mas no momento não há ninguém na casa, anote o endereço no questionário para nova visita no futuro, além de perguntar ao vizinho se ele sabe o horário mais fácil de encontrar as pessoas em casa. Cada casa sorteada será visitada no máximo 3 vezes em horários e dias distintos.

Visite as casas selecionadas nesta área, localizando as crianças previamente escolhidas.

Pergunte se a criança escolhida vive nesta comunidade desde o nascimento. Se sim: APRESENTE-SE E INICIE O QUESTIONÁRIO.

Se não, anote desde quando: APRESENTE-SE E INICIE O QUESTIONÁRIO.

Caso tenha algum problema na identificação da casa ou na localização da criança selecionada, Anote.

5. APRESENTAÇÃO DO ENTREVISTADOR

Informe que você é estudante da universidade e diga o MOTIVO da visita: REALIZAR UMA PESQUISA SOBRE A SAÚDE DAS CRIANÇAS E O ATENDIMENTO QUE ELAS RECEBEM.

Reforce que você **NÃO** pertence a unidade de saúde da comunidade. Diga ao entrevistado que ele tem toda a liberdade para manifestar suas opiniões, tanto as negativas, como as positivas.

Reforce a **IMPORTÂNCIA** do estudo para todas as crianças da comunidade.

Diga que esta família foi escolhida por sorteio e que sua colaboração é muito importante para ajudar na pesquisa.

Diga que a entrevista vai durar mais ou menos 30 minutos.

Se inicialmente a pessoa recusar, insista com educação. Saliente a importância da pesquisa para as crianças da comunidade. Se houver recusa inicial, combine um horário mais adequado para o entrevistado. Anote o endereço e o horário da nova visita.

6. INSTRUÇÕES GERAIS

Não vá entrando no terreno/casa do entrevistado, caso não tenha sido convidado.

Bata palmas ou use a campainha.

Seja simpático desde o início. É despertando o interesse inicial do entrevistado que você conseguirá realizar uma entrevista tranquila.

Caso você seja convidado a entrar na casa para realizar a entrevista, aceite desde que não perceba uma situação de risco (morador embriagado, etc.).

Caso a pessoa esteja trabalhando em casa (ex: lavando roupa), ofereça-se para fazer as perguntas enquanto ele(a) trabalha.

Se lhe oferecerem um cafezinho, aceite-o.

Tente sempre chamar o entrevistado por seu nome.

Seja simpático. O questionário é longo e seu preenchimento dependerá de sua empatia com o entrevistado. Saliente que esta pesquisa será importante para melhorar os serviços de saúde da comunidade.

Para adultos use sempre a expressão Sr. ou Sra.

Formule as perguntas exatamente como estão escritas. Fale sempre devagar. Caso a pessoa não entenda, repita devagar a pergunta. Não induza as respostas. Tranquilidade é a chave do sucesso!

Mesmo que já saiba a resposta anote o que o entrevistado respondeu, mesmo que considere que não é esta a melhor resposta.

Quando houver dúvidas sobre a resposta, escreva por extenso para posterior discussão com o coordenador.

Quando uma resposta parecer pouco confiável, repita a pergunta de maneira mais enfática.

Se as respostas forem duvidosas quanto a números (ex: “2 ou 3 vezes”), perguntar se é mais para 2 ou mais para 3. Se não souber, marque o valor inferior.

Se houver dúvida entre marcar “sim” (sempre) ou “não” (nunca), marque “não” (nunca). Mas, antes, repita a pergunta.

Se a resposta do entrevistado for “sim”, mas ele tem que escolher a resposta entre as alternativas “Sempre/Muitas vezes/...” ou “Com certeza, sim/Acho que sim/....”, leia apenas as respostas afirmativas. Se, por outro lado, a resposta for “não”, leia apenas as opções negativas: “Poucas vezes/Nunca” ou “Acho que não/Com certeza Não”.

Marque a resposta à caneta, circulando o quadradinho e o número (ou palavra) correspondente. Caso surjam erros, aponte com uma seta e escreva “Resposta correta”. Ex:

1) Sim 2) Não 9) Não sei / Não me lembro

Escreva sempre com letra de forma.

Não deixe perguntas em branco.

Caso o entrevistado não saiba uma resposta que exige um número para ser respondida (ex: a idade), não deixe em branco, preencha com 9999.

Não leia para os entrevistados o título de cada sessão do questionário.

Não leia para os entrevistados o que está entre parênteses no questionário.

Considerar como membro da família todas as pessoas que fazem as refeições juntas. Se houver empregadas domésticas na casa, não contar como família.

Explique o que é SERVIÇO DE SAÚDE: “serviço de saúde é o local onde você leva sua criança quando ela está doente, por exemplo: um posto de saúde, uma emergência de hospital, um consultório médico, entre outros.”

Ao terminar o questionário, ainda na casa do entrevistado, revise rapidamente todas as páginas para ver se nenhuma pergunta foi esquecida.

7. QUESTIONÁRIO

INFORMAÇÃO ADMINISTRATIVA

- Nome do entrevistador:

Preencha com o nome de quem realiza a entrevista.

- Hora do início e final da entrevista:

Preencher com horário de 24 horas, por exemplo: 13:23.

- Data da aplicação do questionário: Preencher com o dia, mês e ano (4 dígitos).

Área de abrangência: Escrever o nome da equipe de Saúde da Família que atende esta criança/família.

Não esqueça o cartão de resposta no domicílio do entrevistado.

INTRODUÇÃO e QUESTÕES DE RASTREAMENTO

I1- A criança _____ (nome) vive nesta casa? E ela vive nesta comunidade desde que nasceu?

Anote a resposta e siga as instruções entre parênteses.

I2- Anote o nome da criança selecionada, sua idade e data de nascimento e endereço.

I3- Você é a pessoa que tem mais condições para falar sobre o atendimento de saúde do (a) _____ (nome da criança)?

Esta pergunta identifica o(a) cuidador(a) principal da criança selecionada.

Anote o nome da pessoa identificada como cuidador principal.

Ao aplicar o questionário sempre tente substituir “sua criança/nome da criança” pelo **NOME** da criança selecionada.

I4- Este momento é apropriado para conversarmos?

Siga as instruções entre parênteses.

Caso o cuidador principal não esteja disponível anote o horário mais apropriado e o telefone, se possível.

CONSENTIMENTO

Leia o consentimento e peça para o cuidador principal assiná-lo. Caso o cuidador principal não saiba escrever, leia o termo junto de uma testemunha que saiba escrever e peça para que esta pessoa assine no local indicado.

I5- Qual é seu parentesco com o(a) _____ (nome da criança)?

Marque o parentesco adequado.

CARACTERÍSTICAS DO SERVIÇO DE SAÚDE

1. Há um médico/enfermeira ou serviço de saúde onde você COSTUMA levar o(a) _____ (nome da criança) quando ele(a) está doente ou quando necessita algum conselho sobre a saúde dele(a)?

Enfatize a palavra sublinhada.

Anote SIM ou NÃO.

Se a resposta for SIM, escreva o nome do médico e a descrição do local no campo endereço.

Estes dados devem permitir a perfeita identificação do serviço de saúde.

2. Existe um serviço de saúde onde CONHECEM BEM a sua criança?

Enfatize as palavras sublinhadas.

Anote SIM ou NÃO.

Se a resposta for SIM, escreva o nome do médico e a descrição do local no campo endereço. Estes dados devem permitir a perfeita identificação do serviço de saúde, permitindo relacionar este local com o da pergunta 1.

3. Existe um médico/enfermeira que você CONSIDERA O PROFISSIONAL MAIS RESPONSÁVEL pelo atendimento de sua criança?

Enfatize as palavras sublinhadas.

Anote SIM ou NÃO.

Se a resposta for SIM, escreva o nome do médico e a descrição do local no campo endereço. Estes dados devem permitir a perfeita identificação do serviço de saúde, permitindo relacionar este local com o da pergunta 1 e 2.

Após estas 3 perguntas você deve saber identificar o serviço de saúde/profissional que será enfocado ao longo de todo o questionário. Siga as instruções de identificação contidas no questionário.

4. (Para o ENTREVISTADOR: conforme as respostas das perguntas 1,2 e 3 defina que tipo de serviço de saúde é este identificado? Se necessário, faça mais perguntas para identificá-lo.)

Marque a resposta que melhor caracterize o local identificado.

Ambulatório de um hospital considerar a Policlínica

5. Então para deixar claro, quando sua criança precisa consultar você procura:

“CONSULTAR” corresponde ao encontro individualizado do cuidador+criança com o médico ou enfermeira dentro do consultório.

Defina se a pessoa procura um profissional específico (médico ou enfermeira) ou um serviço de saúde. A partir desta questão, todas as perguntas vão referir-se a este local/profissional. Substitua sempre “NOME DO LOCAL” pelo nome do serviço especificado (por exemplo “postinho da vila”) e substitua sempre “MÉDICO/ENFERMEIRA” por “nome do médico” ou “Enfª nome da enfermeira”.

6. O seu (médico/enfermeira) atende:

Leia as alternativas e marque a resposta indicada.

7. O seu (médico/enfermeira) atende principalmente crianças com (ler as alternativas):

“Somente certos tipos de problemas” refere-se ao atendimento especializado de alguns tipos específicos de problemas de saúde, enquanto “A maioria dos tipos de problemas” refere-se a um ambulatório geral.

8. Quantas vezes no total sua criança já esteve no(a) _____(nome do local)? _____

Anote o número de vezes que a criança já esteve no local indicado.

9. Há quanto tempo sua criança vem sendo atendida no(a) _____(nome do local)?

Sempre substitua “sua criança” pelo nome da criança escolhida.

10. Você escolheu o(a) _____(nome do local) ou você consulta nele porque pertence à área deste _____(nome do local)?

Marque a resposta indicada.

11. Você leva sua criança no(a) _____(nome do local) por algum tipo de problema médico específico?

Problema médico específico refere-se a condições específicas de saúde, por exemplo: desnutrição, asma, problemas congênitos, retardo mental. Se necessário use exemplos.

Caso a resposta seja SIM, anote o tipo do problema.

UTILIZAÇÃO - PRIMEIRO CONTATO

Para as questões 12 a 29, deve ser utilizado o Cartão de Resposta nº1 (o nº está no verso do Cartão), com as alternativas:

				Não sei /
	Muitas	Poucas		Não me
Sempre	vezes	vezes	Nunca	lembro

No início desta série de perguntas, leia as alternativas indicando-as no Cartão de Resposta, para que o entrevistado se habitue. Caso o entrevistado responda de outra maneira, repita as alternativas possíveis.

Sempre substitua “sua criança” pelo NOME da criança.

Sempre substitua “nome do local” pelo NOME do serviço de saúde

Sempre substitua “(médico/enfermeira)” por Dr. Nome do médico ou Enfª Nome da enfermeira.

14. Se sua criança necessita de um especialista, o (a) (médico/enfermeira) tem que providenciar o encaminhamento para você?

Caso a criança nunca tenha precisado de um especialista, marque “Não sei”.

15. Quando o(a) _____(nome do local) está aberto e sua criança fica doente, alguém deste _____(nome do local) a atende no mesmo dia?

Caso o entrevistado responda que deve chegar cedo para conseguir “ficha” para o mesmo dia, insista nas respostas do Cartão, salientando que número de vezes (sempre, muitas, poucas, nunca) ele chega cedo e consegue a “ficha”.

18. É fácil conseguir uma consulta de REVISÃO DA CRIANÇA no(a) _____(nome do local)?

Deseja-se saber sobre a consulta de puericultura. A consulta onde se mede e pesa a criança, para mantê-la saudável. Não é a consulta de retorno para reavaliação de um problema de saúde.

ATENÇÃO CONTINUADA

Para as questões 30 e 31, deve ser utilizado o Cartão de Resposta nº2 (o nº está no verso do Cartão), com as alternativas:

Com certeza.		Acho que não	Com certeza,	
sim	Acho que sim		não	Não sei / Não me lembro

No início desta série de perguntas, leia as alternativas indicando-as no Cartão de Resposta, para que o entrevistado se habitue. Caso o entrevistado responda de outra maneira, repita as alternativas possíveis.

Sempre substitua “sua criança” pelo NOME da criança.

Sempre substitua “nome do local” pelo NOME do serviço de saúde.

Sempre substitua “(médico/enfermeira)” por Dr. Nome do médico ou Enfª Nome da enfermeira.

Para as questões 32 e 33, deve ser utilizado o Cartão de Resposta nº1 (o nº está no verso do Cartão), com as alternativas:

			Não sei /	
			Não me	
Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	lembro

No início desta série de perguntas, leia as alternativas indicando-as no Cartão de Resposta, para que o entrevistado se habitue. Caso o entrevistado responda de outra maneira, repita as alternativas possíveis.

Sempre substitua “sua criança” pelo NOME da criança.

Sempre substitua “nome do local” pelo NOME do serviço de saúde.

Sempre substitua “(médico/enfermeira)” por Dr. Nome do médico ou Enfª Nome da enfermeira.

Para a questão 34, deve ser utilizado o Cartão de Resposta nº2 (o nº está no verso do Cartão), com as alternativas:

Com certeza.		Com		
		Acho que	certeza,	Não sei / Não
sim	Acho que sim	não	não	me lembro

COORDENAÇÃO

Para as questões 36 a 43, deve ser utilizado o Cartão de Resposta nº2 (o nº está no verso do Cartão), com as alternativas:

Com certeza.		Com		
		Acho que	certeza,	Não sei / Não
sim	Acho que sim	não	não	me lembro

No início desta série de perguntas, leia as alternativas indicando-as no Cartão de Resposta, para que o entrevistado se habitue. Caso o entrevistado responda de outra maneira, repita as alternativas possíveis.

Sempre substitua “sua criança” pelo NOME da criança.

Sempre substitua “nome do local” pelo NOME do serviço de saúde.

Sempre substitua “(médico/enfermeira)” por Nome do médico ou Enfª Nome da enfermeira.

Para as perguntas de **36 a 43**, caso a criança esteja em acompanhamento com o especialista, com retornos automáticos, todas as perguntas devem referir-se a primeira consulta com este especialista.

41. O (médico/enfermeira) de sua criança ficou sabendo como foi o resultado desta consulta?

Caso a criança ainda não tenha consultado no posto após a consulta com o especialista, marque **9** (Não sei).

INTEGRALIDADE (SERVIÇOS NECESSÁRIOS)

44 Agora vou falar sobre uma lista de serviços que sua criança ou toda sua família podem precisar em algum momento. Diga se o _____ (nome do local) tem estes serviços.

Saliente que esta pergunta não se refere especificamente à criança escolhida. Esta pergunta é sobre toda a experiência com o serviço de saúde que esta pessoa possui. Não necessariamente ela deve ter recebido estes serviços, mas sim saber ou não sobre sua disponibilidade. Estes serviços referem-se obrigatoriamente ao que é EXECUTADO na unidade. Exemplo: avaliações visuais feitas através de encaminhamento a um oftalmologista que trabalha em outro local, NÃO são serviços disponíveis no posto em questão.

Para responder cada item use o Cartão de Respostas nº 1, com as alternativas:

Com certeza.		Com		
		Acho que	certeza,	Não sei / Não
sim	Acho que sim	não	não	me lembro

O item “b” inclui o Programa do Leite, já que este também é um programa social do governo.

O item “g” deve incluir os dois: aconselhamento e teste para HIV, caso contrário marque **9**.

SERVIÇOS RECEBIDOS

45. Vou te falar sobre vários assuntos importantes para a saúde da sua criança. Quero que você me diga se nas consultas ao seu (médico/enfermeira), algum destes assuntos foram conversados com você?

A cada item acrescente antes “O seu (médico/enfermeira) conversou com você sobre”

Para as respostas, use o Cartão de Respostas nº2, com as alternativas:

Com certeza.		Com		
		Acho que	certeza,	Não sei / Não
sim	Acho que sim	não	não	me lembro

Para as questões 46 a 54, deve ser utilizado o Cartão de Resposta nº1 (o nº está no verso do Cartão), com as alternativas:

Sempre	Muitas	Poucas	Nunca	Não sei /
--------	--------	--------	-------	-----------

vezes	vezes	Não me lembro
-------	-------	---------------

COMPETÊNCIA CULTURAL

Para as questões 55, deve ser utilizado o Cartão de Resposta nº2 (o nº está no verso do Cartão), com as alternativas:

Com certeza.	Acho que sim	Acho que não	Com certeza, não	Não sei / Não me lembro
--------------	--------------	--------------	------------------	-------------------------

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS/SOCIOECONÔMICAS

57. Há quanto tempo vocês moram nesta comunidade?

Coloque a resposta em meses ou anos (use um número fracionado no campo referente aos anos, caso não seja um número inteiro – ex: 2,5 anos)

58. (Anotar se a criança é:)

Anotar o sexo da criança.

59. Quantos irmãos/irmãs a sua criança têm?

Anotar o número de irmãos/irmãs vivos que a criança escolhida tem.

60. Quais são as idades dos irmãos/irmãs da(o) _____ (nome da criança)?

(Circule se são meses ou anos.)

Preencha a idade de cada irmão, circulando nos 3 primeiros se a idade se refere a meses ou anos. Exemplo:

_____anos_____meses

_____anos_____meses

_____anos_____meses

_____anos

_____anos

61. O (A) _____ (nome da criança) vive junto com a mãe e o pai?

Deseja-se saber se a criança vive com ambos os pais, vive somente com a mãe, somente com o pai ou afastada de ambos. É complementada pela pergunta 62 (Se não, com qual deles a criança vive?).

63. Qual é a idade da mãe da criança? E do pai? (Caso a criança não viva com os pais, ponha também a idade do cuidador)

Preencha com a idade de cada um dos pais e cuidador se necessário. Caso não se saiba alguma das idades, preencha com **9999**.

64. Quais as profissões do pai e da mãe da criança?

Preencha usando as palavras do entrevistado.

65. Até que série os pais da criança estudaram no colégio?

Preencha com o número de séries completadas por cada um dos pais. Some todos os anos. Para segundo grau completo, some $8 + 3 = 11$. Caso um deles (ou ambos) não tenha estudado preencha com **0**, caso não saiba ponha **9999**.

66. (Caso o cuidador não seja a mãe e nem o pai da criança, pergunte esta questão:) Qual é a última série que você terminou na escola?

Anote a última série completada pelo cuidador. Use a mesma maneira de responder explicada na questão acima.

67. Quantas pessoas moram na casa?

Preencha com o número de pessoas que vivem na casa. Para esta resposta considere viver na casa o fato de compartilhar as principais refeições. Empregados (ex:doméstica) não são contabilizados.

68. Quem mora na casa? (Anote o parentesco em relação a criança. Considere quem dorme e faz as refeições.)

Pai___Mãe___Filhos___Avós___Outros_____ (1) Não (2) Sim

Complete ao lado de cada opção com o número 1 quando a resposta for (não) e número 2 quando for (sim).

FILHOS= IRMÃOS DA CRIANÇA

69. Quantos cômodos possuem a casa?

_____ (anote o n° de cômodos)

70. Tem água encanada? (Leia as opções.)

(1) Não (2) Sim, fora de casa (3) Sim, dentro de casa

Marque a opção indicada pelo entrevistador.

71. Como é a privada da casa? (Leia as opções)

(0) Não tem. (1) Casinha (2) Sanitário sem descarga (3) Sanitário com
descarga

Marque a opção indicada pelo entrevistado.

72. Na sua casa tem: (para os Eletrodomésticos: anote somente se estiver funcionando, sempre anotando o número de artigos – (00) Não tem (Quantidade) se Sim, tem)

Rádio_____ Geladeira_____ Carro_____ Aspirador de pó_____ Empregada_____
Freezer _____

Máquina de lavar roupa_____ Vídeo cassete_____ TV a cores_____
Banheiro_____

Se o entrevistado confirma a existência de um destes artigos, pergunte se está funcionando e o número de cada um, anotando a quantidade de cada um junto ao referido artigo.

73. (Entrevistador: Anote o tipo de casa:)

(1) Tijolo

(2) Madeira pré-fabricada

(3) Tijolo/Madeira

(4) Madeira

(5) Papelão/Lata

(6) Outros_____ (especifique)

O item (4) Madeira refere-se a casa de madeira feita com pedaços irregulares de Madeira.

**ANEXO C- AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
DIAMANTINA PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA**

Diamantina, 04 de 11 2008.

Ilmo.Sra.
Cinara Lemos Meira Souza
Secretaria Municipal de Saúde de Diamantina-MG

Prezada Senhora,

Venho por meio deste, solicitar autorização para desenvolver a pesquisa provisoriamente intitulada: **AVALIAÇÃO DA PRÁTICA DO ACOLHIMENTO À CRIANÇA DE 0 A 6 ANOS EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM RELAÇÃO AO ACESSO, A CONTINUIDADE, E AO VÍNCULO COMO SUBSÍDIO AO PLANEJAMENTO E GESTÃO DA ASSISTÊNCIA INFANTIL.**

Esta pesquisa tem como objetivo Avaliar a prática do acolhimento a crianças de 0 a 6 anos no Município de Diamantina- Minas Gerais por meio da acessibilidade, da continuidade e do vínculo.

Os participantes dessa pesquisa serão os usuários que utilizam o serviço das Equipes de Saúde da Família para atendimento das crianças até 6 anos e que queiram participar da pesquisa voluntariamente, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido. Utilizarei para a coleta de dados, a entrevista estruturada.

Os participantes terão garantido a proteção de sua identidade, sigilo das informações coletadas, assim como o atendimento às demais normas estabelecidas pela Resolução CNS 196/96- diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

Diante do exposto acima, venho solicitar-lhe autorização para realizar a pesquisa neste município, durante a coleta de dados.

Sem mais, aproveito o ensejo para agradecê-la antecipadamente pela atenção, quando reitero os votos de elevada consideração.

Atenciosamente,

Liliane da Consolação Campos Ribeiro
Liliane da Consolação Campos Ribeiro

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, a Sra. Cinara Lemos Meira Souza, representante da instituição, após a leitura da Carta de solicitação à Secretaria Municipal de Saúde de Diamantina, ciente dos procedimentos propostos, não restando quaisquer dúvidas a respeito do que foi lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO de concordância quanto à realização da pesquisa. Fica claro que a instituição, através de seu representante legal, pode, a qualquer momento, retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar do estudo alvo da pesquisa e fica ciente de que todo o trabalho realizado torna-se informação confidencial, guardada por força do sigilo profissional.

Diamantina, 04 de novembro de 2008.

Cinara Lemos Meira Souza
Assinatura do representante da instituição

CPF:

C. Identidade: *Cinara Lemos Meira Souza*
Secretaria Municipal de Saúde e
Promoção Social de Diamantina



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**

Parecer nº. ETIC 643/08

**Interessado(a): Profa. Regina Lunardi Rocha
Departamento de Pediatria
Faculdade de Medicina - UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 04 de fevereiro de 2009, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado **"Avaliação da prática do acolhimento à crianças de 0 a 6 anos em unidades de saúde da família em relação ao acesso, a continuidade e ao vínculo como subsídio ao planejamento e gestão da assistência infantil"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

**Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG**

