

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA

LITIAN OLIVEIRA DE LIMA BARROS

AVALIAÇÃO DO ACOLHIMENTO NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA
CIDADE DE JABOATÃO DOS GUARARAPES-PE

RECIFE

2020

LITIAN OLIVEIRA DE LIMA BARROS

**AVALIAÇÃO DO ACOLHIMENTO NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA
CIDADE DE JABOATÃO DOS GUARARAPES-PE**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título de mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Sydia Rosana de Araújo Oliveira

Coorientador: Dr. George Tadeu Nunes Diniz

Recife

2020

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

B277a Barros, Litian Oliveira de Lima.
Avaliação do acolhimento nas Unidades de Saúde da Família da cidade de Jaboatão dos Guararapes-PE/ Litian Oliveira de Lima Barros. — Recife: [s. n.], 2020.

123 p.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.
Orientadora: Sydia Rosana de Araújo Oliveira; Coorientador: George Tadeu Nunes Diniz

1. Acolhimento. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Avaliação em Saúde I. Oliveira, Sydia Rosana de Araújo. II. Diniz, George Tadeu Nunes. I. Título.

CDU 614.39

LITIAN OLIVEIRA DE LIMA BARROS

**AVALIAÇÃO DO ACOLHIMENTO NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA
CIDADE DE JABOATÃO DOS GUARARAPES-PE**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título de mestre em Saúde Pública.

Aprovado em: 27/10/2020

BANCA EXAMINADORA

Dra. Sydia Rosana de Araújo Oliveira
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Dra. Aletheia Soares Sampaio
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Dra. Fabiana Almeida Brito
University of Nebraska Medical Center

Dedico este trabalho a minha querida mãe, Laudénice Oliveira de Lima, que, necessitando abandonar o ensino regular, batalhou como uma guerreira e deu-me condições de chegar até aqui.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela saúde, força, sabedoria e o cuidado em ter me conduzido até o fim deste curso.

A minha família, pela compreensão, ajuda e orações em todo momento.

A meu esposo, Moisés Tributino, pelas idas e vindas nas USF, na fase de coleta, pelo apoio nas revisões, pelo companheirismo e por ter assumido meu papel por várias vezes em casa.

A meu filho, Paulo Jetro, que apesar de só ter 4 anos entendia os momentos que mamãe precisava estudar.

A minha querida mãe, Laudence Oliveira, mulher guerreira, que, mesmo sem conseguir chegar à universidade, me inspira todos os dias por um futuro melhor.

A minha sogra, sogro, cunhados, cunhadas, e irmãos da igreja, que me levam nas orações desde o processo seletivo deste mestrado.

A meu amigo Jairo Tirbutino, pelas horas de dedicação para desenvolver os programas em linguagem JAVA.

As minhas queridas Edivânia Félix, Amanda Correia e Mariana Farias, pelo tempo e dedicação dispensados na avaliação do Modelo Lógico deste estudo.

A minha querida orientadora, Sydia Rosana, pela paciência em entender o que eu queria estudar e por entrar neste desafio comigo. Enfim, pela colaboração dispensada sempre com tranquilidade e dedicação. Suas orientações tornaram esta pesquisa mais palpável e simples. Minha eterna gratidão.

A meu coorientador, George Diniz, pela paciência em me fazer entender os números e pela dedicação ao meu estudo. Por cada hora dedicada, meus sinceros agradecimentos.

Aos profissionais da minha unidade, que muito me incentivaram e me ajudaram nesta jornada.

Aos meus colegas dentistas de Jaboatão dos Guararapes, pela parceria de sempre.

A todos os funcionários e professores do Instituto Aggeu Magalhães – FIOCRUZ-PE, que contribuíram diretamente na minha formação. Minha eterna gratidão por ter aprendido tanto com vocês.

Aos colegas da turma Mestrado Profissional em Saúde Pública (2018-2020), pelos momentos que juntos compartilhamos, pelas mensagens de esperança, incentivo e pela parceria de todos, sem exceção.

Enfim, estou agradecida a todos que contribuíram direta ou indiretamente para construção deste estudo, só Deus poderá recompensá-los!

“Ninguém tem maior amor do que Este que dá a sua vida pelos seus amigos”
(Evangelho de João, capítulo 15, versículo 13)

BARROS, Litian Oliveira de Lima. **Avaliação do acolhimento nas Unidades de Saúde da Família da cidade de Jaboatão dos Guararapes-PE**. 2020. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2020.

RESUMO

A mudança do modelo assistencial na atenção básica à saúde com o advento da Estratégia Saúde da Família (ESF) exigiu dos profissionais um maior vínculo e responsabilização entre a equipe e os usuários. Esse estreitamento tem feito do acolhimento uma ferramenta importante no favorecimento de uma relação mais humana. Tornando-se assim um dispositivo capaz de aumentar o acesso aos usuários e possibilitar a organização do processo de trabalho. Desta forma, torna-se importante avaliar o desenvolvimento do acolhimento nas Unidades de Saúde da Família, de Jaboatão dos Guararapes, compreendendo os facilitadores e dificultadores deste processo. Trata-se de uma pesquisa avaliativa, do tipo estudo transversal com abordagem quantitativa, com adoção do modelo RE-AIM. O período de estudo foi de maio de 2019 a março de 2020. A fim de analisar o alcance à população mais vulnerável, foram acessadas as fichas do e-SUS de 272 usuários que passaram pelo acolhimento, para coletar seus respectivos dados sociodemográficos. Os dados foram tabulados no Excel e no software R e analisados segundo sexo, raça, cor, ocupação, escolaridade, situação no mercado de trabalho. Foram aplicados questionários aos profissionais de nível superior, através do aplicativo HCMaps, baseado no modelo RE-AIM que avalia cinco dimensões: Alcance (Reach), Efetividade, Adoção, Implementação e Manutenção. A análise das dimensões foi realizada a partir de uma escala de gradação, tipo Likert, de 1 a 5, quanto mais próximo de 1 menor a concordância, sendo o inverso verdadeiro. Percebeu-se que o acolhimento no município foi considerado insatisfatório, apesar da intervenção ter alcançado a população mais vulnerável. O alcance e a adoção foram considerados insatisfatórios. As dimensões Efetividade, Implementação e Manutenção obtiveram um resultado satisfatório. As principais barreiras observadas na implementação do acolhimento foram: o entendimento de acolhimento como triagem, a delimitação de vagas e/ou horário para acolhimento, a não utilização de fluxograma, a participação insuficiente dos profissionais em reuniões de equipe, a realização de poucas reuniões de comunidade e a não utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão e os principais facilitadores foram a implantação do acolhimento para aumentar o acesso e a utilização de protocolo e avaliação de risco e vulnerabilidade pelos profissionais. O estudo aponta que é possível alcançar um acolhimento satisfatório a partir do momento em que existir uma institucionalização do acolhimento no município associado ao suporte do apoio institucional, para que aumente o número de agentes da intervenção, a representatividade da população alvo e para que as medidas de implementação no seu conjunto sejam operacionalizadas com fidelidade, resultando em maior efetividade e impacto para a saúde dos usuários.

Palavras-chave: Acolhimento. Estratégia Saúde da Família. Avaliação da Implementação em Saúde.

BARROS, Litian Oliveira de Lima. **Reception assessment in Family Health Units in the city of Jaboatão dos Guararapes-PE**. 2020. Dissertation (Master in Public Health) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2020.

ABSTRACT

The change in the care model in primary health care with the advent of the Family Health Strategy (FHS) required professionals to have a greater bond and accountability between the team and users. This narrowing has made welcoming an important tool in favoring a more humane relationship. Thus becoming a device capable of increasing access to users and enabling the organization of the work process. In this way, it is important to evaluate the development of reception at the Family Health Units, in Jaboatão dos Guararapes, including the facilitators and hinders of this process. This is an evaluative research, of the type cross-sectional study with a quantitative approach, with the adoption of the RE-AIM model. The study period was from May 2019 to March 2020. In order to analyze the reach to the most vulnerable population, the e-SUS files of 272 users who passed through the reception were accessed to collect their respective sociodemographic data. The data were tabulated in Excel and in the R software and analyzed according to sex, race, color, occupation, education, situation in the job market. Questionnaires were applied to higher education professionals through the HCMaps application, based on the RE-AIM model that assesses five dimensions: Reach (Reach), Effectiveness, Adoption, Implementation and Maintenance. The dimensions analysis was performed using a gradation scale, Likert type, from 1 to 5, the closer to 1 the lower the agreement, the reverse being true. It was noticed that the reception in the municipality was considered unsatisfactory, despite the intervention having reached the most vulnerable population. Reach and adoption were considered unsatisfactory. The dimensions Effectiveness, Implementation and Maintenance obtained a satisfactory result. The main barriers observed in the implementation of the welcoming were: the understanding of welcoming as screening, the delimitation of vacancies and / or opening hours, the non-use of flowcharts, the insufficient participation of professionals in team meetings, the holding of few meetings of community and the non-use of the Electronic Citizen's Record and the main facilitators were the implementation of welcoming to increase access and use of protocol and risk and vulnerability assessment by professionals. The study points out that it is possible to achieve a satisfactory reception from the moment that there is an institutionalization of reception in the municipality associated with the support of institutional support, so that the number of intervention agents, the representativeness of the target population increases and so that the measures implementation as a whole are operationalized with fidelity, resulting in greater effectiveness and impact on the health of users.

Keywords: Reception. Family Health Strategy. Evaluation of implementation in Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Modelo RE-AIM: Dimensões traduzidas e adaptadas para o Brasil.....	27
Figura 1 – Mapa da Cidade de Jaboatão dos Guararapes por Regional de Saúde, 2020.	28
Quadro 2 – Matriz Conceitual do Acolhimento, segundo a estrutura RE-AIM.....	37
Quadro 3 – Distribuições dos padrões de análise segundo as variáveis e dimensões do RE-AIM.	45
Quadro 4 – Síntese da metodologia proposta para a pesquisa, Jaboatão dos Guararapes, 2020.	48
Quadro 5 – Síntese dos Resultados do RE-AIM.	50
Quadro 6 – Resultados da dimensão Efetividade do Acolhimento no município de Jaboatão dos Guararapes.....	53
Quadro 7 – Resultados da dimensão Adoção do Acolhimento no município de Jaboatão dos Guararapes.	54
Quadro 8 – Resultados da dimensão Implementação do Acolhimento no município de Jaboatão dos Guararapes.....	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos bairros da cidade de Jaboatão dos Guararapes, por Regional de Saúde, 2020.	29
Tabela 2 – Distribuição dos usuários por Regional de saúde que tiveram suas fichas do e-SUS acessadas, Jaboatão dos Guararapes, PE, 2020.	31
Tabela 3 – Distribuição da população de estudo por categoria profissional, Jaboatão dos Guararapes, PE, 2020.....	33
Tabela 4 – Distribuição dos usuários que foram acolhidos nas unidades de saúde de Jaboatão dos Guararapes, segundo dados sociodemográficos, Jaboatão dos Guararapes, PE, 2020.....	51

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
eACS	Equipe de Agentes Comunitários
eSB	Equipe de Saúde Bucal
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
USF	Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	JUSTIFICATIVA	18
3	OBJETIVOS	19
3.1	OBJETIVO GERAL	19
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
4	REFERENCIAL TEÓRICO	20
4.1	O ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	20
4.2	AVALIAÇÃO DE INTERVENÇÕES EM SAÚDE	24
5	CAMINHO METODOLÓGICO	28
5.1	LOCAL DE ESTUDO	28
5.2	POPULAÇÃO DO ESTUDO	31
5.3	CÁLCULO DA AMOSTRA DOS PROFISSIONAIS E USUÁRIOS	32
5.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	32
5.5	ESTRATÉGIA DE PRODUÇÃO DE DADOS	33
5.5.1	Dados documentais	34
5.5.2	Dados questionários	35
5.5.2.1	Efetividade, Adoção, Implementação e Manutenção do Acolhimento	36
5.6	ANÁLISE DOS DADOS	42
5.6.1	Dados primários: Adoção, Efetividade, Implementação e Manutenção	42
5.6.2	Dados secundários	44
6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	49
7	RESULTADOS	50
7.1	RE-AIM	50
7.1.1	Classificação do Acolhimento pelos profissionais de nível superior, em relação à dimensão “Alcance”	51
7.1.2	Classificação do Acolhimento pelos profissionais de nível superior, em relação à dimensão “Efetividade”	52
7.1.3	Classificação do Acolhimento pelos profissionais de nível superior, em relação à dimensão “Adoção”	53
7.1.4	Classificação do Acolhimento pelos profissionais de nível superior, em relação à dimensão “Implementação”	55

7.1.5	Classificação do Acolhimento pelos profissionais de nível superior, em relação à dimensão “Manutenção”	57
8	DISCUSSÃO.....	58
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
	REFERÊNCIAS	70
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	79
	APÊNDICE B- INSTRUMENTO DE ENTREVISTA UTILIZADO PARA OS PROFISSIONAIS.....	82
	APÊNDICE C- DISTRIBUIÇÃO DE USUÁRIOS POR REGIONAL DE SAÚDE E USF EM JABOATÃO DOS GUARARAPES, 2018.	87
	APÊNDICE D - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS A SEREM COLETADOS NA FICHA DE CADASTRO DO E-SUS DOS USUÁRIOS.....	89
	APÊNDICE E – CRITÉRIOS DE ANÁLISE DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	90
	APÊNDICE F – POPULAÇÃO ENCONTRADA NO ESTUDO (PROFISSIONAIS)	95
	APÊNDICE G- PROJETO INTERVENÇÃO	96
	ANEXO A- FICHA DE CADASTRO INDIVIDUAL DO E-SUS	119
	ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA DO MUNICÍPIO DE JABOATÃO	120
	ANEXO C- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	121

1 INTRODUÇÃO

A mudança do modelo assistencial, com o advento da Estratégia Saúde da Família (ESF), levou à corresponsabilização dos profissionais no acompanhamento dos usuários. Esse compromisso trouxe a necessidade das equipes de Saúde da Família (eSF) estabelecerem maior vínculo com os usuários (TRINDADE, 2010). Nessa perspectiva, a humanização é a peça chave para o sucesso da assistência prestada pela ESF e o acolhimento tem sido a ferramenta para deixar essa relação mais humanitária (FRANCO; FRANCO, 2012; MOIMAZ et al., 2017).

O acolhimento pode ser entendido como um dispositivo, ou seja, um modo de reestruturação do processo de trabalho que provoca uma maior aproximação entre trabalhadores e usuários, através de uma escuta qualificada. Ele exige da equipe um maior comprometimento com a queixa do usuário, favorecendo um trabalho multiprofissional e muitas vezes intersetorial (GARUZI et al., 2014). Sobre esse aspecto, acolhimento se diferencia da triagem, pois deixa de ser um trabalho pontual e passa a ser um dispositivo mobilizador das redes internas e externas, com responsabilidade pelas demandas dos usuários (CLEMENTINO et al., 2015).

A implementação do processo de acolhimento será completamente dependente do contexto e com forte influência dos participantes. O acolhimento possui várias interações não controladas, a exemplo da autonomia dos usuários em praticar ou não as recomendações de um profissional de saúde e, ainda, a fidelidade ou não dos profissionais de saúde em seguir os protocolos para operacionalização do dispositivo. Isso faz do seu mecanismo de implementação um processo que pode sofrer forte influência de cada participante (BELLENZANI, 2013), demonstrando a complexidade desta intervenção (MORIN, 1999).

Intervenção compreende um modo de ação planejado, produzido em um espaço social, sendo desde um projeto a uma política (OLIVEIRA, 2014). Em geral, as intervenções em saúde são complexas, pois constituem-se em um sistema aberto de aprendizado, com diferentes elementos interligados, sendo permeável à influência de várias outras intervenções. Possuem fatores e ingredientes ativos que são difíceis de definir, são entregues ao nível individual, organizacional ou populacional e estão envolvidas em vários contextos e sistemas sociais (MOORE et al., 2015; PAWSON; TILLEY, 2004; RIDDE; ROBERT; MEESSEN, 2012). Assim, compreender os diferentes contextos e formas em que essas práticas são desenvolvidas tem sido uma preocupação crescente dos estudos avaliativos (SILVA; ALVES;

OLIVEIRA, 2019; SILVA; SILVA; OLIVEIRA, 2020), exigindo avaliações nem sempre estruturadas, mas com caráter reflexivo (CAMPBELL et al., 2000; PETTICREW, 2011).

De forma mais específica, os estudos de implementação revelam elementos sobre o contexto e a execução de uma intervenção (HARTZ; SILVA, 2005). Eles trazem uma melhor compreensão e explicação de como e porque uma implementação de uma mesma intervenção é exitosa em um contexto e falha em outro (NILSEN, 2015). Podem, ainda, apoiar o processo deliberativo no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), através dos questionamentos, das revisões das normas estabelecidas e dos processos de produção em saúde (ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013).

Existem vários modelos disponíveis na literatura científica para avaliar implementação em saúde, dentre eles o RE-AIM (GLASGOW; VOGT; BOLES, 1999). O RE-AIM inclui resultados que são operacionalizados em níveis individuais, organizacionais ou ambos (BELZA; TOOBERT; GLASGOW, 2007; GLASGOW; VOGT; BOLES, 1999; GLASGOW et al., 2001; KLESGES et al., 2005) e toma como base cinco dimensões: “Alcance”, “Efetividade”, “Adoção”, “Implementação” e “Manutenção” (ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013).

No Brasil, poucos estudos de implementação têm tratado da temática Acolhimento. Lira (2014), ao avaliar a implementação do acolhimento no Maranhão, evidencia índices insatisfatórios de adoção: o acesso era insuficiente para os usuários, os serviços não eram resolutivos e a escuta qualificada não acontecia. Outros estudos brasileiros apontam para a recorrência desses problemas na implementação do acolhimento e observam um grande distanciamento entre o acolhimento descrito na Política Nacional de Humanização (PNH) com o que é executado nas unidades de saúde (COUTINHO, 2015; ROCHA et al., 2017; TENÓRIO, 2011).

De modo semelhante, em Jabotão dos Guararapes, Duarte, Falcão e Beltrão (2017), ao realizarem uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, observaram que os profissionais da ESF da Regional IV do município realizavam um acolhimento distante do que a PNH preconiza como acolhimento. Com esse cenário, a coordenação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) solicitou das próprias equipes a realização de um plano de sensibilização das equipes de Saúde da Família, para que repensassem a prática do acolhimento da demanda espontânea e transformassem o processo de trabalho, tendo como foco principal evitar as longas filas de espera por atendimento ainda existentes, humanizando, assim, o cuidado.

Em decorrência dessa problemática, questiona-se: como o alcance, a efetividade, a adoção, a implementação e a manutenção do acolhimento têm sido operacionalizadas nas Unidades de Saúde da Família (USF) em Jabotão dos Guararapes, a partir da visão dos profissionais de nível superior?

Por fim, para introduzir o conjunto de argumentações a serem aprofundadas, foi elaborado o seguinte pressuposto: o acolhimento está sendo operacionalizado de forma insatisfatória, no que diz respeito as dimensões do RE-AIM, em Jabotão dos Guararapes.

2 JUSTIFICATIVA

A proposição de um estudo de avaliação do acolhimento, nas Unidades de Saúde da Família de Jaboatão dos Guararapes, se justifica tanto pela inovação da metodologia utilizada como pelas características da intervenção. Além disso, outros aspectos corroboram com a decisão de realização do estudo, considerando-se que:

- a) o acolhimento é um dispositivo capaz de reorganizar o processo de trabalho, de melhorar o acesso aos usuários, de ofertar um serviço de saúde efetivo e de possibilitar uma postura comprometida com o usuário do SUS;
- b) poucos estudos, no Brasil, têm sido realizados, no que diz respeito à avaliação da implementação do acolhimento, em contextos locais distintos e uma avaliação do acolhimento pode contribuir no aprofundamento de questões inerentes a esse processo, criando mais alicerce teórico que auxilie na prática dos profissionais inseridos na atenção primária;
- c) o interesse pelo tema no município de Jaboatão dos Guararapes surge após observar os resultados da pesquisa de Duarte, Falcão e Beltrão (2017) no município, que apontam um distanciamento da prática do acolhimento dos profissionais da ESF da Regional IV com o que preconiza a PNH e tornou-se uma questão mais preocupante após leitura do atual plano de saúde de Jaboatão dos Guararapes, onde observa-se que não existem metas ou estratégias de humanização e acolhimento voltadas para a atenção básica;
- d) a autora desta dissertação trabalha no município, exercendo a função de Dentista da ESF, e compartilha a gestão da USF com os demais profissionais de nível superior;
- e) é relevante verificar a operacionalização do acolhimento para identificar as potencialidades e fragilidades do processo, favorecendo a orientação da implementação desse dispositivo e o redirecionamento de ações pelo tomador de decisão;
- f) os demais resultados desta pesquisa/intervenção, permitiu a elaboração de estratégias de planejamento para revisão das ações.

Diante do exposto, faz-se necessário um estudo de avaliação do desenvolvimento do acolhimento, nas Unidades de Saúde da Família do município Jaboatão dos Guararapes-PE, por meio do método RE-AIM.

3 OBJETIVOS

Os objetivos que guiaram o desenvolvimento deste estudo estão apresentados abaixo e divididos entre objetivo geral e objetivos específicos.

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o desenvolvimento do acolhimento, quanto ao alcance, efetividade, adoção, implementação e manutenção, nas Unidades de Saúde da Família do município de Jaboatão dos Guararapes-PE, na visão dos profissionais de saúde do município.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

O objetivo geral foi desmembrado nos seguintes objetivos específicos:

- a) definir o alcance e a adoção do acolhimento na Estratégia Saúde da Família;
- b) analisar a efetividade do acolhimento nas Unidades de Saúde da Família;
- c) identificar medidas para implementação e manutenção do acolhimento nas Unidades de Saúde da Família
- d) apresentar as barreiras e facilitadores para operacionalização do acolhimento;
- e) elaborar uma estratégia de planejamento para revisão das ações com base no modelo RE-AIM.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

O serviço de primeiro contato do usuário com o conjunto de ofertas orientadas a solucionar a maior parte dos problemas de saúde da população é comumente chamado de Atenção Primária à Saúde (APS) (WIESE, 2010). A APS possui várias definições, sendo, neste estudo, considerada como uma estrutura dos sistemas de saúde e entrada preferencial aberta e resolutiva, concomitantemente ordenadora e coordenadora das Redes de Atenção à Saúde (MENDES, 2012).

No Brasil, a APS é nominada de Atenção Básica (AB), sendo operacionalizada de diversas maneiras. A partir dos anos 2000, foi prioritariamente estabelecida pela Estratégia Saúde da Família (ESF) (MENDES, 2012). A ESF se torna o meio de substituição de um modelo fragmentado, hospitalocêntrico e centrado na doença por um modelo que enfrenta as cargas de doenças prevalentes e centraliza sua assistência na família e no vínculo das equipes de saúde com a comunidade (CAPRA, 2012).

O vínculo tem sido um dos temas mais importantes trabalhado no olhar da integralidade, dentro da ESF (CAMPOS, 1998), pois se relaciona ao comprometimento com o problema de saúde do usuário, podendo ser ele individual ou coletivo (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999). Essa relevância decorre da capacidade de induzir uma colaboração recíproca entre a comunidade e os profissionais da equipe, permitindo uma assistência à saúde focada nas necessidades da população (MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009).

A oferta de serviços que atendam a essas necessidades e os encaminhamentos com responsabilização para outros pontos de atenção tem sido definida como integralidade da atenção. O aperfeiçoamento dessa integralidade na ESF está associado à união de ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação e deve ser realizada por equipe multiprofissionais e, muitas vezes, interdisciplinares, organizadas em um território definido (LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011), além de objetivar a oferta de serviços de saúde efetivos e resolutivos (SORATTO et al., 2015). A coordenação do cuidado pelas equipes de Saúde da Família (eSF) depende da integração a uma rede estruturada de serviços de saúde (GIOVANELLA et al., 2009; VIEGAS, 2010).

4.1 O ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Como primeiro nível e principal porta de entrada na rede de atenção à saúde, a ESF deve garantir o acesso aos usuários no sistema (MENDES, 2012). A forma de acesso dos

usuários se apresenta na Política Nacional de Humanização (PNH) como a diretriz de maior relevância ética. A PNH, criada em 2003 pelo Ministério da Saúde (MS), foi formulada para dar configuração aos conhecimentos das novas orientações de estruturação da atenção primária, condizendo com os próprios princípios do SUS. Ela reforça a necessidade de garantir atenção integral à população e meios de ampliar a condição de direitos e de cidadania das pessoas. Um desses meios tem sido a implantação do acolhimento (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015; GARUZI et al., 2014; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; REIS-BORGES; NASCIMENTO; BORGES, 2018).

Pinto (2013) e Ramos e Lima (2009) definem acolhimento como o meio de operacionalizar o processo de trabalho de modo que todos que procurem os serviços de saúde sejam recebidos e que, nessa receptividade, os profissionais assumam uma postura acolhedora e definam respostas mais adequadas aos usuários, prestando um atendimento resolutivo e responsável.

Ademais, o acolhimento pode ser compreendido como tecnologia leve ou tecnologia relacional, por possibilitar a evolução e a consolidação dos vínculos afetivos e de confiança (PINHEIRO; OLIVEIRA, 2011; SANTOS; SANTOS, 2011; VIEIRA-DA-SILVA et al., 2010). Nesse ponto, Pinto (2013) ressalta a postura dos trabalhadores como o grande diferencial, em que os profissionais precisam reconsiderar suas condutas e o modo de ofertar os serviços em saúde. Com postura comprometida, esses profissionais devem existir desde a entrada do usuário no serviço, sucedendo ao atendimento individual, coletivo, domiciliar, nas práticas educativas e na procura da intersetorialidade (PINHEIRO; OLIVEIRA, 2011; REBELLO; KOOPMANS; ROMANO, 2013; WIESE, 2010).

O MS compreende que no acolhimento o paciente é sujeito na produção de saúde, com uma conduta que inclui prática e colaboração, acreditando na mudança da relação profissional/usuário por meio da postura ética, humanitária e solidária. Ao mesmo tempo, frisa o acolhimento como dispositivo mais voltado para os processos de trabalho e a maneira de operacionalizá-los, oferecendo o atendimento a todos que procuram os serviços de saúde, por meio de uma escuta (CAMPOS, 2013). Apresenta-se como uma ferramenta capaz de escutar todos os usuários que procuram a unidade, solucionando problemas mais básicos ou referenciando-os, se for indicado.

Nesse arranjo, o usuário deverá ser recepcionado por um profissional na porta de entrada e encaminhado para a escuta qualificada (BARALDI; SOUTO, 2011; CATARINO, 2013; FRANCO; FRANCO 2012; GARUZI et al., 2014). Estudos têm mostrado que a etapa de recepção tem sido frequentemente realizada pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) e

que a escuta qualificada tem sido desempenhada por enfermeiros e técnicos de enfermagem, contudo problemas têm sido observados, pois nem sempre existe sala de acolhimento para realizar a escuta, além de haver restrição quantitativa de usuários (HECHAVARRIA, 2016; SILVA, 2014).

A literatura aponta que as equipes de saúde de São Luís, no Maranhão, não utilizam classificação de risco para a realização do acolhimento (SILVA, 2014), entretanto o acolhimento tem sido implantado nas unidades, a fim de atender as populações vulneráveis (HECHAVARRIA, 2016; SILVA, 2016).

Na avaliação de vulnerabilidade, Takahashi e Oliveira (2001) propõem analisá-la a partir da idade, sexo, etnia, apoio social, escolaridade e renda. Esses autores consideram que algumas parcelas da comunidade, tais como idosos, mulheres, minorias raciais, pessoas com pouco suporte social, pouco ou nenhum acesso à educação, baixa renda e desempregados, são mais expostas ao adoecimento e à morte.

Diante dos graus de risco e vulnerabilidade de uma população, o acolhimento oportuniza o vínculo do usuário com o serviço, facilitando o acesso aos serviços de saúde. Uma pesquisa realizada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Porto Alegre, na região Sul do Brasil, demonstrou a maior procura dos usuários por serviços de saúde em unidades que realizam um bom acolhimento (RAMOS; LIMA, 2009). No entanto, Baratieri et al. (2017) identificaram, em um município também do sul do país, uma deficiência no acolhimento da APS. Os autores constataram uma dificuldade no acesso às USF e baixa resolutividade das equipes no processo de receber as demandas espontâneas.

Um acolhimento mal realizado pode estar associado à ausência de significado e crédito dado ao dispositivo, pois o entendimento do acolhimento como triagem e os encaminhamentos efetuados pela APS em uma rede não estruturada levam à frustração e à não confiabilidade no acolhimento. Isso pode provocar problemas no processo, causando descontentamento por parte dos profissionais (AMARANTE, 2015).

O acolhimento quando exercido como uma mera atividade de triagem na APS indica um trabalho desconectado e pontual das equipes de saúde, desqualificando-o de sua função básica, que é a humanização (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015). Segundo Giordani (2016), é fundamental que os profissionais de saúde apoderem-se das minúcias do que venha a ser um acolhimento e que ele deve ser entendido em seu sentido completo, tanto como postura ética quanto dispositivo.

Uma pesquisa realizada por Amarante (2015), com profissionais da ESF de Salvador, comprova a falta de conhecimento em relação à operacionalização do dispositivo, relatando a

não utilização nas atividades clínicas do protocolo nacional de acolhimento à demanda espontânea, expostos nos cadernos de atenção básica do MS. Segundo Machado (2015), as falhas na implementação do acolhimento estão relacionadas com a carência de um protocolo local com classificação de risco, fluxograma e à inexistência de planejamento dos profissionais.

Estudos revelaram que há execução do acolhimento de forma acrítica e sem o conhecimento prévio dos conceitos pelos profissionais que fazem uso do dispositivo (AMARANTE, 2015; CUNHA, 2010; GLASGOW et al., 2001; LOPES et al., 2015; MOIMAZ et al., 2017; ROCHA et al., 2017; SZPILMAN; OLIVEIRA, 2011; WEIGEL, 2017). Também é possível observar, na literatura, que existe falta de capacitação profissional e educação em saúde, no que se refere à temática do acolhimento (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012; ROCHA et al., 2017; SOUSA, 2009; TAKEMOTO; SILVA, 2007); espaço físico inadequado para realização do acolhimento (ROCHA et al., 2017); falta de profissionais de saúde para compor as Equipes de Saúde da Família, gerando sobrecarga de trabalho, cansaço e estresse nos trabalhadores (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

No que diz respeito à rede de atenção à saúde, alguns autores relatam haver uma carência de uma rede estruturada para as possíveis referências necessárias pela Atenção Primária à Saúde (LOPES et al., 2015; MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012) e a falta de informação e comunicação entre profissionais e usuários (CARNUT et al., 2017; NEVES; PRETTO; ELY, 2013).

Quanto à implementação do acolhimento, os achados na literatura revelam que: existe o foco na queixa-conduta, priorizando a triagem ao invés da escuta qualificada (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012); e a triagem é um trabalho pontual, apenas com repasses das demandas, sem nenhuma responsabilização (CLEMENTINO et al., 2015). Por outro lado, a escuta qualificada, diferentemente da triagem, exige da equipe um maior comprometimento com a queixa do usuário, favorecendo um trabalho multiprofissional e muitas vezes intersetorial (GARUZI et al., 2014).

Farias e Sampaio (2010) e Trindade (2010) observaram que uma grande rotatividade de profissionais dificulta o acolhimento, o que levaria a conflitos e desarticulação das equipes (COELHO; JORGE, 2009). Outros problemas comuns encontrados na literatura referem a insistência da visão médico-centrada do paciente (LOPES et al., 2015) e restrição do conceito de acolhimento à recepção do usuário (ZIMMERMANN, 2011).

Para Amarante (2015), ainda há uma carência de um protocolo com classificação de risco na ESF em Salvador, fluxograma de atendimento e a inexistência de planejamento dos

profissionais. Outros autores referem a ausência de apoio da gestão, aos profissionais, tanto no que concerne à capacitação quanto a outros pontos da implementação do acolhimento (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012; ROCHA et al., 2017; SOUSA, 2009; TAKEMOTO; SILVA, 2007).

Mesmo diante das dificuldades para implementação do acolhimento na ESF, ele tem se mostrado um importante meio de ampliar a participação dos usuários e aumentar as práticas que levam ao bem estar e à qualidade de vida dos participantes, sejam profissionais de saúde ou usuários (SANTOS NETO, 2014).

Para Andrade, Franco e Ferreira (2007), a participação dos usuários nas reuniões de comunidade, Conselhos Gestores e Conselhos de Saúde, permite a compreensão desses atores sobre o que consiste o acolhimento, classificação de risco e vulnerabilidade, sendo assim um importante exercício do direito à saúde.

Com todos esses fatores, a literatura científica afirma que a implementação do acolhimento não é uma tarefa fácil, porém é viável (SILVA, 2016). A manutenção desse processo tem diminuído a demanda reprimida e tem mantido o trabalho em equipe (TENÓRIO, 2011).

Dessa forma, o acolhimento tem sido uma ferramenta essencial para a Atenção Básica, entretanto apenas ganhou destaque no processo de trabalho das ESF na última década, quando, em 2011, passou a ser um critério de avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), sendo importante a realização de pesquisas avaliativas sobre a prática do acolhimento na Atenção Básica (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

4.2 AVALIAÇÃO DE INTERVENÇÕES EM SAÚDE

O termo avaliação é detentor de um enorme poder significativo, tornando-se adequável a diversas esferas do conhecimento (HARTZ; SILVA, 2005). Segundo Brousselle et al. (2011), avaliar é uma conduta comum do ser humano e que depende muitas vezes da percepção e convicção. Para Contandriopoulos (2006), avaliar é realizar um juízo de valor sobre uma intervenção, através de um instrumento que seja capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou qualquer um dos seus componentes.

Neste estudo, avaliação será entendida como uma forma de fazer julgamento de valor em relação a uma intervenção ou para algum de seus componentes, a fim de auxiliar na

tomada de decisões (BROUSSELLE et al., 2011). É exatamente pela possibilidade de induzir na tomada de decisão que a avaliação se coloca como uma tarefa importante nos programas e políticas do SUS (PAIM, 2005).

Diversas classificações podem ser dadas aos processos avaliativos. No que diz respeito aos objetivos da avaliação, ela pode ser somativa ou formativa. A somativa é realizada ao final de um programa e sua finalidade é a prestação de contas a um órgão externo (gestor ou financiador). A formativa é constantemente realizada durante a implementação de uma intervenção e tem por finalidade sustentar o andamento da mesma (SCRIVEN, 1991). A avaliação ainda pode ser classificada como normativa ou pesquisa avaliativa. O juízo de valor pode ser produto da utilização de parâmetros e normas (avaliação normativa) ou um julgamento a partir de uma intervenção observada, usando um método científico (pesquisa avaliativa) (HARTZ; SILVA, 2005).

A pesquisa avaliativa pode ser definida, ainda, como uma avaliação de relevância, com parâmetros teóricos que analisam a produtividade, os resultados e o produto de uma intervenção, bem como contribui para o aumento da validade interna da pesquisa, sendo muito utilizada em intervenções semelhantes com uma grande variabilidade de resultados em contextos diferentes, permitindo estabelecer uma relação entre a intervenção e o contexto, com a finalidade de apoiar a tomada de decisão (HARTZ; SILVA, 2005). Ao realizar estudos de avaliação, é possível observar essa associação existente entre a intervenção e o contexto (SILVA; ALVES; OLIVEIRA, 2019; SILVA; SILVA; OLIVEIRA, 2020; ZACARIAS, 2020).

Silva, Silva e Oliveira (2020), ao realizarem uma avaliação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), em Recife-PE, identificaram 13 contextos que influenciavam o processo de desenvolvimento da equipe NASF avaliada. Já o trabalho de Silva, Alves e Oliveira (2019), ao avaliarem a ESF do município de Camaçari-BA, identificaram três eventos-críticos ligados à Promoção da saúde que geraram mudanças na USF. Zacarias (2020), ao avaliar a receptividade do ambiente interno de hospitais regionais da II Macrorregional de Saúde de Pernambuco à implementação de um programa de residência obstétrica, observou interferências do contexto interno e externo na implementação do programa.

Uma das falhas comuns na avaliação de uma intervenção não é a avaliação dos resultados, mas sim a avaliação do processo. Muitas vezes, programas são adaptados de acordo com a realidade local e se algumas dessas adaptações, feitas para adequar os recursos, competências e conhecimentos disponíveis, forem de elementos centrais da intervenção,

podem levar a resultados decepcionantes (ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013). Para verificação do funcionamento ou não, um programa deve ser implementado com o máximo de fidelidade possível aos elementos centrais, estabelecendo um misto entre adaptação e fidelidade para o processo de implementação bem-sucedida de programas em ambientes comunitários (NHIM et al., 2019; OLIVEIRA, 2014; PITTMAN et al., 2020).

A literatura científica mostra que diversas ferramentas avaliativas têm sido desenvolvidas, dentre elas o RE-AIM (GLASGOW; VOGT; BOLES, 1999). O modelo RE-AIM apresenta-se como uma ferramenta para o desenvolvimento, implementação e avaliação de programas e políticas de saúde, servindo de guia para o planejamento, orientação e construção de novas propostas de intervenções e programas nos diversos níveis de atenção à saúde pública e privada (ALMEIDA; BRITO, 2014). O RE-AIM, ao avaliar os efeitos de programas de intervenções, toma como base cinco dimensões: “Alcance”, “Efetividade”, “Adoção”, “Implementação” e “Manutenção” (ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013).

Através do RE-AIM, pesquisadores e gestores têm realizado planejamentos e avaliações de programas, a fim de diminuir as lacunas entre a pesquisa e a prática e aumentar o impacto das intervenções na saúde pública (GLASGOW; VOGT; BOLES, 1999). Binotto et al. (2015), ao avaliarem o Programa Universidade Aberta para a Terceira Idade, no município de Irati-PR e região, identificaram alguns aspectos que poderiam ser reavaliados e desenvolvidos, encontrando novas estratégias para a manutenção e melhoria do programa, em todas as dimensões do modelo RE-AIM. Sandreschi, Petreça e Mazo (2015), ao avaliarem um programa universitário para idosos, em uma Universidade do Estado de Santa Catarina, encontraram resultados que poderiam auxiliar no planejamento e gestão das ações desenvolvidas pelo grupo responsável por desenvolver a intervenção. Quadros et al. (2020), ao avaliarem apenas a dimensão “efetividade” do programa Academia da Saúde, em Belo Horizonte-MG, mostraram a efetividade da intervenção, em curto e médio prazo, por meio das mudanças relatadas pelos participantes sobre os principais marcadores do programa.

O RE-AIM é capaz de avaliar os resultados potenciais ou concretos de programas e intervenções, com capacidade para colaborar na consolidação do SUS na prática (ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013). O modelo inclui resultados que são operacionalizados em níveis individuais, organizacionais ou ambos, por isso tem sido aplicado numa variedade de esferas, com inúmeras populações diferentes (BELZA; TOOBERT; GLASGOW et al., 2001; GLASGOW, 2007; GLASGOW; VOGT; BOLES, 1999; KLESGES et al., 2005).

Segundo Glasgow et al. (2019), todas as dimensões RE-AIM são complexas, mas a dimensão “Implementação”, atualmente, tem mais índices. Foca-se na fidelidade a uma

intervenção: até que ponto o programa é implementado consistentemente em diferentes ambientes? As dimensões “Alcance”, “Efetividade”, “Adoção”, “Implementação” e “Manutenção” relacionam-se entre si e, quando bem respondidas, potencializam o resultado da intervenção na saúde pública (BENEDETTI et al., 2014). Almeida, Brito e Estabrooks(2013) identificaram que as cinco dimensões do RE-AIM operam unidas, em acordo, sem que nenhuma seja mais relevante que outra. Por essa razão, além da dimensão “Implementação”, serão utilizadas no presente estudo as medidas das demais dimensões do modelo. A relevância de cada dimensão pode se modificar, a depender do objetivo predefinido de cada programa. As dimensões do modelo RE-AIM foram analisadas e adaptadas culturalmente para a realidade brasileira (Quadro 1).

Quadro 1 – Modelo RE-AIM: Dimensões traduzidas e adaptadas para o Brasil.

DIMENSÕES	DEFINIÇÃO	NÍVEL DE ORGANIZAÇÃO
Alcance (<i>Reach</i>)	É o número absoluto, a proporção e a representatividade dos indivíduos que estão dispostos a participar de uma determinada iniciativa comparada àqueles que desistem ou àqueles potencialmente elegíveis.	Individual
Efetividade (<i>Effectiveness</i>)	É o impacto de uma intervenção sobre desfechos importantes incluindo qualidade de vida, potenciais efeitos negativos e os resultados econômicos.	Individual
Adoção (<i>Adoption</i>)	É o número absoluto, a proporção e a representatividade das organizações e dos agentes de intervenção que estão dispostos a iniciar um programa.	Organizacional (com os possíveis agentes de intervenção)
Implementação (<i>Implementation</i>)	No nível organizacional, refere-se à fidelidade dos agentes de intervenção aos vários elementos de um protocolo de intervenção. Isso inclui a consistência no fornecimento, conforme previsto, o tempo e o custo da intervenção. No nível individual, refere-se à medida que os participantes utilizam as estratégias da intervenção.	Individual e Organizacional
Manutenção (<i>Maintenance</i>)	No nível organizacional, é à medida que um programa ou política torna-se institucionalizado ou parte das práticas de rotina e políticas organizacionais. No nível individual, a manutenção tem sido definida como os efeitos benéficos em longo prazo (seis ou mais meses após a implantação da intervenção).	Individual e Organizacional

Fonte: Almeida et al. (2013).

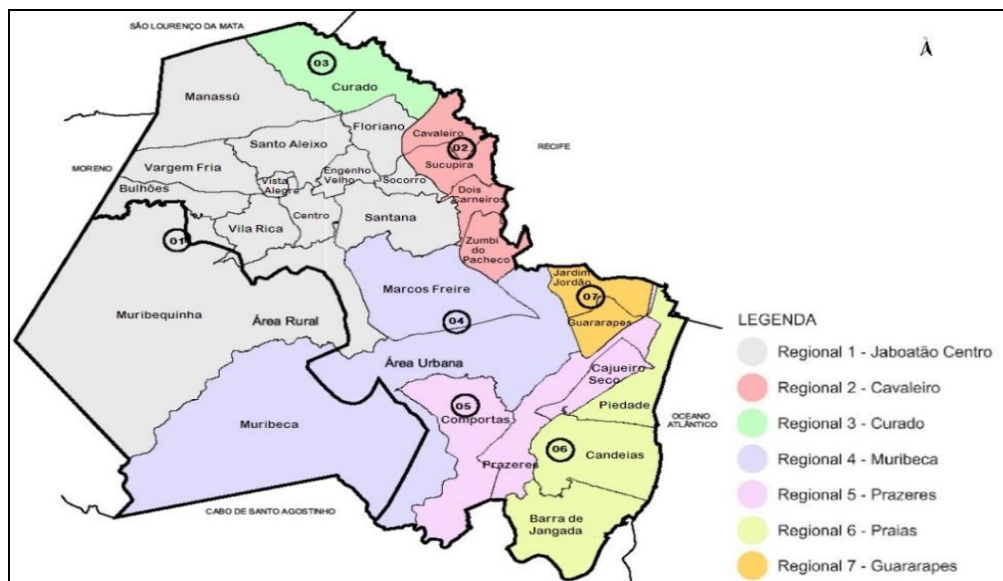
5 CAMINHO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, do tipo estudo transversal, com abordagem quantitativa, considerando as dimensões propostas no Modelo RE-AIM. A pesquisa teve início em maio de 2019 e foi concluída em março de 2020.

5.1 LOCAL DE ESTUDO

Jaboatão dos Guararapes é um município da região metropolitana de Pernambuco, localizado na Região Nordeste do Brasil. Apresenta, segundo o IBGE (2010), uma extensão territorial de 259 km², sendo 166 km² de área urbana (63,12%) e 97 km² de área rural (36,88%). Jaboaão dos Guararapes é um município com aglomeração urbana da população, que concentra 630.595 habitantes (97,8%) na área urbana, enquanto 14.025 habitantes (2,2%) vivem na área rural, distribuídas em sete Regionais de Saúde.

Figura 1 – Mapa da Cidade de Jaboaão dos Guararapes por Regional de Saúde, 2020.



Fonte: Jaboaão dos Guararapes (2018)

Cada uma dessas regionais de saúde compõe uma rede de serviços municipais com Unidades de Saúde da Família e serviços especializados, podendo conter serviços de pronto atendimento, Unidades Básicas de Saúde, rede complementar e suplementar de saúde (Tabela 1).

O município possui uma rede com 105 eSF, distribuídas em 83 unidades de saúde, cobrindo 51,00 % da população. Possui, ainda, 810 equipes de Agentes Comunitários de Saúde (eACS), 8 equipes NASF e 73 equipes de saúde bucal. A população coberta pela ESF é de aproximadamente 371.514 pessoas (BRASIL, 2018a).

Tabela 1 – Distribuição dos bairros da cidade de Jaboatão dos Guararapes, por Regional de Saúde, 2020.

(continua)				
REGIONALIZAÇÃO	POPULAÇÃO	BAIRROS	CARACTERÍSTICAS DA REDE	COBERTURA DA ESF
O	(habitantes)			(população)
REGIONAL 1 JABOTÃO CENTRO	– 125.151	Centro, Engenho Velho, Floriano, Manassu, Muribequinha, Santana, Santo Aleixo, Socorro, Vargem Fria, Bulhões, Vila Rica e Vista Alegre	14 Unidades de Saúde da Família (USF), 20 equipes de Saúde da Família (eSF), 3 equipes de Agentes Comunitários de Saúde (eACS), 12 equipes de Saúde Bucal (eSB), 2 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 1 Nasf, 1 Policlínica, 1 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), 1 Centro de reabilitação	58%
REGIONAL 2 CAVALEIRO	- 121.378	Cavaleiro, Dois Carneiros, Sucupira e Zumbi do Pacheco	14 Unidades de Saúde da Família (USF), 20 equipes de Saúde da Família (eSF), 2 equipes de Agentes Comunitários de Saúde (eACS), 14 equipes de Saúde Bucal (eSB), 4 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 1 Nasf, 1 Policlínica, 1 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), 1 Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) infantil, 1 Centro de reabilitação	57%
REGIONAL 3 CURADO	- 50.148	Curado	6 Unidades de Saúde da Família (USF), 8 equipes de Saúde da Família (eSF), 1 equipe de Agentes Comunitários de Saúde (eACS), 5 equipes de Saúde Bucal (eSB), 1 Nasf, 1 Policlínica, 1 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	55%

Tabela 1 – Distribuição dos bairros da cidade de Jaboatão dos Guararapes, por Regional de Saúde, 2020.

					(continuação)	
REGIONALIZAÇÃO			POPULAÇÃO	BAIRROS	CARACTERÍSTICAS DA REDE	COBERTURA DA ESF
REGIONAL MURIBECA	4	-	51.317	Marco Freire e Muribeca	7 Unidades de Saúde da Família (USF), 8 equipes de Saúde da Família (eSF), 1 equipe de Agentes Comunitários de Saúde (eACS), 3 equipes de Saúde Bucal (eSB), 3 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 1 Nasf	61%
REGIONAL PRAZERES	5	-	98.24	Comportas, Prazeres e Cajueiro Seco	18 Unidades de Saúde da Família (USF), 19 equipes de Saúde da Família (eSF), 2 equipes de Agentes Comunitários de Saúde (eACS), 16 equipes de Saúde Bucal (eSB), 1 Unidade Básica de Saúde (UBS), 1 Nasf, 1 Policlínica, 1 Centro de reabilitação, 1 Centro de abordagem ao fumante, 1 Centro de testagem e aconselhamento, 1 Unidade de pronto atendimento (UPA)	67%
REGIONAL PRAIAS	6	-	178.469 habitantes	Barra de Jangada, Candeias e Piedade	17 Unidades de Saúde da Família (USF), 17 equipes de Saúde da Família (eSF), 2 equipes de Agentes Comunitários de Saúde (eACS), 13 equipes de Saúde Bucal (eSB), 3 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 2 Nasfs, 1 Policlínica, 1 Centro de referência, 1 Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) adulto e infantil, 1 Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST)	33% da população

Tabela 1 – Distribuição dos bairros da cidade de Jaboatão dos Guararapes, por Regional de Saúde, 2020.

(conclusão)					
REGIONALIZAÇÃO	POPULAÇÃO	BAIRROS	CARACTERÍSTICAS DA REDE	COBERTURA DA ESF	
REGIONAL GUARARAPES	7 - 71251 habitantes	Jardim Jordão e Guararapes	8 Unidades de Saúde da Família (USF), 10 equipes de Saúde da Família (eSF), 3 equipes de Agentes Comunitários de Saúde (eACS), 8 equipes de Saúde Bucal (eSB), 1 Nasf, 1 Policlínica, 1 CAPS	48% da população	

Fonte: Adaptado de Jaboatão dos Guararapes (2018).

5.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população estudada foi extraída de um cadastro de 135 profissionais de nível superior, pertencentes a 48 eSF de área rural e urbana do município de Jaboatão dos Guararapes. Ao iniciar a coleta, desses 135 profissionais, 22 cargos estavam vagos, resultando em uma população estudada de 113 profissionais. O número total de usuários cadastrados nas eSF e que passavam pelo acolhimento era de 117.897.

Em relação aos profissionais, foram selecionados aqueles profissionais de nível superior que integravam a ESF do município de Jaboatão dos Guararapes e que, no momento do levantamento dos dados da pesquisa, estavam realizando acolhimento.

A população de usuários que tiveram suas fichas do e-SUS¹ acessadas foi composta pela amostra de 272 registros dos usuários que passaram pelo acolhimento nas respectivas eSF (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos usuários por Regional de saúde que tiveram suas fichas do e-SUS acessadas, Jaboatão dos Guararapes, PE, 2020.

(continua)					
Regional	Usuários Cadastrados	%Cadastrados Total	População do município	% Município	N amostra
I	16.068	13,6	125.151	1A7,5	37
II	26.679	22,6	121.378	17,3	62
III	9.820	8,3	50.148	7,7	23

¹ É um conjunto de ações do Ministério da Saúde para otimizar a gestão da informação na Atenção Básica por meio da informatização do Sistema Único de Saúde (SUS). Possui vários instrumentos, tais como a ficha de cadastro individual e o Prontuário Eletrônico do Cidadão (BRASIL, 2018b).

Tabela 2 – Distribuição dos usuários por Regional de saúde que tiveram suas fichas do e-SUS acessadas, Jaboatão dos Guararapes, PE, 2020.

					(conclusão)
IV	8.369	7,1	51.317	7,4	19
V	21.312	18,1	98.245	14,2	49
VI	25.421	21,6	178.469	25,6	59
VII	10.228	8,7	71.251	10,2	23
Total	117.897				272

Fonte: A Autora, a partir dos dados do Sistema AtendSaúde Novetech.

5.3 CÁLCULO DA AMOSTRA DOS PROFISSIONAIS E USUÁRIOS

Para se estimar o número de profissionais de nível superior que tiveram participação na presente pesquisa e o número de fichas do e-SUS a serem analisadas, considerou-se uma margem de erro de 5% e uma prevalência de 50%, para ambos. Foi, ainda, considerado um intervalo de confiança de 95% no cálculo amostral dos profissionais e 90% no dos usuários. Como não se tinha informação prévia sobre o resultado esperado (proporção de usuários vulneráveis que passaram pelo acolhimento) e nem da classificação do acolhimento no município, utilizou-se uma prevalência de 50%. Realizou-se, também, um cálculo amostral independente para os profissionais e para os usuários.

Assim, os valores obtidos no cálculo amostral foi um total de 87 profissionais (Tabela 3) e 272 fichas de usuários, distribuídas proporcionalmente aos percentuais de cada regional em relação a população total cadastrada que passaram pelo acolhimento e tiveram seus dados acessados no sistema de informação do município, o AtendSaude v3.1.1- Novetech (Tabela 2).

5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Utilizou-se como critérios de inclusão:

- a) para dados primários: dentistas, enfermeiros e médicos de todas as regionais de saúde, podendo ser de eSF completa ou incompleta, e que realizavam acolhimento há pelo menos 6 meses;
- b) para dados secundários: usuários cadastrados nas eSF e que participaram do acolhimento nos últimos 6 meses².

² Prazo mínimo para se avaliar a manutenção de uma intervenção. A fim de haver uma padronização com dimensão “manutenção” do modelo RE-AIM, foi utilizado o mesmo critério.

E como critérios de exclusão:

- a) para dados primários: profissionais que trabalhavam em duas equipes; profissionais que se recusaram a participar; profissionais de férias e outras licenças;
- b) para dados secundários: usuários que não passaram pelo acolhimento nos últimos 6 meses.

Levando-se em consideração todos os critérios de inclusão e exclusão do estudo, só puderam participar da pesquisa 85 profissionais (27 cirurgiões dentistas, 34 enfermeiros e 24 médicos). Não foi possível atingir o total da amostra inicialmente definida, de 87 profissionais, em virtude de não possuir um quantitativo de médicos que cumprissem os critérios de inclusão.

Tabela 3 – Distribuição da população de estudo por categoria profissional, Jaboatão dos Guararapes, PE, 2020.

Profissionais	Cadastrados em atividade	Distribuição por categoria (%)	Participantes selecionados
Dentista	35	31,0	27
Médico	47	41,6	36
Enfermeiros	31	27,4	24
Total	113	100,0	87

Fonte: A autora, 2020.

Para seleção das fichas do e-SUS dos usuários que passaram pelo acolhimento nas eSF, nos últimos 6 meses, foi realizado um sorteio aleatório, a partir do N amostral do total de usuários cadastrados nas 48 equipes das 7 regionais de saúde (Tabela 2). Esse N foi estabelecido a partir de um cálculo de representação, em que se utilizou o número da população por regional, um intervalo de confiança de 90%, multiplicando por um peso para cada regional.

Os nomes dos usuários sorteados tiveram suas fichas do e-SUS (ANEXO A) acessadas no sistema de informação AtendSaúde Novetech e foi realizado o download individual das 272 fichas, para extração dos seus respectivos dados sociodemográficos (APENDICE D).

5.5 ESTRATÉGIA DE PRODUÇÃO DE DADOS

A coleta de dados se deu através de duas fontes de dados: documental e questionário. Toda produção de dados foi orientada pelas dimensões do modelo RE-AIM. O modelo foi desenvolvido por Glasgow, Vogt e Boles (1999), com o objetivo de traduzir os resultados dos estudos para a prática, e foi adaptado à realidade brasileira por Almeida, Brito e Estabrooks

(2013). O modelo simplifica a interpretação das pesquisas para a prática em cinco dimensões: “Alcance” (*Reach*), “Efetividade”, “Adoção”, “Implementação” e “Manutenção. Ainda favorece a compreensão da pesquisa na operacionalização da intervenção e destaca as questões referentes à validade externa e interna.

5.5.1 Dados documentais

Os dados secundários foram coletados através do sistema de informação do município, *AtendSaude v3.1.1 - Novetech*, onde foram coletadas informações da “Adoção” e “Alcance”.

Na dimensão “Adoção”, foi realizada uma consulta no sistema para verificação do número total de eSF cadastradas no município. Realizou-se, também, visita às eSF do município para saber quais equipes se enquadravam no critério de inclusão (realizar acolhimento pelo menos há 6 meses), informação que foi adquirida através do livro de registro de acolhimento das eSF, resultando em 48 equipes elegíveis, do total de 105 eSF. Esses dados foram importantes para o cálculo da Taxa de Adoção (O).

Concomitantemente, foi realizada a consulta do número total de usuários cadastrados nas eSF que realizavam acolhimento e o número total de usuários cadastrados na ESF de Jaboaão dos Guararapes. Esses dados foram úteis para o cálculo da Taxa do Alcance. A Taxa de Alcance foi calculada através da divisão do número de usuários cadastrados nas eSF que desenvolvia o acolhimento pelo número total de usuários cadastrados na ESF do município. Também foram coletadas informações sociodemográficas das fichas cadastrais do e-SUS dos usuários que passaram pelo acolhimento.

Essa pesquisa dos dados sociodemográficos dos usuários foi realizada para saber o grau de vulnerabilidade dos usuários que passaram pelo acolhimento, pois, segundo o estudo de Almeida, Brito e Estabrooks (2013), bem como o estudo de Sandreschi, Petreça e Mazo (2015), ao avaliar a dimensão “Alcance”, deve-se observar se a intervenção está alcançando os grupos vulneráveis. Para analisar a vulnerabilidade, foi realizado uma revisão dos dados secundários referentes ao perfil sociodemográfico dos usuários, registrados na ficha cadastral individual do e-SUS. Na ocasião, as seguintes variáveis foram coletadas: data de nascimento, sexo, raça/cor, situação conjugal, situação no mercado de trabalho, escolaridade, possuir plano de saúde, se frequenta creche ou escola e se tem alguma deficiência. Posteriormente, essas informações sociodemográficas de cada usuário receberam uma pontuação com base em dados da revisão de literatura da Lei nº 10.741 (BRASIL, 2003), Retratos (2018), Lima e Bueno (2009), Quadros (2009), Takahashi e Oliveira (2001) e Valentim, Santos, Pais-Ribeiro,

(2014), que consideram condições vulneráveis: mulheres, idosos, solteiros, negros, desempregados, baixa escolaridade, sem plano de saúde privado e deficientes. A partir dessas pontuações, os usuários puderam ser classificados como: vulnerabilidade alta; mais ou menos vulnerável; vulnerabilidade baixa; e não tem vulnerabilidade.

5.5.2 Dados questionários

Os dados primários foram obtidos através de um questionário construído para esta pesquisa (APENDICE B) e aplicado aos profissionais de nível superior, através das dimensões do modelo RE-AIM, em que foram avaliadas as dimensões “Efetividade”, “Adoção”, “Implementação” e “Manutenção”. O questionário foi inserido, inicialmente, no aplicativo HCMaps® e os profissionais puderam responder as questões diretamente no aplicativo.

O HCMaps®, produzido em linguagem JAVA e um Software Development Kit (SDK) completo de georreferenciamento, tem funcionalidade para Android®³ e, dessa forma, para coleta de dados, pôde ser utilizado o celular ou tablet, permitindo a tomada de imagens georreferenciadas para futura análise dos dados.

A ideia de personalização do programa de georreferenciamento foi criada em uma Parceria Público Privada, através do Laboratório de Avaliação, Monitoramento e Vigilância em Saúde – LAM-Saúde, do Instituto Aggeu Magalhães FIOCRUZ/PE, e a startup Sysvale Softgroup®, da Universidade do Vale do São Francisco.

A conexão do software foi desenvolvida utilizando HTML5, CSS3 e *Java Script*, através de uma *Application Programming Interface* (API) para o Android 4.4, deixando a evolução do aplicativo mais ágil e compatível. Os dados processados puderam ser compatibilizados e estruturados, proporcionando um contexto que ajudará na tomada de decisão (DUARTE et al., 2018).

Após o preenchimento, os questionários eram enviados e salvos na base de dados do programa. Ao final de toda coleta foi possível gerar o relatório final do banco de dados, sendo compatível com programa Microsoft Excel®.

³ Sistema operacional para smartphones desenvolvido pela Google®

5.5.2.1 Efetividade, Adoção, Implementação e Manutenção do Acolhimento

No geral, as dimensões “Efetividade”, “Adoção”, “Implementação” e “Manutenção” do Acolhimento tiveram afirmativas, no questionário, com respostas a partir dos scores propostos por uma escala tipo Likert, onde para cada afirmativa os profissionais poderiam selecionar um dos itens da escala: (1) Discordo totalmente; (2) Discordo parcialmente; (3) Indiferente; (4) Concordo parcialmente; (5) Concordo totalmente. Além disso, também foram adicionadas mais três questões, sendo uma fechada, uma de múltipla escolha, e uma dicotômica.

Na “Efetividade”, os profissionais responderam afirmativas referentes à variável “Resultados dos efeitos primários”. Na “Adoção”, os profissionais responderam afirmativas referente às variáveis “Capacidade necessária para adoção”, “Percentual de Abandono”, “Motivos para adoção”, “Motivos para não adoção” e “Fatores que podem influenciar a adoção” do acolhimento. Na dimensão “Implementação”, os profissionais responderam afirmativas referentes às variáveis “Conhecimento dos profissionais sobre o acolhimento”, “Estratégias de Implementação” e “Medida em que o acolhimento foi executado com fidelidade”. Na “Manutenção”, foi respondida apenas uma afirmativa e, por tratar-se de um estudo transversal, não foi possível avaliar medidas de continuidade da intervenção. Dessa forma, na dimensão “Manutenção”, avaliou-se a variável “Potencial de sustentabilidade do acolhimento”.

Todas as afirmativas e questões das dimensões do RE-AIM foram baseadas em revisão de literatura dos estudos de Lopes et al. (2015); Mítre, Andrade e Cotta (2012); Rocha et al. (2017); Sousa (2009); Takemoto e Silva (2007); Amarante (2015); Andrade, Franco e Ferreira (2007); Glasgow et al. (2001); Coelho e Jorge (2009); Cunha (2010); Farias e Sampaio (2010); Lira (2014); Lopes et al. (2015); Moimaz et al. (2017); Szpilman e Oliveira (2011); Weigel (2017); e Tenório (2011).

A seguir, na matriz conceitual do acolhimento (Quadro 2), são apresentados detalhamentos sobre a operacionalização do modelo RE-AIM, explicitando conceitos, variáveis, afirmativas/questões norteadoras e fonte dos dados.

Quadro 2 – Matriz Conceitual do Acolhimento, segundo a estrutura RE-AIM.

(continua)

DIMENSÃO	VARIÁVEL	AFIRMATIVAS E QUESTÕES NORTEADORAS PARA COLETA DE DADOS	FONTE DE DADOS	OPERACIONALIZAÇÃO
<p>ALCANCE É o número de usuários que passam pelo o acolhimento, a proporção da população que participa e a representatividade desses participantes do acolhimento em relação à população cadastrada na ESF.</p>	<p>Descrição da população.</p>	<p>Qual o número de usuários cadastrados na ESF?</p> <p>Qual o número de usuários cadastrados nas eSF nas quais realiza-se o acolhimento?</p> <p>Como avaliar a representatividade dos usuários que passam pelo acolhimento?</p>	<p>Sistema de Informação AtendSaude- v3.1.1 – Novetech.</p> <p>Ficha cadastral individual do e-SUS, disponível no sistema de informação do município AtendSaude- v3.1.1 - Novetech (ANEXO A).</p>	<p>Cálculo da Taxa de Alcance.</p> <p>As características sociodemográficas dos usuários foram obtidas através de uma pesquisa documental. Na ocasião foram coletados: data de nascimento, sexo, raça/cor, situação conjugal, situação no mercado de trabalho, escolaridade, possuir plano de saúde, se frequenta creche ou escola, orientação sexual e se tem alguma deficiência.</p>
	<p>Método de identificação da população – alvo.</p>	<p>Como se identificou a população alvo da intervenção?</p>	<p>Usuários Cadastrados nas eSF do município através da ficha do e-SUS (ANEXO A) do sistema de informação do município AtendSaude- v3.1.1 - Novetech</p>	<p>Cadastros dos usuários no sistema de e informação do município (AtendSaúde Novetech).</p> <p>As características sociodemográficas dos usuários foram obtidas através de uma pesquisa documental. Na ocasião foram coletados: data de nascimento, sexo, raça/cor, situação conjugal, situação no mercado de trabalho, escolaridade, possuir plano de saúde, se frequenta creche ou escola, orientação sexual e se tem alguma deficiência.</p>
	<p>Crítérios de inclusão e exclusão.</p>	<p>Qual o critério de inclusão para participar do Acolhimento?</p> <p>Qual é o critério para não participação do acolhimento?</p>	<p>Usuários com registro (nos últimos 6 meses) no Livro de acolhimento das eSF.</p> <p>Usuários que não tenha registro no livro de acolhimento ou esse registro foi anterior aos últimos 6 meses avaliados.</p>	<p>Realizou-se a consulta do registro das páginas do livro de acolhimento referentes aos últimos 6 meses de registros de usuários que passaram pelo acolhimento. O registro de cada livro de acolhimento foi realizado através do aplicativo CamScanner.</p>
<p>EFETIVIDADE Refere-se ao quanto o acolhimento ocasiona uma mudança no resultado primário de interesse.</p>	<p>Resultados dos efeitos primários.</p>	<p>A17- Após a implantação do acolhimento as filas para marcação de consultas diminuíram.</p> <p>A21- O acolhimento tem reduzido o tempo de marcação de acordo com o risco e vulnerabilidade.</p> <p>A23- Através do acolhimento novos usuários têm sido identificados e inseridos no cadastro do cartão SUS.</p> <p>A34- O acolhimento favoreceu uma oferta de serviço mais resolutivo.</p> <p>A35- O acolhimento favoreceu um maior vínculo com o usuário.</p> <p>A64- Na minha percepção, o usuário ficou satisfeito com o processo de acolhimento.</p>	<p>Questionário aplicado aos profissionais de nível superior através do aplicativo <i>HCMaps</i> - Afirmativas: A17, A21, A23, A34, A35, A64</p>	<p>Foi obtida através de um questionário, construído para esta pesquisa (APENDICE B), aplicado aos profissionais de nível superior com o auxílio do aplicativo <i>HCMaps</i>, com afirmativas baseadas na revisão de literatura dos estudos de Amarante (2015); Andrade, Franco e Ferreira (2007); Glasgow et al. (2001); Coelho e Jorge (2009); Cunha (2010); Farias e Sampaio (2010); Lira (2014); Lopes et al. (2015); Mitre, Andrade e Cotta (2012); Moimaz et al. (2017); Rocha et al. (2017); Szpilman e Oliveira (2011); Weigel (2017); Tenório (2011); Sousa (2009); Takemoto e Silva (2007). O questionário possuía respostas a partir dos scores propostos pela escala tipo Likert, onde para cada afirmativa os profissionais responderam se: (1) Não concordo totalmente; (2) Não concordo parcialmente; (3) Indiferente; (4) Concordo parcialmente; (5) Concordo totalmente. A Q6 foi coletada através de 3 alternativas de múltiplas escolhas e a Q7 coletada através de uma questão com alternativa Sim ou Não.</p>

Quadro 2 – Matriz Conceitual do Acolhimento, segundo a estrutura RE-AIM.

(continuação)

DIMENSÃO	VARIÁVEL	AFIRMATIVAS E QUESTÕES NORTEADORA PARA COLETA DE DADOS	FONTE DE DADOS	OPERACIONALIZAÇÃO
<p>ADOÇÃO É o número absoluto, a proporção e a representatividade das USF e dos profissionais de Saúde de nível superior que estão dispostos a implementar o acolhimento.</p>	<p>Número de eSF que fizeram a adoção do acolhimento.</p>	<p>Quantas eSF do município de Jaboatão dos Guararapes adotaram o acolhimento?</p>	<p>Pesquisa documental Através do Sistema de informação do município AtendSaude- v3.1.1 – Novetech Livro de acolhimento das eSF.</p>	<p>Cálculo da Taxa de Adoção do acolhimento</p>
	<p>Capacidade necessária para adoção</p>	<p>Q6- Quantos turnos a sua equipe destina para realizar o acolhimento com escuta qualificada? A3- Realizo a escuta qualificada em sala de acolhimento.</p>	<p>Questionário aplicado aos profissionais de nível superior através do aplicativo <i>HCMaps</i> - Questões: Q6 e A3</p>	<p>Foi obtida através de um questionário, construído para esta pesquisa (APENDICE B), aplicado aos profissionais de nível superior com o auxílio do aplicativo <i>HCMaps</i>, com afirmativas baseadas na revisão de literatura dos estudos de Amarante (2015); Andrade, Franco e Ferreira (2007); Glasgow et al. (2001); Coelho e Jorge (2009); Cunha (2010); Farias e Sampaio (2010); Lira (2014); Lopes et al. (2015); Mitre, Andrade e Cotta (2012); Moimaz et al. (2017); Rocha et al. (2017); Szpilman e Oliveira (2011); Weigel (2017); Tenório (2011); Sousa (2009); Takemoto e Silva (2007). O questionário possuía respostas a partir dos scores propostos pela escala tipo Likert, onde para cada afirmativa os profissionais responderam se: (1) Não concordo totalmente; (2) Não concordo parcialmente; (3) Indiferente; (4) Concordo parcialmente; (5) Concordo totalmente. A Q6 foi coletada através de 3 alternativas de múltiplas escolhas e a Q7 coletada através de uma questão com alternativa Sim ou Não.</p>
	<p>Percentual de Abandono</p>	<p>Q7- Em algum momento dentistas, enfermeiros e médicos desistiram de realizar acolhimento? () Sim () Não</p>	<p>Questionário aplicado aos profissionais de nível superior através do aplicativo <i>HCMaps</i> - Q7</p>	
	<p>Motivos para não adoção do acolhimento</p>	<p>A9- Em algumas ocasiões, o afastamento e a falta de profissionais na minha equipe têm interrompido ou levado a desistência na realização do acolhimento. Q8- Qual o motivo da desistência? a) Não ter apoio da gestão local e municipal b) A rede de saúde não está bem estruturada para receber as demandas c) Não tenho capacitação para usar o dispositivo d) O processo do acolhimento da minha equipe é muito desorganizado e) Pela sobrecarga de atendimentos</p>	<p>Questionário aplicado aos profissionais de nível superior através do aplicativo <i>HCMaps</i> - Afirmativa: A9 e Questão: Q8</p>	

Quadro 2 – Matriz Conceitual do Acolhimento, segundo a estrutura RE-AIM.

(continuação)

DIMENSÃO	VARIÁVEL	AFIRMATIVAS E QUESTÕES NORTEADORA PARA COLETA DE DADOS	FONTE DE DADOS	OPERACIONALIZAÇÃO
<p>ADOÇÃO É o número absoluto, a proporção e a representatividade das USF e dos profissionais de Saúde de nível superior que estão dispostos a implementar o acolhimento</p>	<p>Fatores que podem influenciar a adoção</p>	<p>A1- Minha equipe teve apoio institucional (seja por parte da secretaria de saúde, dos apoiadores ou coordenação da regional) para adotar o acolhimento. A5- Não há sala disponível realizo a escuta qualificada na recepção da unidade. A7- A rede de atenção à saúde na minha regional e município é suficiente para as respostas às demandas que surgem no acolhimento. A47- Minha equipe está tendo apoio institucional (seja por parte da secretaria de saúde, dos apoiadores ou coordenação da regional) na operacionalização do acolhimento.</p>	<p>Questionário aplicado aos profissionais de nível superior através do aplicativo <i>HCMaps</i> – Afirmativas: A1, A5, A7 e A47</p>	<p>Foi obtida através de um questionário, construído para esta pesquisa (APENDICE B), aplicado aos profissionais de nível superior com o auxílio do aplicativo <i>HCMaps</i>, com afirmativas baseadas na revisão de literatura dos estudos de Amarante (2015); Andrade, Franco e Ferreira (2007); Glasgow et al. (2001); Coelho e Jorge (2009); Cunha (2010); Farias e Sampaio (2010); Lira (2014); Lopes et al. (2015); Mitre, Andrade e Cotta (2012); Moimaz et al. (2017); Rocha et al. (2017); Szpilman e Oliveira (2011); Weigel (2017); Tenório (2011); Sousa (2009); Takemoto e Silva (2007). O questionário possuía respostas a partir dos scores propostos pela escala tipo Likert, onde para cada afirmativa os profissionais responderam se: (1) Não concordo totalmente; (2) Não concordo parcialmente; (3) Indiferente; (4) Concordo parcialmente; (5) Concordo totalmente. A Q6 foi coletada através de 3 alternativas de múltiplas escolhas e a Q7 coletada através de uma questão com alternativa Sim ou Não.</p>
	<p>Motivos para adoção do acolhimento</p>	<p>A10- A minha equipe adotou o acolhimento para se destacar na assistência. A11- A minha equipe adotou o acolhimento para aumentar o acesso dos usuários. A12- A minha equipe adotou o acolhimento para organizar as agendas.</p>	<p>Questionário aplicado aos profissionais de nível superior através do aplicativo <i>HCMaps</i> - A10, A11, A12,</p>	

Quadro 2 – Matriz Conceitual do Acolhimento, segundo a estrutura RE-AIM.

(continuação)

DIMENSÃO	VARIÁVEL	AFIRMATIVAS E QUESTÕES NORTEADORAS PARA COLETA DE DADOS	FONTE DE DADOS	OPERACIONALIZAÇÃO
<p>IMPLEMENTAÇÃO Está relacionada ao grau em que o acolhimento está sendo posto em prática como pretendido pelo MS.</p>	<p>Conhecimento dos profissionais sobre o acolhimento.</p>	<p>A36- O acolhimento é uma triagem. A37- O acolhimento é recepcionar bem o usuário e encaminhá-lo para uma sala de escuta qualificada.</p>	<p>Questionário aplicado aos profissionais de nível superior através do aplicativo <i>HCMaps</i> - Afirmativas: A36 e A37</p>	<p>Foi obtida através de um questionário, construído para esta pesquisa (APENDICE B), aplicado aos profissionais de nível superior com o auxílio do aplicativo <i>HCMaps</i>, com afirmativas baseadas na revisão de literatura dos estudos de Amarante (2015); Andrade, Franco e Ferreira (2007); Glasgow et al. (2001); Coelho e Jorge (2009); Cunha (2010); Farias e Sampaio (2010); Lira (2014); Lopes et al. (2015); Mitre, Andrade e Cotta (2012); Moimaz et al. (2017); Rocha et al. (2017); Szpilman e Oliveira (2011); Weigel (2017); Tenório (2011); Sousa (2009); Takemoto e Silva (2007). O questionário possuía respostas a partir dos scores propostos pela escala tipo Likert, onde para cada afirmativa os profissionais responderam se: (1) Não concordo totalmente; (2) Não concordo parcialmente; (3) Indiferente; (4) Concordo parcialmente; (5) Concordo totalmente. A Q6 foi coletada através de 3 alternativas de múltiplas escolhas e a Q7 coletada através de uma questão com alternativa Sim ou Não.</p>
	<p>Estratégias de Implementação</p>	<p>A2- Minha equipe construiu um protocolo de acolhimento onde ele é utilizado por todos os trabalhadores da USF. A6- Minha equipe utilizou os cadernos 28 (Volume 1 e Volume 2) do Ministério da Saúde para planejamento da implantação do acolhimento.</p>	<p>Questionário aplicado aos profissionais de nível superior através do aplicativo <i>HCMaps</i> - Afirmativas: A2 e A6.</p>	
	<p>Medida em que o acolhimento foi executado com fidelidade</p>	<p>A31- No acolhimento as referências para média e alta complexidade são realizados com muita cautela e responsabilização. A38- Eu utilizo um protocolo de acolhimento construído com todos os profissionais da equipe e adaptado à realidade local. A39- Eu tenho participado de reuniões de equipe mensalmente e minha equipe possui uma agenda de avaliação periódica do acolhimento. A40- Eu utilizo o protocolo de acolhimento disponível no caderno 28 volume II do Ministério da Saúde: “ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA (Queixas mais comuns na Atenção Básica). A41- O nosso acolhimento acontece com avaliação de vulnerabilidade. A42- O nosso acolhimento acontece com avaliação de risco, existindo priorização dos casos mais graves. A43- A marcação de consulta não programática no acolhimento conforme gravidade e vulnerabilidade.</p>	<p>Questionário aplicado aos profissionais de nível superior através do aplicativo <i>HCMaps</i> - Afirmativas: A31, A38, A39, A40, A41, A42, A43, A44, A45, A46, A50, A51, A53, A54 e A55</p>	

Quadro 2 – Matriz Conceitual do Acolhimento, segundo a estrutura RE-AIM.

(conclusão)

DIMENSÃO	VARIÁVEL	AFIRMATIVAS E QUESTÕES NORTEADORAS PARA COLETA DE DADOS	FONTE DE DADOS	OPERACIONALIZAÇÃO
<p>IMPLEMENTAÇÃO Está relacionada ao grau em que o acolhimento está sendo posto em prática como pretendido pelo MS.</p>	<p>Medida em que o acolhimento foi executado com fidelidade</p>	<p>A44- A escuta qualificada da minha equipe é realizada por um profissional de nível superior.</p> <p>A45- A escuta qualificada da minha equipe é realizada por um profissional de nível médio/técnico</p> <p>A46- A minha equipe tem realizado reuniões de comunidade mensalmente e tem pautado o acolhimento como um dos temas para discussão.</p> <p>A50- Quem faz a recepção dos usuários da minha equipe durante o acolhimento é um Agente Comunitário de Saúde.</p> <p>A51- O acolhimento acontece com delimitações de vagas e/ou horário.</p> <p>A53- A minha equipe utiliza fluxograma de acolhimento.</p> <p>A54- A minha equipe utiliza o livro de acolhimento para registro dos usuários que dão entrada no acolhimento.</p> <p>A55- A minha equipe utiliza o PEC (Prontuário Eletrônico do Cidadão) do e-SUS para registro dos usuários que dão entrada no acolhimento.</p>	<p>Questionário aplicado aos profissionais de nível superior através do aplicativo <i>HCMaps</i> - Afirmativas: A31, A38, A39, A40, A41, A42, A43, A44, A45, A46, A50, A51, A53, A54 e A55</p>	<p>Foi obtida através de um questionário, construído para esta pesquisa (APENDICE B), aplicado aos profissionais de nível superior com o auxílio do aplicativo <i>HCMaps</i>, com afirmativas baseadas na revisão de literatura dos estudos de Amarante (2015); Andrade, Franco e Ferreira (2007); Glasgow et al. (2001); Coelho e Jorge (2009); Cunha (2010); Farias e Sampaio (2010); Lira (2014); Lopes et al. (2015); Mitre, Andrade e Cotta (2012); Moimaz et al. (2017); Rocha et al. (2017); Szpilman e Oliveira (2011); Weigel (2017); Tenório (2011); Sousa (2009); Takemoto e Silva (2007). O questionário possuía respostas a partir dos scores propostos pela escala tipo Likert, onde para cada afirmativa os profissionais responderam se: (1) Não concordo totalmente; (2) Não concordo parcialmente; (3) Indiferente; (4) concordo parcialmente; (5) concordo totalmente. A Q6 foi coletada através de 3 alternativas de múltiplas escolhas e a Q7 coletada através de uma questão com alternativa Sim ou Não.</p>
<p>MANUTENÇÃO É a sustentabilidade do acolhimento (seis ou mais meses) após a adoção e implementação do acolhimento.</p>	<p>Potencial de sustentabilidade do acolhimento</p>	<p>A58- O acolhimento tem sido sustentável para a realidade da minha equipe nestes últimos 6 meses.</p>	<p>Questionário aplicado aos profissionais de nível superior através do aplicativo <i>HCMaps</i> - Afirmativa: A58</p>	

Fonte: A autora, 2020.

5.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados primários foram analisados através da tabulação de dados em Excel, onde foi possível calcular as médias para as dimensões do RE-AIM (APÊNDICE B). As barreiras e facilitadores para implementação do acolhimento foram apresentadas de maneira descritiva nos resultados.

Os parâmetros para avaliação foram definidos a partir das médias dos escores de cada afirmativa, para cada dimensão do RE-AIM. Os padrões de classificações que foram utilizados neste estudo foram elaborados especificamente para esta pesquisa.

As variáveis do presente estudo, assim como as dimensões do RE-AIM, obtiveram uma média classificatória. Das três questões que não foram avaliadas com a escala Likert, duas, ao final, foram transformadas em média e uma foi analisada de forma descritiva.

5.6.1 Dados primários: Adoção, Efetividade, Implementação e Manutenção

Na dimensão “Adoção”, a questão Q6 da variável “Capacidade necessária para adoção” teve suas respostas transformadas em valores da seguinte maneira: alternativa “a” – 5 turnos, transformada em 5 (adotou-se o mesmo valor da alternativa por ser o valor máximo entre as demais); alternativa “b” – 3 e 4, transformada em 3,5 (somou-se 3 e 4 e obteve-se um valor médio); alternativa “c” – menos de 3 turnos, transformados em 1,5 (somou-se os valores 1 e 2 e obteve-se um valor médio). Em seguida, os valores foram padronizados em uma escala de 0 a 10 utilizando-se a fórmula:

$$\frac{\text{Média dos Escores da Questão Q6 por profissional} - \text{Mínimo dos Escores de Q6}}{\text{Máximo dos Escores de Q6} - \text{Mínimo dos Escores de Q6}} \times 10 \quad (1)$$

Apesar de não ter existido nenhum profissional com turno igual a zero (0), adotou-se como valor mínimo o zero (0) para realizar a padronização.

Nas variáveis “Percentual de abandono” e “Motivos para não adoção do acolhimento”, as duas questões que tiveram padrão diferente da escala Likert – Q7 e Q8, respectivamente – foram analisadas a partir do percentual descritivos do total de respostas. Na Q7, observou-se o percentual dos profissionais que responderam “Sim” ou “Não” e, em seguida, o resultado do percentual de profissionais que responderam a alternativa “Sim” foi dividido por 10 e transformada em escala de média. Na Q8 percebeu-se o percentual prevalente das cinco

alternativas, lembrando que ele poderia escolher mais de uma alternativa. Nessa questão foi realizada uma análise descritiva das 5 alternativas, a fim de encontrar as respostas mais prevalentes.

Todas as afirmativas que foram analisadas a partir da média dos escores da escala Likert, apresentaram suas respostas da seguinte forma: 1= discordo totalmente, 2= discordo parcialmente, 3= indiferente, 4= concordo parcialmente, 5= concordo totalmente. As respostas 1 e 2 foram consideradas como “Discordo”, as respostas 4 e 5 como “Concordo” e a respostas 3 como “Não quero responder”. Todas as afirmativas foram padronizadas e os valores médios das afirmativas referentes a cada dimensão foram transformados em uma escala de 0 a 10, utilizando-se a seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Média dos Escores Individuais} - \text{Mínimo dos Escores MEI}}{\text{Máximo dos Escores MEI} - \text{Mínimo dos Escores MEI}} \times 10 \quad (2)$$

Na avaliação da dimensão “Manutenção” e na variável “Motivos para não adoção do acolhimento”, na dimensão “Adoção”, por possuírem apenas uma variável e uma afirmativa com escala Likert, foi estabelecido o mesmo padrão anterior, contudo utilizou-se apenas a média individual da afirmativa (Quadro 4):

$$\frac{\text{Média Individual} - \text{Mínimo dos Escores MI}}{\text{Máximo dos Escores MI} - \text{Mínimo dos Escores MI}} \times 10 \quad (3)$$

Na avaliação dos escores da escala Likert, o escore 3 (Indiferente) foi transformado em zero (0). Também houve inversões na pontuação de algumas afirmativas (A5, A9, A36 e A51), em que os valores passaram a ser (5=1; 4=2; 3=0; 2=4 e 1=5). Essas inversões foram necessárias em virtude de os valores das questões apresentarem as respostas negativas com o maior valor da escala Likert (5=concordo totalmente) e as respostas positivas com o menor valor na escala e (1=discordo totalmente).

O Software R (R Development Core Team) foi utilizado na avaliação dos resultados deste estudo.

5.6.2 Dados secundários

A Taxa de Alcance foi calculada a partir do número total de usuários cadastrados nas eSF que realizam acolhimento (117.897 usuários) e do número total de usuários cadastrados na ESF de Jaboatão dos Guararapes (371.514 usuários).

Já a Taxa de Adoção do acolhimento foi calculada a partir do número de eSF que realizam acolhimento (48) e do número total de eSF (105) de Jaboatão dos Guararapes.

As taxas calculadas foram analisadas e, posteriormente, transformadas em médias, a fim de ter uma comparabilidade com as demais dimensões do RE-AIM, pois, ao final, realizou-se uma análise conjunta das 5 dimensões para obtenção da classificação do acolhimento no município. Para tanto, os valores das Taxas de Alcance e de Adoção foram convertidos, dividindo o resultado de cada uma por 10, para que fosse possível trazer o valor da porcentagem para a escala de média, como as demais dimensões (Quadro 3).

Para avaliar a representatividade da população-alvo, foram tabulados, na planilha do Excel, todos os dados dos 272 usuários. Com isso foi possível fazer uma avaliação do perfil sociodemográfico. Os critérios de análise estão listados no apêndice D. A categorização dos usuários quanto à pontuação da vulnerabilidade, ou seja, vulnerável quando o critério era “SIM” e menos vulnerável para ausência do critério, estão detalhadas no apêndice E.

Na análise realizada, foram considerados os dados da revisão de literatura, que considera que mulheres, idosos, solteiros, negros, desempregados, pouca escolaridade, sem plano de saúde privado e deficientes são condições vulneráveis (BRASIL, 2003, 2018; RETRATOS, 2018; LIMA; BUENO, 2009; QUADROS, 2009; TAKAHASHI; OLIVEIRA, 2001; VALENTIM; SANTOS; PAIS-RIBEIRO, 2014). Na avaliação, os usuários que pontuaram de 1 a 3 nesses critérios foram considerados com uma vulnerabilidade baixa (Quadro 3).

Quadro 3 – Distribuições dos padrões de análise segundo as variáveis e dimensões do RE-AIM.

(continua)

DIMENSÃO	VARIÁVEIS	ANÁLISE	CLASSIFICAÇÕES DAS DIMENSÕES/VARIÁVEIS (VALORES PADRONIZADOS)										
ALCANCE	Taxa de Alcance	Resultado da taxa de Alcance dividido por 10 = Média do alcance.	A taxa do alcance foi convertida para uma escala de média como as demais dimensões. Dessa forma, o resultado da taxa de alcance foi dividido por 10 para que fosse possível trazer o valor de porcentagem para a escala de média.										
	Grau de Vulnerabilidade	Crítérios: Data de nascimento, sexo, raça/cor, situação conjugal, situação no mercado de trabalho, escolaridade, possuir plano de saúde, se frequenta creche ou escola, orientação sexual e se tem alguma deficiência.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nº de critérios</th> <th>Grau de vulnerabilidade</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>De 7 a 9</td> <td>Vulnerabilidade alta</td> </tr> <tr> <td>De 4 a 6</td> <td>+ ou – Vulnerável</td> </tr> <tr> <td>De 1 a 3</td> <td>Vulnerabilidade baixa</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>Não tem vulnerabilidade</td> </tr> </tbody> </table>	Nº de critérios	Grau de vulnerabilidade	De 7 a 9	Vulnerabilidade alta	De 4 a 6	+ ou – Vulnerável	De 1 a 3	Vulnerabilidade baixa	0	Não tem vulnerabilidade
	Nº de critérios	Grau de vulnerabilidade											
	De 7 a 9	Vulnerabilidade alta											
	De 4 a 6	+ ou – Vulnerável											
De 1 a 3	Vulnerabilidade baixa												
0	Não tem vulnerabilidade												
Método de identificação da população-alvo.	Para se estimar o número de fichas do e-SUS a serem analisadas, considerou-se uma margem de erro de 5%, uma prevalência de 50% e um intervalo de confiança de 90%. Como não se tinha informação prévia sobre o resultado esperado (proporção de usuários vulneráveis que passaram pelo acolhimento, utilizou-se uma prevalência de 50%.	Realizou-se um cálculo amostral a partir do número total de usuários cadastrados nas eSF que realizam acolhimento (117.897 usuários) e obteve-se um resultado N amostral de 272 usuários a terem suas fichas do e-SUS acessadas.											
Crítérios de inclusão e exclusão.	Crítério de Inclusão	Usuários registrados no livro de acolhimento nos últimos 6 meses a partir da data da coleta e usuários que estavam cadastrados na eSF através do sistema AtendSaude- v3.1.1- Novotech.											
	Crítérios de exclusão	Usuários que não estavam registrados no livro de acolhimento, usuários que estavam registrados no livro em um período anterior a 6 meses a contar da data da coleta e usuários que não estavam cadastrados na eSF através do sistema AtendSaude v3.1.1- Novotech.											
EFETIVIDADE	Resultados dos efeitos primários	Afirmativas: A17, A21 e A23, A34, A35, A64	<table border="1"> <thead> <tr> <th>PADRÃO DAS MÉDIAS</th> <th>CLASSIFICAÇÃO DA DIMENSÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0 a 2,5</td> <td>Crítico</td> </tr> <tr> <td>2,6 a 5</td> <td>Insatisfatório</td> </tr> <tr> <td>6 a 7,5</td> <td>Satisfatório</td> </tr> <tr> <td>7,6 a 10</td> <td>Excelente</td> </tr> </tbody> </table>	PADRÃO DAS MÉDIAS	CLASSIFICAÇÃO DA DIMENSÃO	0 a 2,5	Crítico	2,6 a 5	Insatisfatório	6 a 7,5	Satisfatório	7,6 a 10	Excelente
PADRÃO DAS MÉDIAS	CLASSIFICAÇÃO DA DIMENSÃO												
0 a 2,5	Crítico												
2,6 a 5	Insatisfatório												
6 a 7,5	Satisfatório												
7,6 a 10	Excelente												
ADOÇÃO	Taxa de Adoção	Resultado da taxa de Adoção dividido por 10 = média da taxa de Adoção	A taxa de adoção foi convertida para uma escala de média como as demais dimensões. Dessa forma, o resultado da taxa de adoção foi dividido por 10 para que fosse possível trazer o valor de porcentagem para a escala de média.										

Quadro 3 – Distribuições dos padrões de análise segundo as variáveis e dimensões do RE-AIM.

(continuação)

DIMENSÃO	VARIÁVEIS	ANÁLISE	CLASSIFICAÇÕES DAS DIMENSÕES/VARIÁVEIS (VALORES PADRONIZADOS)									
ADOÇÃO	Capacidade necessária para adoção	Q6 Nº de turnos: a) 5 turnos b) 3-4 turnos c) Menos de 3 turnos	<hr/> Média final da Adoção <hr/> {(Média dos Escores da Questão Q6 por profissional – Mínimo dos Escores de Q6) / (Máximo dos Escores de Q6– Mínimo dos Escores de Q6)} * 10. Conforme item 5. 8.1.1 <hr/>									
		Afirmativa: A3	<table border="1"> <thead> <tr> <th>PADRÃO DAS MÉDIAS</th> <th>CLASSIFICAÇÃO DA DIMENSÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0 a 2,5</td> <td>Crítico</td> </tr> <tr> <td>2,6 a 5</td> <td>Insatisfatório</td> </tr> <tr> <td>6 a 7,5</td> <td>Satisfatório</td> </tr> <tr> <td>7,6 a 10</td> <td>Excelente</td> </tr> </tbody> </table>	PADRÃO DAS MÉDIAS	CLASSIFICAÇÃO DA DIMENSÃO	0 a 2,5	Crítico	2,6 a 5	Insatisfatório	6 a 7,5	Satisfatório	7,6 a 10
	PADRÃO DAS MÉDIAS	CLASSIFICAÇÃO DA DIMENSÃO										
0 a 2,5	Crítico											
2,6 a 5	Insatisfatório											
6 a 7,5	Satisfatório											
7,6 a 10	Excelente											
Percentual de abandono	Questão Q7- Em algum momento os dentistas, enfermeiros e médicos desistiram de realizar acolhimento? () *Sim () Não	Análise descritiva do percentual da resposta “Sim”. Percentual foi dividido por 10 e classificado segundo os padrões das médias: <table border="1"> <thead> <tr> <th>PADRÃO DAS MÉDIAS</th> <th>CLASSIFICAÇÃO DA DIMENSÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0 a 2,5</td> <td>Crítico</td> </tr> <tr> <td>2,6 a 5</td> <td>Insatisfatório</td> </tr> <tr> <td>6 a 7,5</td> <td>Satisfatório</td> </tr> <tr> <td>7,6 a 10</td> <td>Excelente</td> </tr> </tbody> </table>	PADRÃO DAS MÉDIAS	CLASSIFICAÇÃO DA DIMENSÃO	0 a 2,5	Crítico	2,6 a 5	Insatisfatório	6 a 7,5	Satisfatório	7,6 a 10	Excelente
PADRÃO DAS MÉDIAS	CLASSIFICAÇÃO DA DIMENSÃO											
0 a 2,5	Crítico											
2,6 a 5	Insatisfatório											
6 a 7,5	Satisfatório											
7,6 a 10	Excelente											
Motivos para não adoção do acolhimento	Afirmativa: A9 Questão. Q8- Qual o motivo da desistência? a) Não ter apoio da gestão local e municipal b) A rede de saúde não está bem estruturada para receber as demandas c) Não tenho capacitação para usar o dispositivo d) O processo do acolhimento da minha equipe é muito desorganizado e) Pela sobrecarga de atendimentos	<table border="1"> <thead> <tr> <th>PADRÃO DAS MÉDIAS</th> <th>CLASSIFICAÇÃO DA DIMENSÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0 a 2,5</td> <td>Crítico</td> </tr> <tr> <td>2,6 a 5</td> <td>Insatisfatório</td> </tr> <tr> <td>6 a 7,5</td> <td>Satisfatório</td> </tr> <tr> <td>7,6 a 10</td> <td>Excelente</td> </tr> </tbody> </table> Análise descritiva do percentual das respostas	PADRÃO DAS MÉDIAS	CLASSIFICAÇÃO DA DIMENSÃO	0 a 2,5	Crítico	2,6 a 5	Insatisfatório	6 a 7,5	Satisfatório	7,6 a 10	Excelente
PADRÃO DAS MÉDIAS	CLASSIFICAÇÃO DA DIMENSÃO											
0 a 2,5	Crítico											
2,6 a 5	Insatisfatório											
6 a 7,5	Satisfatório											
7,6 a 10	Excelente											

Quadro 3 – Distribuições dos padrões de análise segundo as variáveis e dimensões do RE-AIM.

(conclusão)

DIMENSÃO	VARIÁVEIS	ANÁLISE	CLASSIFICAÇÕES DAS DIMENSÕES/VARIÁVEIS (VALORES PADRONIZADOS)											
ADOÇÃO	Fatores que podem influenciar a adoção:	Afirmativas: A1, A5, A7 e A47	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="1462 619 1731 667"><i>PADRÃO DAS MÉDIAS</i></th> <th data-bbox="1731 619 2060 667"><i>CLASSIFICAÇÃO DA DIMENSÃO</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1462 667 1731 699">0 a 2,5</td> <td data-bbox="1731 667 2060 699">Crítico</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1462 699 1731 730">2,6 a 5</td> <td data-bbox="1731 699 2060 730">Insatisfatório</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1462 730 1731 762">6 a 7,5</td> <td data-bbox="1731 730 2060 762">Satisfatório</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1462 762 1731 794">7,6 a 10</td> <td data-bbox="1731 762 2060 794">Excelente</td> </tr> </tbody> </table>		<i>PADRÃO DAS MÉDIAS</i>	<i>CLASSIFICAÇÃO DA DIMENSÃO</i>	0 a 2,5	Crítico	2,6 a 5	Insatisfatório	6 a 7,5	Satisfatório	7,6 a 10	Excelente
	<i>PADRÃO DAS MÉDIAS</i>	<i>CLASSIFICAÇÃO DA DIMENSÃO</i>												
0 a 2,5	Crítico													
2,6 a 5	Insatisfatório													
6 a 7,5	Satisfatório													
7,6 a 10	Excelente													
Motivos para adoção do acolhimento	Afirmativas: A10, A11, A12													
IMPLEMENTAÇÃO	Conhecimento dos profissionais sobre acolhimento	Afirmativas: A36 e A37												
	Estratégias de Implementação	Afirmativas: A2, A6												
	Medida em que o acolhimento foi executado com fidelidade.	Afirmativas: A31, A38, A39, A40, A41, A42, A43, A44, A45, A 46, A50, A51, A53. A54 e A55												
MANUTENÇÃO	Potencial de Sustentabilidade do Acolhimento	Questão: 58												

Fonte: A autora, 2020.

Quadro 4 – Síntese da metodologia proposta para a pesquisa, Jaboaão dos Guararapes, 2020.

OBJETIVO DA PESQUISA	DIMENSÕES DO MODELO RE AIM	TÉCNICA DE COLETA	FONTE DE DADOS	VARIÁVEIS DE ANÁLISE										
Definir o alcance do acolhimento na Estratégia Saúde da Família	ALCANCE (<i>Reach</i>)	Taxa de alcance Grau de Vulnerabilidade	Dados secundários através de uma pesquisa documental no Sistema de informação do município AtendSaude v3.1.1 – Novetech	Número de usuários cadastrados na ESF e números de usuários cadastrados nas eSF que realizam o acolhimento. Utilizando porcentagem simples (posteriormente transformado em média). Classificação 0, 1,2 e 3...										
Analisar a efetividade do acolhimento nas Unidades de Saúde da Família	EFETIVIDADE	Afirmativas: A17, A21 e A23, A34, A35, A64.	Dados primários através da aplicação de um questionário com (Enfermeiros, Dentistas e Médicos que compõe a ESF e realizam acolhimento)	Os escores de 1 a 5 foram transformados em escala de 0 a 10, a seguinte fórmula foi utilizada: $\{(Média\ do\ Escore\ Individual - M\acute{a}ximo\ dos\ Escores) / (M\acute{a}ximo\ dos\ Escores - M\acute{a}ximo\ dos\ Escores)\} * 10$. . Para análise destas médias ficaram estabelecidos os seguintes valores de escala: <table border="0"> <tr> <td>Média</td> <td>Classificação</td> </tr> <tr> <td>0 a 2,5</td> <td>Crítico</td> </tr> <tr> <td>2,6 a 5</td> <td>Insatisfatório</td> </tr> <tr> <td>6 a 7,5</td> <td>Satisfatório</td> </tr> <tr> <td>7,6 a 10</td> <td>Excelente</td> </tr> </table>	Média	Classificação	0 a 2,5	Crítico	2,6 a 5	Insatisfatório	6 a 7,5	Satisfatório	7,6 a 10	Excelente
Média	Classificação													
0 a 2,5	Crítico													
2,6 a 5	Insatisfatório													
6 a 7,5	Satisfatório													
7,6 a 10	Excelente													
Definir a adoção do acolhimento na Estratégia Saúde da Família;	ADOÇÃO	Taxa de Adoção	Dados secundários através de uma pesquisa documental no Sistema de informação do município AtendSaude- v3.1.1 – Novetech e consulta direta com as eSF	Número de eSF que realizam acolhimento e o número total de eSF cadastradas no município. Utilizando porcentagem simples (posteriormente transformado em média).										
		(Questão Q6, Q7 e Q8)	Dados primários através da aplicação de um questionário com (Enfermeiros, Dentistas e Médicos que compõe a ESF e realizam acolhimento)	Análise descritiva: percentual simples das apresentações das respostas e média do resultado de Q6 e Q7.										
		Afirmativas: A1, A3, A4, A5, A7, A9, A10, A11, A12 e A47.		Os escores de 1 a 5 foram transformados em escala de 0 a 10, a seguinte fórmula foi utilizada: $\{(Média\ do\ Escore\ Individual - M\acute{a}ximo\ dos\ Escores) / (M\acute{a}ximo\ dos\ Escores - M\acute{a}ximo\ dos\ Escores)\} * 10$. . Para análise destas médias ficaram estabelecidos os seguintes valores de escala: <table border="0"> <tr> <td>Média</td> <td>Classificação</td> </tr> <tr> <td>0 a 2,5</td> <td>Crítico</td> </tr> <tr> <td>2,6 a 5</td> <td>Insatisfatório</td> </tr> <tr> <td>6 a 7,5</td> <td>Satisfatório</td> </tr> <tr> <td>7,6 a 10</td> <td>Excelente</td> </tr> </table>	Média	Classificação	0 a 2,5	Crítico	2,6 a 5	Insatisfatório	6 a 7,5	Satisfatório	7,6 a 10	Excelente
Média	Classificação													
0 a 2,5	Crítico													
2,6 a 5	Insatisfatório													
6 a 7,5	Satisfatório													
7,6 a 10	Excelente													
Identificar medidas para implementação do acolhimento nas Unidades de Saúde da Família.	IMPLEMENTAÇÃO	A2, A6, A31, A36, A37, A38, A39, A40, A41, A42, A43, A44, A45, A 46, A50, A51, A53.A54 A55	Dados primários através da aplicação de um questionário com (Enfermeiros, Dentistas e Médicos que compõe a ESF e realizam acolhimento)											
Identificar medidas para Manutenção do acolhimento nas Unidades de Saúde da Família	MANUTENÇÃO	Questão: 58												
Elaborar uma estratégia de planejamento para revisão das ações com base no modelo RE-AIM.	Projeto Intervenção: Revisões das ações operacionalizadas no município de Jaboaão com base no modelo RE-AIM.													

Fonte: A autora, 2020.

6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo foi desenvolvido obedecendo aos preceitos éticos expressos pela Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães – CEP/IAM, e aprovado com o CAAE nº 73416217.30000.5190.

Quanto aos riscos e desconfortos, os possíveis constrangimentos ocasionados pelo estudo, na resposta ao instrumento de coleta de dados, foram minimizados garantindo aos(as) entrevistados(as) o sigilo das informações, bem como seu anonimato, e que sua participação poderia ser interrompida a qualquer momento, ou até mesmo recusada, sem que lhe causasse nenhum dano de atendimento no serviço de saúde. Os profissionais que concordaram em participar da pesquisa, após esclarecimentos, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), em duas vias.

Como benefício, os resultados da pesquisa auxiliarão na avaliação da implementação do acolhimento no município, a partir dos instrumentos utilizados na pesquisa.

7 RESULTADOS

Serão apresentados, a seguir, a média geral do acolhimento, as médias de cada dimensão do RE-AIM, com suas respectivas classificações das variáveis de análise, e as taxas de Alcance e Adoção, além das descrições das barreiras e facilitadores para operacionalização do acolhimento.

Quadro 5 – Síntese dos Resultados do RE-AIM.

Informações	Resultados	Classificação
Média do RE-AIM	5,82	Insatisfatória
ALCANCE		
Taxa de Alcance	31,7%	
Média do Alcance	3,17	Insatisfatória
Grau de vulnerabilidade	98,9%	
EFETIVIDADE		
Média da Efetividade	6,78	Satisfatória
ADOÇÃO		
Taxa de Adoção	45,7%	
Média da Adoção	5,09	Insatisfatória
IMPLEMENTAÇÃO		
Média da Implementação	6,5	Satisfatória
MANUTENÇÃO		
Média da Manutenção	6,02	Satisfatória

Fonte: A autora, 2020.

7.1 RE-AIM

A classificação do acolhimento no município de Jaboatão dos Guararapes, de acordo com o Modelo RE-AIM, foi considerada insatisfatória. Esse resultado refletiu as médias insatisfatórias das dimensões “Alcance”, com média 3,17, e “Adoção”, com média 5,09. Apesar das dimensões Efetividade, Implementação e Manutenção terem obtidos classificações satisfatórias, com médias 6,85, 6,5 e 6,02, respectivamente, elas estão muito próximas do limite da média para classificação insatisfatória.

7.1.1 Classificação do Acolhimento pelos profissionais de nível superior, em relação à dimensão “Alcance”

A dimensão “Alcance” foi avaliada através da Taxa de Alcance. Observou-se um percentual de 31,7% na participação dos usuários no acolhimento, em relação ao total de usuários no município. Cabe frisar que o alcance deve ser atrelado ao grau de vulnerabilidade desses usuários. Dessa forma, encontrou-se um grau de vulnerabilidade de 98,9%, de acordo com as características sociodemográficas dos 272 registros dos usuários que passaram pelo acolhimento no município.

Apesar do “Alcance” ter sido classificado como insatisfatório, foi possível observar, no presente estudo, que a quase totalidade da população de usuários (98,9%) que passavam pelo acolhimento no município apresentavam algum grau de vulnerabilidade. Essa população caracterizou-se por ter 72,79% de usuários do sexo feminino, 59,93% de desempregados e que não trabalhavam, 47,43% de solteiros e 97,79% de usuários que não possuíam plano de saúde (Tabela 5).

Tabela 4 – Distribuição dos usuários que foram acolhidos nas unidades de saúde de Jaboatão dos Guararapes, segundo dados sociodemográficos, Jaboatão dos Guararapes, PE, 2020.

(continua)

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	74	27,21
Feminino	198	72,79
Raça		
Amarela	2	0,74
Branca	56	20,59
Parda	182	66,91
Preta	31	11,4
Sem Informação	1	0,37
Situação Conjugal		
Casado(a)	87	31,99
Divorciado(a)/Separado(a)	14	5,15
Outra	20	7,35
Solteiro(a)	129	47,43
Viúvo(a)	22	8,09
Situação no Mercado de Trabalho		
Aposentado / Pensionista	41	15,07
Assalariado com Carteira de Trabalho	23	8,46
Assalariado sem Carteira de Trabalho	11	4,04
Autônomo com Previdência Social	3	1,1

Tabela 4 – Distribuição dos usuários que foram acolhidos nas unidades de saúde de Jaboatão dos Guararapes, segundo dados sociodemográficos.

Variáveis	(conclusão)	
	N	%
Autônomo sem Previdência Social	17	6,25
Desempregado	44	16,18
Empregador	2	0,74
Não Trabalha	119	43,75
Outra	10	3,68
Servidor Público / Militar	1	0,37
Frequenta creche ou escola		
Não	231	84,93
Sim	41	15,07
Possui plano de saúde		
Não	266	97,79
Sim	6	2,21
Tem deficiência		
Não	260	95,59
Sim	12	4,41
Qual tipo de deficiência		
Auditiva	2	0,74
Física	4	1,47
Física/ Intelectual/ Cognitiva	1	0,37
Intelectual/Cognitiva	2	0,74
Nenhuma	260	95,59
Outras	2	0,74
Visual	1	0,37

Fonte: A autora, 2020.

7.1.2 Classificação do Acolhimento pelos profissionais de nível superior, em relação à dimensão “Efetividade”

A “Efetividade” do Acolhimento do município de Jaboatão dos Guararapes apresentou a maior média entre as dimensões do RE-AIM (Tabela 4). Observa-se que todas as afirmativas (A17, A21, A23, A34, A35 e A64) referentes a sua única variável, “Resultados dos Efeitos Primários” (Quadro 6), foram respondidas satisfatoriamente.

Quadro 6 – Resultados da dimensão Efetividade do Acolhimento no município de Jabotão dos Guararapes

DIMENSÃO	VARIÁVEL	AFIRMATIVAS/QUESTÕES DA VARIÁVEL	PERCENTUAL DE CONCORDÂNCIA DA AFIRMATIVA/QUESTÃO	MÉDIA DA VARIÁVEL
Efetividade	Resultados dos efeitos primeiros	A17- Após a implantação do acolhimento as filas para marcação de consultas diminuíram.	67,06%	6,78
		A21- O acolhimento tem reduzido o tempo de marcação de acordo com o risco e vulnerabilidade.	82,35%	
		A23- Através do acolhimento novos usuários têm sido identificados e inseridos no cadastro do cartão SUS.	64,70%	
		A34- O acolhimento favoreceu uma oferta de serviço mais resolutivo.	81,18%	
		A35- O acolhimento favoreceu um maior vínculo com o usuário.	77,64%	
		A64- Na minha percepção, o usuário ficou satisfeito com o processo de acolhimento.	61,17%	

Fonte: A Autora, 2020.

Legenda: A - Afirmativa do questionário

7.1.3 Classificação do Acolhimento pelos profissionais de nível superior, em relação à dimensão “Adoção”

A classificação da dimensão “Adoção” foi insatisfatória (Tabela 4), destacando-se positivamente apenas a variável “Motivos para Adoção”, com média 7,3. Contribuíram negativamente as variáveis: “Taxa de Adoção”, com média 4,57; “Capacidade necessária para adoção”, média 4,96; “Percentual de abandono”, com média 4; “Motivos para não adoção”, com média 5,29; e “Fatores que podem influenciar a adoção”, com média 4,39 (Quadro 7).

Observou-se que, segundo os profissionais, apenas 41,18% realizavam escuta qualificada em sala de acolhimento, 40% desistiram de realizar acolhimento em algum momento, e que a interrupção ou não adoção do acolhimento foi decorrente da falta de profissionais (51,77%). Na questão Q8, entre os motivos mais citados para a desistência, verificou-se a falta de apoio da gestão (16,67%), rede pouco estruturada (24,07%) e sobrecarga de atendimentos (25,93%), colocando esses fatores como barreiras na implementação do acolhimento. Já na afirmativa sobre a adoção do acolhimento para aumentar o acesso aos usuários, 88,24% dos profissionais concordaram com a proposição, logo essa motivação apresentou-se como facilitadora na operacionalização do acolhimento.

Quadro 7 – Resultados da dimensão Adoção do Acolhimento no município de Jabotão dos Guararapes.

(continua)

DIMENSÃO	VARIÁVEL	AFIRMATIVAS/RESULTADOS/QUESTÕES DA VARIÁVEL	PERCENTUAL DE CONCORDÂNCIA OU DISCORDÂNCIA (D**) DA AFIRMATIVA/QUESTÃO	MÉDIA DA VARIÁVEL
Adoção	Taxa de Adoção	45,7%	-	4,57
	Capacidade necessária para adoção	Q6 - Quantos turnos a sua equipe destina para realizar o acolhimento com escuta qualificada?	a) 5 turnos- 44,70% b) de 3 a 4 turnos-30,60% c) menos de 3 turnos- 24,70%	4,96
		A3- Realizo a escuta qualificada em sala de acolhimento.	57,65% D**	
	Percentual de Abandono	Q7- Em algum momento dentistas, enfermeiros e médicos desistiram de realizar acolhimento?	40%	4
	Motivos para não adoção do acolhimento	A9- Em algumas ocasiões, o afastamento e a falta de profissionais na minha equipe têm interrompido ou levado a desistência na realização do acolhimento.	51,77% (-)	5,29
		Questão. Q8*- Qual o motivo da desistência? a) Não ter apoio da gestão local e municipal b) A rede de saúde não está bem estruturada para receber as demandas c) Não tenho capacitação para usar o dispositivo d) O processo do acolhimento da minha equipe é muito desorganizado e) Pela sobrecarga de atendimentos	Análise descritiva	
	Fatores que podem influenciar a adoção	A1- Minha equipe teve apoio institucional (seja por parte da secretaria de saúde, dos apoiadores ou coordenação da regional) para adotar o acolhimento.	54,12%	4,39
		A5- Não há sala disponível realizo a escuta qualificada na recepção da unidade.	50,59% (-)	
		A7- A rede de atenção à saúde na minha regional e município é suficiente para as respostas às demandas que surgem no acolhimento.	56,47% D**	
		A47- Minha equipe está tendo apoio institucional (seja por parte da secretaria de saúde, dos apoiadores ou coordenação da regional) na operacionalização do acolhimento.	62,35% D**	
Motivos para adoção do acolhimento	A10- A minha equipe adotou o acolhimento para se destacar na assistência.	50,59%	7,3	
	A11- A minha equipe adotou o acolhimento para aumentar o acesso dos usuários.	88,24%		
	A12- A minha equipe adotou o acolhimento para organizar as agendas.	83,53%		

Fonte: A autora, 2020.

Legenda: A - Afirmativa do questionário; Q - Questão do questionário; * - Análise descritiva; D** - Percentual de discordância; (-) – Afirmativa com pontuação invertida na escala Likert.

7.1.4 Classificação do Acolhimento pelos profissionais de nível superior, em relação à dimensão “Implementação”

O acolhimento, em Jabotão dos Guararapes, apresentou classificação satisfatória para a dimensão “Implementação”, com uma média de 6,5. Essa dimensão foi avaliada a partir das variáveis “Conhecimento dos profissionais sobre o acolhimento”, que obteve média 6,09, “Estratégias de Implementação”, com média 6,42, e “Medida em que o acolhimento foi executado com fidelidade”, com média 6,99 (Quadro 8).

Observou-se que cerca de 60% dos profissionais entendiam o acolhimento como triagem, 60% não utilizavam o caderno 28 MS para planejamento, havia a delimitação de vagas e/ou horário para o acolhimento, 60% não utilizavam fluxograma de acolhimento, a participação dos profissionais em reunião de equipe com uma agenda voltada para avaliação do acolhimento era insuficiente, a realização de reuniões de comunidade pautando o acolhimento como um dos temas para discussão era reduzida e a maioria das equipes não utilizavam o Prontuário Eletrônico (PEC) para registro dos usuários que dão entrada no acolhimento, estabelecendo esses fatores como barreiras na implementação do acolhimento.

No entanto, observou-se que a construção e a utilização de um protocolo de acolhimento e a utilização do livro de acolhimento foram fatores que se apresentaram como facilitadores na operacionalização do acolhimento.

Quadro 8 – Resultados da dimensão Implementação do Acolhimento no município de Jabotão dos Guararapes.

(continua)				
DIMENSÃO	VARIÁVEL	AFIRMATIVAS DA VARIÁVEL	PERCENTUAL DE CONCORDÂNCIA OU DISCORDÂNCIA (D**) DA AFIRMATIVA/ QUESTÃO	MÉDIA DA VARIÁVEL
Implementação	Conhecimento dos profissionais sobre o acolhimento	A36- O acolhimento é uma triagem.	57,65% (-)	6,09
		A37- O acolhimento é recepcionar bem o usuário e encaminhá-lo para uma sala de escuta qualificada.	82,35%	
	Estratégias de Implementação	A2 Minha equipe construiu um protocolo de acolhimento onde ele é utilizado por todos os trabalhadores da USF.	67,06%	6,42
		A6 Minha equipe utilizou os cadernos 28 (Volume 1 e Volume 2) do Ministério da Saúde para planejamento da implantação do acolhimento.	57,65%	

Quadro 9 – Resultados da dimensão Implementação do Acolhimento no município de Jaboatão dos Guararapes.

DIMENSÃO	VARIÁVEL	AFIRMATIVAS DA VARIÁVEL	(conclusão)	
			PERCENTUAL DE CONCORDÂNCIA OU DISCORDÂNCIA (D**) DA AFIRMATIVA/ QUESTÃO	MÉDIA DA VARIÁVEL
Implementação	Medida em que o acolhimento foi executado com fidelidade	A31- No acolhimento as referências para média e alta complexidade são realizados com muita cautela e responsabilização.	76,47%	6,99
		A38- Eu utilizo um protocolo de acolhimento construído com todos os profissionais da equipe e adaptado à realidade local.	61,18%	
		A39- Eu tenho participado de reuniões de equipe mensalmente e minha equipe possui uma agenda de avaliação periódica do acolhimento.	49,41%	
		A40- Eu utilizo o protocolo de acolhimento disponível no caderno 28 volume II do Ministério da Saúde: “ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA (Queixas mais comuns na Atenção Básica).	50,58%	
		A41- O nosso acolhimento acontece com avaliação de vulnerabilidade.	71,76%	
		A42- O nosso acolhimento acontece com avaliação de risco, existindo priorização dos casos mais graves.	87,06%	
		A43- A marcação de consulta não programática no acolhimento conforme gravidade e vulnerabilidade.	87,06%	
		A44- A escuta qualificada da minha equipe é realizada por um profissional de nível superior.	68,24%	
		A45- A escuta qualificada da minha equipe é realizada por um profissional de nível médio/técnico.	54,12%	6,99
		A46- A minha equipe tem realizado reuniões de comunidade mensalmente e tem pautado o acolhimento como um dos temas para discussão.	49,41%	
		A50- Quem faz a recepção dos usuários da minha equipe durante o acolhimento é um Agente Comunitário de Saúde.	87,06%	
		A51- O acolhimento acontece com delimitações de vagas e/ou horário	57,65% (-)	
		A53- A minha equipe utiliza fluxograma de acolhimento.	58,82%	
		A54- A minha equipe utiliza o livro de acolhimento para registro dos usuários que dão entrada no acolhimento.	75,3%	
		A55- A minha equipe utiliza o PEC do e-SUS para registro dos usuários que dão entrada no acolhimento.	74,12 % D**	

Fonte: A autora, 2020.

Legenda: A - Afirmativa do questionário; D** - Percentual de discordância; (-) – Afirmativa com pontuação invertida na escala Likert; PEC: (Prontuário Eletrônico do Cidadão).

7.1.5 Classificação do Acolhimento pelos profissionais de nível superior, em relação à dimensão “Manutenção”

A classificação da dimensão “Manutenção” do acolhimento, para o município de Jaboatão dos Guararapes, foi considerada satisfatória, com uma média de 6,02. A única variável que contribuiu para esse resultado foi o “Potencial de Sustentabilidade do acolhimento”, em que 63,53% dos profissionais de nível superior concordaram que o acolhimento estava sendo sustentável para a realidade de suas equipes nos últimos 6 meses.

Observou-se que esse percentual de sustentabilidade do acolhimento pode estar associado aos resultados dos efeitos primários, observados pelos profissionais na dimensão Efetividade.

Quadro 10 – Resultados da dimensão Manutenção do Acolhimento no município de Jaboatão dos Guararapes.

DIMENSÃO	VARIÁVEL	AFIRMATIVA DA VARIÁVEL	PERCENTUAL DE CONCORDÂNCIA DA AFIRMATIVA	MÉDIA DA VARIÁVEL
Manutenção	Potencial de Sustentabilidade do acolhimento	A58- O acolhimento tem sido sustentável para a realidade da minha equipe nestes últimos 6 meses.	63,53 %	6,02

Fonte: A autora, 2020.

Legenda: A - Afirmativa do questionário.

8 DISCUSSÃO

Este estudo permitiu, através da aplicação do método RE-AIM, descrever e avaliar o dispositivo acolhimento, no município de Jabotão dos Guararapes. Tal avaliação da implementação caracterizou-se por sua complexidade. As médias das 5 dimensões, 10 variáveis de análise, 2 taxas de representação e o grau de vulnerabilidade de 272 usuários contribuíram para demonstrar a complexidade da intervenção.

As intervenções complexas em saúde, direcionadas à comunidade, além de sofrer influências dos seus participantes, tornam-se dependentes de fatores no ambiente político e organizacional e características socioeconômicas ou demográficas da população (BELLENZANI, 2013; CAMPBELL et al., 2000; RYCHETNIK et al., 2002). A tentativa de entender todo processo de acolhimento foi o objetivo perseguido por esta pesquisa.

Nesse ponto, o presente estudo traz um pouco da singularidade na avaliação do processo de implementação do acolhimento, já que, segundo Bellenzani (2013), são raras pesquisas que avaliam especificamente os níveis de fidelidade das implementações das intervenções complexas aos seus planos pretendidos. Segundo Campbell et al. (2000), essas avaliações têm sido difíceis devido a problemas de desenvolver, identificar, documentar e reproduzir as intervenções complexas, ou seja, elas estão sujeitas a mais variações e por isso tem sido igualmente difícil documentá-las.

O modelo proposto neste estudo, para a avaliação do desenvolvimento do acolhimento em Jabotão dos Guararapes, inova ao oferecer uma percepção do processo avaliativo do acolhimento mais abrangente, com elementos envolvidos em todas as etapas da intervenção. Esse enfoque amplia o propósito dos tipos de avaliação que, particularmente, limitam-se à uma avaliação formativa ou somativa do objeto. Alguns autores têm utilizado métodos semelhantes com objetivo de compreender o acolhimento na sua prática cotidiana e encontraram a espera prolongada pelo atendimento, dificuldade em conseguir consulta, inexistência de protocolo para estratégia do acolhimento à demanda espontânea e um baixo percentual de equipes capacitadas para estratégia do acolhimento (CLEMENTINO et al., 2015; LIRA, 2014).

Dentre as experiências de apropriação e aplicação do modelo RE-AIM no setor saúde do Brasil, foi possível identificar um estudo de avaliação da estratégia de promoção de atividade física e alimentação saudável, no Programa Academia da Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. Como resultado, a utilização do modelo possibilitou a identificação das percepções dos gestores, profissionais e usuários do programa, além das abordagens de

custos, benefícios, características e necessidade de adaptações da intervenção (MEURER, 2016).

Com relação à classificação insatisfatória do acolhimento, encontrada no presente estudo, identificou-se que o resultado sofreu influência direta das dimensões “Alcance” e “Adoção”. No geral, houve uma certa padronização nos demais resultados das dimensões. Esses desfechos apontam que, a partir de esforços individuais dos profissionais, o Acolhimento consegue ser operacionalizado satisfatoriamente, porém, como dispositivo habilitado a ofertar escuta qualificada a todos os usuários do município, não dispõe de apoio da gestão municipal para execução abrangente e estruturada.

Estudos que também avaliaram o acolhimento em outros contextos mostraram resultados insatisfatórios, no que diz respeito ao acesso à escuta qualificada dos usuários através do acolhimento e ao baixo percentual de adesão dos profissionais ao dispositivo (CLEMENTINO et al., 2015; LIRA, 2014).

Em relação à taxa de alcance, analisada neste estudo, observou-se uma baixa representatividade dos usuários que participaram do acolhimento e da população alvo, decorrente da baixa taxa de adoção pelos profissionais. Estudos do RE-AIM também têm mostrado essa baixa proporção dos participantes que seriam favorecidos com a intervenção (BENEDETTI et al., 2020; BORGES, 2014).

No entanto, de acordo com as características dos participantes do presente estudo, observou-se que a intervenção estava privilegiando, de fato, a população mais vulnerável (ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013). O resultado revela que a equidade está sendo operacionalizada pelos profissionais de saúde do município avaliado, mostrando que na prática do acolhimento, esse dispositivo tem sido implantado para alcançar a população vulnerável (HECHAVARRIA, 2016; SILVA, 2016).

Segundo Glasgow, Vogt e Boles (1999), despertar o interesse da população alvo é característica relevante de uma intervenção, refletindo positivamente sobre o alcance. No entanto, reuniões de comunidade, que seriam espaços oportunos para provocar esse interesse na população, têm sido reduzidas, como mostra o presente estudo na dimensão “Implementação”.

Percebe-se, ainda, que um alcance insatisfatório reflete um acesso deficiente nas USF. Resultados semelhantes foram demonstrados em estudos realizados em Recife (TENÓRIO, 2011) e São Luís (LIRA, 2014), que mostraram um acesso deficiente nas USF que realizavam acolhimento, tanto na perspectiva dos profissionais como na dos usuários.

Observa-se a necessidade da revisão das ações da intervenção para aumentar a taxa de alcance, visto que Almeida et al. (2015) destacam que uma intervenção, mesmo que efetiva, se não tiver bom alcance e representatividade, terá impacto limitado na saúde da população.

A “Efetividade” do acolhimento, no presente estudo, indicou que o propósito do acolhimento foi alcançado. Aponta-se para a percepção da diminuição das filas de marcação, maior resolutividade clínica e ampliação do acesso, que fizeram melhorar o vínculo e a satisfação do usuário (TENÓRIO, 2011). Diferente do que mostrou a pesquisa de Lira (2014), em que os profissionais e usuários da ESF de São Luís do Maranhão estavam insatisfeitos com o acolhimento, pois o acesso era insuficiente para os usuários, os serviços não eram resolutivos e a escuta qualificada não acontecia.

A ampliação do acesso, tanto no presente estudo quanto no estudo de Tenório (2011), foi associado à identificação e inserção de novos usuários no sistema de cadastro do Cartão SUS, entretanto no estudo de Duarte, Falcão e Beltrão (2017), realizado também em Jaboaão dos Guararapes, esse aumento do acesso foi associado ao atendimento de novos usuários de área descoberta.

A resolutiva clínica e o vínculo através do acolhimento têm sido possível a partir de um trabalho multiprofissional e com vistas a oferecer uma melhor qualidade na assistência, com uma visão integral dos usuários (GUERRERO et al., 2013; LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011; SORATTO et al., 2015).

No município de Jaboaão dos Guararapes, a resolutividade do acolhimento esteve associada ao esforço das equipes multiprofissionais na resolução dos casos, em parceria com o NASF-AB, que tem sido um forte aliado na ESF para garantia de resolutividade das demandas locais oriundas do acolhimento (DUARTE; FALCÃO; BELTRÃO, 2017).

Pode-se destacar que a média da dimensão “Efetividade” obteve um resultado muito próximo da dimensão “Manutenção”. Nos estudos do RE-AIM, observa-se que o que sustenta a intervenção são os bons resultados percebidos pelos profissionais (ALMEIDA et al., 2013).

Contudo, nesse contexto, além das avaliações com instrumentos quantitativos, se faz necessária a compreensão de como os participantes perceberam os benefícios e/ou as barreiras, para potencializar e ajustar a intervenção (QUADROS et al., 2020). Segundo Glasgow et al. (2019), os objetivos atuais do RE-AIM incluem aumentar interesse em custos, adaptações das intervenções e ampliar o uso de métodos qualitativos, para entender os resultados aprofundando o "como" e o "porquê".

Em relação à taxa de adoção insatisfatória, de 45,7%, encontrada neste estudo, acredita-se que não está associada apenas à escolha dos profissionais em implantar ou não o

acolhimento, mas também com a necessidade de estrutura interna e externa adequadas, que deem condições de respostas aos problemas de saúde que acometem uma população (FRANCO; FRANCO, 2012; ROCHA et al., 2017). Duarte, Falcão e Beltrão (2017), em estudo realizado sobre o acolhimento em Jaboatão dos Guararapes, revelaram que a rede de saúde da Regional IV e do município estavam pouco estruturadas para absorver a demanda do acolhimento, em uma perspectiva do cuidado integral. A variável “Capacidade necessária para adoção”, do presente estudo, corrobora com essa informação.

Resultados insuficientes para taxa de adoção também foram vistos em outros estudos RE-AIM, em que foi possível observar a baixa adesão dos profissionais a intervenções relevantes na área de saúde pública. Esse desfecho foi atrelado à dificuldade dos participantes entenderem a etapa de implantação e alguns componentes dela, tais como planejamento e conhecimento da intervenção (BINOTTO et al., 2015; LEE et al., 2017).

Na análise da variável “Capacidade necessária para adoção”, o número de turnos destinados à escuta qualificada foi satisfatório, principalmente com relação à população alvo que apresentava um elevado grau de vulnerabilidade. Contribuiu para esse resultado o número de profissionais que destinavam cinco turnos semanais para escuta qualificada (38 profissionais) e o número de profissionais que destinavam de três a quatro turnos (26 profissionais). Ressalta-se que o número de turnos é um indicador de “portas abertas” e, por sua vez, reflete um pouco do acesso ao serviço de saúde, o qual poderia ter maior grau de dificuldade se esse resultado não tivesse sido favorável (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; TENÓRIO, 2011). Essa disponibilidade de turnos destinados à escuta qualificada, encontrada no presente estudo, é corroborada com os achados do estudo de Clementino et al. (2015) e Coutinho (2015), que demonstraram que a maioria das equipes destinavam cinco turnos para escuta qualificada no acolhimento. Divergindo desses achados, Tenório (2011) revela que a maioria das eSF dedicavam menos de 3 turnos por semana para escuta qualificada.

Porém, na variável “Capacidade necessária para adoção”, o fato de apenas 40% dos profissionais realizarem escuta qualificada em sala de acolhimento, indicou que as USF apresentavam uma estrutura deficiente para adoção do acolhimento. A partir de uma perspectiva quantitativa, foi possível observar que, além desse fator, outros fatores podem ter influenciado na não adoção do acolhimento pelos profissionais de nível superior. Dentre esses fatores estão a ausência de uma rede estruturada que oferecesse resolutividade aos casos oriundos do acolhimento, realização da escuta qualificada na recepção da unidade e ausência de apoio institucional na adoção e no processo de implementação do acolhimento. Esses resultados demonstram que os profissionais adotaram o acolhimento sem a estrutura mínima

para realizá-lo. Tenório (2011) e Rocha et al. (2017) corroboraram a inexistência de sala para o acolhimento e Lopes et al. (2015); Mitre, Andrade e Cotta (2012); e Tenório (2011) observaram na operacionalização do acolhimento uma rede com falhas na comunicação e fragilidades na referência e contrarreferência. No que diz respeito à falta de apoio institucional, observou-se também uma barreira para operacionalização do acolhimento. Dias (2020), ao analisar a atividade do apoio institucional em todo território nacional, observou resultados positivos em relação aos serviços de saúde, os quais passaram a ter um processo de comunicação eficiente, uma cultura organizacional mais simplificada, desburocratizada e democrática, maior motivação ao trabalho realizado e relacionamento interpessoal humanizado.

Contatou-se, também, que o percentual de abandono foi um problema na implementação do acolhimento, já que 40% dos profissionais disseram ter desistido em algum momento do acolhimento. Os maiores motivos citados para desistência foram relacionados à falta de apoio da gestão no desenvolvimento do acolhimento, rede não estruturada, sobrecarga de atendimentos e falta de profissionais. A falta de apoio de gestores tem sido evidenciadas em diversos outros estudos (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012; ROCHA et al., 2017; SOUSA, 2009; TAKEMOTO; SILVA, 2007). A sobrecarga de atendimento no acolhimento também foi observada por Baratieri et al. (2017); Lopes et al. (2015); e Mitre, Andrade e Cotta (2012). A falta de profissionais nas equipes tem sido muito comum em outros contextos, pela alta rotatividade dos profissionais (FARIAS; SAMPAIO, 2010; MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012; TENÓRIO, 2011; TRINDADE, 2010). Segundo Oliveira (2014), essa rotatividade é um dos eventos críticos ameaçadores da sustentabilidade da ESF e, conseqüentemente, ameaçador da continuidade do acolhimento.

No município de Jaboatão dos Guararapes também existia uma falta de profissionais por não haver a implantação de equipe de saúde bucal, que foi a situação encontrada nas eSF, em que os cirurgiões dentistas atendiam duas equipes. Baldani et al. (2005) e Santos et al. (2007) confirmaram esses arranjos de um dentista para duas eSF, mas criticam pelo fato do dentista, nesse caso, se comportar estritamente como dentista clínico, retomando o modelo tradicional, não dando espaço para o mesmo atuar com as famílias na promoção da saúde e prevenção de doenças.

Desse modo, observou-se que todos os fatores anteriormente apresentados estão fortemente associados à falta da institucionalização do instrumento no município. Acredita-se que essas fragilidades estão atreladas ao contexto externo do acolhimento e que o acolhimento não avançou nesses aspectos devido a contextos desfavoráveis ao dispositivo. Assim como

nos estudos de Silva, Silva e Oliveira (2020); Silva, Alves e Oliveira (2019); e Zacarias (2020), o presente estudo também mostrou importantes influências de fatores contextuais no desenvolvimento dessa intervenção.

Contudo, ao verificar o que motivou os profissionais a adotarem o acolhimento, observou-se, assim como em outros estudos, o aumento do acesso aos usuários como motivador da adoção (HECHAVARRIA, 2016; SANTOS NETO, 2014). No município de Jabotão dos Guararapes, a ampliação do acesso foi fortemente associada à identificação de novos usuários através do cartão SUS.

No que diz respeito aos estudos utilizando o modelo RE-AIM, Benedetti et al. (2020), ao analisarem os programas de atividade física para idosos brasileiros e o papel dos Centros de Saúde Pública, em um ensaio clínico controlado randomizado, utilizando o Modelo RE-AIM, observaram que, ao avaliar a dimensão “Adoção” do programa, a sobrecarga de trabalho dos educadores de saúde que executavam os programas e um espaço físico limitado para a entrega do programa apresentaram-se como barreiras para uma adoção satisfatória.

Na dimensão “Implementação”, mesmo que a variável “Conhecimento dos profissionais sobre acolhimento” tenha sido bem avaliada neste estudo, muitos profissionais ainda tinham a concepção de acolhimento como uma triagem (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012). Esse achado, somado à limitação de vagas e horários para o acolhimento e o fato de a escuta ter sido realizada na recepção da unidade, configurou uma prática de triagem com apenas o repasse de demandas. Essas dificuldades resgatam a necessidade do apoio da gestão para a produção de espaços de reflexão e qualificação dos profissionais (TENÓRIO, 2011). No entanto, acredita-se que, no contexto de Jabotão dos Guararapes, o entendimento de triagem por alguns profissionais tenha sido justificado pela sobrecarga de atendimentos em razão da falta de profissionais (PINTO, 2013; REOLÃO, 2017; SOUSA, 2009; TAKEMOTO; SILVA, 2007).

No presente estudo, diferentemente do estudo de Tenório (2011), a maioria das eSF havia construído um protocolo adequado à realidade local, no entanto nem todos que construíram o protocolo utilizaram o caderno 28 (Volume 1 e Volume 2), do MS, para realizar o planejamento do acolhimento. Isso pode ter trazido uma maior dificuldade na “Implementação” do acolhimento, já que, em um cenário de pouco apoio da gestão municipal, os profissionais não se embasaram em estratégias de planejamento propostas pelo MS para operacionalização do acolhimento e, segundo Machado (2015), esses cadernos servem como guias para a melhor assistência da população.

Ao analisar o grau de fidelidade dos profissionais de nível superior ao implementarem o acolhimento, observou-se que sete componentes dessa variável não corresponderam ao que é pretendido para intervenção pelo MS. Entre os componentes estavam a falta de reuniões de comunidade para discussão de temas, como o acolhimento. Tenório (2011), ao avaliar o acolhimento em Recife, observou essa falta de pactuação com a comunidade. No entanto, vale lembrar que, a participação popular, além de ser uma das especificidades mais marcantes da proposta da ESF, é uma atividade importante para que as relações de trabalho e planejamento sejam horizontais e incluam os usuários como atores do sistema de saúde, por meio de sua ação de controle social (DUARTE; FALCÃO; BELTRÃO, 2017; OLIVEIRA, 2014; SENA et al., 2015).

Outra dificuldade encontrada foi a reduzida participação dos profissionais em reunião de equipe. Esse compromisso em uma intervenção que exige um trabalho multiprofissional é importante, tanto para conhecer o trabalho uns dos outros como para dar resolutividade a alguns casos do acolhimento (DUARTE; FALCÃO; BELTRÃO, 2017). Ambientes como estes, de pactuações e planejamentos, são necessários para implementação do processo de acolhimento. A ausência desses espaços na ESF de Jaboatão dos Guararapes corroboram que o acolhimento não é uma prática institucionalmente difundida no município (GARCIA et al., 2014).

No que se refere ao uso de fluxograma na implementação do acolhimento, os resultados da pesquisa convergiram com os dos estudos de Machado (2015) e Silveira (2020), que evidenciaram não existir a utilização de fluxograma pelos profissionais, a fim de organizar e ordenar o fluxo de atendimento de todos os usuários acolhidos.

Destacou-se, ainda, o fato da maioria das equipes não terem o auxílio da tecnologia (prontuário eletrônico) na operacionalização do acolhimento (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012). Esta ferramenta é importante no desenvolvimento do acolhimento, uma vez que, segundo Lima et al., (2018), o Prontuário Eletrônico do Cidadão e-SUS apresenta-se como suporte para a eSF e a utilização de registros eletrônicos facilita o acompanhamento dos dados clínicos do usuário na Rede de Atenção em Saúde (RAS), além de possuir ferramentas de classificação de risco em tempo real, o que simplifica a realização do acolhimento.

Constatou-se, ainda, que o acolhimento acontecia com delimitações de vagas e/ou horário. Esse fato indicou que algumas equipes estavam criando barreiras de acesso para o acolhimento, quer tenha sido demandado pelos usuários quer tenha sido por um entendimento dos profissionais.

O entendimento dos profissionais da Regional IV, de Jabotão dos Guararapes, sobre o acolhimento foi apresentado por Duarte, Falcão e Beltrão (2017), que observaram que, na percepção de alguns profissionais, o acolhimento trazia uma sobrecarga de atendimento para o profissional médico, pois não havia uma descentralização das demandas para o demais profissionais de nível superior. Esse resultado, somado à pouca participação da comunidade, o errôneo conceito de triagem pelos profissionais e escuta qualificada realizada na recepção da unidade, evidenciadas no presente estudo, apontam para a existência de uma disputa do modelo em vigilância à saúde com o modelo hegemônico centrado na consulta médica (LOPES et al., 2015; SOUZA; SOUZA; AMARAL, 2017).

Segundo Fracolli e Zoboli (2008), para que o processo de acolhimento seja bem-sucedido, é necessário reorganizar o processo de trabalho, de forma que se desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional, ou seja, uma equipe de Acolhimento que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde. Essa equipe deve ser composta por todos os profissionais de nível superior e ainda os auxiliares e técnicos de enfermagem.

Apesar das pesquisas de Hechavarria (2016) e Machado (2015) mostrarem que a escuta qualificada vem sendo realizada por técnicos de enfermagem e enfermeiros, no presente estudo, na perspectiva dos profissionais de nível superior, tanto os profissionais de nível superior quanto de nível médio realizavam a escuta qualificada. Esse fato demonstra que o município de Jabotão estava seguindo o que preconiza o MS, o qual ressalta que a realização da escuta qualificada não é prerrogativa exclusiva de nenhum profissional, devendo ser prática corrente de toda a equipe (BRASIL, 2011).

A fidelidade aos parâmetros do MS pôde ser observada também no uso do protocolo. Os resultados apresentados nesta pesquisa divergem dos estudos de Lira (2014) e Amarante (2015), os quais apresentaram a não utilização do protocolo pelas equipes na operacionalização do acolhimento. O protocolo torna-se importante, pois destaca-se, segundo Baraldi e Souto (2011), como uma ferramenta essencial adotada pelas eSF como uma maneira de aumentar a autonomia dos profissionais não médicos e melhorar a qualidade e resolubilidade das queixas mais comuns que surgem no acolhimento.

Observou-se também que, assim como em outras pesquisas, a recepção dos usuários nas USF em Jabotão dos Guararapes foi realizada, na sua maioria, por ACS. Percebe-se um ganho para o processo de trabalho, porém, por outro lado, é mais uma função para o profissional que tem um papel epidemiológico importante na rede (HECHAVARRIA, 2016; MENDES, 2012; SILVA, 2014).

A avaliação de risco e vulnerabilidade era utilizada pela maioria dos profissionais, o que significou um benefício para o processo, já que parte do pressuposto de garantir o acesso com equidade e tornar-se uma ferramenta de potencialização do cuidado ao usuário (CLEMENTINO et al., 2015). A marcação de consulta não programática no acolhimento também acontecia conforme gravidade e vulnerabilidade, requisitos que devem ser observados no agendamento de consultas, segundo o MS (BRASIL, 2012).

Em relação ao livro de acolhimento, observou-se nele um grande facilitador em todo processo de implementação do acolhimento em Jabotão dos Guararapes, não só pelo fato de ter os registros dos usuários que dão entrada no acolhimento, mas principalmente pela possibilidade de monitoramento e vigilância dos casos das equipes que não possuíam o PEC. Segundo Carreiro (2015), essas tarefas trazem impacto positivo no modelo de vigilância à saúde, pois permite uma percepção dos efeitos sobre alguns indicadores de saúde da população, sobretudo nas áreas com maior índice de pobreza.

O comprometimento nos encaminhamentos aos níveis mais especializados tem sido evidenciado por algumas pesquisas (GIORDANI, 2016; NUNES et al., 2012; RAMOS; LIMA, 2009). Segundo Campos et al. (2012), quanto mais bem estruturado for o fluxo de referência e contrarreferência entre os serviços de saúde, maiores serão sua eficiência e eficácia, contudo, no presente estudo, os resultados apontam a existência de uma rede pouco estruturada para receber as demandas do acolhimento. Esse resultado reforçou a responsabilidade dos profissionais de Jabotão dos Guararapes na referência de seus usuários, o que demonstrou ter exigido um maior esforço das eSF na resolução de alguns problemas da comunidade na própria USF.

No que diz respeito aos estudos utilizando o método RE-AIM, considerando a média satisfatória para implementação do acolhimento, no presente estudo pode-se inferir que existe um considerável grau de fidelidade aos parâmetros propostos pelo o MS. O dispositivo mostrou-se adequado ao contexto do município. Meurer (2016) avaliou um programa de promoção à saúde em Minas Gerais e identificou que a intervenção era viável para o contexto do programa, atrativo para população alvo, mas que apresentava barreiras na adoção e na manutenção que influenciaram negativamente na implementação do programa.

Na dimensão “Manutenção”, observou-se um bom potencial de sustentabilidade do acolhimento. Vale ressaltar que esse potencial de sustentabilidade pode estar associado aos resultados positivos do acolhimento. Segundo Binotto et al. (2015), a manutenção de resultados positivos só é possível quando a intervenção produzir resultados positivos.

No entanto, vale lembrar que falhas nos componentes da adoção podem ameaçar a sustentabilidade do acolhimento. Uma dessas falhas é a falta de profissionais. Segundo Almeida, Brito e Estabrooks (2013), a estrutura administrativa e de pessoal é de suma importância para que haja continuidade do que vem sendo proposto como intervenção. Sem pessoal adequado para executar a intervenção, é praticamente impossível sustentar ou institucionalizar uma intervenção.

Segundo Meurer (2016), faz-se necessário sempre um acompanhamento da manutenção, pois, em intervenções desenvolvidas em cenários de promoção da saúde, a supervisão torna-se uma ferramenta importante para auto avaliação e monitoramento. Porém, vale ressaltar que, por tratar-se de um estudo transversal, uma das limitações é que não foi possível o retorno às USF após 6 meses ou mais para avaliar a continuidade e outras medidas da dimensão “Manutenção”.

Outras limitações desta pesquisa podem ser consideradas, como o fato de o estudo ter sido realizado apenas em um município e somente três categorias profissionais responderam ao questionário (médico, enfermeiro e cirurgião dentista). Também, foi considerada apenas a opinião dos profissionais, não sendo possível fazer comparações com outros atores (usuários e gestores), nem avaliar medidas de custo da intervenção.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação do acolhimento em Jaboatão dos Guararapes-PE, através do modelo RE-AIM, mostrou-se insatisfatório, apresentando média geral menor que 6. Tais achados apontam que algumas dimensões precisam ser mais bem trabalhadas, como é o caso das dimensões “Alcance” e “Adoção”, ambas com avaliações negativas.

De um modo geral, foi possível observar que o acolhimento foi adotado em Jaboatão dos Guararapes, principalmente para aumentar o acesso aos usuários com algum grau de vulnerabilidade. O dispositivo tem sido efetivo no fortalecimento do vínculo, redução de filas e na resolutividade das demandas do acolhimento. Considerou-se, portanto, que esses resultados podem estar dando sustentabilidade ao acolhimento. No entanto, o potencial de sustentabilidade e o processo de implementação do acolhimento vem sofrendo influências negativas de alguns fatores da “Adoção” da intervenção, sendo eles: baixa taxa de adoção pelos profissionais, ausência de sala de acolhimento, falta de profissionais, falta de apoio institucional e rede de saúde não estruturada. Vale salientar que deve haver uma boa adoção e maior alcance para melhorar o processo de implementação do acolhimento. Além disso, melhores taxas de adoção e alcance são necessárias para que o acolhimento se mantenha efetivo, provocando um maior impacto na saúde da população.

Nesse sentido, acredita-se que é possível obter um acolhimento satisfatório a partir do momento em que há o compromisso com a institucionalização do acolhimento no município. Associado a isso, deve existir a garantia de apoio institucional na adoção e no processo de implementação do acolhimento, para que aumente o número de profissionais utilizando o dispositivo e conseqüentemente cresça a representatividade da população alvo. Além do apoio da gestão para uma melhor operacionalização do acolhimento, resultando em maior efetividade e impacto para a saúde da população.

O suporte do município às eSF que já realizam o acolhimento pode ser iniciado a partir de investimentos e esforços nos elementos apresentados como barreiras para o processo de implementação do acolhimento, sendo eles: entendimento de acolhimento como triagem, não utilização dos cadernos 28 MS, delimitação de vagas e/ou horário para acolhimento, não utilização de fluxograma, participação insuficiente dos profissionais em reunião de equipe, realização de poucas reuniões de comunidade e não utilização do PEC.

Os resultados desta pesquisa, assim como as barreiras e facilitadores encontrados neste estudo, precisam ser discutidos entre os profissionais da ESF e a gestão, a fim de encontrar possíveis soluções para que o acolhimento não seja operacionalizado de forma

descoordenada, com grandes obstáculos e sem o conhecimento dos usuários. As revisões dos resultados deste estudo e futuras avaliações através do modelo RE-AIM são importantes para melhorar o desempenho do acolhimento na ESF do município de Jaboatão dos Guararapes-PE.

O RE-AIM, por ser um modelo que avaliou cinco etapas importantes na operacionalização do acolhimento, servirá também de base para implantações e planejamentos futuros. Dessa forma, esta pesquisa poderá ser utilizada como mais uma ferramenta, somada as já existentes no processo de estruturação do SUS. Sugere-se, fortemente, a realização de novos estudos utilizando o RE-AIM, nos quais seja possível obter a opinião de usuários e gestores.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, F. A. *et al.* Effectiveness of a worksite-based weight loss randomized controlled trial: The worksite study. **Obesity**, Silver Spring, v. 23, n. 4, p. 737-745, 2015.
- ALMEIDA, F. A.; BRITO, F. A. Planning and evaluating health programs: Contributions of the RE-AIM framework to nursing. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 527-528, 2014.
- ALMEIDA, F. A.; BRITO, F. A.; ESTABROOKS, P. A. Modelo RE-AIM: Tradução e Adaptação cultural para o Brasil. **Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.**, Uberaba, v. 1, n. 1, p. 6-16, 2013.
- ALMEIDA, O. P. *et al.* 150 minutes of vigorous physical activity per week predicts survival and successful ageing: a population-based 11-year longitudinal study of 12201 older Australian men. **Br J Sports Med.**, London, v. 48, n. 3, p. 220-225, 2013.
- AMARANTE, D. S. **Percepção da Política Nacional de Humanização pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Salvador**. 2015. Dissertação (Mestrado em Tecnologias em Saúde) – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, 2015.
- ANDRADE, C. S.; FRANCO, T. B.; FERREIRA, V. S. C. Acolhimento: uma experiência de pesquisa-ação na mudança do processo de trabalho em saúde. **Rev. aten. primária saúde**, Juiz de Fora, v. 10, n. 2, p. 106-115, 2007.
- BALDANI, M. H. *et al.* A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1026-1035, 2005.
- BARALDI, D. C.; SOUTO, B. G. A. A demanda do Acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família em São Carlos, São Paulo. **Arq. bras. ciênc. saúde**, Santo André, v. 36, n.1, p. 10-17, 2011.
- BARATIERI, T. *et al.* Percepções de usuários atendidos em um Pronto Atendimento: olhar sobre a Atenção Primária à Saúde. **Espaç. Saúde**, Londrina, v. 18, n. 1, p. 54-63, 2017.
- BELLENZANI, R. **Avaliação qualitativa de uma intervenção psicossocial de cuidado e apoio à adesão ao tratamento em um serviço especializado em HIV/Aids**. 2013. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.
- BELZA, B.; TOOBERT, D.; GLASGOW, R. **RE-AIM for Program Planning: Overview and Applications**. Washington, DC: National Council on Aging, 2007. 16 p.
- BENEDETTI, T. R. B. *et al.* RE-AIM: uma proposta de avaliação de programas de atividade física. **Rev. Kairós Gerontologia**, Campinas, v. 17, n. 2, p. 295-314, 2014.
- BENEDETTI, T. R. B. *et al.* Re-thinking Physical Activity Programs for Older Brazilians and the Role of Public Health Centers: A Randomized Controlled Trial Using the RE-AIM Model. **Front Public Health**, London, v. 8, n. 48, p. 1-11, 2020.

BINOTTO, M. et al. Programa Universidade Aberta para a Terceira Idade: avaliação do programa por meio do modelo RE-AIM. **Rev. bras. ativ. fís. saúde**, Londrina, v. 20, n. 3, p. 309-320, 2015.

BORGES, R. A. **Programa de promoção de atividade física no SUS: barreiras e facilitadores organizacionais**. 2014. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 140, n. 192, p. 1, 3 out. 2003.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. v. 2. 290 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28).

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. v. 1. 56 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume I).

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **e-SUS Atenção Básica: Manual de uso do sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão – PEC**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b.

Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/Manual_PEc_3_1.pdf. Acesso em: 4 out. 2020.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Informações sobre as ações e programas do Departamento de Atenção Básica: município Jaboatão dos Guararapes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: <http://sisaps.saude.gov.br/notatecnica/frmListaMunic.php>. Acesso em: 15 out. 2018.

BROUSSELLE, A. *et al.* (org.) **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

CAMPBELL, M. *et al.* Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. **BMJ**, London, v. 321, n. 7262, p. 694-696, 2000.

CAMPOS, G. W. S. *et al.* (org.) **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, 1998.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

CAPRA, F. **O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente**. 30a ed. São Paulo: Cultrix, 2012.

CARNUT, L. *et al.* Principais desafios do acolhimento na prática da atenção à saúde bucal: subsídios iniciais para uma crítica. **Rev. Abeno**, Brasília, v. 17, n. 4, p. 46-62, 2017.

- CARREIRO, P. K. S. **Um estudo da Política de Atenção Básica no Brasil: a particularidade da Estratégia Saúde da Família.** 2015. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Universidade Federal do Maranhão, São Luis, 2015.
- CATARINO, L. **A importância do acolhimento na atenção básica à saúde.** 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.
- CLEMENTINO, F. S. *et al.* Acolhimento na Atenção Básica: análise a partir da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Pmaq-Ab). **Rev. Saúde Ciênc. (Online)**, v. 4, n. 1, p. 62–80, 2015.
- COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1523-1531, 2009. Supl. 1.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.
- COUTINHO, L. R. P. **Acolhimento aos usuários na atenção primária à saúde.** 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2015.
- COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. M. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 514-524, 2015.
- CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica.** 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- DIAS, L. B. S. **Análise do apoio institucional como uma ferramenta de gestão a partir dos relatos de experiência da comunidade de práticas da atenção básica.** Brasília: Uniceub, 2020. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/prefix/14181/1/Laysa%20Bianca%20da%20Silva%20Dias%2021498101.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2020.
- DUARTE, K. *et al.* Contribuições de um sistema tecnológico para a construção de ecomapas na atenção aos usuários hipertensos e diabéticos: estudo de caso com equipes NASF. **Rev. APS.**, Juiz de Fora, v. 21, n. 4, p. 534-550, 2018.
- DUARTE, W. B. A.; FALCÃO, T. M. L.; BELTRÃO, A. B. Núcleo de Apoio à Saúde da Família e a transformação do acolhimento na atenção básica. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1061-1074, 2017.
- FARIAS, M. R. de; SAMPAIO, J. J. C. Integração da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família: percepção dos profissionais. **Rev. Baiana Saúde Pública**, Salvador, v. 34, n. 4, p. 745-757, 2010.
- 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**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 143-151, 2008.

- FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.
- FRANCO, T. B.; FRANCO, C. M. Acolhimento com Classificação de Risco e a micropolítica do trabalho em saúde: a experiência de Silva Jardim / Rio de Janeiro. **Rev. APS.**, Juiz de Fora, v. 15, n. 2, p. 227-233, 2012.
- GARCIA, A. C. P. *et al.* Análise da organização da Atenção Básica no Espírito Santo: (des)velando cenários. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 221-236, 2014. Número Especial.
- GARUZI, M. *et al.* Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev. Panam. Salud Publ.**, Washington, DC, v. 35, n. 2, p. 144-149, 2014.
- GIORDANI, F. L. **Avaliação da percepção sobre o acesso aos serviços de saúde nas Unidades de Saúde USF Paranapiacaba, US Vila Helena e CEO Vila Guilherme**. 2016. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.
- GIOVANELLA L. *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.
- GLASGOW, R. E. *et al.* Does the Chronic Care Model Serve Also as a Template for Improving Prevention? **Milbank Q**, New York, v. 79, n. 4, p. 579-612, 2001.
- GLASGOW, R. E. *et al.* RE-AIM planning and evaluation framework: Adapting to new science and practice with a 20-year review. **Front Public Health**, London, v. 7, n. 64, p. 1-9, 2019.
- GLASGOW, R. E.; VOGT, T.; BOLES, S. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. **Am. J. Public Health**, Washington, DC, v. 89, n. 9, p. 1322-1327, 1999.
- GUERRERO, P. *et al.* O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 132-140, 2013.
- HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (org.) **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- HECHAVARRIA, M. E. V. **Implantação do acolhimento para humanização do processo de trabalho dos profissionais na Estratégia de Saúde da Família**. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Estratégia da Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Ipatinga, 2016.
- IBGE. **Censo demográfico 2010**. Características da população e dos domicílios. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/jaboatao-dos-guararapes/panorama>. Acesso em: 10 maio 2018.
- JABOATÃO DOS GUARARAPES. Secretaria Municipal de Saúde. **Rede de Atenção e Serviços de Saúde**. Jaboatão dos Guararapes: Secretaria Municipal de Saúde, 2018.

Disponível em: https://jaboatao.pe.gov.br/storage/2019/10/CARTILHA-DE-SERVI%C3%87OS_-FINAL_02.10.19..pdf. Acesso em: 3 jan. 2020.

KLESGES, L. M. *et al.* Beginning with the application in mind: Designing and planning health behavior change interventions to enhance dissemination. **Ann Behav Med**, Oxford, v. 29, p. 66-75, 2005. Suppl. 2.

LEÃO, C. D. A.; CALDEIRA, A. P.; OLIVEIRA, M. M. C. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 11, n. 3, p. 323-334, 2011.

LEE, R. E. *et al.* Applying the RE-AIM conceptual framework for the promotion of physical activity in low- and middle-income countries. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, p. 1-9, 2017. Número Especial.

LIMA, L. C. V.; BUENO, C. M. L. B. Envelhecimento e Gênero: A Vulnerabilidade de Idosas no Brasil. **Saúde e Pesqui.**, Maringá, v. 2, n. 2, p. 273-280, 2009.

LIMA, V. S. *et al.* Prontuário eletrônico do cidadão: desafios e superações no processo de informatização. **R. Saúd. Digi. Tec. Edu.**, Fortaleza, v. 3, p. 100-113, 2018. Número especial.

LIRA, M. R. S. **Avaliação do acolhimento nas Unidades de Saúde da Família em São Luís-MA**. 2014. Dissertação (Mestrado em Estratégia de Saúde da Família) – Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2014.

LOPES, A. S. *et al.* O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 114-123, 2015.

MACHADO, V. A. **Proposta de implantação dos protocolos de acolhimento do ministério da saúde no PSF Jardim Itamaraty III no município de Poços de Caldas/MG**. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Estratégia Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Campos Gerais, 2015.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MEURER, S. T. **Avaliação da estratégia de promoção de atividade física e alimentação saudável - VAMOS - no Programa Academia da Saúde de Belo Horizonte**. 2016. Tese (Doutorado em Educação Física) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. I. G.; COTTA, R. M. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2071-2085, 2012.

MOIMAZ, S. A. S. *et al.* Qualificação do acolhimento nos serviços de saúde bucal. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 1-6, 2017.

- MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, V. P.; MACHADO, M. F. A. S. Formação do vínculo na implantação do programa saúde da família numa unidade básica de saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 358-364, 2009.
- MOORE, G. F. *et al.* Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. **BMJ**, London, v. 350, h1258, p. 1-7, 2015.
- MORIN, E. **Ciência com consciência**. Rio de Janeiro: Bertrand, 1999.
- NEVES, M.; PRETTO, S. M.; ELY, H. C. Percepções de usuários e trabalhadores de saúde sobre a implantação do acolhimento em uma unidade de Porto Alegre/Brasil. **Rev. Odontol. UNESP**, Araraquara, v. 42, n. 5, p. 364-371, 2013.
- NHIM, K. *et al.* Using a RE-AIM framework to identify promising practices in National Diabetes Prevention Program implementation. **Implement Sci**, London, v. 14, n. 81, p. 1-15, 2019.
- NILSEN, P. Making sense of implementation theories, models and frameworks. **Implement Sci**, London, v. 10, n. 53, p. 1-13, 2015.
- NUNES, A. A. *et al.* Resolubilidade da estratégia saúde da família e unidades básicas de saúde tradicionais: contribuições do Pet-Saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 36, p. 27-32, 2012. Supl. 1.
- OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, p. 158-164, 2013. Número Especial.
- OLIVEIRA, S. R. A. **Sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família: o caso de um município baiano**. 2015. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.
- PAIM, J. S. Avaliação em saúde: uma prática em construção no Brasil. *In*: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (org.) **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 9-10.
- PAWSON, R.; TILLEY, N. **Realist Evaluation**. London: Sage, 2004.
- PETTICREW, M. When are complex interventions “complex”? When are simple interventions “simple”? **Eur. J. Public Health**, Oxford, v. 21, n. 4, p. 397-398, 2011.
- PINHEIRO, P. M.; OLIVEIRA, L. C. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 188-198, 2011.
- PINTO, M. F. R. **Acolhimento na Atenção Básica: uma proposta de capacitação para profissionais de saúde**. 2013. Dissertação (Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde e Meio Ambiente) – Fundação Oswaldo Aranha, Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, 2013.
- PITTMAN, J. O. E. *et al.* Implementation and evaluation of a community-based treatment for late-life hoarding. **IPG**, Cambridge, p. 1-10, 2020.

QUADROS, E. N. *et al.* Avaliação da Efetividade do “Vamos” no Contexto do Programa Academia da Saúde: Um Estudo Qualitativo. **Movimento**, Porto Alegre, v. 26, p. e26023, 2020.

QUADROS, W. Perfil social do desemprego recente. **IE Unicamp**, Campinas, n. 156, p. 1-18, 2009.

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, 2009.

REBELLO, C. M.; KOOPMANS, F. F.; ROMANO, V. F. O acolhimento no processo de trabalho na Estratégia da Saúde da Família: reflexão sobre conceitos. **Corpus Sci.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 127-138, 2012.

REIS-BORGES, G. C.; NASCIMENTO, E. N.; BORGES, D. M. Impact of National Humanization Policy in the Family Health Strategy. **Distúrb. Comun.**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 194-200, 2018.

REOLÃO, B. R. **Melhorias no Acolhimento na Atenção Primária à Saúde na Estratégia de Saúde da Família Dr. Gilberto Wiesel em Selbach/RS**. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) – Universidade Aberta do SUS, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Selbach, 2017.

RETRATOS a revista do IBGE. **Somos todos iguais?** O que dizem as estatísticas. Rio de Janeiro: IBGE, n. 11, maio 2018.

RIDDE, V.; ROBERT, E.; MEESEN, B. A literature review of the disruptive effects of user fee exemption policies on health systems. **BMC Public Health**, London, v. 12, n. 289, p. 1-7, 2012.

ROCHA, N. *et al.* Conhecimento sobre acolhimento com classificação de risco pela equipe da Atenção Básica. **Rev. Saúde Pública Paraná**, Curitiba, v. 18, n. 1, p. 72-80, 2017.

RYCHETNIK, L. *et al.* Criteria for evaluating evidence on public health interventions. **J Epidemiol Community Health**, London, v. 56, n. 2, p. 119-127, 2002.

SANDRESCHI, P. F.; PETREÇA, D. R.; MAZO, G. Z. Avaliação de um programa universitário de atividade física para idosos pelo modelo RE-AIM. **Rev. bras. ativ. fís. saúde**, Londrina, v. 20, n. 3, p. 270-283, 2015.

SANTOS NETO, J. M. **Proposta de implantação do acolhimento na Unidade de Saúde da Família do povoado de Ingá-Junqueiro-AL**. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica da Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

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, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 75-85, 2007.

SANTOS, I. M. V.; SANTOS, A. M. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. **Rev. salud pública**, Córdoba, v. 13, n. 4, p. 703–716, 2011.

SCRIVEN, M. **Evaluation thesaurus**. 4. ed. London: SAGE Publications, 1991.

SENA A. L. C. *et al.* Acolhimento e satisfação do usuário no atendimento na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 18, n. 2, p. 134-140, 2015.

SILVA, C. F. **Proposta de implementação e reestruturação do Acolhimento com Classificação de Risco na terceira Equipe de Saúde da Família do município de Belo Oriente – MG**. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Estratégia Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Ipatinga, 2014.

SILVA, J. C.; ALVES, C. K. A.; OLIVEIRA, S. R. A. Cartão de Evento-Crítico: ferramenta analítica para translação do conhecimento. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, p. 10-18, 2019. Número Especial 2.

SILVA, J. W. S. B.; SILVA, J. C.; OLIVEIRA, S. R. A. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: reflexão do seu desenvolvimento através da avaliação realista. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 124, p. 28-42, 2020.

SILVA, R. C. **Implantação do acolhimento na Unidade Básica Estrada da Cocisa no município de Salvador no estado da Bahia**. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde) – Universidade Aberta do SUS, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2016.

SILVEIRA, A. **Fluxograma de acolhimento das situações de urgência e emergência na Atenção Primária em Saúde**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Porto Alegre, 2020.

SORATTO, J. *et al.* Estratégia saúde da família: Uma inovação tecnológica em saúde. **Texto contexto - enferm.**, v. 24, n. 2, p. 584-592, 2015.

SOUSA, G. M. F. **Implantação do acolhimento na unidade de saúde de telha no município de Aquiraz - CE**. 2009. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Práticas Clínicas em Saúde da Família) – Escola de Saúde Pública do Ceara, Fortaleza, 2009.

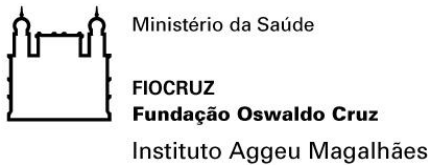
SOUZA, R. *et al.* Implementação do acolhimento multiprofissional em uma estratégia de saúde da família. **Lascasas**, Granada, v. 13, p. 41, 2017.

SZPILMAN, A. R. M.; OLIVEIRA, A. E. A percepção de usuários sobre os serviços de odontologia em unidades de saúde de Vila Velha (ES), Brasil. **Espaç. saúde**, Londrina, v. 12, n. 2, p. 28-37, 2011.

TAKAHASHI, R. F.; OLIVEIRA, M. A. C. Atuação da equipe de enfermagem na vigilância epidemiológica. *In*: INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE; UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO; BRASIL. Ministério da saúde. **Manual de Enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 220-224. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, 135).

- TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações 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, 2007.
- TENÓRIO, R. M. S. A. **Avaliação do grau de implantação do dispositivo acolhimento nas Unidades de Saúde da Família da cidade do Recife**. 2011. Dissertação (Mestrado em Avaliação em Saúde) – Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, Recife, 2011.
- TRINDADE, C. S. **A importância do acolhimento no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família**. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.
- VALENTIM, O. S.; SANTOS, C.; PAIS-RIBEIRO, J. Vulnerabilidade ao Stress em Pessoas com Alcoolismo. **Rev. port. enferm. saúde mental**, Porto, p. 76-81, 2014. Número Especial 1.
- VIEGAS, S. M. da F. **A integralidade no cotidiano da estratégia saúde da família em municípios do Vale do Jequitinhonha: Minas Gerais**. 282 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.
- VIEIRA-DA-SILVA, L. M. *et al.* Avaliação da implantação de programa voltado para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários na rede básica: Salvador, 2005-2008. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 10, p. 131-143, 2010. Supl. 1.
- WEIGEL, B. D. **O acolhimento como forma de atendimento em uma estratégia de Saúde da Família independente do grau de complexidade da patologia apresentada pelo paciente**. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) – Universidade Aberta do SUS, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Venâncio Aires, 2017.
- WIESE, M. L. **O processo de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família: um estudo sobre as demandas sociais na saúde**. 2010. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2010.
- ZACARIAS, A. C. P. **Implementação do Programa de Residência de Enfermagem Obstétrica na II Macrorregional de Saúde de Pernambuco**. 2020. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2020.
- ZIMMERMANN, L. C. B. **As consequências imprevistas do acolhimento na Atenção Básica**. 2011. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Leia atentamente antes de assinar!

(Em 2 vias, firmado por cada participante-voluntário (a) da pesquisa e pelo responsável)

O Senhor está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada: **AVALIAÇÃO DO ACOLHIMENTO NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA CIDADE DE JABOATÃO DOS GUARARAPES-PE.**

Pesquisador responsável: Litian Oliveira de Lima Barros

Informações sobre o projeto de pesquisa

Com a implantação do SUS, importantes iniciativas pautadas pela concepção de atenção primária à saúde podem ser identificadas, particularmente no que se refere a mudanças no modelo de organização dos serviços (TEIXEIRA et al., 1998). A Estratégia de Saúde da Família (ESF) adquiriu centralidade, na agenda governamental e passou a ser considerada uma Estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, com vistas a reorientar o modelo assistencial e imprimir uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde. Este estudo complexo envolve processos de avaliação em diferentes abordagens ampliando o uso de metodologia inovadoras no que diz respeito a intervenções de atenção primária. Os objetivos se constituem como complementares e possuem percursos investigativos que se imbricam, baseado em métodos mistos sequenciais. As atividades de pesquisa incluem levantamento documental e realização de entrevistas. Os produtos esperados com o projeto são: (i) Desenvolvimento de conhecimentos novos aplicáveis à realidade dos serviços de saúde em Pernambuco e no Brasil; (ii) Atividades de ensino e formação lato e stricto senso das instituições envolvidas; (iii) Elaboração de textos acadêmicos, produção de artigos científicos e seminário acadêmico (iv) Resumo executivo sobre os principais resultados do estudo, com foco na sua aplicabilidade ao SUS.

Procedimentos

O estudo compreende entrevistas individuais de aproximadamente uma hora e meia com pessoas com bom conhecimento da intervenção /programa em estudo, seja pelo papel de responsável

do programa, de representante de organismo parceiro ou pela sua implicação direta nas atividades de pesquisa, de formação, bem como nas intervenções a título de profissional. Como você preenche um dos requisitos acima identificados, convidamos-lhe, com o seu consentimento, a realizar essa entrevista que será registrada, gravada e transcrita para análise das informações coletadas.

Riscos, inconvenientes e benefícios

Os riscos associados à sua participação no estudo são mínimos. Há possibilidade de constrangimento em responder as perguntas da entrevista, caso suas respostas venham a público. O que torna pertinente o esclarecimento sobre a livre escolha em parar a entrevista quando desejarem e o anonimato de todos os participantes da pesquisa. Outro inconveniente é o tempo excessivo de participação nas atividades de pesquisa que serão facilitadas tanto quanto possível pelo pesquisador responsável

Não há nenhuma desvantagem pessoal direta associada à sua participação no estudo. Também não há qualquer gasto sob sua responsabilidade. No entanto, há um benefício com sua participação que é a de apoiar as intervenções realizadas dentro do que prevê cada programa.

Ao fim do estudo, um resumo da entrevista lhe será enviado em caso de solicitação. Além do mais, você terá cooperado com a difusão dos resultados dessa pesquisa participativa.

Confidencialidade

Todas as informações coletadas serão estritamente confidenciais e não conterão nenhuma informação nominativa que permita a identificação das pessoas envolvidas. As entrevistas individuais serão transcritas e toda informação que possa lhe identificar será retirada. Um código será associado a cada entrevista e só os agentes de pesquisa terão acesso a esta informação. As gravações das entrevistas serão conservadas pelo Instituto Aggeu Magalhães.

As informações extraídas das entrevistas serão tratadas de maneira a proteger a fonte e evitar a associação com pessoas em particular. É possível que uma citação extraída de sua entrevista seja utilizada para apoiar um ponto importante da análise. No entanto, nenhuma menção de seu nome acompanhará a citação.

Liberdade de participação e liberdade de retirada do estudo

A sua participação nesse estudo é totalmente voluntária. Você é livre para aceitar ou recusar participar. Você pode retirar-se do estudo quando quiser, através apenas de um comunicado verbal, sem que isso afete a sua participação no programa ou intervenção em estudo. No caso de retirada, os dados referentes à sua participação serão destruídos sob pedido. Você tem o direito de se recusar a responder a uma questão ou de se retirar em qualquer momento, sem nenhuma consequência pessoal ou profissional ou relativa à sua implicação com o programa ou intervenção do qual você faz parte.

Obtendo informações adicionais

Se você desejar informações suplementares ou emitir comentários, você pode contatar Lítian Oliveira de Lima Barros no E-mail litianlima@hotmail.com, Telefone: (81)997848441. Toda e qualquer queixa relativa à sua participação nessa pesquisa deve ser enviada ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães. Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, o (a) senhor (a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deste Instituto, localizado na Av. professor Moraes Rego, s/n – Campus da UFPE – Cidade Universitária, Recife/PE, CEP: 50670-420, através do telefone (81)2101-2639 ou pelo e-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br. O horário de funcionamento é das 8-12h e das 13-17h. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Adesão ao projeto e assinaturas

Eu tomei conhecimento da descrição do estudo apresentada acima. Eu fiz as questões necessárias a esse sujeito e eu considero ter sido suficientemente informado (a). Eu compreendo que eu posso recusar de participar ou ainda retirar a participação desse estudo a qualquer momento sem nenhuma consequência. Eu compreendo ainda que toda e qualquer informação nominativa que me concerne será guardada de maneira estritamente confidencial. Eu, abaixo-assinado(a), aceito participar desse estudo.

_____	_____	_____
Nome do (a) participante	Assinatura do (a) participante	Data

Eu atesto: a) ter explicado tudo o que está presente neste Termo à pessoa que o assina; b) Ter explicado claramente que o (a) entrevistado(a) permanece livre para retirar-se a qualquer momento desta pesquisa.

_____	_____	_____
Nome da pesquisadora	Assinatura da pesquisadora	Data

**APENDICE B- INSTRUMENTO DE ENTREVISTA UTILIZADO PARA OS
PROFISSIONAIS**

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA

Adaptado ao Modelo RE-AIM

Questionário 1

(Aplicado para profissionais de nível superior)

Q1	DATA DA ENTREVISTA ___ / ___ / _____
Q2	REGIONAL DE SAÚDE _____
Q3	UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA _____
Q4	EQUIPE _____
Q5	() Dentista () Enfermeiro () Médico
ADOÇÃO	
Q6	Quantos turnos a sua equipe destina para realizar o acolhimento com escuta qualificada? a) 5 turnos c) menos de 3 turnos b) 3-4 turnos
Q7	Em algum momento desistiu de realizar acolhimento? () *Sim () Não *Se sim responder a próxima questão
Q8	Qual o motivo da desistência? a) Não ter apoio da gestão local e municipal b) A rede de saúde não está bem estruturada para receber as demandas c) Não tenho capacitação para usar o dispositivo d) O processo do acolhimento da minha equipe é muito desorganizado e) Pela sobrecarga de atendimentos

A1	Minha equipe teve apoio institucional (seja por parte da secretaria de saúde, dos apoiadores ou coordenação da regional) para implantar o acolhimento					
A3	Realizo a escuta qualificada em sala de acolhimento					
A5	Não há sala disponível realizo a escuta qualificada na recepção da unidade					
A7	A rede de atenção à saúde na minha regional e município é suficiente para as respostas às demandas dos usuários que surgem no acolhimento.					
A9	Em algumas ocasiões, o afastamento e a falta de profissionais na minha equipe tem interrompido ou levado a desistência na realização do acolhimento.					
A10	A minha equipe implantou o acolhimento para de destacar na assistência					
A11	A minha equipe implantou o acolhimento para aumentar o acesso dos usuários					
A12	A minha equipe implantou o acolhimento para organizar as agendas					
EFETIVIDADE						
A16	A partir da implantação do acolhimento passei a ter uma postura mais comprometida com os usuários da minha equipe					
A17	Após a implantação do acolhimento as filas para marcação de consultas diminuiram					
A21	O acolhimento tem reduzido o tempo de marcação de acordo com o risco e vulnerabilidade					
A23	Através do acolhimento novos usuários têm sido identificados e inseridos no cadastro do cartão SUS					
A34	O acolhimento favoreceu a uma oferta de serviço mais resolutivo					
A35	O acolhimento favoreceu um maior vínculo com o usuário					
A64	Na minha percepção, o usuário ficou satisfeito com o processo de acolhimento					
IMPLEMENTAÇÃO						
A2	Minha equipe construiu um protocolo de acolhimento onde o mesmo é utilizado por todos os trabalhadores da USF.					

A6	Minha equipe utilizou os cadernos 28 (Volume 1 e Volume 2) do Ministério da Saúde para planejamento da implantação do acolhimento.					
A31	No acolhimento as referências para média e alta complexidade são realizados com muita cautela e responsabilização.					
A36	O acolhimento é uma triagem					
A37	O acolhimento é recepcionar bem o usuário e encaminhá-lo para uma sala de escuta qualificada					
A38	Eu utilizo um protocolo de acolhimento construído com todos os profissionais da equipe e adaptado a realidade local.					
A39	Eu tenho participado de reuniões de equipe mensalmente e minha equipe possui uma agenda de avaliação periódica do acolhimento.					
A40	Eu utilizo o protocolo de acolhimento disponível no caderno 28 volume II do Ministério da Saúde: “ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA (Queixas mais comuns na Atenção Básica)					
A41	O nosso acolhimento acontece com avaliação de vulnerabilidade					
A42	O nosso acolhimento acontece com avaliação de risco, existindo priorização dos casos mais graves					
A43	A marcação de consulta não programática no acolhimento conforme gravidade e vulnerabilidade					
A44	A escuta qualificada da minha equipe é realizada por um profissional de nível superior					
A45	A escuta qualificada da minha equipe é realizada por um profissional de nível médio/técnico					
A46	A minha equipe tem realizado reuniões de comunidade mensalmente e tem pautado o acolhimento como um dos temas para discussão.					
A50	Quem faz a recepção dos usuários da minha equipe durante o acolhimento é um Agente Comunitário de Saúde					
A51	O acolhimento da minha equipe acontece com delimitações de vagas e/ou horário					
A53	A minha equipe utiliza fluxograma de acolhimento					
A54	A minha equipe utiliza o livro de acolhimento para registro dos					

	usuários que dão entrada no acolhimento					
A55	A minha equipe utiliza o PEC (Prontuário Eletrônico do Cidadão) do e-SUS para registro dos usuários que dão entrada no acolhimento					
MANUTENÇÃO						
A58	O acolhimento tem sido sustentável para a realidade da minha equipe nestes últimos 6 meses.					
AFIRMATIVAS EXTRAS						
A4	Realizo minha a escuta qualificada em sala improvisada					
A8	Realizamos reuniões sistemáticas (de equipe e comunidade) a fim de realizarmos pactuações e planejamento.					
A13	A minha equipe implantou o acolhimento por outros motivos					
A14	A minha equipe se sentiu estimulada pela gestão para implantar o acolhimento					
A15	A minha equipe tomou iniciativa própria de implantar o acolhimento					
A18	Após sua implantação do nosso acolhimento passamos a trabalhar mais em equipe					
A19	O acolhimento tem favorecido a uma oferta de serviços mais resolutivos					
A20	O acolhimento tem favorecido a uma atenção à saúde mais integral					
A22	O acolhimento melhorou a relação de confiança com a comunidade					
A24	O acolhimento favoreceu a organização do processo de trabalho					
A25	A insuficiência de profissionais e o excedente de usuários tem trazido uma sobrecarga, cansaço e estresse na realização do acolhimento					
A26	O acolhimento organizou a minha agenda					
A27	O acolhimento atraiu a população para participar das reuniões de comunidade					
A28	A partir dos registros do livro de acolhimento foi possível realizar um monitoramento e vigilância dos casos e também uma avaliação do processo de acolhimento.					
A29	Após a implantação do acolhimento diminuiu a procura pelo atendimento apenas do profissional médico.					
A30	Após a implantação do acolhimento houve uma desconstrução da					

	visão médico centrada dos profissionais da minha equipe					
A32	Com o acolhimento nossas ofertas de serviços de saúde passaram a ser mais efetivos e de qualidade					
A33	Com o acolhimento houve uma melhora nos indicadores de saúde da minha equipe					
A47	Minha equipe está tendo apoio institucional (seja por parte da secretaria de saúde, dos apoiadores ou coordenação da regional) na operacionalização do acolhimento					
A48	O número de usuários cadastrados na minha equipe é confortável para construção do vínculo e a realização da escuta qualificada.					
A49	Quem faz a recepção dos usuários da minha equipe durante o acolhimento é um auxiliar administrativo ou auxiliar de serviços gerais					
A52	Eu entro na escala de acolhimento para realizar a escuta qualificada					
A56	O acolhimento mudou positivamente o processo de trabalho da minha equipe nos últimos 6 meses					
A57	O acolhimento mudou negativamente o processo de trabalho da minha equipe nos últimos 6 meses					
A59	O acolhimento tem mantido minha equipe integrada					
A60	O acolhimento tem favorecido um olhar mais integral nas ofertas de serviços de saúde da minha equipe					
A61	O acolhimento tem mantido a demanda reprimida reduzida					
A62	O acolhimento tem mantido uma responsabilização no acompanhamento dos usuários					
A63	Estou satisfeito(a) com o nosso processo de trabalho após a implantação do acolhimento					
<p>Onde:</p> <p>1) Não concordo totalmente (2) Não Concordo parcialmente</p> <p>(3) Indiferente (4) Concordo parcialmente (5) Concordo totalmente</p>						

**APÊNDICE C- DISTRIBUIÇÃO DE USUÁRIOS POR REGIONAL DE SAÚDE E USF
EM JABOATÃO DOS GUARARAPES, 2018.**

REGIONAL I		
EQUIPE	Possui eSB	Nº de usuários cadastrados
Frei Damião I	1	2129
Frei Damião II	1	2495
Lote 56	1	3046
Macujé	1	443
Malvinas I	1	1663
Malvinas II	1	2635
Loteamento Colônia	0	3657
REGIONAL II		
EQUIPE	Possui eSB	Nº de usuários cadastrados
Eduardo Menezes	1	1640
Nossa Senhora dos Prazeres	1	2000
Alto São Sebastião	1	2942
Jardim Monte Verde	1	2905
Dois Carneiros Baixo I	1	2716
Dois Carneiros Baixo II	0	2936
Retiro	1	2489
Sítio das Queimadas	1	2991
Pacheco	0	1880
Perpétuo Socorro	1	4180
REGIONAL III		
EQUIPE	Possui eSB	Nº de usuários cadastrados
Curado II.2	1	3377
Curado III.1	1	2373
Curado III.2	0	4070
REGIONAL IV		
EQUIPE	Possui eSB	Nº de usuários cadastrados
Ivaldo Alves de França	1	2660
Ivaldo Alves de França II	0	3455
Jardim Muribeca I	1	801
Jardim Muribeca II	0	1453
REGIONAL V		
EQUIPE	Possui eSB	Nº de usuários cadastrados
Nossa Senhora do Carmo	1	3846
Jardim Prazeres I	1	2220

Jardim Prazeres II	1	926
Vila Sotave	1	2631
Comportas I	1	2223
Comportas II	1	527
Nova Divinéia II	1	4228
Massaranduba	1	1451
Porta Larga	1	871
Vaquejada	0	2389
REGIONAL VI		
EQUIPE	Possui eSB	Nº de usuários cadastrados
Grupiara	1	2962
Tancredo Neves	0	2876
Jardim Copacabana	1	3439
Jardim Piedade	1	2648
Jardim Piedade II	1	2968
Loreto II	1	3581
Novo Horizonte	0	2061
Praia do Sol	1	1922
Curcurana II	1	1685
Catamarã	1	1279
REGIONAL VII		
EQUIPE	Possui eSB	Nº de usuários cadastrados
Cajá	1	3500
Guararapes I	1	3422
Guararapes II	1	1768
Jordão	1	1538

Fonte: AtendSaúde v3.1.1- Novetech, Jaboatão dos Guararapes

eSB: equipe de Saúde Bucal

**APÊNDICE D - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS A SEREM COLETADOS NA
FICHA DE CADASTRO DO E-SUS DOS USUÁRIOS**

1. Data de nascimento
2. Sexo
3. Raça/cor
4. Situação conjugal
5. Situação no mercado de trabalho
6. Curso mais elevado que frequenta ou frequentou
7. Possuir plano de saúde
8. Frequenta creche ou escola
9. Se tem alguma deficiência.

APÊNDICE E – CRITÉRIOS DE ANÁLISE DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Data de nascimento

Idade	Resposta	Pontua para ser vulnerável?
É idoso?	SIM	SIM
	NÃO	NÃO

2. Sexo

Sexo	Pontua para ser vulnerável?
Feminino	SIM
Masculino	NÃO

3. Raça/cor

Logo:

Raça/cor	Pontua para ser vulnerável?
Preta	SIM
Parda	
Indígena	
Amarela	NÃO
Branca	

4. Situação conjugal

Situação conjugal	Pontua para ser vulnerável?
Solteiro(a)	SIM
Divorciado(a)/Separado(a)	
Viúvo(a)	
Outra	NÃO
Casado(a)	

5. Situação no mercado de trabalho

Situação no mercado de trabalho	Pontua para ser vulnerável?
Não trabalha	SIM
Desempregado	
Outro	
Aposentado/Pensionista	NÃO
Servidor público/militar	
Autônomo sem previdência social	
Autônomo com previdência social	
Assalariado sem carteira de trabalho	
Assalariado com carteira de trabalho	
Empregador	

6. Curso mais elevado que frequenta ou frequentou

IDADE	CURSO	ESCOLARIDADE	Pontua para ser vulnerável?
<4 anos	Excluídos do sorteio		
>4 anos	Pré-escola (exceto CA)	Baixa	SIM
= 4 anos	Pré-escola (exceto CA)	Padrão	NÃO
< ou = a 6 anos	Classe de Alfabetização (CA)	Padrão	
> 6 anos	Classe de Alfabetização (CA)	baixa	SIM
De 6 a 9 anos	Ensino Fundamental 1ª a 4ª série	padrão	NÃO
>9 anos	Ensino Fundamental 1ª a 4ª série	baixa	SIM
= 9 anos	Ensino Fundamental 5ª a 8ª série	padrão	
De 10 a 14 anos	Ensino Fundamental 5ª a 8ª série	padrão	
= 14 anos	Ensino Fundamental completo	padrão	
De 6 a 14 anos	Ensino Fundamental Especial	padrão*	NÃO
>14 anos	Ensino Fundamental Especial	baixa*	SIM
De 15 a 17 anos	Ensino Fundamental EJA- séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)	baixa	SIM
De 15 a 17 anos	Ensino Fundamental EJA- séries	baixa	SIM

	iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)		
De 15 a 17 anos	Ensino médio, Médio 2º ciclo (Científico, Técnico)	padrão	NÃO
>17 anos	Ensino médio, Médio 2º ciclo (Científico, Técnico)	padrão	NÃO
>17 anos	Ensino Médio Especial	padrão*	NÃO
>18 anos	Ensino médio EJA (Supletivo)	baixa	SIM
>17 anos	Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado	padrão	NÃO
>34 anos	Alfabetização para Adultos (Mobral etc.)	baixa	SIM
>4 anos	Nenhum	baixa	

*aluno com alguma necessidade especial

7. Frequenta creche ou escola

Frequenta creche ou escola?	Pontua para ser vulnerável?
SIM	NÃO
NÃO	SIM

8. Possuir plano de saúde

Possui plano de saúde?	Pontua para ser vulnerável?
SIM	NÃO
NÃO	SIM

9. Se tem alguma deficiência.

Possui alguma deficiência	Pontua para ser vulnerável?
SIM	SIM
NÃO	NÃO

APÊNDICE F – POPULAÇÃO ENCONTRADA NO ESTUDO (PROFISSIONAIS)

	TOTAL	DENTISTAS	ENFERMEIROS	MÉDICOS	JUSTIFICATIVA
População total antes de iniciar a coleta (OBS: dados retirados do sistema Atend saúde Novetech)	135	39*	48	48	* Não existiam nas 48 eSF 9 eSB
Excluídos por cargos não ocupados	22	4	1	17	
População encontrada no início da coleta	113	35	47	31	
Licença	4	1	2	1	
Menos de 6 meses na equipe	6	0	4	2	
Atendiam 2 equipes	6	6	0	0	
Recusa	12	1	7	4	
Excluídos pelos critérios	28	8	13	7	
Amostra real após as exclusões	85	27	34	24	
Cálculo da amostra em relação a população de estudo	87	27	24	36	
Questionários obtidos	85	27	34*	24	* não havia mais médicos habilitados para responder ao questionário

APÊNDICE G- PROJETO INTERVENÇÃO

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA

LITIAN OLIVEIRA DE LIMA BARROS

**ESTRATÉGIA DE PLANEJAMENTO PARA REVISÃO DAS AÇÕES
OPERACIONALIZADAS NO MUNICÍPIO DE JABOTÃO COM BASE NO MODELO
RE-AIM**

RECIFE

2020

LITIAN OLIVEIRA DE LIMA BARROS

**ESTRATÉGIA DE PLANEJAMENTO PARA REVISÃO DAS AÇÕES
OPERACIONALIZADAS NO MUNICÍPIO DE JABOATÃO COM BASE NO
MODELO RE-AIM.**

Projeto de Intervenção submetido à
Coordenação do Mestrado Profissional em
Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães
da Fundação Oswaldo Cruz, com vistas à
defesa da dissertação.

Orientador: Profa. Dra. Sydia Rosana de Araújo Oliveira

Coorientador: Dr. George Tadeu Nunes Diniz

RECIFE

2020

1 INTRODUÇÃO

A mudança do modelo assistencial, com o advento da Estratégia Saúde da Família (ESF), levou à corresponsabilização dos profissionais no acompanhamento dos usuários. Esse compromisso trouxe a necessidade das equipes de Saúde da Família (eSF) estabelecerem maior vínculo com os usuários (TRINDADE, 2010). Nessa perspectiva, a humanização é a peça chave para o sucesso da assistência prestada pela ESF e o acolhimento tem sido a ferramenta para deixar essa relação mais humanitária (FRANCO; FRANCO, 2012; MOIMAZ et al., 2017).

O acolhimento pode ser entendido como um dispositivo, ou seja, um modo de reestruturação do processo de trabalho que provoca uma maior aproximação entre trabalhadores e usuários, através de uma escuta qualificada. Ele exige da equipe um maior comprometimento com a queixa do usuário, favorecendo um trabalho multiprofissional e muitas vezes intersetorial (GARUZI et al., 2014). Sobre esse aspecto, acolhimento se diferencia da triagem, pois deixa de ser um trabalho pontual e passa a ser um dispositivo mobilizador das redes internas e externas, com responsabilidade pelas demandas dos usuários (CLEMENTINO et al., 2015).

A implementação do processo de acolhimento será completamente dependente do contexto e com forte influência dos participantes. O acolhimento possui várias interações não controladas, a exemplo da autonomia dos usuários em praticar ou não as recomendações de um profissional de saúde e, ainda, a fidelidade ou não dos profissionais de saúde em seguir os protocolos para operacionalização do dispositivo. Isso faz do seu mecanismo de implementação um processo que pode sofrer forte influência de cada participante (BELLENZANI, 2013), demonstrando a complexidade desta intervenção (MORIN, 1999).

Intervenção compreende um modo de ação planejado, produzido em um espaço social, sendo desde um projeto a uma política (OLIVEIRA, 2014). Em geral, as intervenções em saúde são complexas, pois constituem-se em um sistema aberto de aprendizado, com diferentes elementos interligados, sendo permeável à influência de várias outras intervenções. Possuem fatores e ingredientes ativos que são difíceis de definir, são entregues ao nível individual, organizacional ou populacional e estão envolvidas em vários contextos e sistemas sociais (MOORE et al., 2015; PAWSON; TILLEY, 2004; RIDDE; ROBERT; MEESEN, 2012). Assim, compreender os diferentes contextos e formas em que essas práticas são desenvolvidas tem sido uma preocupação crescente dos estudos avaliativos (SILVA; ALVES;

OLIVEIRA, 2019; SILVA; SILVA; OLIVEIRA, 2020), exigindo avaliações nem sempre estruturadas, mas com caráter reflexivo (CAMPBELL et al., 2000; PETTICREW, 2011).

De forma mais específica, os estudos de implementação revelam elementos sobre o contexto e a execução de uma intervenção (HARTZ; SILVA, 2005). Eles trazem uma melhor compreensão e explicação de como e porque uma implementação de uma mesma intervenção é exitosa em um contexto e falha em outro (NILSEN, 2015). Podem, ainda, apoiar o processo deliberativo no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), através dos questionamentos, das revisões das normas estabelecidas e dos processos de produção em saúde (ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013).

Existem vários modelos disponíveis na literatura científica para avaliar implementação em saúde, dentre eles o RE-AIM (GLASGOW; VOGT; BOLES, 1999). O RE-AIM inclui resultados que são operacionalizados em níveis individuais, organizacionais ou ambos (BELZA; TOOBERT; GLASGOW, 2007; GLASGOW; VOGT; BOLES, 1999; GLASGOW et al., 2001; KLESGES et al., 2005) e toma como base cinco dimensões: “Alcance”, “Efetividade”, “Adoção”, “Implementação” e “Manutenção” (ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013).

No Brasil, poucos estudos de implementação têm tratado da temática Acolhimento. Lira (2014), ao avaliar a implementação do acolhimento no Maranhão, evidencia índices insatisfatórios de adoção: o acesso era insuficiente para os usuários, os serviços não eram resolutivos e a escuta qualificada não acontecia. Outros estudos brasileiros apontam para a recorrência desses problemas na implementação do acolhimento e observam um grande distanciamento entre o acolhimento descrito na Política Nacional de Humanização (PNH) com o que é executado nas unidades de saúde (COUTINHO, 2015; ROCHA et al., 2017; TENÓRIO, 2011).

De modo semelhante, em Jabotão dos Guararapes, Duarte, Falcão e Beltrão (2017), ao realizarem uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, observaram que os profissionais da ESF da Regional IV do município realizavam um acolhimento distante do que a PNH preconiza como acolhimento. Com esse cenário, a coordenação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) solicitou das próprias equipes a realização de um plano de sensibilização das equipes de Saúde da Família, para que repensassem a prática do acolhimento da demanda espontânea e transformassem o processo de trabalho, tendo como foco principal evitar as longas filas de espera por atendimento ainda existentes, humanizando, assim, o cuidado.

Em decorrência dessa problemática, questiona-se: como o alcance, a efetividade, a adoção, a implementação e a manutenção do acolhimento têm sido operacionalizados nas Unidades de Saúde da Família (USF) em Jabotão dos Guararapes, a partir da visão dos profissionais de nível superior?

Por fim, para introduzir o conjunto de argumentações a serem aprofundadas, foi elaborado o seguinte pressuposto: o acolhimento está sendo operacionalizado de forma insatisfatória, no que diz respeito as dimensões do RE-AIM, em Jabotão dos Guararapes.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Estabelecer estratégias para revisões das ações operacionalizadas no município de Jaboatão com base no modelo RE-AIM.

2.2 Objetivos Específicos

- Estabelecer estratégias para revisões das ações a nível da Gestão Municipal
- Estabelecer estratégias para revisões das ações a nível de equipes de Saúde da Família.

3 MÉTODO

3.1 Cenário da Intervenção

Realizou-se uma pesquisa avaliativa no município de Jaboatão dos Guararapes-PE, no período em maio de 2019 a março de 2020, nas Equipes de Saúde da Família que com ou sem Equipe de Saúde Bucal e que realizavam acolhimento.

Jaboatão dos Guararapes está situado na região metropolitana de Pernambuco, localizado na Região Nordeste do país, com área territorial de aproximadamente 259 km², sendo 166 km² de área urbana (63,12%) e 97 km² de área rural (36,88%). Jaboatão é um município com aglomeração urbana da população, que concentra 630.595 (97,8%) de área urbana e 14.025 (2,2%) de área rural, distribuídas em sete Regionais de Saúde.

Cada uma dessas regionais de saúde compõe uma rede composta por serviços municipais com Unidades de Saúde da Família e serviços especializados, podendo conter serviços de pronto atendimento, Unidades básicas de Saúde, rede complementar e suplementar de saúde (tabela 1).

O município possui uma rede com 105 eSF distribuídas em 83 unidades de saúde, atingindo cobertura 51,00 % da população, 810 Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (eACS) e 8 equipes NASF. A população coberta pela ESF é de aproximadamente 371.514 pessoas. Jaboatão dos Guararapes possui 73 equipes de Saúde Bucal (BRASIL, 2018).

Participaram desse estudo 48 equipes de Saúde da Família de onde foram encontrados 86 profissionais aptos a participarem da pesquisa e das mesmas foram extraídos dos seus respectivos livros de acolhimento a amostra do registro dos 272 usuários que tiveram suas respectivas fichas do e-SUS acessas no sistema de informação do município.

Os dados secundários foram coletados através do sistema de informação do município AtendSaude- v3.1.1 - Novetech, onde foram coletadas informações do Alcance (Organizacional) e Adoção (Organizacional) além da coleta de informações

sociodemográficas das fichas cadastrais do e-SUS dos usuários que passaram pelo acolhimento:

1. **Alcance** = Taxa de Alcance = N° de usuários cadastrados nas equipes que realizam acolhimento/ N° Total de usuários cadastrados na ESF do município x 100
2. **Adoção** = Taxa de Adoção = N° de equipes que adotaram o acolhimento/ N° total de equipes no município x 100

Os dados primários foram obtidos através de um questionário construído para esta pesquisa e aplicado aos profissionais de nível superior através das dimensões do modelo RE-AIM.

Tal questionário, foi construído a partir das dimensões do RE-AIM. Onde foram avaliados o Efetividade, Adoção, Implementação, e Manutenção (Individual).

O Questionário foi composto por 67 itens, divididos em 4 das 5 dimensões do RE-AIM:

3. **Adoção:** Questões Q6, Q7, Q8 e Afirmativas: A1, A3, A4, A5, A7, A9, A10, A11, A12 e A47.
4. **Efetividade:** Afirmativas: A17, A21 e A23, A34, A35, A64.
5. **Implementação:** A2, A6, A31, A36, A37, A38, A39, A40, A41, A42, A43, A44, A45, A 46, A50, A51, A53.A54 A55,
6. **Manutenção:** Afirmativa A58

Para todas as afirmativas (A) utilizou-se Cartão Resposta, com cinco possibilidades de resposta: (1) Não concordo totalmente (2) Não Concordo parcialmente (3) Indiferente (4) Concordo parcialmente (5) Concordo totalmente.

Utilizou-se o aplicativo HCMaps® na aplicação dos dois instrumentos de coleta de dados. Tal sistema comporta um aplicativo de celular ou tablet (para coleta de dados) que propicia a captura de imagens georreferenciadas para posterior análise dos dados. O aplicativo compreende a informatização de todas as etapas relacionadas à entrevista dos profissionais. O HCMaps® teve seu arcabouço planejado para facilitar a estruturação do processo de trabalho na Atenção Básica, visando melhoria da qualidade dos dados e rapidez na consolidação das informações. Os dados gerados podem ser agregados e organizados produzindo um contexto que apoiará também na tomada de decisões (DUARTE et al., 2018).

Para tabulação dos dados, foi utilizado o programa Microsoft Excel, e o processamento e análises dos dados foram realizadas através do *software* R (R DEVELOP

Os parâmetros para avaliação foram definidos a partir das médias dos escores de cada afirmativa para cada dimensão do RE-AIM. Os padrões de classificações que foram utilizados neste estudo foram elaborados especificamente para esta pesquisa.

As variáveis no presente estudo assim como as dimensões do RE-AIM obtiveram uma média classificatória. As três questões que não foram avaliadas com a escala Likert, duas ao final foram transformadas em média e uma foi analisada de forma descritiva.

Na dimensão Adoção, a questão Q6 da variável: Capacidade necessária para adoção, teve suas respostas: letra a) 5 turnos transformada em 5 (adotou-se o mesmo valor da alternativa por ser o valor máximo entre as demais), letra b) 3 e 4 transformada em 3,5 (onde somou-se 3+4 e obteve um valor médio de 3,5), letra c) menos de 3 turnos transformados em 1,5 (somou-se 1+2) e obteve-se um valor médio de 1,5. Em seguida foram padronizados em uma escala de 0 a 10 utilizando-se: $\{(Média \text{ dos Escores da Questão Q6 por profissional} - \text{Mínimo dos Escores de Q6}) / (\text{Máximo dos Escores de Q6} - \text{Mínimo dos Escores de Q6})\} * 10$. (Quadro 3). Apesar de não ter existido nenhum profissional que tenha 0 turno, adotou-se como valor mínimo o zero (0) para realizar a padronização.

Ainda na Adoção, a taxa de adoção do acolhimento foi calculada a partir do número eSF que realizam acolhimento (48) e do número total de eSF (105) de Jabotão dos Guararapes.

Foi analisada a Taxa de adoção e posteriormente, transformada em média afim de ter uma comparabilidade com as demais dimensões do RE AIM, pois ao final, foi realizado uma análise conjunta das 5 dimensões para obtenção da classificação do acolhimento no município. Desta forma, o valor da taxa de adoção foi convertido para uma escala de média como as demais dimensões. O resultado da taxa de alcance foi dividido por 10 para que fosse possível trazer o valor de porcentagem para a escala de média (Quadro 3).

Nas variáveis: Percentual de Abandono e Motivos da não adoção do acolhimento, as duas questões que tiveram padrão diferente da escala Likert: Q7 e Q8, respectivamente, foram analisadas a partir do percentual descritivos do total de respostas. Na Q7, observou-se o percentual dos profissionais que responderam “Sim” ou “Não” e em seguida o resultado do percentual de profissionais que responderam a alternativa “Sim” foi dividido por 10 e transformada em escala de média. Na Q8, percebeu-se o percentual prevalente das 5 alternativas, lembrando que o profissional poderia escolher mais de uma alternativa, nesta questão foi realizada uma análise descritiva dessas 5 alternativas, a fim de encontrar as respostas mais prevalentes.

Todas as afirmativas que foram analisadas a partir da média dos scores da escala Likert. Apresentaram suas respostas da seguinte forma: 1= discordo totalmente, 2= discordo parcialmente, 3= indiferente, 4= concordo parcialmente, 5= concordo totalmente. As respostas 1 e 2 foram consideradas como “Discordo”, as respostas 3 e 4 como “Concordo” e a respostas 5 como “não quero responder”. Todas as afirmativas foram padronizadas. Onde os valores médios das afirmativas referente a cada dimensão foram transformados em uma escala de 0 a 10.

Para tal utilizou-se: $\{(Média\ dos\ Escores\ Individuais - M\u00ednimo\ dos\ Escores\ MEI) / (M\u00e1ximo\ dos\ Escores\ MEI - M\u00ednimo\ dos\ Escores\ MEI)\} * 10$.

Na avaliação da dimensão manutenção e na variável Motivos para não adoção do acolhimento na dimensão Adoção, por possuírem apenas uma variável e uma afirmativa com escala Likert foi estabelecido o mesmo padrão anterior, contudo utilizou-se apenas a média individual da afirmativa: $\{(M\u00e9dia\ Individual - M\u00ednimo\ dos\ Escores\ MI) / (M\u00e1ximo\ dos\ Escores\ MI - M\u00ednimo\ dos\ Escores\ MI)\} * 10$ (Quadro 4).

Na avaliação dos escores da escala Likert, o escore 3 (Indiferente) foi transformado em 0. Também houve inversões na pontuação de algumas afirmativas: A5, A9, A36 e A51 onde os valores passaram a ser (5=1; 4=2; 3=0; 2=4 e 1=5). Essas inversões foram necessárias em virtude dos valores das questões apresentarem as respostas negativas com o maior valor da escala Likert (5=concordo totalmente) e as respostas positivas com o menor valor na escala e (1=discordo totalmente).

O *software* R (R DEVELOPMENT CORE TEAM, 2016) foi utilizado na avaliação dos resultados do estudo.

Na avaliação do alcance, a taxa de alcance foi calculada a partir do número total de usuários cadastrados nas eSF que realizam acolhimento (117.897 usuários) e do número total de usuários cadastrados na ESF de Jaboatão dos Guararapes (371.514 usuários).

Foi analisada a Taxa de Alcance e posteriormente, transformada em média afim de ter uma comparabilidade com as demais dimensões do RE AIM, pois ao final, foi realizado uma análise conjunta das 5 dimensões para obtenção da classificação do acolhimento no município. Desta forma, o valor da taxa de alcance foi convertido para uma escala de média como as demais dimensões. O resultado da taxa de alcance foi dividido por 10 para que fosse possível trazer o valor de porcentagem para a escala de média.

Para avaliar a representatividade da população-alvo, foram tabulados na planilha do Excel todos os dados dos 272 usuários. Com isso foi possível fazer uma avaliação do perfil sociodemográfico. Os critérios de análise estão listados no APÊNDICE D. A categorização dos usuários quanto a pontuação da vulnerabilidade, ou seja, vulnerável quando o critério era “SIM” e menos vulnerável para ausência do critério estão detalhadas no APÊNDICE E.

Nesta análise, foram considerados os dados da revisão de literatura que considera que mulheres, idosos, solteiros, negros, desempregados, pouca escolaridade, sem plano de saúde privado e deficientes são condições vulneráveis (BRASIL, 2003, 2018; RETRATOS, 2018; LIMA; BUENO, 2009; QUADROS, 2009; TAKAHASHI; OLIVEIRA, 2001; VALENTIM; SANTOS; PAIS-RIBEIRO, 2014).

Na avaliação, os usuários que pontuaram de 1 a 3 desses critérios já foram considerados com uma vulnerabilidade baixa (Quadro 3).

3.2 Resultados, Estratégias e Objetivos finais

Os resultados encontrados no estudo revelaram como o acolhimento estava sendo operacionalizado na ESF do município de Jaboatão dos Guararapes-PE. Este resultado foi obtido através das médias das variáveis das dimensões do RE-AIM. Na avaliação da média Geral (média das 5 dimensões) o acolhimento apresentou-se insatisfatório com média 5,82.

Na avaliação das dimensões isoladas o melhor resultado foi da Efetividade com média 6,78 (desempenho satisfatório) e os piores resultados foram do Alcance com média 3,17 e Adoção com média 5,09 (desempenhos insatisfatórios), as mesmas contribuíram bastante para a redução da média geral. As demais dimensões obtiveram médias praticamente no mesmo padrão, Implementação (6,5) e Manutenção (6,02), todas apresentando uma classificação satisfatória.

Apesar da implementação ter sido avaliada satisfatoriamente algumas variáveis que as compõem foram avaliadas negativamente.

De modo geral foi possível observar as variáveis das dimensões que apresentaram maiores fragilidades.

Por isso foi pensado nas estratégias com seus respectivos objetivos para revisões das ações tanto a nível da gestão municipal de saúde como a nível das equipes de Saúde da Família. A fim de que estes atores realizem uma análise crítica dos resultados e planejem-se para realizar

mudanças no processo de trabalho com objetivos de fortalecer a Humanização na Atenção Básica.

Essas estratégias para fim didático serão apresentadas por meio de um quadro resumo a partir dos resultados apresentados no estudo.

3.3 Revisões das Ações a nível Organizacional (Secretária Municipal de Saúde)

QUADRO 1: Apresentação das ações a serem revisadas pelas Secretaria Municipal da Saúde a partir dos resultados da pesquisa “Avaliação do Acolhimento nas Unidades de Saúde da do município de Jaboatão dos Guararapes – Pernambuco”.

DIMENSÃO	CLASSIFICAÇÃO NO ESTUDO	AÇÕES	OBJETIVOS
ALCANCE	Insatisfatória	<ol style="list-style-type: none"> 1. Institucionalizar o acolhimento no município tanto na Atenção Básica como na média e alta complexidade. 2. Formar um grupo de trabalho para humanização afim de realizar o planejamento para implantação do acolhimento em toda rede de saúde do município. 3. Trabalhar a concepção e objetivos do acolhimento segundo PNH com os profissionais. 4. Trazer as experiências exitosas do acolhimento de outras equipes (tanto intramunicipal como extramunicipal 	<p>Aumentar a taxa de alcance de 31,7% para 100% da população</p> <p>Aumentar a taxa de adoção de 45,7% para 100% dos profissionais</p>
ADOÇÃO	Insatisfatória		
ADOÇÃO	CLASSIFICAÇÃO NO ESTUDO	AÇÕES	OBJETIVOS
Capacidade necessária para adoção	Insatisfatória	<ol style="list-style-type: none"> 1. Garantir sala para escuta qualificada em todas USF. 	Garantir conforto e privacidade para o usuário
Percentual de Abandono e Motivos para não adoção do acolhimento	Insatisfórias	<ol style="list-style-type: none"> 2. Garantir suporte de apoio institucional para promover motivação aos profissionais e afim de dialogar com os trabalhadores da ESF na tentativa de solucionar mais rapidamente as demandas decorrentes do acolhimento. 3. Prover recursos humanos para compor as equipes incompletas. 4. Garantir implantação de novas eSF para que as já existentes não conviva com 	<p>Tornar a gestão corresponsável pelo processo de adoção do acolhimento.</p> <p>Aumentar o acesso aos usuários, dar crédito e resolubilidade ao acolhimento.</p>

		a sobrecarga de atendimentos no acolhimento. 5. Definir fluxos para média e alta complexidade com a garantia da resolutividade nestes níveis de atenção	
IMPLEMENTAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO NO ESTUDO	AÇÕES	OBJETIVOS
Entendimento de acolhimento como triagem por 58,14% dos profissionais.	Barreira	<ol style="list-style-type: none"> Promover qualificação permanente para os profissionais sobre o tema Humanização na Atenção Básica. Promover discussão dos cadernos 28 volume 1 e volume 2, através de Matriciamento, reuniões de equipe, seminários etc. Auxiliar as eSF nas divulgações de reuniões de comunidade e promover oficinas para os usuários a nível regional para orientar sobre a importância da participação da comunidade nos espaços de pactuações. Garantir prontuário eletrônico nas USF. 	<p>Esclarecer o tema acolhimento e humanização na atenção básica para os profissionais.</p> <p>Fornecer ferramentas necessárias para uma operacionalização excelente do dispositivo.</p>
Não utilização de estratégia de planejamento preconizadas pelo MS	Barreira		
Delimitação de vagas ou horário para o acolhimento, não utilização de fluxograma, participação insuficiente dos profissionais em reunião de equipe, reduzida oferta de reuniões de comunidade, não utilização do Prontuário eletrônico.	Barreiras		

3.4 Revisões das Ações a nível Individual (equipes de Saúde da Família)

QUADRO 1: Apresentação das ações a serem revisadas pelas equipes de Saúde da Família a partir dos resultados da pesquisa “Avaliação do Acolhimento nas Unidades de Saúde da do município de Jaboatão dos Guararapes – Pernambuco”.

EFETIVIDADE	CLASSIFICAÇÃO NO ESTUDO	AÇÕES	OBJETIVOS
Postura do usuário	Insatisfatória	<ol style="list-style-type: none"> Realizar ouvidoria interna, através das caixas de sugestões a fim entender melhor a pouca de participação dos usuários; Trabalhar nas reuniões de comunidade o que é a escuta qualificada e quais profissionais habilitados para fazer esta escuta. Realizar avaliação do acolhimento através de uma pesquisa de satisfação do usuário, incluir na avaliação quais os possíveis motivos da pouca participação da comunidade nas reuniões. Trabalhar com protocolo criado pela própria equipe ou fornecido pelo município de forma que qualquer profissional possa fazer a escuta inicial e dar a resolutividade a queixa principal do usuário. 	<p>Aumentar a participação da comunidade nas reuniões;</p> <p>Diminuir a visão médico centrada dos usuários.</p>

IMPLEMENTAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO NO ESTUDO	AÇÕES	OBJETIVOS
Entendimento de acolhimento como triagem por 58,14% dos profissionais.	Barreira	Aprofundar-se na leitura da Política Nacional de Humanização com vistas a entender o papel do acolhimento na Atenção Básica.	<p>Esclarecer o tema acolhimento e humanização na atenção básica.</p> <p>Eliminar barreiras de acesso para o usuário.</p> <p>Aumentar a participação da comunidade nas reuniões.</p>
O acolhimento aconteceu com delimitações de vagas ou horário.	Barreira	<ol style="list-style-type: none"> 1. Garantir a escuta inicial durante todo período de expediente da USF. A fim de ouvir todos que chegam à unidade com respostas adequadas as suas necessidades. 2. Estabelecer uma escala fixa de enfermeiros, dentistas e médicos para realização da escuta qualificada tanto no período da manhã como no período tarde durante toda semana 3. Incluir as marcações de consultas programáticas a partir da escuta inicial no acolhimento considerando o grau de risco e vulnerabilidade do usuário. 4. Extinguir dias de marcações de consultas dentro do cronograma da unidade. 5. Os profissionais devem disponibilizar suas agendas abertas para que a marcação ocorra a partir do acolhimento (escuta inicial). 6. Instituir um canal de comunicação entre a(s) equipe(s) para que seja possível solucionar os problemas decorrentes de escala e agendamentos no acolhimento. 	
Reduzida oferta de reuniões de comunidade, não utilização	Barreira	7. Garantir disponibilidade na agenda da equipe espaço para realização de reuniões de comunidade e nesses espaços explicar para os usuários o que é a escuta qualificada e quais profissionais habilitados para fazer esta escuta.	

4 RESULTADOS

A revisão das ações tanto a nível organizacional como individual a partir dos resultados da avaliação do acolhimento nas USF, embasará a tomada de decisão dos gestores e profissionais nos processos inerente a implantação e implementação do acolhimento. Com o objetivo de melhorar o desempenho acolhimento na ESF do município de Jaboatão dos Guararapes-PE.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, F. A. *et al.* Effectiveness of a worksite-based weight loss randomized controlled trial: The worksite study. **Obesity**, Silver Spring, v. 23, n. 4, p. 737-745, 2015.
- ALMEIDA, F. A.; BRITO, F. A. Planning and evaluating health programs: Contributions of the RE-AIM framework to nursing. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 527-528, 2014.
- ALMEIDA, F. A.; BRITO, F. A.; ESTABROOKS, P. A. Modelo RE-AIM: Tradução e Adaptação cultural para o Brasil. **Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.**, Uberaba, v. 1, n. 1, p. 6-16, 2013.
- ALMEIDA, O. P. *et al.* 150 minutes of vigorous physical activity per week predicts survival and successful ageing: a population-based 11-year longitudinal study of 12201 older Australian men. **Br J Sports Med.**, London, v. 48, n. 3, p. 220-225, 2013.
- AMARANTE, D. S. **Percepção da Política Nacional de Humanização pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Salvador**. 2015. Dissertação (Mestrado em Tecnologias em Saúde) – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, 2015.
- ANDRADE, C. S.; FRANCO, T. B.; FERREIRA, V. S. C. Acolhimento: uma experiência de pesquisa-ação na mudança do processo de trabalho em saúde. **Rev. aten. primária saúde**, Juiz de Fora, v. 10, n. 2, p. 106-115, 2007.
- BALDANI, M. H. *et al.* A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1026-1035, 2005.
- BARALDI, D. C.; SOUTO, B. G. A. A demanda do Acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família em São Carlos, São Paulo. **Arq. bras. ciênc. saúde**, Santo André, v. 36, n.1, p. 10-17, 2011.
- BARATIERI, T. *et al.* Percepções de usuários atendidos em um Pronto Atendimento: olhar sobre a Atenção Primária à Saúde. **Espaç. Saúde**, Londrina, v. 18, n. 1, p. 54-63, 2017.
- BELLENZANI, R. **Avaliação qualitativa de uma intervenção psicossocial de cuidado e apoio à adesão ao tratamento em um serviço especializado em HIV/Aids**. 2013. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.
- BELZA, B.; TOOBERT, D.; GLASGOW, R. **RE-AIM for Program Planning: Overview and Applications**. Washington, DC: National Council on Aging, 2007. 16 p.
- BENEDETTI, T. R. B. *et al.* RE-AIM: uma proposta de avaliação de programas de atividade física. **Rev. Kairós Gerontologia**, Campinas, v. 17, n. 2, p. 295-314, 2014.
- BENEDETTI, T. R. B. *et al.* Re-thinking Physical Activity Programs for Older Brazilians and the Role of Public Health Centers: A Randomized Controlled Trial Using the RE-AIM Model. **Front Public Health**, London, v. 8, n. 48, p. 1-11, 2020.

BINOTTO, M. et al. Programa Universidade Aberta para a Terceira Idade: avaliação do programa por meio do modelo RE-AIM. **Rev. bras. ativ. fís. saúde**, Londrina, v. 20, n. 3, p. 309-320, 2015.

BORGES, R. A. **Programa de promoção de atividade física no SUS: barreiras e facilitadores organizacionais**. 2014. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 140, n. 192, p. 1, 3 out. 2003.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume II). 290 p.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume I). 56 p.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Informações sobre as ações e programas do Departamento de Atenção Básica: município Jaboatão dos Guararapes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://sisaps.saude.gov.br/notatecnica/frmListaMunic.php>. Acesso em: 15 out. 2018.

BROUSSELLE, A. *et al.* (org.) **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

CAMPBELL, M. *et al.* Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. **BMJ**, London, v. 321, n. 7262, p. 694-696, 2000.

CAMPOS, G. W. S. *et al.* (org.) **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

CAPRA, F. **O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente**. 30a ed. São Paulo: Cultrix, 2012.

CARNUT, L. *et al.* Principais desafios do acolhimento na prática da atenção à saúde bucal: subsídios iniciais para uma crítica. **Rev. Abeno**, Brasília, v. 17, n. 4, p. 46-62, 2017.

CARREIRO, P. K. S. **Um estudo da Política de Atenção Básica no Brasil: a particularidade da Estratégia Saúde da Família**. 2015. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Universidade Federal do Maranhão, São Luis, 2015.

CATARINO, L. **A importância do acolhimento na atenção básica à saúde**. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

CLEMENTINO, F. S. *et al.* Acolhimento na Atenção Básica: análise a partir da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Pmaq-Ab). **Rev. Saúde Ciênc. (Online)**, v. 4, n. 1, p. 62–80, 2015.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1523-1531, 2009. Supl. 1.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.

COUTINHO, L. R. P. **Acolhimento aos usuários na atenção primária à saúde**. 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2015.

COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. M. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 514-524, 2015.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 3. Ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

DIAS, L. B. S. **Análise do apoio institucional como uma ferramenta de gestão a partir dos relatos de experiência da comunidade de práticas da atenção básica**. Brasília: Uniceub, 2020. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/prefix/14181/1/Laysa%20Bianca%20da%20Silva%20Dias%2021498101.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2020.

DUARTE, K. et al. Contribuições de um sistema tecnológico para a construção de ecomapas na atenção aos usuários hipertensos e diabéticos: estudo de caso com equipes NASF. **Rev. APS.**, Juiz de Fora, v. 21, n. 4, p. 534-550, 2018.

DUARTE, W. B. A.; FALCÃO, T. M. L.; BELTRÃO, A. B. Núcleo de Apoio à Saúde da Família e a transformação do acolhimento na atenção básica. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1061-1074, 2017.

FARIAS, M. R. DE; SAMPAIO, J. J. C. Integração da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família: percepção dos profissionais. **Rev. Baiana Saúde Pública**, Salvador, v. 34, n. 4, p. 745-757, 2010.

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**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 143-151, 2008.

FRANCO, T. B.; FRANCO, C. M. Acolhimento com Classificação de Risco e a micropolítica do trabalho em saúde: a experiência de Silva Jardim / Rio de Janeiro. **Rev. APS.**, Juiz de Fora, v. 15, n. 2, p. 227-233, 2012.

GARCIA, A. C. P. *et al.* Análise da organização da Atenção Básica no Espírito Santo: (des) velando cenários. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 221-236, 2014. Número Especial.

GARUZI, M. *et al.* Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev. Panam. Salud Publ.**, Washington DC, v. 35, n. 2, p. 144-149, 2014.

GIORDANI, F. L. **Avaliação da percepção sobre o acesso aos serviços de saúde nas Unidades de Saúde USF Paranapiacaba, US Vila Helena e CEO Vila Guilherme**. 2016.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

GIOVANELLA L. *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.

GLASGOW, R. E. *et al.* Does the Chronic Care Model Serve Also as a Template for Improving Prevention? **Milbank Q**, New York, v. 79, n. 4, p. 579-612, 2001.

GLASGOW, R. E. *et al.* RE-AIM planning and evaluation framework: Adapting to new science and practice with a 20-year review. **Front Public Health**, London, v. 7, n. 64, p. 1-9, 2019.

GLASGOW, R.; VOGT, T.; BOLES, S. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. **Am J Public Health**, Washington DC, v. 89, n. 9, p. 1322-1327, 1999.

GUERRERO, P. *et al.* O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 132-140, 2013.

HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (org.) **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

HECHAVARRIA, M. E. V. **Implantação do acolhimento para humanização do processo de trabalho dos profissionais na Estratégia de Saúde da Família**. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Estratégia da Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Ipatinga, 2016.

IBGE. O Que Dizem As Estatísticas. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2018.

KLESGES, L. M. *et al.* Beginning with the application in mind: Designing and planning health behavior change interventions to enhance dissemination. **Ann Behav Med**, Oxford, v. 29, p. 66-75, 2005. Suppl. 2.

LEÃO, C. D. A.; CALDEIRA, A. P.; OLIVEIRA, M. M. C. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 11, n. 3, p. 323-334, 2011.

LEE, R. E. *et al.* Applying the RE-AIM conceptual framework for the promotion of physical activity in low- and middle-income countries. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, p. 1-9, 2017. Número Especial.

LIMA, L. C. V.; BUENO, C. M. L. B. Envelhecimento e Gênero: A Vulnerabilidade de Idosas no Brasil. **Saúde e Pesqui.**, Maringá, v. 2, n. 2, p. 273-280, 2009.

LIRA, M. R. S. **Avaliação do acolhimento nas Unidades de Saúde da Família em São Luís-MA**. 2014. Dissertação (Mestrado em Estratégia de Saúde da Família) – Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2014.

LOPES, A. S. *et al.* O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 114-123, 2015.

MACHADO, V. A. **Proposta de implantação dos protocolos de acolhimento do ministério da saúde no PSF Jardim Itamaraty III no município de Poços de Caldas/MG**. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Estratégia Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Campos Gerais, 2015.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MEURER, S. T. **Avaliação da estratégia de promoção de atividade física e alimentação saudável - VAMOS - no Programa Academia da Saúde de Belo Horizonte**. 2016. Tese (Doutorado em Educação Física) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. I. G.; COTTA, R. M. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2071-2085, 2012.

MOIMAZ, S. A. S. *et al.* Qualificação do acolhimento nos serviços de saúde bucal. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 1-6, 2017.

MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, V. P.; MACHADO, M. F. A. S. Formação do vínculo na implantação do programa saúde da família numa unidade básica de saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 358-364, 2009.

MOORE, G. F. *et al.* Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. **BMJ**, London, v. 350, h1258, p. 1-7, 2015.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. Rio de Janeiro: Bertrand, 1999.

NEVES, M.; PRETTO, S. M.; ELY, H. C. Percepções de usuários e trabalhadores de saúde sobre a implantação do acolhimento em uma unidade de Porto Alegre/Brasil. **Rev. Odontol. UNESP**, Araraquara, v. 42, n. 5, p. 364-371, 2013.

NHIM, K. *et al.* Using a RE-AIM framework to identify promising practices in National Diabetes Prevention Program implementation. **Implement Sci**, London, v. 14, n. 81, p. 1-15, 2019.

NILSEN, P. Making sense of implementation theories, models and frameworks. **Implement Sci**, London, v. 10, n. 53, p. 1-13, 2015.

NUNES, A. A. *et al.* Resolubilidade da estratégia saúde da família e unidades básicas de saúde tradicionais: contribuições do Pet-Saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 36, p. 27-32, 2012. Supl. 1.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, p. 158-164, 2013. Número Especial.

OLIVEIRA, S. R. A. **Sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família: o caso de um município baiano**. 2015. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

PAIM, J. S. Avaliação em saúde: uma prática em construção no Brasil. *In*: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (org.) **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 9-10.

PAWSON, R.; TILLEY, N. **Realist Evaluation**. London: Sage ed., 2004.

PETTICREW, M. When are complex interventions “complex”? When are simple interventions “simple”? **Eur J Public Health**, Oxford, v. 21, n. 4, p. 397-398, 2011.

PINHEIRO, P. M.; OLIVEIRA, L. C. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 188-198, 2011.

PINTO, M. F. R. **Acolhimento na Atenção Básica: uma proposta de capacitação para profissionais de saúde**. 2013. Dissertação (Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde e Meio Ambiente) – Fundação Oswaldo Aranha, Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, 2013.

PITTMAN, J. O. E. *et al.* Implementation and evaluation of a community-based treatment for late-life hoarding. **IPG**, Cambridge, [s. v.], p. 1-10, 2020.

QUADROS, E. N. *et al.* Avaliação da Efetividade do “Vamos” no Contexto do Programa Academia da Saúde: Um Estudo Qualitativo. **Movimento**, Porto Alegre, v. 26, e26023, p. 1-15, 2020.

QUADROS, W. Perfil social do desemprego recente. **IE Unicamp**, Campinas, [s. v.], n. 156, p. 1-18, 2009.

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, 2009.

REBELLO, C. M.; KOOPMANS, F. F.; ROMANO, V. F. O acolhimento no processo de trabalho na Estratégia da Saúde da Família: reflexão sobre conceitos. **Corpus Sci.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 127-138, 2012.

REOLÃO, B. R. **Melhorias no Acolhimento na Atenção Primária à Saúde na Estratégia de Saúde da Família Dr. Gilberto Wiesel em Selbach/RS**. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) – Universidade Aberta do SUS, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Selbach, 2017.

RIDDE, V.; ROBERT, E.; MEESEN, B. A literature review of the disruptive effects of user fee exemption policies on health systems. **BMC Public Health**, London, v. 12, n. 289, p. 1-7, 2012.

ROCHA, N. *et al.* Conhecimento sobre acolhimento com classificação de risco pela equipe da Atenção Básica. **Rev. Saúde Pública Paraná**, Curitiba, v. 18, n. 1, p. 72-80, 2017.

RYCHETNIK, L. *et al.* Criteria for evaluating evidence on public health interventions. **J Epidemiol Community Health**, London, v. 56, n. 2, p. 119-127, 2002.

SANDRESCHI, P. F.; PETREÇA, D. R.; MAZO, G. Z. Avaliação de um programa universitário de atividade física para idosos pelo modelo RE-AIM. **Rev. bras. ativ. fís. saúde**, Londrina, v. 20, n. 3, p. 270-283, 2015.

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, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 75-85, 2007.

SANTOS, I. M. V.; SANTOS, A. M. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. **Rev. salud pública**, Córdoba, v. 13, n. 4, p. 703-716, 2011.

SCRIVEN, M. **Evaluation thesaurus**. 4. ed. London: SAGE Publications, 1991.

SENA A. L. C. *et al.* Acolhimento e satisfação do usuário no atendimento na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 18, n. 2, p. 134-140, 2015.

SILVA, C. F. **Proposta de implementação e reestruturação do Acolhimento com Classificação de Risco na terceira Equipe de Saúde da Família do município de Belo Oriente – MG**. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Estratégia Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Ipatinga, 2014.

SILVA, J. C.; ALVES, C. K. A.; OLIVEIRA, S. R. A. Cartão de Evento-Crítico: ferramenta analítica para translação do conhecimento. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, p. 10-18, 2019. Número Especial 2.

SILVA, J. W. S. B.; SILVA, J. C.; OLIVEIRA, S. R. A. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: reflexão do seu desenvolvimento através da avaliação realista. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 124, p. 28-42, 2020.

SILVA, L. M. V. DA. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 1, p. 229-231, 2005.

SILVA, R. C. **Implantação do acolhimento na Unidade Básica Estrada da Cocisa no município de Salvador no estado da Bahia**. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde) – Universidade Aberta do SUS, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2016.

SILVEIRA, A. **Fluxograma de acolhimento das situações de urgência e emergência na Atenção Primária em Saúde**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Porto Alegre, 2020.

SORATTO, J. *et al.* Estratégia saúde da família: Uma inovação tecnológica em saúde. **Texto contexto - enferm.**, v. 24, n. 2, p. 584-592, 2015.

SOUSA, G. M. F. **Implantação do acolhimento na unidade de saúde de telha no município de Aquiraz - CE**. 2009. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Práticas Clínicas em Saúde da Família) – Escola de Saúde Pública do Ceara, Fortaleza, 2009.

SOUZA, R. *et al.* Implementação do acolhimento multiprofissional em uma estratégia de saúde da família. **Lascasas**, Granada, v. 13, p. 41, 2017.

SZPILMAN, A. R. M.; OLIVEIRA, A. E. A percepção de usuários sobre os serviços de odontologia em unidades de saúde de Vila Velha (ES), Brasil. **Espaç. saúde**, Londrina, v. 12, n. 2, p. 28-37, 2011.

TAKAHASHI, R. F.; OLIVEIRA, M. A. C. Atuação da equipe de enfermagem na vigilância epidemiológica. *In*: INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE; UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 220-224. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, 135).

TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações 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, 2007.

TENÓRIO, R. M. S. A. **Avaliação do grau de implantação do dispositivo acolhimento nas Unidades de Saúde da Família da cidade do Recife**. 2011. Dissertação (Mestrado em Avaliação em Saúde) – Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, Recife, 2011.

TRINDADE, C. S. **A importância do acolhimento no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família**. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

VALENTIM, O. S.; SANTOS, C.; PAIS-RIBEIRO, J. Vulnerabilidade ao Stress em Pessoas com Alcoolismo. **Rev. port. enferm. saúde mental**, Porto, [s. v.], p. 76-81, 2014. Número Especial 1.

VIEGAS, S. M. DA F. A integralidade no cotidiano da estratégia saúde da família em municípios do Vale do Jequitinhonha: Minas Gerais. p. 282, 2010.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. *et al.* Avaliação da implantação de programa voltado para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários na rede básica: Salvador, 2005-2008. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 10, p. 131-143, 2010. Supl. 1.


WEIGEL, B. D. **O acolhimento como forma de atendimento em uma estratégia de Saúde da Família independente do grau de complexidade da patologia apresentada pelo paciente**. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) – Universidade Aberta do SUS, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Venâncio Aires, 2017.

WIESE, M. L. **O processo de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família: um estudo sobre as demandas sociais na saúde**. 2010. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2010.

ZACARIAS, A. C. P. **Implementação do Programa de Residência de Enfermagem Obstétrica na II Macrorregional de Saúde de Pernambuco**. 2020. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2020.

ZIMMERMANN, L. C. B. **As consequências impremeditadas do acolhimento na Atenção Básica**. 2011. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

ANEXO A- FICHA DE CADASTRO INDIVIDUAL DO E-SUS

	CADASTRO INDIVIDUAL	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
_____	_____ - _____	_____	_____	/ /

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO			
CNS DO CIDADÃO _____	CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR _____	MICROÁREA* ____ <input type="checkbox"/> FA
NOME COMPLETO:* _____			
NOME SOCIAL: _____		DATA DE NASCIMENTO:* / /	SEXO:* <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M
RAÇA/COR:* <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena		Etnia:** _____	Nº NIS (PIS/PASEP) _____
NOME COMPLETO DA MÃE:* _____ <input type="checkbox"/> Desconhecido			
NOME COMPLETO DO PAI:* _____ <input type="checkbox"/> Desconhecido			
NACIONALIDADE:* <input type="radio"/> Brasileira <input type="radio"/> Naturalizado <input type="radio"/> Estrangeiro		PAÍS DE NASCIMENTO:** _____	DATA DE NATURALIZAÇÃO: ** / /
PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO:** _____		MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:** _____	
DATA DE ENTRADA NO BRASIL:** / /		TELEFONE CELULAR: () _____	E-MAIL: _____

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS	
RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR <input type="radio"/> Cônjuge/Companheiro(a) <input type="radio"/> Filho(a) <input type="radio"/> Entead(a) <input type="radio"/> Neto(a)/Bisneto(a) <input type="radio"/> Pai/Mãe <input type="radio"/> Sogro(a) <input type="radio"/> Irmão/Irmã <input type="radio"/> Genro/Nora <input type="radio"/> Outro parente <input type="radio"/> Não parente	OCUPAÇÃO _____
FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU? <input type="radio"/> Creche <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª) <input type="radio"/> Pré-escola (exceto CA) <input type="radio"/> Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico etc.) <input type="radio"/> Classe de Alfabetização - CA <input type="radio"/> Ensino Médio Especial <input type="radio"/> Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries <input type="radio"/> Ensino Médio EJA (Supletivo) <input type="radio"/> Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries <input type="radio"/> Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado <input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo <input type="radio"/> Alfabetização para Adultos (Mobral etc.) <input type="radio"/> Ensino Fundamental Especial <input type="radio"/> Nenhum <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)	SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO <input type="radio"/> Empregador <input type="radio"/> Assalariado com carteira de trabalho <input type="radio"/> Assalariado sem carteira de trabalho <input type="radio"/> Autônomo com previdência social <input type="radio"/> Autônomo sem previdência social <input type="radio"/> Aposentado/Pensionista <input type="radio"/> Desempregado <input type="radio"/> Não trabalha <input type="radio"/> Servidor público/militar <input type="radio"/> Outro
CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? <input type="checkbox"/> Adulto Responsável <input type="checkbox"/> Outra(s) Criança(s) <input type="checkbox"/> Adolescente <input type="checkbox"/> Sozinha <input type="checkbox"/> Creche <input type="checkbox"/> Outro	
FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL? _____	
DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL? <input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Bissexual <input type="radio"/> Outra <input type="radio"/> Homossexual (gay / lésbica)	DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL? <input type="radio"/> Homem transexual <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Mulher transexual <input type="radio"/> Outro
TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL(IS)? <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Intelectual/Cognitiva <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Física	

SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO	
<input type="radio"/> Mudança de território <input type="radio"/> Óbito	SE ÓBITO, INDIQUE: Data do óbito:** / / Número da DO.: _____ - ____

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA	
Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde.	
_____ Assinatura	

ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA DO MUNICÍPIO DE JABOATÃO**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GABINETE**

Anuência nº 013/2019

Jaboatão dos Guararapes, 08 de Abril de 2019.

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Lítian Oliveira de Lima Barros**, discente do “curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública” do Instituto Aggeu Magalhães – IAM/FIOCRUZ, a realizar a pesquisa intitulada “**AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO ACOLHIMENTO NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA CIDADE DE JABOATÃO DOS GUARARAPES-PE**”, sob orientação da Professora Sydia Rosana de Araújo Oliveira.

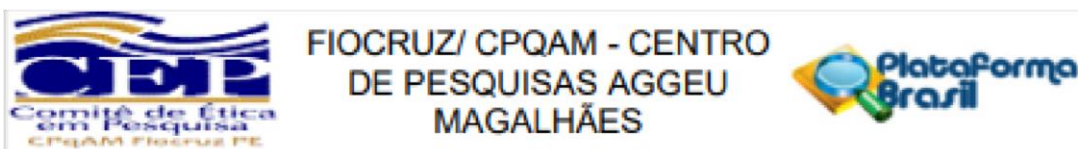
Esta autorização está condicionada ao cumprimento dos pesquisadores aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos. Assim, devem manter o sigilo dos dados e garantir que não haverá qualquer prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, bem como não haverá nenhuma despesa para o Município que seja decorrente da participação da pesquisa.

Antes de iniciar a coleta de dados, o pesquisador deve apresentar à Instituição o parecer consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP e, no caso de não cumprimento dos itens acima, haverá a liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento da pesquisa.

Carlos Fernando Ferreira Filho
Secretário Municipal de Saúde
Mat. 910352

Carlos Fernando Ferreira da Silva Filho
Secretário Municipal de Saúde

ANEXO C- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação de intervenções de Atenção Primária à Saúde no Estado de Pernambuco

Pesquisador: Sydia Rosana de Araujo Oliveira

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 73416217.3.0000.5190

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: FUNDACAO DE AMPARO A CIENCIA E TECNOLOGIA - FACEPE

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.622.899

Apresentação do Projeto:

Projeto com metodologia de triangulação de dados, com abordagem quanti, quali e análise documental.

Serão entrevistadas profissionais das equipes de saúde das APS e os gerentes das unidades.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Avaliar intervenções de atenção primária no estado de Pernambuco, ampliando o uso de metodologia inovadoras.

Objetivo específico

1. Avaliar a qualidade de intervenções de atenção primária à saúde

Objetivo específico

2. Descrever a trajetória e evolução de intervenção de atenção primária à saúde.

Objetivo específico

3. Analisar a influência do contexto na implantação das intervenções de atenção primária à saúde.

4. Identificar a incorporação, o uso e a disseminação do conhecimento nas intervenções de atenção primária à saúde, numa perspectiva comparada

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.670-420

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2101-2639

Fax: (81)2101-2639

E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que a pesquisa intitulada “**AVALIAÇÃO DO ACOLHIMENTO NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA CIDADE DE JABOATÃO DOS GUARARAPES-PE**”, conduzida pelo pesquisadora Litian Oliveira de Lima Barros , aluna do curso MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA (Turma 2018- 2020), está vinculada ao Macro-projeto: **Avaliação de intervenções de Atenção Primária à Saúde no Estado de Pernambuco**. Este Macroprojeto e seus recortes são conduzidos pelos membros do Grupo de Avaliação e Monitoramento do Instituto Aggeu Magalhães - FIOCRUZ/PE e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em 26 de abril de 2018 sob nº de CAAE 73416217.3.0000.5190– CONEP.

Recife, 21 de agosto de 2020



Sydia Rosana de Araujo Oliveira

Coordenadora do projeto