

**COMUNICAÇÃO ENTRE USUÁRIOS E FUNCIONÁRIOS DA  
UNIDADE BÁSICA JARDIM LEOPOLDINA DO GRUPO HOSPITALAR  
CONCEIÇÃO**

**MARA REJANE SANTOS PACHECO**



**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E  
TECNOLÓGICA EM SAÚDE/GHC**

Porto Alegre

2008

**MARA REJANE SANTOS PACHECO**

**COMUNICAÇÃO ENTRE USUÁRIOS E FUNCIONÁRIOS DA UNIDADE  
BÁSICA JARDIM LEOPOLDINA DO GRUPO HOSPITALAR  
CONCEIÇÃO**

Projeto de Pesquisa submetido ao Curso de  
Especialização em Informação Científica e  
Tecnológica na Saúde para obtenção do título de  
Especialista em Informação Científica e  
Tecnológica na Saúde.

Fundação Oswaldo Cruz  
Curso de Especialização em Informação  
Científica e Tecnológica na Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Cristiane Maria Fammer Rocha  
Co-orientador : Prof. Esp. Luiz Henrique Alves da Silveira

Porto Alegre

2008

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>3</b>
<b>1 O Jardim Leopoldina e sua História</b>	<b>3</b>
1.1 A Unidade De Saúde Jardim Leopoldina e seu território	5
<b>2 O PROBLEMA DE PESQUISA</b>	<b>11</b>
<b>3 OBJETIVOS</b>	<b>11</b>
3.1 Objetivo Geral	11
3.2 Objetivos Específicos	11
<b>4 JUSTIFICATIVA</b>	<b>12</b>
<b>5 METODOLOGIA</b>	<b>13</b>
5.1 Delineamento Da Pesquisa	13
5.2 Técnicas de Pesquisa	13
5.2.1 Técnicas de Coleta de Dados	13
5.2.2 Técnicas de Registro de Dados	15
5.2.3 Técnicas de Análise e Interpretação de Dados	15
5.3 Sujeitos da Pesquisa	16
5.4 Local e Período da Pesquisa	18
<b>6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS</b>	<b>18</b>
<b>7 COMPROMISSO DE PUBLICAÇÃO DA PESQUISA</b>	<b>19</b>
<b>8 CRONOGRAMA</b>	<b>20</b>
<b>9 ORÇAMENTO</b>	<b>21</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>22</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>26</b>

## **INTRODUÇÃO**

Este estudo será realizado com trabalhadores de saúde e usuários da Unidade de Saúde Jardim Leopoldina (USJL) do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC). Esta unidade está localizada no bairro Rubem Berta, na zona norte de Porto Alegre, estado do Rio grande do sul/RS. No primeiro capítulo será apresentado uma breve descrição da USJL e do seu território<sup>1</sup>, buscando resgatar um pouco de sua história e buscando conhecer as características de sua população. Será relatada a história buscar-se a subsidiar as reflexões , propostas para esta pesquisa, sobre as vivências de profissionais de saúde e usuários durante um período de tempo em que o cotidiano será observado.

### **1 O Jardim Leopoldina e sua história**

O Jardim Leopoldina é um conjunto habitacional formado majoritariamente por edifícios, estando localizado no Bairro Rubem Berta, na Zona Norte de Porto Alegre/RS (DIERCKS, 2004).

Esse conjunto habitacional, cuja construção foi iniciada da década de 1970, é composto por edifícios geminados de quatro andares, sem elevador, com uma

---

<sup>1</sup> Entendido como "território-processo", que transcende a redução a uma "superfície-solo" e suas características geofísicas, somando-se a isso o território econômico, político, cultural e epidemiológico. Configura-se como "uma determinada realidade de saúde, sempre em movimento" (MENDES, TEIXEIRA, ARAUJO e CARDOSO, 1999).

média de trinta e dois apartamentos por edifício. Os apartamentos podem ser de três, dois, um quarto ou tipo JK (quitinete), que juntos somam um total de 6.597 domicílios. Todos os edifícios são padronizados no que se refere à área construída, fachada externa, tamanho de área verde entre os blocos e grades de segurança. Os condomínios diferenciam-se através das cores nos detalhes das fachadas e do cuidado dos moradores com a manutenção da pintura e jardins (DIERCKS, 2004).

Em 1987 ocorreu a ocupação de parte dos conjuntos habitacionais em fase de construção no Jardim Leopoldina, pertencentes a uma incorporadora de imóveis (Guerino) que havia requerido falência. Essa ocupação foi promovida por pessoas de baixa renda e sem tetos organizados. Durante esse período, em Porto Alegre, havia uma crescente mobilização popular, liderada, principalmente, pelas Associações de Moradores e pela União das Associações de Moradores de Porto Alegre (BAIERLE, 2005). As mobilizações vinham realizando diversas atividades visando melhorias das condições de moradia e vida dos que ocupavam áreas irregulares da cidade. Através de diversos processos de diálogo com o poder público os ocupantes conseguiram judicialmente autorizações para morar nos imóveis. Na época, o Jardim Leopoldina começou a ser “dividido” pelos seus moradores (utilizando-se da designação adotada pela construtora para identificar as duas fases de construção dos conjuntos habitacionais) em Jardim Leopoldina I – formado pelos imóveis previamente regularizados e habitados, e Jardim Leopoldina II – formado pelos imóveis que foram ocupados.

Neste mesmo período, as pessoas que não lograram a obtenção de uma moradia no primeiro momento da ocupação dos prédios, acamparam em um terreno desocupado que estaria destinado a ser uma área de lazer para o bairro. Desse acampamento, iniciou-se um processo de construção de casas populares obtidas através de pressões de seus moradores, organizados em forma de cooperativas, junto ao poder público. A construção das casas foi realizada através de mutirão em parceria com os órgãos públicos. Desse processo formou-se a Vila David Canabarro. Atualmente, esta é formada por um complexo simétrico de casas, sendo aproximadamente 108 moradias, que ocupam o que seria um quarteirão dividido ao meio pela Rua São Francisco de Assis (LONTRA, 1999).

Esses acontecimentos foram um marco importante na história do Jardim Leopoldina, sendo a resistência e a luta organizada da população ocupante um catalisador para outras reivindicações locais como o acesso aos serviços de saúde,

de educação, transporte e lazer.

A maior parte da população que participou deste processo não permaneceu residindo no local, tendo “vendido as chaves” dos apartamentos ocupados. A situação destes imóveis continua irregular, sendo frequentemente renegociada judicialmente com o Poder Público Municipal - que assumiu as dívidas da incorporadora falida com a Caixa Econômica Federal (BAIERLE, 2005).

### **1.1 A Unidade Saúde Jardim Leopoldina e seu território**

O acesso aos serviços de Atenção Primária em Saúde (APS) se dá através da Unidade de Saúde Jardim Leopoldina (USJL) criada em 1988 atendendo a reivindicações da população. Na época, esta se organizou através da Associação Organizadora do Posto de Saúde Jardim Leopoldina (AOPSJL), formada por 10 pessoas, sendo todas mulheres. A AOPSJL pleiteou junto ao poder público a implantação local de serviços de saúde e suas conseqüentes melhorias.

Num primeiro momento, a USJL estava vinculada à Unidade de Saúde São Cristóvão, que dava o suporte de materiais e de profissionais de saúde. Nessa época, a USJL funcionou em espaço físico improvisado: um salão-de-festas de um dos conjuntos habitacionais. Em 1991 a AOPSJL conquistou que o Grupo Hospitalar Conceição assumisse a gerência da USJL com a conseqüente construção, em 1995, de uma nova sede, com área e estrutura adequadas, na Praça México, e a ampliação da equipe de saúde.

Atualmente, a USJL está instalada em um terreno de 600m<sup>2</sup> e conta com uma área construída de 350m<sup>2</sup>, dividida em: uma recepção, uma sala de espera da recepção, uma sala para a “equipe de escuta”, dois espaços para procedimentos de enfermagem, uma sala de vacinas, uma sala para o expurgo, um espaço para a farmácia, um espaço para esterilização de materiais, uma sala de espera para os consultórios, um consultório de enfermagem, um consultório odontológico, um consultório para psicologia e serviço social, seis consultórios médicos, uma sala de estudos, uma sala de grupos, três banheiros, uma cozinha, um espaço para depósito do arquivo morto e um espaço de circulação dos funcionários, entre a sala de espera dos consultórios, cozinha e uma sala para os agentes de saúde comunitária.

Na USJL trabalham atualmente sete médicos com formação em Medicina de Família e Comunidade (MFC), uma psicóloga, uma assistente social, três

enfermeiras, cinco agentes comunitárias de saúde (ACS), duas dentistas, uma técnica em higiene dental (THD), oito auxiliares de enfermagem, três auxiliares administrativos, um segurança e um profissional da higienização terceirizados, três residentes de MFC, duas residentes do Serviço Social, dois residentes de odontologia, dois residentes de enfermagem e dois residentes de nutrição.

O horário de funcionamento da USJL é das 7hs às 19hs, sendo que o atendimento aos usuários é das 8hs às 12hs e das 14hs às 18hs. Nas segundas e quartas-feiras, das 13hs às 14hs, são realizadas as reuniões de equipe.

O território da USJL é delimitado geograficamente pelas ruas: Manoel Elias, Baltazar de Oliveira Garcia, Vargas Neto, Hermeto Bermudez e Juscelino Kubitschek de Oliveira. Todas as ruas, com exceção da Rua São Francisco de Assis, são calçadas e 97,33% dos domicílios possui água encanada.

A população do território da USJL é formada por 15.007 pessoas, sendo 6.631 homens (44,18%) e 8.376 mulheres (55,81%), com predominância da população adulta. Dessa população, 416 pessoas são moradores da Vila David Canabarro (IBGE, 2000).

No entanto, existem aproximadamente 18.000 pessoas com prontuários na USJL. A renda familiar mensal média é de R\$ 807, 65, sendo o índice de analfabetismo de 3,9% (Unidade Jardim Leopoldina, 2002).

Conforme trecho da “Plano de Planejamento 2002”, da Unidade de Saúde:

(...) a população do Jardim Leopoldina constitui-se de indivíduos de classe média, média baixa e pobre. Em um mesmo prédio, algumas vezes, podemos encontrar exemplos das três faixas. Temos entre a população: comerciantes, proprietários de pequenas empresas; empregados de firmas e do comércio, secretárias, trabalhadores da construção civil, mecânicos, vendedores, trabalhadores da saúde, autônomos, taxistas, empregadas domésticas, ambulantes regulares e irregulares, estudantes, aposentados, pensionistas e desempregados. Em muitas unidades familiares encontramos como fonte de renda a aposentadoria sustentando duas a três gerações, sendo complementada por trabalhos informais e ocasionais de algum membro da família. Encontramos muitos desempregados numa extensa faixa etária, jovens tentando entrar no mercado de trabalho e adultos experientes já na quinta década de vida. Observamos uma redução do poder aquisitivo das famílias, tendo muitas migradas de planos de saúde para o acompanhamento no SUS e, outras, procurando medicações gratuitas que são distribuídas no posto de saúde. Encontramos na população do Jardim Leopoldina uma grande variação do poder aquisitivo escondida atrás da fachada dos prédios que compõem o bairro.

Estão dentro da área de abrangência da USJL: duas escolas estaduais, sendo uma com 2º grau completo; uma igreja evangélica; um supermercado de

grande porte; pequenas lojas de comércio; uma feira modelo; a Associação de Moradores da Vila David Canabarro; a Associação Organizadora do Posto de Saúde e o Conselho Local de Saúde. A área de comércio fica restrito à Rua Baltazar de Oliveira Garcia, dando ao restante do bairro um aspecto estritamente residencial (Unidade Jardim Leopoldina, 2002).

A partir da década de 1970, diversas iniciativas e experiências alternativas e inovadoras de gestão e reorganização de serviços e de processos de trabalho em saúde vêm sendo empreendidas em universidades, núcleos de pesquisa e cooperação técnica, instituições de saúde e em vários municípios espalhados pelo Brasil. Todas têm como objetivo construir modelos de atenção coerentes com o corpo doutrinário da Reforma Sanitária Brasileira (TEIXEIRA, 2003, PAIM, 2003, SANTOS, 2006).

Hoje em dia são apontados como modelos de atenção à saúde “alternativa” para a organização da atenção primária (GIL, 2006; CARVALHO e CAMPOS, 2000; TEIXEIRA, PAIM e VILASBÔAS, 1998/ TEIXEIRA, 2003; PAIM, 2003): Vigilância à Saúde, Ações Programáticas de Saúde e Modelo Em Defesa da Vida (MDV). PAIM (2003) cita também como modelos: Cidades Saudáveis e Promoção da Saúde.

Segundo TEIXEIRA (2003) essas experiências – modelos de atenção à saúde “alternativa” – são mais estratégias do que propriamente modelos, visto que há espaços distintos *para* e *entre* elas no âmbito do SUS. Cada qual privilegiando reflexões em distintas dimensões seja os micros processos dos processos de trabalho em saúde do MDV ou os macro processos de organização dos serviços em saúde nas Ações Programáticas em Saúde; ou as macro políticas de organização dos sistema presentes na Vigilância à Saúde.

GIL (2006), no seu estudo sobre os modelos de atenção à saúde e a organização dos serviços municipais brasileiros, comenta que, apesar de seus autores colocarem tais modelos como singulares, não foram encontradas evidências que demonstrassem a predominância de um sobre o outro. O pesquisador refere que “estas formulações podem ser comparadas a um caleidoscópio de experiências que têm, em comum, a intencionalidade de produzir transformações no modelo por meio da reorganização dos serviços, reorientação das práticas e dos mecanismos de gestão”. Ele ainda afirma que esses modelos só começaram a alcançar visibilidade e integrar as diferentes agendas políticas do SUS, que priorizavam as discussões em torno do financiamento, com a expansão do Programa Saúde da



Família (PSF).

TEIXEIRA, PAIM e VILASBÔAS (1998) afirmam que o sistema de saúde brasileiro:

(...) é hoje, assim, palco da disputa entre modelos assistenciais diversos, com a tendência de reprodução completa dos modelos hegemônicos, ou seja, o modelo médico-assistencial privatizado (ênfase na assistência médico-hospitalar e nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico) e o modelo assistencial sanitário (campanhas, programas especiais e ações de vigilância epidemiológica e sanitária, ao lado dos esforços de construção de 'modelos alternativos').

Dado o contexto em que se encontra a construção de um novo modelo de atenção para o SUS, atenta-se para a necessidade de um esforço sinérgico dessas diversas vertentes, considerando como essenciais ao debate as tecnologias de gestão do sistema, organização da rede de serviços e transformações no processo de trabalho, para que ocorra a conversão do paradigma de modelo. (TEIXEIRA, 2003, GIL, 2006) Da mesma forma, compreende-se que devido à complexidade e heterogeneidade do nosso país e seus 5.564 sistemas municipais de saúde, a adoção e mesmo superposição dos diferentes referenciais é esperada (GIL, 2006).

Isso, aposta no estabelecimento de processos que privilegiam o "acolhimento", os "vínculos", o "contrato" e a "autonomia" dos sujeitos, os trabalhadores e usuários, na organização do "cuidado progressivo à saúde". Isso implica mudanças na "porta de entrada" da população aos serviços de saúde, com o "acolhimento" aos usuários e o estabelecimento de vínculos entre profissionais-usuários. Ocorrem mudanças na recepção dos usuários, no agendamento de consultas e na programação da prestação de serviços, incluindo atividades provindas da "releitura" das necessidades de saúde da população. Por fim, contribui para a humanização e melhoria da qualidade da atenção à saúde, reorientando a atenção à demanda espontânea com: racionalização de recursos, mudanças no perfil ocupacional dos profissionais de saúde, nas relações destes com os usuários e até nas concepções da população sobre suas necessidades de saúde e sobre o consumo de serviços de saúde a melhoria de seu bem-estar (TEIXEIRA, 2003, PAIM, 2003).

Dentro desta proposta, o Acolhimento é entendido como um "dispositivo tecnológico" com grande importância nas propostas de humanização da saúde (AYRES, 2006), sendo que, a humanização, segundo HOWARD *apud* DESLANDES

(2006a), pode ser entendida como o cuidado que procura prover as necessidades fisiológicas e psicológicas produzidas pelos seres humanos considerando seus referenciais socioculturais.

MERHY (1994) comenta que o acolhimento baseia-se na humanização das relações entre trabalhadores/serviço de saúde e usuários. O autor menciona ainda que o acolhimento faz parte do campo das tecnologias leves, isto é, tecnologias que:

(...) estão muito mais em nossas sabedorias, experiências, atitudes, compromissos, responsabilidades, etc., do que em equipamentos, espaços físicos, entre outros, apesar de também dependerem destes de alguma maneira, mas secundariamente.

O acolhimento pode ser entendido como a “postura do trabalhador de colocar-se no lugar do usuário para sentir quais são suas necessidades e, na medida do possível, atendê-las ou direcioná-las para o ponto do sistema que seja capaz de responder aquelas demandas” (RAMOS e LIMA, 2003).

A "postura acolhedora" deve fazer parte das habilidades dos membros das equipes em sua relação com a população, em todos os momentos. O acolhimento não pressupõe hora, local ou profissional específico para fazê-lo. O sentido de acolher deve ultrapassar as fronteiras da relação equipe/usuários e começar a permear as relações dentro da própria equipe, criando ambientes acolhedores em reuniões e no dia-a-dia do trabalho, estimulando seus membros a relatarem dificuldades que podem ser trabalhadas dentro da equipe ou não. A proposta de acolhimento deve permear as várias relações oriundas do trabalho em saúde, não sendo descendente: instituição-equipe-usuário (PEREIRA, 2006).

O acolhimento pressupõe que o profissional de saúde esteja apto para entender, acolher e apontar soluções para as necessidades do usuário. Sua atuação depende de aspectos objetivos e subjetivos, para que o ato de acolher possa desenrolar-se em sua plenitude. Dessa forma, o profissional deve estar inserido em um ambiente que lhe promova bem-estar e que permita que sua atuação ocorra de forma criativa e prazerosa.

Dentro desse contexto, a idéia da humanização da assistência e do cuidado nos serviços de saúde, passa necessariamente pela melhoria das condições de trabalho do cuidador e pela promoção da qualidade de vida no trabalho e da saúde do trabalhador (LACAZ e SATO, 2006).

O acolhimento é um produto da relação de trabalhadores de saúde e usuários que vai além do conceito usual do dicionário: ato ou efeito de acolher, recepção, atenção ou consideração, refúgio, abrigo agasalho (FERREIRA, 1994). Envolve a subjetividade, a escuta qualificada das necessidades do sujeito, o processo de reconhecimento de responsabilizações entre serviços e usuários, abrindo o começo da construção do vínculo (CAPRA, 2000).

Ele evidencia as dinâmicas e os critérios para a acessibilidade dos usuários, podendo ser utilizado como um “dispositivo interrogador das práticas cotidianas”. Assim, permite captar os ruídos das relações entre usuários e trabalhadores com o fim de alterá-las, para que se estabeleça um “processo de trabalho centrado no interesse do usuário”. O acolhimento constitui-se em uma tecnologia para a reorganização dos serviços, buscando garantir o acesso universal, a resolutividade e a humanização do atendimento (FRANCO, BUENO e MERHY, 1999).

A discussão sobre a humanização e acolhimento no SUS faz parte também de uma iniciativa político-institucional do Ministério da Saúde que, desde 2003, tem buscado colocar em vigor a Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS (BRASIL, 2003). Estes temas já vinham sendo protagonizados através de iniciativas pioneiras de algumas secretarias municipais e estaduais de Saúde, e do próprio MS através de propostas como: o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (BRASIL, 2001), o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (BRASIL, 2000), a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo-Peso – Método Canguru (SÃO PAULO, 2001), entre outros (DESLANDES, 2006b). Mais recentemente, em 2006, a “implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o Acolhimento” foi reafirmada, na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006), como uma das “características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica”.

FRANCO, BUENO e MERHY (1999), em seu trabalho que relata a experiência de inversão do modelo tecno-assistencial para a saúde, a partir da diretriz operacional do Acolhimento, ocorrida em Betim/MG concluem que:

O que transparece de forma enfática em todo o trabalho de investigação sobre o acolhimento é sua contemporaneidade, ou seja, a capacidade de se colocar no nosso tempo, mobilizar energias adormecidas, reacender a esperança e colocar em movimento segmentos importantes dos serviços de saúde, como grupos sujeito que se propõem à construção do novo, a fazer no tempo presente aquilo que é o objetivo no futuro.

Os autores mencionam ainda que esse processo representa a "realização da utopia construída com o advento do SUS e perdida no momento seguinte, com a constituição de uma hegemonia neoliberal nos serviços de saúde". O Acolhimento associa assim:

(...) o discurso da inclusão social, da defesa do SUS, a um arsenal técnico extremamente potente, que vai desde a reorganização dos serviços de saúde, a partir do processo de trabalho, até à constituição de dispositivos auto-analíticos e autogestores, passando por um processo de mudanças estruturais na forma de gestão da Unidade.

Dado o que foi exposto até aqui, podemos reconhecer a importância que o tema das mudanças nos modelos de atenção à saúde com vistas à humanização do cuidado e à implementação do Acolhimento, tem na construção e consolidação do SUS e seus princípios/diretrizes. Dessa forma, este estudo pretende contribuir para a compreensão e explicação de alguns aspectos dessa temática tão complexa, através da investigação das percepções e vivências dos principais envolvidos – os trabalhadores da saúde e os usuários do SUS.

## **2 O PROBLEMA DE PESQUISA**

Quais as vivências e percepções de profissionais e usuários de uma Unidade Básica em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição – Porto Alegre/RS - sobre o processo de construção da comunicação / relação interpessoal?

## **3 OBJETIVOS**

### **3.1 Objetivo Geral**

- Compreender as percepções de profissionais e usuários de uma unidade de atenção primária em saúde do Grupo Hospitalar Conceição - Porto Alegre/RS - sobre o processo de construção da comunicação / relação interpessoal.

### **3.2 Objetivos Específicos**

- Compreender e explicar o que é comunicação para os profissionais e usuários de uma unidade de atenção básica em saúde.

- Compreender e explicar como os profissionais de uma unidade de atenção básica em saúde entendem seu processo de trabalho e qual a papel da comunicação neste processo.
- Compreender e explicar como os profissionais de uma unidade de atenção básica em saúde percebem as influências do processo de comunicação e sua implementação no cotidiano do trabalho em equipe.
- Compreender e explicar as resistências e / ou apoios dos profissionais e usuários de uma unidade de atenção básica em saúde ao processo de construção de uma comunicação eficiente.
- Compreender e explicar como os profissionais e usuários de uma unidade de atenção primária em saúde vivenciam o processo de comunicação.
- Compreender e explicar como os profissionais e usuários de uma unidade de atenção básica em saúde, entendem comunicação.
- Compreender e explicar se profissionais e usuários de uma unidade de atenção básica em saúde têm sugestões para modificação e/ou supressão do processo de comunicação.

#### **4 JUSTIFICATIVA**

Compreender e explicar as possibilidades e limitações do projeto “ Comunicação entre Usuários e Funcionários da Unidade Básica de Saúde”, dando voz aos entendimentos e vivências dos usuários, permitindo a construção de conhecimentos sobre o processo de trabalho em equipe, assim como a ressignificação de sua prática cotidiana.

Esse estudo auxiliará profissionais de saúde, usuários e gestores da USJL e do SSC/GHC para planejarem mudanças, ou não, nas práticas de comunicação. Os resultados desta pesquisa serão úteis para agregar conhecimentos sobre os processos de mudança dos modelos de atenção à saúde com vistas à humanização da assistência.

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 Delineamento da Pesquisa

O delineamento da pesquisa será qualitativo, orientada pelo referencial da **teoria crítica** utilizado pelos autores que sustentam nossa análise. Segundo TRIVIÑOS (2001):

Do ponto de vista epistemológico, o paradigma da teoria crítica considera que no processo de busca do conhecimento através da pesquisa, o investigador e o que é investigado estão em diálogo, comunicando-se num processo de cooperação e de contradições, através, fundamentalmente, do método dialético.

O **tipo de estudo** será o estudo de casos. Esse tipo de estudo se justifica quando a proposta da pesquisa se refere à análise aprofundada de uma unidade social (sujeito, ambiente ou situação específica) e tem sido a estratégia preferida quando o foco de interesse é sobre fenômenos, que só podem ser analisados dentro de algum contexto da vida real (GROSSEMAN, 2001).

### 5.2 Técnicas de Pesquisa

Para o desenvolvimento da pesquisa do tipo qualitativo, os instrumentos de trabalho a serem usados devem ser escolhidos de acordo com os objetivos do trabalho (VICTORA, KNAUTH e HASSEN, 2000).

#### 5.2.1 Técnicas de Coleta de Dados

A coleta de dados será realizada através das técnicas de: observação participante, entrevista semi-estruturada, grupo focal, diário de campo e análise de documentos. Segundo VICTORA, KNAUTH e HASSEN (2000) “o uso de técnicas combinadas, isto é, a utilização coerente de mais de uma técnica, permite suprir lacunas e tornar mais completa a coleta de informações em campo”.

A **observação participante** busca conhecer e compreender a realidade examinando todos os sentidos de um evento, um grupo de pessoas ou um indivíduo dentro de um contexto objetivando descrevê-lo, tendo claro que a presença do observador é parte do evento observado (VICTORA, KNAUTH e HASSEN, 2000). A observação participante será realizada durante os meses de julho e agosto, nas

reuniões de equipe com a comunidade reuniões do Conselho local de Saúde que acontecem uma vez por mês com duração de uma hora.

A **entrevista semi-estruturada** apresenta questões específicas, mas o entrevistador é mais livre para aprofundar as respostas, buscando maior compreensão dos seus significados. Ela permite que o entrevistado se expresse livremente, utilizando seus próprios termos (MAY, 2001). Na elaboração das questões e na realização da entrevista o entrevistador deve sempre visar o que é considerado apropriado culturalmente para o grupo pesquisado (VICTORA, KNAUCH e HASSEN, 2000). O processo de construção da competência cultural do entrevistador compreende sua vivência diária na unidade de atenção básica de saúde em questão e a entrevista de aculturação – que corresponde à clássica *entrevista piloto* das pesquisas quantitativas (TURATO *apud* FONTANELLA, CAMPOS e TURATO, 2006). A entrevista de aculturação será realizada com um sujeito selecionado, para testar todo o projeto do estudo e, só a partir de sua aplicação e adaptações necessárias ao estudo, se iniciarão o restante do processo. O roteiro da entrevista estará de acordo com os objetivos elencados para o estudo (Anexo 2). Esta técnica será utilizada na abordagem individual dos profissionais de saúde envolvidos no estudo. As entrevistas têm como previsão a duração de uma hora, e ocorrerão em uma das salas da USJL para garantir privacidade e sigilo dos sujeitos da pesquisa, em data e horário a serem definidos de acordo com a conveniência dos sujeitos e dos pesquisadores.

A técnica do **grupo focal** consiste em entrevistas realizadas com um grupo de pessoas com tema específico (VICTORA, KNAUTH e HASSEN, 2000). A metodologia a ser desenvolvida no grupo contém uma dinâmica integradora a fim de gerar discussão, captar diferentes visões e conceitos dos participantes sobre o tema proposto. Para a realização desta etapa, utilizaremos um roteiro previamente estabelecido, de acordo com os objetivos do estudo (Anexo 3). Os pesquisadores participarão deste processo como coordenador e observador, sendo que este fará o registro das manifestações não-verbais e impressões. Esta técnica será utilizada com um grupo de usuários. O grupo focal terá a duração aproximada de duas horas, sendo que ocorrerá na sala de grupos da USJL, garantindo o sigilo e a privacidade dos sujeitos da pesquisa, em data e horário a serem definidos de acordo com a conveniência dos sujeitos e dos pesquisadores.

O **diário de campo** é o registro de observações, experiências, impressões e

sentimentos do pesquisador, coletados no território a ser estudado sobre os atores deste contexto. Segundo MINAYO (1996): "Desse caderno constam todas as informações que não sejam o registro das entrevistas formais. Ou seja, observações sobre conversas informais, comportamentos, cerimoniais, festas, instituições, gestos, expressões que digam respeito ao tema da pesquisa". O diário de campo será realizado durante os meses de julho e agosto, na sala de espera e recepção da unidade.

A **análise de documentos** utilizará como objeto de pesquisa documental o livro de atas e as publicações oficiais do Ministério da Saúde referentes ao tema do estudo. O livro de atas é o instrumento utilizado para registro das reuniões de equipe da USJL, contendo suas discussões e deliberações. A análise de documentos será realizada nos meses de julho e agosto.

### 5.2.2 Técnicas de Registro de Dados

O registro é fundamental importância na pesquisa qualitativa, afinal é a tradução gráfica das impressões dos sujeitos que estão sendo estudados. Para isso, foram escolhidas as seguintes técnicas de registro de dados: a gravação de sons com gravador digital, a gravação de sons e imagens com filmadora digital, o registro cronológico dos eventos e o fichário dos entrevistados.

A **gravação de sons com gravador digital** será utilizada para registro fidedigno de todas as informações durante as entrevistas. Para o registro do grupo focal, além da gravação de sons com gravador digital, será utilizada a **gravação de imagens e sons**, com a filmadora digital, visando facilitar a transcrição das falas e a interpretação dos elementos de comunicação não-verbais manifestos durante a entrevista.

O **registro cronológico** e **fichário** das pessoas envolvidas na pesquisa serão utilizados para que os pesquisadores tenham maior entendimento e conhecimento dos sujeitos.

### 5.2.3 Técnicas de Análise e Interpretação de Dados

Será realizada a transcrição do áudio para o texto visando facilitar a análise da entrevista, permitindo a leitura e releitura do material coletado. Optaremos pela



transcrição literal das falas dos entrevistados e entrevistador

Segundo VICTORA, KNAUTH e HASSEN (2000), “a análise é desenvolvida através da discussão que os temas e os dados suscitam”.

Serão analisadas, juntamente com as entrevistas transcritas, as imagens coletadas com a filmadora digital, as informações contidas no diário de campo dos pesquisadores, o fichário contendo informações sobre os entrevistados e o livro de atas das reuniões de equipe da USJL. Pretendemos com isso resgatar e ampliar a compreensão das informações obtidas através das entrevistas.

No processo de análise e interpretação de dados realizaremos a categorização livre dos temas, a categorização conforme os objetivos do estudo, o agrupamento das categorias conforme os objetivos e a seleção de categorias para análise. A análise incluirá as referências bibliográficas, o modelo teórico e os juízos de valor, propondo conclusões (VICTORA, KNAUTH e HASSEN, 2000).

A análise dos dados será realizada pelo processo de **análise crítica compreensiva**, buscando ter um olhar problematizador das falas e da literatura utilizada, mas ao mesmo tempo, compreendendo o contexto, principalmente, do sujeito que fala.

Após o processo de análise de dados será realizada a elaboração do relatório final da pesquisa.

### 5.3 Sujeitos da Pesquisa

Os sujeitos da pesquisa serão profissionais de saúde e usuários da Unidade de Saúde Jardim Leopoldina. A escolha da amostra é proposital, já que a pesquisa qualitativa busca “apreender e entender certos casos selecionados sem necessidade de generalização para todos os casos possíveis” (NOGUEIRA-MARTINS e BÓGUS, 2004).

Durante o processo de escolha da amostra, serão respeitados alguns aspectos conforme observa MINAYO (1996): “privilegiar os sujeitos que detêm as informações e experiências que o pesquisador deseja conhecer; considerar um número suficiente para a reincidência das informações; escolher um conjunto de informantes que possibilite a apreensão de semelhanças e diferenças.”.

Desta forma, na composição da amostra de profissionais de saúde, optamos pela seleção dos “casos mais delicados ou politicamente importantes” (NOGUEIRA-

MARTINS e BÓGUS, 2004).

A **seleção dos profissionais de saúde**, que serão entrevistados utilizando-se a metodologia da entrevista semi-estruturada, será baseada nos seguintes critérios de inclusão:

- Manifestar interesse em participar da pesquisa;
- Participação ativa no processo de construção da proposta de comunicação;
- Representação das diferentes categorias dos profissionais contratados pelo SSC/GHC que atuam na USJL;
- Representação das diferentes categorias dos residentes que atuam na USJL;
- Ter apresentado posicionamento favorável ao processo de construção da proposta de comunicação entre funcionários e trabalhadores;
- Ter apresentado posicionamento ambivalente ao processo de comunicação;
- Ter vínculo direto com o SSC-GHC.

Sendo assim, a amostra representará um total de 13 profissionais de saúde. Esta será composta por 2 médicos contratados, 1 enfermeira, 2 técnicos de enfermagem, 2 administrativos, 1 assistente social, 2 agentes comunitários de saúde, 1 psicóloga, 1 residente do serviço social e 1 residente da medicina. Os profissionais da saúde bucal (dentista e THD).

Para a **seleção da amostra de usuários**, que serão entrevistados utilizando-se a metodologia do grupo focal, serão escolhidos 10 usuários levando-se em consideração os seguintes critérios de inclusão:

- Manifestar interesse em participar da pesquisa;
- Ter ou não participação ativa no CLS;
- Ter consolidado um vínculo com a USLJ, sendo esta sua referência para busca de bem-estar;
- Ter mais de 18 anos.

Em ambas as amostras não serão utilizados necessariamente critérios levando em consideração o gênero dos sujeitos.

Os sujeitos selecionados para a pesquisa serão contatados pessoalmente pela pesquisadora. Será exposto, de forma breve, o tema, os objetivos e o método

do estudo, bem como será explicitado o comprometimento dos pesquisadores em seguir os preceitos éticos, de manter sigilo e anonimato e de só divulgar os dados após seu consentimento, constantes nas Resoluções do conselho Nacional de Saúde (nº196 e nº251, de 07/08/97). Será dada a opção de desistência a qualquer momento, por parte dos sujeitos da pesquisa, através de contato telefônico com os pesquisadores. Em seguida será feito o convite para participar da pesquisa. Se algum dos sujeitos selecionados não aceitar fazer parte da pesquisa será lhe perguntado o motivo e será selecionado outro sujeito. Por outro lado, com aqueles que aceitarem fazer parte da pesquisa será marcada uma data, hora e local para a entrevista, conforme a conveniência de cada sujeito. As entrevistas terão a duração necessária para que cada sujeito e o grupo focal possam responder aos questionamentos propostos nos roteiros (Anexo 2 e 3).

#### **5.4 Local e Período da Pesquisa**

O estudo será realizado na Unidade de Saúde Jardim Leopoldina - Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS – durante os meses de julho e agosto de 2008, após aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Gerência de Ensino em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC).

### **6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

Este estudo será submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição.

Na data da entrevista, o teor e as finalidades da pesquisa serão explicados ao entrevistado, sendo aberta à possibilidade de indagações e esclarecimentos a respeito do estudo. Será ressaltado o comprometimento dos pesquisadores em seguir os princípios de voluntariedade, privacidade e confidencialidade, assegurando os direitos civis descritos no Livro I, Título I, Capítulo II, Artigos 11, 13, 17, 20 e 21 do Código Civil Brasileiro e as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Também será mencionado que os dados serão guardados durante 5 (cinco) anos, sendo então destruídos. E que não serão

utilizados para nenhuma outra finalidade senão à deste estudo. Em seguida será pedida a concordância para que a entrevista seja gravada e após esses procedimentos será perguntado ao sujeito se ele mantém sua participação na pesquisa. Com a concordância do entrevistado, ser-lhe-á solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 1) em duas vias, ficando uma com os pesquisadores e outro com o/a participante da pesquisa.

Esta pesquisa não acarretará ônus para o Hospital Nossa Senhora da Conceição, Serviço de Saúde Comunitária ou indivíduos envolvidos no trabalho.

## **7 COMPROMISSO DE PUBLICAÇÃO DA PESQUISA**

Esse trabalho é pré-requisito para conclusão do Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fiocruz/ Grupo Hospitalar Conceição-GHC. Comprometendo-me a divulgar os resultados aos profissionais e usuários/as da Unidade de Saúde Jardim Leopoldina (USJL). Será entregue um exemplar do estudo concluído ao Centro de Documentação do GHC. Disponibilizamos o trabalho para publicação na Revista Técnico-Científica do GHC, se assim for solicitado pela instituição.



**9 ORÇAMENTO**

<b>Custeio</b>	<b>R\$</b>
Folhas de papel A4 para impressora jato de tinta	15,00
1 cartucho de tinta para impressora	32,00
4 disquetes 3 ½	4,00
Pastas, blocos, canetas, lápis, borracha.	35,00
Mini-fitas cassete	50,00
<b>Total</b>	<b>136,00</b>

O orçamento será por conta do pesquisador principal.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S. F. (Org.) *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

BAIERLE, S. Lutas em Porto Alegre: entre a revolução política e o transformismo. Porto Alegre, dez. 2005. Disponível em: [http://www.cultiva.org.br/textopdf/lutas\\_hurbanas\\_palegre.pdf](http://www.cultiva.org.br/textopdf/lutas_hurbanas_palegre.pdf). Acesso em: 02 jan. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Humaniza SUS: política nacional de humanização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Programa de humanização do pré-natal e nascimento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série Pactos pela Saúde 2006).

CAPRA, M. L. P. (Org.) *Protocolo das ações básicas de saúde: uma proposta em defesa da vida*. 1ª ed. Caxias do Sul, Prefeitura Municipal, Secretaria Municipal de Saúde, 2000.

CARVALHO, S. R.; CAMPOS, G. W. S. Modelos de atenção à saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 507-515, 2000.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8ª, Brasília, 1986. *Anais*. Brasília, Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1987 p.381-91.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 10ª, Brasília, 1996. *Extrato preliminar das deliberações aprovadas pela 10ª Conferência Nacional de Saúde na Plenária Final de 6 de setembro de 1996*.

DESLANDES, S. F. Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: DESLANDES, S. F. (Org.) *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006a.

DESLANDES, S. F. Apresentação. In: DESLANDES, S. F. (Org.) *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006b.

DIERCKS, M. S. *Avaliação do processo de construção e da aplicabilidade de material educativo para a prevenção de DSTs/HIV/AIDS, realizado de forma participativa entre usuárias e profissionais do Serviço de Saúde Comunitária/Grupo Hospitalar Conceição*. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de pós-graduação em educação da Faculdade de Educação. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2004.

FERREIRA, A. B. H. Novo dicionário básico da língua portuguesa Folha/Aurélio. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira; 1994. p.11.

FONTANELLA, B. J. B.; CAMPOS, C. J. G.; TURATO, E. R. Data collection in clinical-qualitative research: use of non-directed interviews with open-ended questions by health professionals. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, 2006. .

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. .

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181. Jun. 2006.

GREEN, L. A., FRYER G. E., YAWN, B. P., LANIER, D., DOVEY, S. M. The ecology of medical care revisited. *N Eng. J Méd.*, v. 344, n. 26, jun. 2001.

GROSSEMAN, S. Satisfação com o trabalho: do desejo à realidade de ser médico [tese]. Florianópolis: UFSC; 2001.

LACAZ, F. A. C; SATO, L. Humanização e qualidade do processo de trabalho em saúde. In: DESLANDES, S. F. (Org.) *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

IBGE. Censo Demográfico 2000. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/censo/>. Consultado em: dez. 2006.

LONTRA, M. C. R. Cai o pano: Ato III. Trabalho de Conclusão de Estágio: Curso de Psicologia. São Leopoldo: Universidade do Vale do Rio dos Sinos. 1999.

MAY, T. Social research: issues, methods, and process. 3ª ed. Philadelphia: Open University Press, 2001.

MENDES, E. V.; TEIXEIRA, C. F.; ARAUJO, E. C.; CARDOSO, M. R. L. Distritos-sanitários: conceitos-chave. In: MENDES, E. V. (Org.) *Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 4ª ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1999. P. 166.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como



aproveitar ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: MERHY, E. E.; CAMPOS, G. W. S.; CECÍLIO, L. C. O. (Org.). *Inventando a Mudança na Saúde*. São Paulo: Editora HUCITEC, 1994.

MINAYO, M. C. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 4ª ed. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1996.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BÓGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 44-57, set. - dez. 2004.

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde, Organização Mundial de Saúde. *Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas*. Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana de Saúde. Washington: PAHO 46º Conselho Diretivo; Agosto de 2005.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & saúde*. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

PEREIRA, R. P. A. O Acolhimento e a estratégia saúde da família. In: *Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade: GESF*. Disponível em: <http://www.smmfc.org.br/gesf>. Acessado em 10 nov. 2006.

PINHEIRO R.; LUZ M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: Pinheiro R.; Mattos R.A. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro, UERJ/IMS: ABRASCO, 2003.

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

RAUPP, B. *Estudo da cultura organizacional como estratégia na sistematização de uma metodologia gerencial com enfoque na aprendizagem em situação de trabalho*. Relatório de pesquisa. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição – Gerência de Ensino e Pesquisa, 2006.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 355-365, 1999. .

SANTOS, R. C. *Saúde todo dia: uma construção coletiva*. 1ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

SÃO PAULO (Estado), 2001. Resolução SS 84, de 24 de julho de 2001. Aprova as "Normas de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso (Método Canguru) no Estado de São Paulo" como as rotinas básicas adotadas para o credenciamento no método no Estado de São Paulo e dá outras providências correlatas. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*, v. 111, n. 138, p. 20, 25 jul., Seção

I.

SILVA JR, A. G. *Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

STARFILED, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2004.

TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 27. n. 67, p. 257-277, set-dez 2003.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S.; VILASBÔAS, A.L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, v.7, n. 2, p. 7-28, abr.-jun. 1998.

TRAD, L. A. B. Humanização do encontro com o usuário no contexto da atenção básica. In: DESLANDES, S. F. (Org.) *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

TRIVIÑOS, A. Cadernos de pesquisa Ritter dos Reis: Bases teórico-metodológicas da pesquisa qualitativa em ciências sociais idéias gerais para a elaboração de um projeto de pesquisa. Porto Alegre: Faculdades Integradas Ritter dos Reis, v.4, nov.2001.

UNIDADE JARDIM LEOPOLDINA. *Pasta de Planejamento 2002*. (Pasta com todos os dados sobre o processo de trabalho e gerenciamento da unidade de saúde), organizada pelos profissionais de saúde da Unidade.

VICTORA, C. G.; KNAUCH, D. R.; HASSEN, M. N. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. 1ª ed. Porto Alegre: Tomo editorial, 2000.

WHITE, K. L.; WILLIAMS, T. F.; GREENBERG, B. G. The ecology of medical care. *N Engl J Méd*, 1961.

## ANEXO 1

### GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde-FIOCRUZ /GHC

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa tem o objetivo de compreender e conhecer as vivências e percepções de profissionais e usuários da Unidade de Saúde Jardim Leopoldina (USJL), pertencente ao Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição - Porto Alegre/RS, sobre o processo de comunicação entre usuário e funcionários desta unidade básica. Para isso, serão realizadas, pela pesquisadora, entrevistas com profissionais de saúde e um grupo de discussão com usuários da USJL. As entrevistas com profissionais de saúde ocorrerão em uma sala da USJL, garantindo o seu sigilo e privacidade, de acordo com a disponibilidade do/a senhor/a, na data e horário a serem definidos de acordo com a conveniência do/a senhor/a e dos pesquisadores. O grupo com usuários será realizado na sala de grupos da USJL, garantindo o seu sigilo e privacidade, de acordo com a disponibilidade do/a senhor/a, na data e horário a serem definidos de acordo com a conveniência do/a senhor/a e da pesquisadora. As entrevistas terão a duração aproximada de uma hora para o/ senhor/a possa responder aos questionamentos propostos. O grupo com usuários terá a duração aproximada de duas horas. Caso o/a senhor/a autorize, as entrevistas e/ou o grupo serão gravados por meio de áudio e/ou vídeo para a captação da maioria de informações possíveis. A realização desta pesquisa não terá nenhum custo para o/a senhor/a. É garantido que não será revelado o seu nome ou dados que possam identificá-lo. O senhor/a participará voluntariamente desta pesquisa e poderá comunicar à pesquisadora que quer sair do estudo em qualquer momento que desejar. O senhor/a terá acesso aos/à pesquisadora em qualquer etapa do trabalho para responder suas dúvidas. Sua participação vai contribuir para a construção de conhecimentos sobre o processo de trabalho em equipe, e também para auxiliar no planejamento de mudanças, ou não, nas práticas relacionais destes indivíduos. Os resultados desta pesquisa serão úteis para agregar conhecimentos sobre os processos de mudança dos modelos de atenção à saúde com vistas à humanização da assistência. Pelo presente termo, declaro que fui informado/a, de forma clara e detalhada, sobre o presente projeto de pesquisa e que tive minhas dúvidas esclarecidas pela pesquisadora. Fui igualmente informado/a da garantia da manutenção do anonimato e de receber respostas a outras dúvidas sobre essa pesquisa. A pesquisadora responsável é Mara Rejane Santos Pacheco (Fone: 51.99015062 - Mail: marapacheco@ig.com.br). Endereço da pesquisadora responsável: Rua Orlando Aita,130 - Jardim Leopoldina.

---

Mara Rejane Santos Pacheco  
Pesquisador responsável

---

Profa. Dra.Cristianne Maria Famer Rocha  
Orientadora

---

Prof. Esp. Luiz Henrique Alves da Silveira  
Co-orientador

Eu, \_\_\_\_\_ fui informado/a dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Tive todas as minhas dúvidas esclarecidas pela pesquisadora. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu desejar. A pesquisadora [Mara Rejane Santos Pacheco (Fone: 51.99015062)] certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa referentes à minha entrevista serão confidenciais. **Qualquer dúvida ética poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do GHC pelo telefone 33572407.**

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_.

Assinatura: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

## ANEXO 2

### ROTEIRO PARA ENTREVISTA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Entrevistado/a número\_\_\_\_\_

Sexo:

Raça:

Idade:

Categoria profissional:

Renda:

Tempo que trabalha no JL:

Tempo de atuação profissional:

1. Conta para nós como foi o processo de construção da comunicação entre usuário e funcionários da Unidade.
  - 1.1 O que entende por comunicação?
2. Como é tua comunicação no trabalho com os usuários?
3. Como é teu trabalho pensando em comunicação?
  - 3.1 Quais os pontos positivos, os negativos e as dificuldades construção/implementação da comunicação em saúde? Por quê? (se não for respondido na anterior)
4. Como você compreende o acesso à unidade de saúde como é a comunicação dos pares no processo de construção/comunicação? Por quê?
5. Você tem alguma sugestão para modificação e/ou supressão do processo de comunicação?
6. Você gostaria de fazer mais algum comentário?

## ANEXO 3

### ROTEIRO PARA ENTREVISTA DO GRUPO FOCAL DOS USUÁRIOS

Entrevistado/a número\_\_\_\_

Idade:

Sexo:

Escolaridade:

Profissão:

Renda:

Etnia:

Há quanto Tempo mora no Jardim Leopoldina:

Tempo que utiliza os serviços da USJL:

---

1. Conversa sobre os objetivos deste grupo
2. Nós gostaríamos que vocês relatassem como é para ser atendido no posto.
  - 2.1. Como você se sente ao passar na equipe de escuta? Por quê?
  - 2.2. O que vocês entendem por comunicação entre trabalhadores e usuários da unidade? As dificuldades, as coisas boas, as mudanças, as sugestões, etc., etc. (esmiuçar o processo atual).
3. Vocês lembram como é para ser atendido no posto?
4. Vocês têm alguma sugestão para modificação e/ou supressão do processo de comunicação?
5. Vocês gostariam de fazer mais algum comentário?

## ANEXO 4



Foto : Unidade de Saúde Jardim Leopoldina