

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**LARISSA RACHEL PALHARES COUTINHO**

**ACOLHIMENTO AOS USUÁRIOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
À SAÚDE**

**CAMPO GRANDE**

**2015**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**LARISSA RACHEL PALHARES COUTINHO**

## **ACOLHIMENTO AOS USUÁRIOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mara Lisiane de Moraes dos Santos

Linha de pesquisa: Políticas e Práticas em Saúde, Educação e Enfermagem.

**CAMPO GRANDE**

**2015**

LARISSA RACHEL PALHARES COUTINHO

## **ACOLHIMENTO AOS USUÁRIOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em..... de..... de 2015.

### **BANCA EXAMINADORA**

.....  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mara Lisiane de Moraes dos Santos (Presidente)  
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)

.....  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Rita Barbieri (Membro titular)  
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)

.....  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Patricia Moita Garcia Kawakame (Membro titular)  
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)

.....  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Luciana Contrera Moreno (Membro suplente)  
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)



Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
 Coordenadoria de Pós-Graduação (CPG/PROPP)  
 Sistema de Gestão de Pós-graduação (SIGPOS)



Ata de Defesa de Dissertação  
 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
 Mestrado

Aos trinta e um dias do mês de março do ano de dois mil e quinze, às catorze horas, na Unidade XII, da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, reuniu-se a Banca Examinadora composta pelos membros: Mara Lisiane de Moraes dos Santos (UnB), Patricia Moita Garcia Kawakame (USP), Ana Rita Barbieri (UFMS) para julgar o trabalho da aluna: **LARISSA RACHEL PALHARES COUTINHO**, CPF 05475400946, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Curso de Mestrado, da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, apresentado sob o título "Acolhimento aos usuários na Atenção Primária à Saúde". A presidente da Banca Examinadora, Mara Lisiane de Moraes dos Santos, declarou abertos os trabalhos e agradeceu a presença de todos os Membros. A seguir, concedeu a palavra à aluna que expôs sua Dissertação. Terminada a exposição, os senhores membros da Banca Examinadora iniciaram as arguições. Terminadas as arguições, a presidente da Banca Examinadora fez suas considerações como orientadora. A seguir, a Banca Examinadora reuniu-se para avaliação, e após, emitiu Parecer expresso conforme segue:

EXAMINADOR	ASSINATURA	AVALIÇÃO
Dra. Mara Lisiane de Moraes dos Santos		APROVADA
Dra. Patricia Moita Garcia Kawakame		APROVADA
Dra. Ana Rita Barbieri		APROVADA
Dra. Luciana Contrera Moreno (Suplente)		

RESULTADO FINAL:

Aprovação       Aprovação com revisão       Reprovação

OBSERVAÇÕES:

A candidata atendeu aos requisitos do PPG em Enfermagem da UFMS e está apta a receber o título de Mestre em Enfermagem.

A banca fez considerações e sugestões, as quais foram interpretadas à razão final.

Nada mais havendo a ser tratado, a Presidente declarou a sessão encerrada e agradeceu a todos pela presença.

Assinaturas:

Orientadora

Aluna

*Dedico este trabalho aos meus pais, pela dedicação e apoio em todos os momentos difíceis e ao meu esposo, pela compreensão, abdicação e apoio durante este período.*

## AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGE), pela oportunidade de realização desta pesquisa e aprendizado adquirido.

Aos colegas do PPGE, pelo seu auxílio nas tarefas desenvolvidas durante o curso e apoio na revisão deste trabalho.

À minha família, por não ter me desamparado, mesmo quando parecia impossível seguir e por sempre ter acreditado em minha capacidade. Aos meus pais, Tânia e Carlos, os quais sempre incentivaram-me aos estudos e puderam proporcionar uma boa educação.

À minha orientadora, Mara Lisiane de Moraes dos Santos, por aceitar orientar-me nesta caminhada, a qual, com muita paciência, incentivo, dedicação, sensibilidade, sabedoria e profissionalismo conduziu este trabalho e oportunizou a realização desta pesquisa. Sempre manteve a calma, mesmo quando eu mesma já a tinha perdido. Muito obrigada!

À Prof. Dr.<sup>a</sup> Ana Rita Barberi e ao Prof. Dr. Sebastião Henrique Junior Duarte, por aceitarem compor a banca de qualificação e disponibilizarem suas valiosas colaborações, compartilhando seus conhecimentos e experiências, muito obrigado.

Aos meus filhos, Matheus e Isadora, que foram os grandes incentivadores para que eu iniciasse esta jornada e dos quais estive ausente em muitos períodos para concretização desta etapa. Ao meu esposo, Fabiano, por ter abdicado de muitas atividades e sonhos para me apoiar a concluir esta dissertação, sem o qual, com certeza, não teria sido possível.

À uma amiga especial, Laís Queiroz Moraes, que acompanhou grande parte do processo e sempre esteve presente, nas frustrações e conquistas.

Àqueles que não estão citados diretamente, mas que também contribuíram para meu crescimento pessoal e profissional, meu carinho e muito obrigada!

## RESUMO

COUTINHO, L. R. P. **Acolhimento aos usuários na Atenção Primária à Saúde.** 2015. 85f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Campo Grande: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

No Brasil, os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) estão organizados por meio de políticas assistenciais pautadas nos princípios e diretrizes do SUS. Uma das formas de organizar o processo de trabalho na ESF seria pela institucionalização do Acolhimento nos serviços. Trata-se de uma diretriz operacional imprescindível do modelo assistencial proposto pelo SUS, pois possibilita uma reflexão e reorganização dos processos de trabalho em saúde. O acolhimento estabelece ligação concreta e de confiança entre o usuário e o profissional ou equipe, estando diretamente orientado aos princípios do SUS. Para tanto, são necessários estudos criteriosos sobre a qualidade da atenção prestada. Uma das formas de avaliação da qualidade da atenção proposto pelo Ministério da Saúde é o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ. Diante de tais assertivas, a presente proposta pretende identificar as características que compõem o acolhimento e se estas estão presentes nas unidades de Atenção Primária. Neste sentido, surgem as seguintes indagações: como os profissionais estão realizando o acolhimento nas unidades e como o usuário percebe este acolhimento? Desta forma, será possível identificar o grau de acolhimento aos usuários, o qual reflete na qualidade da atenção à saúde. O objetivo foi analisar o acolhimento ao usuário nos serviços de Atenção Básica que aderiram ao PMAQ-AB/2012. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, analítico e exploratório. A pesquisa foi delineada por meio de análise de dados secundários provenientes do primeiro ciclo da fase de Avaliação Externa do PMAQ-AB/2012. A fase de Avaliação Externa foi realizada por Instituições de Ensino e Pesquisa do país, coordenada pelo Ministério da Saúde e ocorreu durante o ano de 2012. Um total de 17.202 equipes de AB foram avaliadas no 1º ciclo PMAQ-AB. As variáveis selecionadas para este estudo foram aquelas compostas pelas perguntas relacionadas ao Acolhimento à demanda espontânea, dentre o módulos destinado a entrevistas com os profissionais. Foi realizada análise descritiva dos dados, com representação tabular constando de frequência absoluta e relativa e agrupada por regiões geográficas do Brasil. Os resultados do estudo estão apresentados em forma de 2 artigos. A partir dos resultados obtidos, pode-se inferir que o conhecimento produzido até o presente momento acerca do tema proposto para este estudo, é que o acolhimento não está ainda efetivamente implantado nos serviços de APS no país. Pelos resultados obtidos pela Avaliação do PMAQ, o acolhimento está implantado nas unidades, entretanto, constatou-se que a atuação multiprofissional na realização do acolhimento ainda não é integralizada e este é realizado de forma fragmentada. Embora seja uma recomendação do Ministério da Saúde, e que a maioria das equipes relate que existe o acolhimento, ainda permanecem lacunas e diferenças entre as regiões. É incontestável que o acolhimento é uma ferramenta de reorganização do processo de trabalho e mecanismo de facilitação de acesso, capaz de promover a equidade e universalidade da atenção à saúde. Contudo, este também é um processo ainda em construção. A partir das novas avaliações do PMAQ será possível fazer uma comparação da evolução dessa ferramenta de trabalho e verificar se estas medidas de indução para melhoria nos processos de

trabalho, estão promovendo de fato uma melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica no país.

**Palavras-chaves:** Acolhimento; Atenção Primária à Saúde; Avaliação em Saúde; Saúde da Família;

## ABSTRACT

COUTINHO, LRP. **User embracement in Primary Health Care**. 2015. 85f. Dissertation (Master of Nursing). Campo Grande: Federal University of Mato Grosso do Sul.

In Brazil, the services of Primary Health Care (PHC) are organized through welfare policies guided by the principles and guidelines of SUS. One way to organize the work process in the FHS would be the institutionalization of the user embracement services. It is an indispensable operational guideline of the care model proposed by SUS because it enables reflection and reorganization of the health work processes. The user embracement sets concrete and reliable connection between the user and the professional or team, is directly oriented to the SUS principles. Therefore, careful studies are needed on the quality of care provided. One possible way of assessing the quality of care proposed by the Ministry of Health is the Improvement Program Access and Quality of Primary Care - PMAQ. In the face of such assertions, this proposal seeks to identify the characteristics that make up the user embracement and if these are present in primary care units. In this regard, the following questions arise: how professionals are realizing the user embracement in the units and how the user perceives this host? This will make it possible to identify the degree of host users, which reflects the quality of health care. The aim was to analyze the host to the user in the Primary services that have joined the PMAQ-AB / 2012. It is a cross-sectional, descriptive, analytical and exploratory study. The research was outlined through secondary analysis of data from the first cycle of the external evaluation phase of PMAQ-AB / 2012. Phase external evaluation was carried out by the country's Education and Research Institutions, coordinated by the Ministry of Health and took place during the year 2012. A total of 17 202 AB teams were evaluated in the 1st cycle PMAQ-AB. The variables selected for this study were those composed by questions related to Home spontaneous demand among the modules destined to interviews with professionals was performed descriptive data analysis with tabular representation consisting of absolute and relative frequency and grouped by geographic regions of Brazil. The results of the study are presented in the form of two articles. From the results obtained, it can be inferred that the knowledge produced to date on the topic proposed for this study, is that the user embracement is not yet effectively implemented the PHC services in the country. The results obtained by PMAQ Assessment, welcoming this deployed in the units, however, it was found that the multidisciplinary performance in carrying out the user embracement is still not paid up and this is done in a piecemeal fashion. Although it is a recommendation of the Ministry of Health, and most teams report that there is a host, there are still gaps and differences between regions. It is indisputable that the host is a reorganization tool of the work process and mechanism for facilitating access, able to promote equity and universality of health care. However, this is also a process under construction. From the new reviews of PMAQ you can make a comparison of the evolution of this work tool and verify that these induction of measures to improve work processes, are in fact promoting improved access and quality of Primary Care in the country.

**Keywords:** User embracement; Primary Health Care; Health Evaluation; Family Health; User satisfaction.

## LISTA DE ABREVIATURAS

- AB – Atenção Básica
- AMQ – Avaliação para Melhoria da Qualidade
- AMAQ – Autoavaliação para Melhora do Acesso e da Qualidade
- AP – Atenção Primária
- APS – Atenção Primária à Saúde
- CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
- EAB – Equipes de Atenção Básica
- ESF – Estratégia de Saúde da Família
- MS – Ministério da Saúde
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PMAQ – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
- PNAB – Política Nacional da Atenção Básica
- PNH – Política Nacional de Humanização
- PSF – Programa Saúde da Família
- SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
- SUS – Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	12
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b>	15
2.1 Atenção Primária à Saúde	15
2.2 Atenção Primária à Saúde no Brasil	19
2.3 Avaliação da Atenção Primária	22
2.4 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)	24
2.5 Acolhimento	26
<b>3. OBJETIVOS</b>	34
3.1 Objetivo Geral	34
3.2 Objetivos Específicos	34
<b>4 MATERIAL E MÉTODO</b>	35
4.1 Tipo de pesquisa	35
4.2 Fonte dos Dados	35
4.3 Detalhamento da Avaliação Externa do PMAQ-AB	35
4.4 Os participantes da Avaliação Externa	36
4.5 Análise dos dados	36
4.6 Aspectos éticos	33
<b>5 RESULTADOS</b>	38
5.1 Artigo 1 – Acolhimento na Atenção Primária à Saúde : revisão integrativa	39
5.2 Artigo 2 – Caracterização do acolhimento realizado pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde no Brasil	56
<b>6. CONCLUSÕES</b>	79
<b>REFERÊNCIAS</b>	81
APÊNDICE A: Autorização para uso dos dados do PMAQ	88
ANEXO 1: Instrumento de Avaliação Externa PMAQ	89
ANEXO 2: Parecer Consubstanciado do CEP	92

## 1. INTRODUÇÃO

Desde o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, e a publicação da Lei nº 8.080, de 1990, o modelo de atenção à saúde vem sofrendo transformações. Um dos pontos marcantes da nova política foi a inclusão, a qual se deu por meio de ações que buscaram implantar os princípios de universalidade no acesso, assim como a equidade e a integralidade na atenção e na participação da comunidade na gestão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Nessa perspectiva, inúmeras iniciativas foram lançadas para a reestruturação da saúde com a orientação nos princípios da Atenção Básica (AB), culminando na atual Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (BRASIL, 2012a). Um dos aspectos importantes dessa política é qualificar os serviços de Atenção Básica oferecidos à população e estimular a ampliação do acesso e da qualidade nos mais diversos contextos (BRASIL, 2012b).

No Brasil, os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) estão organizados por meio de políticas assistenciais pautadas nos princípios e diretrizes do SUS. Dentre os diversos arranjos propostos pelo Ministério da Saúde, abordamos aqui àqueles referentes à Política Nacional de Humanização (PNH), os quais ocorrem a partir de orientações éticas, clínicas e políticas, que se traduzem em determinados arranjos de trabalho (BRASIL, 2006a).

Dessa forma, a principal estratégia adotada pelo Ministério da Saúde para o fortalecimento e expansão da AB é a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Nesse contexto, esforços têm sido concentrados para organização de uma rede de atenção integral e intersetorial a fim de garantir cuidado à população de acordo com sua necessidade e especificidade.

Uma das formas de organizar o processo de trabalho na ESF seria pela institucionalização do Acolhimento nos serviços. Trata-se de um processo substancial para a construção do cuidado integral, uma vez que amplia (VIERA-DOS-SANTOS; SANTOS, 2011).

O acolhimento surgiu a partir das discussões sobre a reorientação da atenção à saúde, sendo elemento fundamental para a reorganização da assistência em diversos serviços de saúde, direcionando a modificação do modelo technoassistencial. É um dispositivo que vai além da recepção ao usuário, ele

considera toda a situação da atenção a partir da sua entrada no sistema (HENNINGTON, 2005).

Trata-se de uma diretriz operacional imprescindível do modelo assistencial proposto pelo SUS, pois possibilita a reflexão e a reorganização dos processos de trabalho em saúde, de forma que seja garantida a acessibilidade universal e a qualificação das relações entre profissionais e usuários com a finalidade de proporcionar uma escuta qualificada e resolutividade, voltada às necessidades de quem busca os serviços de saúde (BRASIL, 2010; BREHMER; VERDI, 2010).

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

Para tanto, são necessários estudos criteriosos sobre a qualidade da atenção prestada, e, uma das formas de avaliação dessa qualidade proposto pelo Ministério da Saúde é o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ (BRASIL, 2012b).

O PMAQ foi instituído pela Portaria GM/MS nº 1.654/2011 e foi produto de um importante processo de negociação e pactuação tripartite, do qual, após longo debate, formularam-se estratégias com o objetivo de ampliar o acesso e melhoria da qualidade da AB no Brasil (BRASIL, 2012b).

Diante de tais assertivas, torna-se importante a identificação das características que compõem o acolhimento e se essas estão presentes nas unidades de Atenção Primária à Saúde no País. Nesse sentido, surgem as seguintes indagações: como os profissionais estão realizando o acolhimento no cotidiano das equipes de Atenção Básica? Como o usuário percebe esse acolhimento? E qual o reflexo na qualidade da atenção à saúde.

Assim, por meio dessa pesquisa a avaliação realizada será relevante para a para a caracterização do processo de atenção, na medida em que poderá subsidiar o planejamento da ampliação e qualificação da Atenção Básica, ao buscar ações mais resolutivas, alocação racional dos recursos públicos e, conseqüentemente, o

fortalecimento da PNAB/2012. A proposta é produzir conhecimentos relevantes para nortear decisões e subsidiar ações para a organização dos processos de trabalho contribuindo para a qualificação dos serviços e para os avanços na atenção à saúde da população.

## 2. REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 Atenção Primária à Saúde

As primeiras concepções sobre organização dos sistemas de saúde com base na atenção primária foram a partir da publicação do Relatório Dawson, em 1920. Foi o primeiro documento no qual definiram-se os níveis de atenção à saúde e, também, foram dispostas as classificações de centros de saúde primários e secundários, além de apontar que a maior parte dos problemas de saúde deveria ser avaliada e tratada por médicos generalistas. O que foi proposto por Dawson serviu como referência para a organização dos sistemas de saúde de vários países no mundo, de forma a definir duas características básicas para a atenção primária à saúde: a regionalização e a integralidade (Ministry of Health, 1920).

Mas foi o clássico estudo de White (1961) o qual propiciou a observação sobre a “atenção médica primária”, ao demonstrar que a grande maioria dos cuidados médicos nos EUA e Reino Unido era realizada nesse nível, evidenciando que o atendimento em hospitais representava apenas uma discreta fração do total.

Em 1978, a Organização Mundial de Saúde (OMS) realizou no país do Cazaquistão a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, onde foi pactuado entre 134 países um acordo e firmadas metas para atingir o maior nível de saúde até o ano 2000, através da APS. Essa política internacional ficou conhecida como *Saúde para Todos no Ano 2000*, há que se pontuar que a referida Conferência deu origem ao documento conhecido como Declaração de Alma-Ata.

As primeiras discussões a respeito dos cuidados primários, em nível mundial, foram com a Declaração, na qual situaram-se os cuidados primários como eixo principal do sistema de saúde de um país, assim como ela estabeleceu quais eram os valores a serem seguidos: justiça social e direito a melhor saúde para todos, incluindo participação e solidariedade (WHO, 2008).

A Declaração de Alma-Ata defendia a seguinte definição de APS, aqui denominada cuidados primários de saúde:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. [...]

Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (Opas/OMS, 1978)

Na medida em que a APS se entrelaçou com a meta de “Saúde para Todos até o Ano 2000”, seu significado e enfoque também se ampliaram para incluir uma variedade de resultados que não faziam parte da responsabilidade do sistema de saúde (WHO, 1981).

Junto a essa mudança e às particularidades entre os países envolvidos nessa pactuação, algumas dificuldades foram encontradas para alcançar as metas. Para alguns, o fracasso em alcançar tal meta ficou associado à deficiência observada da própria APS. Paradoxalmente, à medida que o significado da APS se expandiu para incluir vários setores, sua implementação tornou-se cada vez mais estreita. Embora originalmente considerada como uma estratégia provisória, a APS tornou-se o modo dominante de atenção para muitos países (OPAS, 2005).

Os objetivos de Alma-Ata não foram de fato alcançados plenamente (“Saúde para Todos no Ano 2000”), mas os princípios da APS tornaram-se uma referência fundamental para as reformas sanitárias que ocorreram em vários países nas décadas de 80 e 90. Entretanto, muitos países e organizações internacionais adotaram a APS numa perspectiva focalizada, entendendo a atenção primária como ações de saúde de baixa complexidade, destinadas às populações de baixa renda, com enfoque para minimizar a exclusão social e econômica, distanciando-se do caráter universalista da Declaração de Alma-Ata e da ideia de defesa da saúde como um direito (MATTOS, 2000). O autor ainda enfatiza a compreensão da saúde como um direito humano e a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde, não difere, nos princípios, de Alma-Ata, mas sim na ênfase sobre as implicações sociais e políticas na saúde.

A atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho dos demais níveis do sistema de saúde. Ela aborda os problemas mais comuns na comunidade ao mesmo tempo em que observa os problemas mais especializados. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (STARFIELD, 2002).

A definição de APS, tanto no âmbito internacional quanto nacional, é sistematizada por Starfield (2002), na qual são estabelecidos quatro atributos essenciais: o acesso e utilização dos serviços, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação dos serviços sobre as necessidades de saúde de uma referida população.

O **acesso e utilização dos serviços** dizem respeito à organização dos desses sobre as necessidades de saúde de uma referida população, ou seja, representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde. Compreende, então, todo contato direto ou indireto do usuário, logo o processo de utilização dos serviços é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema (STARFIELD, 2002; TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

A **longitudinalidade** refere-se à atenção e ao cuidado personalizado ao longo do tempo; a **integralidade** é relativa à capacidade de lidar com todos os problemas de saúde das pessoas, seja resolvendo 85% dos problemas, seja referindo a um serviço mais adequado e a **coordenação do cuidado** esta voltada à capacidade de coordenar respostas às diversas necessidades que uma abordagem integral identifica, seja dentro de uma equipe ou seja a atenção que os usuários recebem nos diversos pontos da rede de atenção. Os atributos essenciais são complementados por outros que dele derivam como: Orientação Familiar, Orientação Comunitária e Competência Cultural (STARFIELD, 2002).

Os autores Mata e Ruiz (1993), em consonância com a proposta de Starfield, sugerem incluir a intersetorialidade como outro atributo da APS. A intersetorialidade diz respeito a uma articulação entre diversos setores com vistas a alcançar melhores níveis de desenvolvimento. É uma ação que vai além do ato de articular-se entre os diversos setores, mas constitui-se, também, uma ação integradora para o enfrentamento das multifaces da questão social (BRONZO; VEIGA, 2007; BIDARRA, 2009).

O conceito de APS tem sido apresentado como um modelo de saúde que tenta proporcionar maior e mais efetivo acesso aos serviços/sistemas de saúde, utilizando um enfoque de coletividade, territorializado, preventivo e democrático. Esse modelo tem sido usual em diversos países desde 1960 como forma de tentar reverter o enfoque curativo, individual e hospitalar tradicionalmente pautado (FAUSTO; MATTA, 2007).

A APS é, então, uma forma de organização dos serviços de saúde que responde a um modelo assistencial (com valores, princípios, e elementos próprios), por meio da qual se busca integrar todos os aspectos desses serviços, e que tem por perspectiva atender às necessidades de saúde da população. Em sua forma mais desenvolvida, a atenção primária é o primeiro contato com o sistema de saúde e o local responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, suas famílias e da população ao longo do tempo, além da busca por proporcionar equilíbrio entre as duas metas de um sistema nacional de saúde, as quais são: melhorar a saúde da população e proporcionar equidade na distribuição de recursos (STARFIELD, 2002).

A APS é também uma concepção de sistema de saúde, uma “filosofia” que permeia todo o sistema de saúde. Um país só pode afirmar que tem um sistema de saúde baseado na APS, no sentido mais profundo da expressão, quando seu sistema de saúde se caracteriza por: justiça social e equidade; auto-responsabilidade; solidariedade internacional e aceitação de um conceito amplo de saúde (BRASIL, 2007).

Apesar de algumas críticas em relação ao modelo de atenção primária, por acreditarem que seja um modelo de atenção seletiva e focalizado na população pobre, e ainda, por se tratar de uma tecnologia simples e limitada, outros encaram a atenção primária em sentido mais amplo, sistêmico e integrado de atenção à saúde, possibilitando articulações intersetoriais em prol dos desenvolvimentos humano, social e econômico (FAUSTO; MATTA, 2007).

Os sistemas de saúde que estão organizados com base na Atenção Primária (AP) apresentam melhores possibilidades de desempenho, devido principalmente à acessibilidade, integralidade e a própria organização e otimização dos recursos (LIMA, 2011). As políticas nacionais de AP defendem que o enfoque social e político da APS deixou para trás aspectos específicos das doenças e que as políticas de desenvolvimento devem ser mais inclusivas, dinâmicas, transparentes e apoiadas por compromissos financeiros e de legislação, se pretendem alcançar mais equidade em saúde (BRASIL, 2007).

Pode-se dizer também que países orientados para a APS apresentam melhores resultados em indicadores de saúde, tais como redução da mortalidade, diminuição dos custos da atenção, maior acesso aos serviços, redução das internações e atendimentos de urgência (MENDES, 2013).

Na América Latina, a APS vem sendo desenvolvida, desde a década de oitenta, como estratégia para estruturar o sistema de saúde de forma a promover a equidade. A região das Américas fez um grande progresso nos últimos vinte e cinco anos, mas sobrecarregou de forma persistente os sistemas de saúde e a ampliação das desigualdades ameaça as conquistas já alcançadas, assim como compromete o progresso futuro em direção a um melhor desenvolvimento humano e de saúde (OPAS, 2005).

No Brasil, essa organização teve início na década de noventa, a partir da regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), a qual tem por princípios a universalidade, equidade e integralidade (GIOVANELLA *et al.*, 2009; CASTRO; MACHADO, 2010).

## 2.2 Atenção Primária à Saúde no Brasil

No processo histórico brasileiro dos movimentos de saúde, as práticas utilizadas desde a década de 30, baseadas no modelo campanhista de Oswaldo Cruz e nos movimentos da Reforma Sanitária, na década de 70, estão de certa forma conectados com o que estava sendo discutido em perspectiva mundial sobre os princípios da atenção primária.

No país, a APS começou a se estruturar no início da década de 80 a partir do Programa de Ações Integradas de Saúde, seguida posteriormente com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) com a Constituição Brasileira de 1988 (ALEIXO, 2002).

Nesse contexto histórico, também são apresentadas diferentes interpretações para a APS. A noção de que “os cuidados primários de saúde, ao assumirem, na primeira metade da década de oitenta, um caráter de programa de medicina simplificada para os pobres de áreas urbanas e rurais, em vez de uma estratégia de reorientação do sistema de serviços de saúde”, acabou por afastar o tema do centro das discussões à época (PAIM, 1998, p.12).

Dessa forma criou-se no Brasil uma terminologia própria, importante naquele momento histórico. Atualmente, alguns autores (MENDES, 2002; TAKEDA, 2004), o próprio Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e alguns documentos e eventos do Ministério da Saúde já vêm utilizando a terminologia internacionalmente reconhecida de Atenção Primária à Saúde.

No Brasil, o termo utilizado como equivalente à APS é Atenção Básica (AB), definida como ações individuais e coletivas situadas no primeiro nível de atenção, direcionado às ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e associando esses termos às noções de vinculação e responsabilização, acessibilidade, atenção abrangente e integral, resolutividade e protagonismo na gestão do cuidado (GIOVANELLA *et al.*, 2009; BRASIL, 2011a), porém há que se esclarecer que para fins de padronização com a literatura internacional, a terminologia utilizada neste estudo é Atenção Primária à Saúde.

No âmbito do SUS, a denominação adotada para o modelo de atenção à saúde que incorpora a abordagem da atenção primária à saúde é a Atenção Básica. Essa designação, essencialmente brasileira, foi formulada com o intuito de construir uma identidade institucional própria, capaz de estabelecer uma ruptura com a concepção redutora desse nível de atenção (BRASIL, 2012a).

Assim, o Ministério da Saúde define Atenção Básica como:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerado a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012a, p.21).

O modelo utilizado no Brasil, orientado na APS, é a Estratégia Saúde da Família (ESF). Iniciou-se em 1991 a partir do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e foi então sendo incorporado e ampliado, até que em 1994 foram formadas as primeiras equipes de Saúde da Família e incorporado ao quadro do Ministério da Saúde como o Programa Saúde da Família (PSF), idealizado inicialmente como uma ferramenta de extensão da cobertura assistencial, de maneira a desbancar o modelo assistencial que era utilizado, centrado em procedimentos e de perfil hospitalocêntrico, o qual era apontado, segundo Franco e

Merhy (2003), como motivador da ineficiência, insatisfação, desqualificação profissional e das inequidades existentes.

Em estudo do Ministério da Saúde, em que foram analisados, no período de 1998 a 2004, a evolução de oito indicadores de saúde, baseados nos estratos de cobertura da Saúde da Família, considerando o Índice de Desenvolvimento Humano demonstraram impacto significativo nas ações de Saúde da Família. Nesse sentido, a estratégia adotada para APS no país, que é a Saúde da Família, tem demonstrado resultados positivos (BRASIL, 2007).

A APS é uma forma de organização dos serviços de saúde, uma estratégia para integrar todos os aspectos desses serviços, tendo como perspectiva as necessidades em saúde da população. Esse enfoque está em consonância com as diretrizes do SUS e tem como valores a busca por um sistema de saúde direcionado a enfatizar a equidade social, a co-responsabilidade entre a população e o setor público, a solidariedade e um conceito de saúde amplo (BRASIL, 2006b; TAKEDA, 2004). Em sua forma mais desenvolvida, a Atenção Primária é a porta de entrada ao sistema de saúde e o local responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, suas famílias e da população, ao longo do tempo (STARFIELD, 2002).

As evidências de estudos realizados demonstram que a Atenção Primária tem capacidade para responder a 85% das necessidades em saúde (STARFIELD, 1994) realizando serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde, integrando os cuidados quando existe mais de um problema, lidando com o contexto de vida e influenciando as respostas das pessoas a seus problemas de saúde.

A Atenção Básica ou Atenção Primária como porta de entrada ao sistema de saúde encontra referência também na Carta dos Direitos dos Usuários do SUS, a qual assegura a todos os cidadãos o acesso aos sistemas de saúde de forma ordenada e organizada, ocorrendo prioritariamente por meio dos serviços de AP que esteja próxima ao local de moradia dos indivíduos (BRASIL, 2006c).

A Atenção Primária tem, portanto, qualidades únicas, que a caracterizam e diferenciam dos demais níveis de atenção. A utilização dos serviços de APs pela população depende da boa resolutividade das equipes, do acolhimento, da capacidade de delimitar os recursos necessários para resolver os problemas e de uma prática baseada na pessoa (e não da doença), na família e na comunidade. As diretrizes da ESF buscam a ampliação do acesso e da utilização dos serviços de

APS como porta de entrada ao sistema, ao proporem que as unidades de saúde sejam próximas ao local de moradia das pessoas, bem como a vinculação populacional e a responsabilidade pelo território (BRASIL, 2006b).

A ESF se configura como o maior programa assistencial no País e é considerado como eixo estratégico reorganizador do SUS, carregando enorme potencial para estruturar, de forma consistente, a APS no País e tem sido apontado, por sua extensão e cobertura, também como um modelo a ser seguido (ALEIXO, 2002; ABRAHÃO, 2007; MENDES, 2013).

Aleixo (2002) e Giovanella e cols (2009) fazem uma ressalva que a larga escala de cobertura do PSF não é garantia de sucesso ou qualidade da atenção. Experiências demonstraram que existem grandes diversidades no que diz respeito aos modelos assistenciais, evidenciadas por disparidades inter e intra regionais assim como desigualdades sociais, e que pode significar que tendemos a atingir o “paraíso” ou adentrarmos em um “beco sem saída”. Os autores pontuam que desenvolver ações e projetos integrados à ESF, em consonância com o SUS, poderá ampliar o leque de ações disponibilizadas, bem como acelerar acessibilidade e resolubilidade.

A avaliação da ESF, por meio de estudos epidemiológicos, vem recebendo atenção crescente. Estudos ecológicos, baseados em dados secundários de abrangência nacional, mostraram que a expansão da ESF está associada a melhora nos indicadores de mortalidade infantil e de internações evitáveis por ações de atenção primária (AQUINO; OLIVEIRA; BARRETO, 2009; MACINKO *et al.*, 2011).

Com o crescimento da ESF, veio a necessidade e o interesse em avaliar os resultados alcançados e a qualidade dos serviços, e, também, no que se refere aos possíveis impactos produzidos na saúde e bem-estar das populações (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008). Nessa conjuntura, são necessárias ações que desenvolvam e validem tecnologias capazes de avaliar em âmbito nacional os serviços de atenção à saúde.

### 2.3 Avaliação da Atenção Primária

A avaliação da Atenção Primária tem como finalidade reduzir as incertezas em relação à tomada de decisão em saúde, para que seja possível intervir e melhorar a mesma (MENDES, 2009), nessa direção há estudos e discussões a

respeito de métodos de avaliação, com o intuito de elaborar ferramentas que auxiliem a gestão qualitativa (HARTZ; SILVA, 2005).

As ferramentas de avaliação são primordiais quando utilizadas para organizar prioridades, pois mensuram situações atuais e podem auxiliar a estabelecer metas, por meio de avaliações e possível identificar quais características devem ser modificadas ou reformadas (MACINKO; HARZHEIM, 2007).

A avaliação é uma estratégia que contribui para direcionar ou redirecionar a execução de ações e atividades, colaborando para a tomada de novas decisões e melhoria da qualidade do processo assistencial (TANAKA; MELO, 2001).

A inserção de medidas avaliativas no âmbito do PSF já vem sendo acompanhada por meio de um conjunto de metas e indicadores estabelecidos. Existem ainda desafios da avaliação e da utilização das diversas ferramentas de gestão disponíveis, como o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), o Pacto da Atenção Básica, a Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) e a Programação para Gestão por Resultados (Prograb). Esses são instrumentos construídos por meio de uma parceria estabelecida entre o Ministério da Saúde com o CONASS e as SES (BRASIL, 2007).

Entretanto, eles por si só não são suficientes para institucionalizar as práticas de monitoramento e avaliação e não conseguem apreender as mudanças qualitativas esperadas em decorrência da reorientação do modelo assistencial. Há, portanto, a necessidade de incorporar estratégias avaliativas à gestão em saúde de forma mais ampla (CAMARGO JUNIOR *et al.*, 2008).

Um dos eixos norteadores que instiga a organização dos serviços de saúde e a revisão das práticas sanitárias e seus processos de trabalho é uma das diretrizes do SUS a qual trata da Integralidade em seus diversos sentidos, os quais sejam o acolhimento, o vínculo/responsabilização e a qualidade da atenção (CAMARGO JUNIOR *et al.*, 2008).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde vem propondo diversas iniciativas com base na indução, no monitoramento e na avaliação de processos e resultados mensuráveis a fim de garantir acesso e qualidade da atenção à saúde, destaca-se aqui o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – (PMAQ) (BRASIL, 2012b).

## 2.4 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)

O PMAQ tem por objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB. O Programa está inserido em uma conjuntura que reflete, por parte do governo, iniciativas voltadas para a melhoria do acesso e da qualidade no SUS, no qual se destaca o Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS e tem como principal desafio desestigmatizar a ideia de que os serviços ofertados são de baixa qualidade e negativamente direcionados à população pobre, tendo como objetivo organizar os processos de trabalho das equipes, que de maneira geral, possuem baixa capacidade de realizar o acolhimento dos problemas agudos de saúde (BRASIL, 2012b).

O PMAQ passou a ser um importante elemento, qualitativo e quantitativo, da nova proposta de financiamento da AB e um revelador da nova PNAB (PINTO; KOERNER; SILVA, 2012; PINTO; SOUSA; FERLA, 2014), possui, portanto, a capacidade de induzir um movimento de mudança por meio de padrões de qualidade (PINTO; SOUZA; FLORÊNCIO, 2012).

Trata-se de um programa que conduz, avalia e acompanha a implantação e o desenvolvimento, ao mesmo tempo, de diversas ações que compõem a PNAB. Isso se dá por combinar num desenho cíclico e continuado, ações de autoavaliação, monitoramento de indicadores e avaliação de processos implantados e resultados alcançados (BRASIL, 2011a,b,c)

O PMAQ está organizado em quatro fases que se complementam e que constituem um ciclo contínuo de melhoria: I- Adesão e Contratualização, II – Desenvolvimento, III – Avaliação Externa e IV – Recontratualização. A primeira fase consiste na etapa formal de adesão mediante a contratualização de compromisso e indicadores a serem pactuados, de forma tripartite, com as equipes de Saúde da Família e também de Equipes de Atenção Básica, desde que cumpram os pressupostos e as exigências previstas no Programa (BRASIL, 2012b).

Possui como um de seus principais aspectos, o caráter voluntário de adesão, associado à ideia de que a qualificação do serviço e mudança das práticas só será possível quando trabalhadores, gestores e usuários sintam-se motivados e se percebam como protagonistas para o seu êxito (PINTO, 2014).

A segunda fase consiste no desenvolvimento de ações que serão realizadas pelas equipes, pela gestão e pelo Ministério, com o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão e do cuidado, e essa é ainda organizada em quatro dimensões: auto avaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional. A autoavaliação é tida como o ponto de partida da fase de desenvolvimento propondo que o processo se inicie "pela identificação e reconhecimento, pelas próprias equipes, das dimensões positivas e também problemáticas do seu trabalho" (BRASIL, 2012b, p.40).

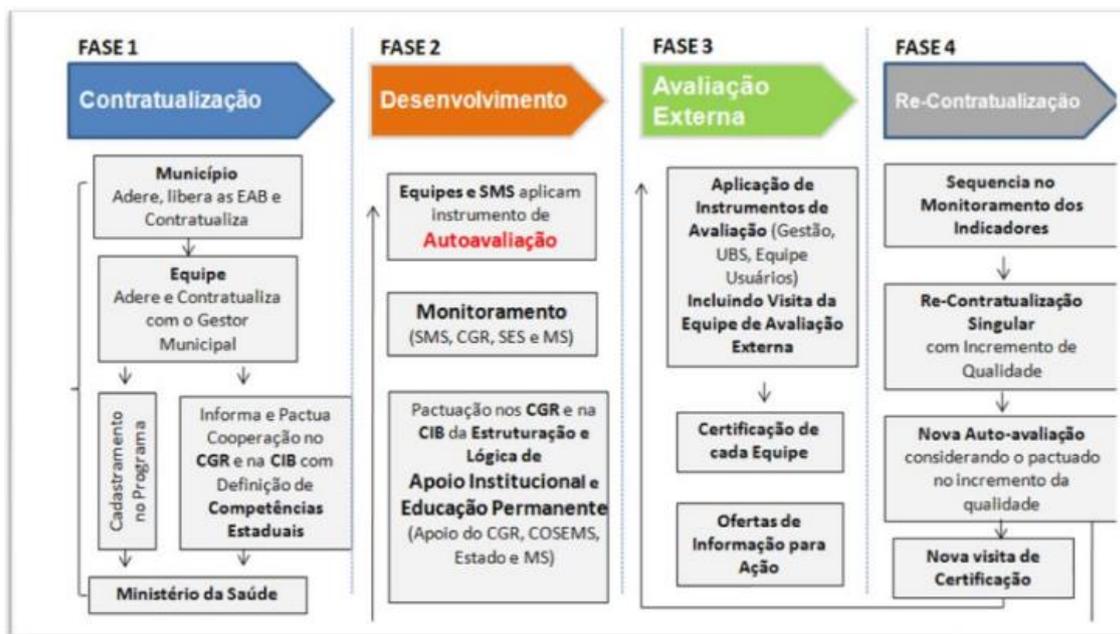
Espera-se que a autoavaliação funcione como um dispositivo que provoque o coletivo a questionar o instituído (ALTOÉ, 2004) e a colocar em análise seu processo, suas relações e suas condições de trabalho, de modo que consiga negociar e planejar maneiras de superar problemas e alcançar objetivos desejados e pactuados.

Para a realização desse processo, o Ministério da Saúde disponibilizou o instrumento Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ), o qual objetiva a abordar múltiplas dimensões que sejam capazes de identificar os problemas que as equipes poderiam apresentar (BRASIL, 2011b). Toma-se, assim, a instituição da autoavaliação como um processo permanente a orientar a tomada de decisões, bem como disparadora do processo de reflexão e de constituição do coletivo de mudança (PINTO, 2014).

A terceira fase consiste na avaliação externa em que se verificará as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e equipes participantes (BRASIL, 2012b). É feito através de um instrumento de múltiplas dimensões, onde as equipes serão avaliadas considerando elementos relacionados à gestão para o desenvolvimento da AB, a estrutura e condições de funcionamento das unidades, a valorização dos profissionais, o acesso e a qualidade da atenção e organização do processo de trabalho e a utilização, participação e satisfação dos usuários (PINTO, 2014).

A quarta fase é a de recontractualização a qual ocorrerá após a certificação das equipes com base na avaliação de desempenho de cada uma (BRASIL, 2012b). Nessa fase intenta-se conectar tudo que foi desenvolvido nas etapas anteriores e nas que virão, a partir de um processo de retroalimentação, no qual os avanços e entraves servem como balizadores para a recontractualização e seguimento do processo permanente de qualificação da AB (PINTO, 2014).

**Quadro 1:** Fases da Avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasil.



Fonte: Ministério da Saúde, 2011.

Desta forma, pode-se perceber a necessidade de qualificação dos processos de trabalho das Equipes de Atenção Básica (EAB). Uma das maneiras de organizar esse processo de trabalho seria pela institucionalização do Acolhimento nos serviços, processo esse imprescindível para construção do cuidado integral, pois “amplia vínculos e melhora a compreensão sobre as necessidades dos usuários” (VIEIRA DOS SANTOS; SANTOS, 2011).

## 2.5 Acolhimento

Historicamente, discursos sobre problemas na qualidade do cuidado à saúde são identificados em diversos países desde o início do século XX, sobretudo em relação à dimensão interpessoal e na que diz respeito às demandas por humanização. No Brasil essa problematização aparece com o movimento da reforma sanitária na década de oitenta (VIEIRA-DA-SILVA *et al.*, 2010) e a temática da humanização passa a ser tratada de forma oficial, a partir da elaboração da Política Nacional de Humanização (PNH), a qual prevê mudanças significativas nas práticas dos profissionais de saúde, dentre elas o acolhimento (BRASIL, 2004).

O acolhimento sugere a inversão da lógica e organização dos serviços de saúde, direcionando o atendimento com base em todas as pessoas que o procuram com o objetivo de atingir a excelência do serviço. Em linhas gerais, o acolhimento pode ser caracterizado em três dimensões: (a) como mecanismo de ampliação e facilitação do acesso (acessibilidade universal), (b) como um dispositivo de reorganização do processo de trabalho, de forma descentralizada e multiprofissional e (c) como postura, atitude e tecnologia de cuidado, por meio da qualificação da relação entre profissional e usuário a partir de métodos humanitários de solidariedade e cidadania (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999; CAMPOS *et al.*, 2009; BRASIL, 2011b).

O acolhimento como mecanismo de ampliação e facilitação do acesso pode ser entendido como forma de inclusão dos usuários. É a primeira etapa a ser vencida pelo usuário quando esse busca a satisfação de uma necessidade de saúde ou a resolução de um problema (MATUMOTO, 1998).

As unidades de APS devem servir de porta de entrada, tanto para os usuários de grupos prioritários (portadores de agravos ou recortados a partir de ciclos de vida), quanto para os usuários que por alguma razão necessitem de cuidados de saúde, abordando-se cada uma dessas situações segundo as especificidades de suas dinâmicas e tempos (BRASIL, 2011b). O acolhimento está intimamente relacionado com o acesso. Alguns autores, porém, pontuam uma distinção entre acesso e acessibilidade. A questão do acesso à saúde envolve aspectos que extrapolam a assistência.

O Acolhimento é uma forma de se relacionar com os usuários por meio de diálogo, com uma postura que pressupõe atitude da equipe de comprometimento em receber, escutar e tratar de forma humanizada os usuários e suas respectivas necessidades e entende, também, que o acolhimento não é necessariamente uma atividade, mas a essência de toda atividade assistencial tomando como base a busca pelo reconhecimento das necessidades de saúde do indivíduo e formas de satisfazê-lo através de encaminhamentos, deslocamentos e trânsitos pela rede assistencial (TEIXEIRA, 2003; SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2004; TAKEMOTO; SILVA, 2007).

O acolhimento é um instrumento capaz de qualificar a escuta dos usuários, de contribuir com a identificação dos problemas e de reorganizar o processo de trabalho centrado no usuário (FRACOLLI; ZOBOLI, 2004; SOLLA, 2005; ANDRADE;

FRANCO; FERREIRA, 2007). É um recurso destinado a apoiar a qualificação do sistema de saúde, pois possibilita ao usuário o acesso a um cuidado justo, ampliado e integral a partir do reconhecimento de que esse acesso é um direito humano fundamental (BARALDI; SOUTO, 2011).

Um dos pilares do acolhimento seria o vínculo estabelecido por meio da diretriz, criar vínculos, segundo Merhy (1994, p.118) “implica ter relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento do outro, sentindo-se responsável pela vida e morte do paciente, possibilitando uma intervenção que não seja burocrática e nem interpessoal”.

O acolhimento como uma tecnologia de cuidado diz respeito principalmente às tecnologias leves, marcadas pelas relações entre trabalhadores e usuários, nos modos de escuta e estabelecimento de vínculos. Pode-se dizer, ainda, que o acolhimento é composto no estabelecimento de relações de aproximação entre pessoas de modo humanizado, num certo posicionamento ético situacional (BRASIL, 2011b).

Deve ser realizado em todos os âmbitos do atendimento de saúde e durante todo o tempo de permanência do usuário no serviço. Deve estabelecer uma ligação concreta e de confiança entre o usuário ou potencial usuário e com a equipe ou profissional, assim como para a efetivação do acolhimento é necessário que haja uma postura adequada de escuta qualificada e conhecimento do serviço local e do serviço referenciado, sendo indispensável para atender aos princípios orientadores do SUS (BRASIL, 2003).

O acolhimento, então, diz respeito à escuta dos problemas do usuário, de forma qualificada, dando-lhe, quando possível, uma resposta positiva e responsabilizando-se pela resolução do seu problema. O profissional deve estar ciente do caráter voltado para a responsabilidade e para a resolutividade do caso em questão, pois isso compreende a base do acolhimento (BRASIL, 2006a). Portanto, acolher e vincular produz responsabilização e otimização tecnológica, as quais impactam nos processos de produção da saúde, sendo capaz de intervir de forma positiva sobre os problemas da população.

O acolhimento, ainda, resgata alguns aspectos das abordagens, como a solidariedade, a humanização, o respeito para com o outro, o estabelecimento de vínculo, o acesso aos serviços considerando-se a acessibilidade, a organização dos serviços, responsabilização e resolutividade e encoraja a arriscar novos caminhos

na busca de plasticidade, ou seja, buscar novas formas de lidar com o não previsto. Além disso, pode facilitar a continuidade e redefinição dos projetos terapêuticos dos usuários, sobretudo quando eles procuram a unidade de saúde fora das consultas ou atividades agendadas (BRASIL, 2011d).

Trata-se de um processo contínuo e não apenas uma etapa do atendimento. Possui em enorme potencial como um dispositivo facilitador da acessibilidade, ressaltando a integralidade. Baseado nele pode-se questionar o processo de trabalho. Deve ser visto, portanto, como uma ferramenta capaz de atender aos princípios e diretrizes estabelecidos pelos SUS (SOUZA *et al.*, 2008; SHNEIDER *et al.*, 2008). Sendo assim, identifica-se a necessidade de qualificar os profissionais para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar e negociar.

Porém, para que seja garantido o acesso por meio do acolhimento, com base nos princípios que norteiam o atendimento a todos os usuários que buscam os serviços de saúde, é necessário reorganizar o processo de trabalho, para que seja desenvolvido por uma equipe multiprofissional, e também, qualificar a relação entre trabalhador e usuário (FRANCO, MERHY, 2005).

Segundo estudo de Hennington (2005), o acolhimento reduz a fragmentação dos atendimentos prestados, evitando as filas de espera, através do reflexo de resolver o problema, buscando resgatar princípios fundamentais do SUS. Segundo Franco e cols. (1999), o acolhimento se associa nesses princípios pela ótica da inclusão social e tem nesse um arsenal potente originando-se no pressuposto da reorganização dos serviços de saúde, a partir do processo de trabalho.

É possível, pelo acolhimento, potencializar a organização e o direcionamento da assistência de forma a otimizar os recursos existentes, valorizando os colaboradores em sua individualidade, pois o acolhimento pode e deve ser praticado por todos, e para que seja alcançado esse objetivo, ele descentraliza as ações e aprecia a autonomia dos sujeitos.

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

A demanda dos serviços de saúde quando é centralizada somente na prática tecno-assistencialista, ou seja, somente na realização de procedimentos e consultas, acaba gerando um desconforto no fluxo de atendimento, com filas em frente às unidades buscando o atendimento médico e a fragmentação no processo de trabalho, trazendo prejuízos ao atendimento às necessidades do usuário (ANDRADE; FRANCO; FERREIRA, 2007).

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

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

Em estudo realizado na Bahia por Andrade e cols. (2007) foi identificada uma excessiva demanda espontânea por atendimento médico, a qual disparou a necessidade de propor mudanças nos processos de trabalho. O Acolhimento foi identificado como a ferramenta que poderia viabilizar a reorganização do fluxo de entrada na unidade, reestruturando o processo de trabalho de forma a estreitar o vínculo entre profissional e usuário através de escuta qualificada, responsabilização, compromisso com a resolutividade e trabalho multiprofissional. Os resultados demonstraram que por meio do acolhimento, foi possível resolver o problema de 9,5% dos usuários e o restante (90,5%) tiveram algum tipo de encaminhamento, indicando uma mudança significativa na acessibilidade dos usuários, maior integração da equipe e melhor percepção do usuário pela equipe.

Em pesquisa realizada diante da percepção de usuários e profissionais (FALK *et al.*, 2010) sobre o acolhimento foi observado que 39,1% dos usuários buscam a atenção no atendimento, seguido de 14,3% que se voltam para a resolutividade, 13,5% para a rapidez e 12% buscam a consulta. Como elementos indispensáveis para o acolhimento foi evidenciado que 55,7% consideram como fator importante o encaminhamento a outros profissionais, seguidos da resolutividade (28,4%), da rapidez (11,4%) e da atenção (4,5%). Para os profissionais, o fator mais importante foi a resolutividade (63,6%).

Em contrapartida, existem entraves operacionais e dinâmicos que dificultam a implantação do acolhimento, tais como dificuldade de encarar mudanças e redirecionar a prática rumo à construção do novo (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999; FRACOLLI; ZOBOLI, 2004), baixa inserção dos profissionais médicos (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999; BARALDI; SOUTO, 2011), sobrecarga de trabalho dos profissionais pelo aumento da demanda de atendimento, ausência de aproveitamento epidemiológico dos dados relativos ao acolhimento (BARALDI; SOUTO, 2011), dificuldade no estabelecimento de escutas ampliadas fazendo com que o atendimento seja focalizado nas queixas e, portanto, a intervenção realizada deve ser pontual, pouco resolutiva e não construtora de vínculo (FRACOLLI; ZOBOLI, 2004).

Pode-se observar também que existe falta de preparo dos profissionais para lidar com questões complexas, assim como a educação em serviço é muito teórica e desarticulada das necessidades reais e há dificuldades na realização de trabalhos interdisciplinares (VIEIRA DOS SANTOS; SANTOS, 2011).

A prática do acolhimento realizada pelos serviços ainda está centrada no atendimento da demanda espontânea e configura-se, segundo Takemoto e Silva (2007), mais como um serviço de pronto-atendimento para as queixas agudas do que como um fator desencadeante de transformações no processo de trabalho ou da construção de relações entre profissionais e usuários.

Espera-se que a partir da ampliação do acesso, haja diminuição das filas e aumento do respeito pela dor e dificuldade dos usuários, entretanto, ainda pode-se observar que o acolhimento não favorece suficientemente a melhoria assistencial, conforme se espera (CABRAL *et al.*, 2012).

Uma maneira de aumentar a autonomia dos profissionais não médicos e melhorar a qualidade e resolubilidade da assistência é a implementação de protocolos de atendimento das queixas mais comuns, por meio de ações normatizadas, com respaldos técnico e legal e autonomia para atuar sobre determinadas situações no processo de cuidado, como o exercício pleno do “saber fazer” no momento do procedimento assistencial (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999; BARALDI; SOUTO, 2011). Importante ressaltar a necessidade de ações de educação permanente, supervisão e apoio institucional a fim de que o trabalho seja qualificado de forma inequívoca (TAKEMOTO; SILVA, 2007).

De maneira geral, os estudos acerca do Acolhimento demonstram que é irrefutável que o processo de acolhimento se constitui em instrumento robusto para o fortalecimento da APS, através da organização dos processos de trabalho, fortificação do vínculo e melhoria do acesso (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999; RAMOS; LIMA, 2003; FRACOLLI; ZOBOLI, 2004; SOLLA, 2005; TAKEMOTO; SILVA, 2007; ANDRADE; FRANCO; FERREIRA, 2007; FALK *et al.*, 2010; BARALDI; SOUTO, 2011; VIEIRA DOS SANTOS; SANTOS, 2011; CABRAL *et al.*, 2012).

Nesse sentido, quando falamos do acolhimento como atitude e tecnologia de cuidado, como mecanismo de ampliação do acesso e como dispositivo de (re) organização do processo de trabalho, principalmente em termos de vinculação e responsabilização, cabe dizer que não existe uma única e melhor forma de acolher a demanda espontânea para todos os contextos, *a priori*.

As mudanças precisam ser pautadas em parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde, estabelecendo-se uma relação humanizada onde aquele que acolhe sinta-se também acolhido. Nesse processo, tanto profissionais quanto usuários precisam compreender que é necessário efetivar uma mudança no atendimento em saúde priorizando o acolhimento, afinal, o ato de acolher é o grande precipitador das relações de cuidado (SCHNEIDER *et al.*, 2008).

Dessa forma, esse estudo se propõe a analisar o acolhimento no cotidiano dos serviços de APS no país, a partir dos dados coletados junto aos profissionais e usuários durante a Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). A identificação do grau de acolhimento dos serviços avaliados, considerando o cenário heterogêneo que caracteriza a ESF, permitirá a produção de conhecimentos consistentes sobre o acolhimento e qualidade da atenção.

Terá uma contribuição para a elucidação de evidências sobre a real efetividade de tais serviços, com inferência sobre a definição das políticas públicas, as quais servirão de referencial teórico e nortearão as decisões relativas à Atenção Básica, findando em ações mais resolutivas para toda a sociedade.

Na produção do conhecimento tecnológico, essa pesquisa desempenhará um importante papel ao apresentar mecanismos de avaliação e monitoramento da organização e do desempenho do sistema de serviços de saúde, utilizando uma ferramenta que possibilita a realização de pesquisas com rigor metodológico e

qualidade, e que pode ser utilizada, também, como instrumento de avaliação e monitoramento da qualidade da APS pelas equipes e gestores da ESF.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Analisar o acolhimento ao usuário nos serviços de Atenção Básica que aderiram ao PMAQ-AB/2012.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Realizar uma revisão de literatura acerca do conhecimento produzido sobre o acolhimento na Atenção Primária à Saúde;
- Identificar a presença do acolhimento na perspectiva dos profissionais de saúde;
- Caracterizar o acolhimento na Atenção Básica sob a perspectiva dos profissionais;

## **4. MATERIAL E MÉTODO**

### **4.1 Tipo de Pesquisa**

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, analítico e exploratório. A pesquisa foi delineada por meio de análise de dados secundários provenientes do primeiro ciclo da fase de Avaliação Externa do PMAQ-AB/2012.

### **4.2 Fonte dos Dados**

Foram utilizados os dados provenientes da Avaliação Externa do 1<sup>o</sup> ciclo do PMAQ-AB, os quais foram disponibilizados pela equipe que coordenou a Avaliação Externa do PMAQ-AB nos estados do Mato Grosso do Sul e Mato Grosso.

Tais dados foram coletados por meio de entrevistas *in loco* junto a profissionais e usuários das equipes de AB que aderiram ao 1<sup>o</sup> ciclo do PMAQ-AB.

### **4.3 Detalhamento da Avaliação Externa do PMAQ-AB**

A fase de Avaliação Externa foi realizada por Instituições de Ensino e Pesquisa do país, coordenada pelo Ministério da Saúde e ocorreu durante o ano de 2012.

Um total de 17.202 equipes de AB foram avaliadas no 1<sup>o</sup> ciclo PMAQ-AB. A adesão das equipes se deu de forma voluntária, porém um dos critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, por questões organizacionais, era que no máximo 50% das equipes de APS de cada município poderiam aderir nesta primeira fase.

A avaliação se deu por meio de visitas *in loco* dos avaliadores, que foram previamente treinados pelas Instituições de Ensino responsáveis pela pesquisa em cada região do país. O instrumento de avaliação foi aplicado por meio de um aplicativo instalado em *tablets*, onde os dados foram registrados, armazenados e posteriormente enviados ao Ministério da Saúde a fim de serem validados e encaminhados às Instituições de Ensino e Pesquisa parceiras do Ministério da Saúde no PMAQ. O instrumento é composto por três módulos, que têm por objetivo avaliar questões de infraestrutura das unidades e análise documental, entrevistas com os profissionais de saúde e com usuários.

As variáveis selecionadas para este estudo foram aquelas compostas pelas perguntas relacionadas ao Acolhimento à demanda espontânea, dentre o módulo destinado a entrevistas com os profissionais (Módulo II). Do Módulo II do instrumento de Avaliação Externa foram analisados os dados referentes à implantação e realização do acolhimento à demanda espontânea. O bloco de questões analisadas aborda o processo de implantação do acolhimento na equipe, período e frequência que acontece, profissionais que participam, ações desencadeadas, resolubilidade, tempo de espera e de agendamento de consultas, avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários. Foram selecionadas 14 questões para análise e discussão (itens 15.1 a 15.5, 15.8 a 15.19 – Anexo 1).

#### **4.4 Os participantes da Avaliação Externa**

Os dados secundários analisados foram provenientes da totalidade das respostas dos profissionais das equipes participantes do primeiro ciclo do PMAQ (17.202), o qual compõem o Módulo II. Um profissional de cada equipe foi destinado para responder às questões deste módulo.

#### **4.5 Análise dos Dados**

Foram analisadas as respostas das avaliações de todas as unidades de AB que realizaram a Avaliação Externa no 1<sup>o</sup> ciclo do PMAQ referentes aos itens selecionados dos Módulos II do Instrumento de Avaliação Externa (Anexo 1).

Foi realizada análise descritiva dos dados, com representação tabular constando de frequência absoluta e relativa e agrupada por regiões geográficas do Brasil. Foi realizado o Teste Qui quadrado para verificar se existe diferença significativa entre as regiões ( $p < 0,05$  significativo).

Adicionalmente, foi aplicado o teste de Qui Quadrado com correção de Bonferroni ( $p < 0,005$  significativo) a fim de comparar proporções entre as cinco regiões geográficas do país, usando duas categorias em cada questão: a categoria estabelecida como referência e as comparações com todas as demais categorias possíveis de serem respondidas em cada questão.

#### **4.6 Aspectos éticos**

Considerando-se que os dados ainda não eram de domínio público, foi solicitado à Coordenação do PMAQ no Estado do Mato Grosso do Sul a disponibilização dos dados e autorização para utilizá-los (Apêndice A). Na sequência, o protocolo de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, sob o parecer nº 773.395 (Anexo 2).

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados do estudo estão apresentados em forma de 2 artigos.

O artigo 1: *Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa*, atendeu ao objetivo específico de revisão de literatura acerca do conhecimento produzido sobre o acolhimento na APS. Foi publicado na revista *Saúde em Debate*, v.39, n.105, p. 514-524, abr.-jun., de 2015, com Qualis Capes B2

O artigo 2, *Caracterização do acolhimento realizado pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde no Brasil*, atendeu aos objetivos específicos de identificar e caracterizar o acolhimento na perspectiva dos profissionais da Atenção Básica. Foi produzido conforme orientações da *Revista Physis: Revista de Saúde Coletiva* e aguardando parecer.

## 5.1 Artigo 1

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

### **Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa**

*Reception in Primary Health Care: an integrative review*

Larissa Rachel Palhares Coutinho<sup>1</sup>, Ana Rita Barbieri<sup>2</sup>, Mara Lisiane de Moraes dos Santos<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS) – Campo Grande (MS), Brasil.  
larissarachel@gmail.com

<sup>2</sup> Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS) – Campo Grande (MS), Brasil.  
ana.barbieri@ufms.br

<sup>3</sup> Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS) – Campo Grande (MS), Brasil.  
maralisi@globo.com

**RESUMO:** O presente estudo tem por objetivo analisar o conhecimento produzido sobre o acolhimento na Atenção Primária à Saúde, nos últimos oito anos. Trata-se de uma revisão integrativa, relacionada também ao acolhimento no âmbito da Estratégia Saúde da Família. Pode-se afirmar que o processo de acolhimento ainda não está totalmente sistematizado nos modelos de atenção à saúde, podendo ser esta uma justificativa para as dificuldades apresentadas tanto por profissionais quanto por usuários. São necessários estudos com novas abordagens ou estratégias para a sistematização do acolhimento nas unidades de Atenção Primária à Saúde, e verificar se estas têm realmente impacto na qualidade dos serviços e na satisfação dos usuários.

**PALAVRAS-CHAVE:** Acolhimento; Atenção à Saúde; Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família.

**ABSTRACT:** *The present study aims to analyze the knowledge produced about the reception in the Primary Health Care, in the last eight years. It is about an integrative review, also related to the reception within the Family Health Strategy. It can be stated that the reception process is not yet fully systematized in the models of health care, and this may be a justification for the difficulties presented by both professionals and users. There are necessary studies with new approaches or strategies for the systematizing of the reception in units of Primary Health Care, and verify if these actually have an impact on the quality of services and in the users satisfaction.*

**KEYWORDS:** *User Embracement; Health Care (Public Health); Primary Health Care, Family Health Strategy.*

## Introdução

Um dos eixos marcantes a respeito dos cuidados primários em saúde surgiu em 1978 com a Declaração de Alma Ata, na qual os cuidados primários foram situados como estratégia principal do sistema de saúde de um país (WHO, 2008). A atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho dos demais níveis de atenção à saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, a manutenção e a melhora da saúde (STARFIELD, 2002).

Tanto em países desenvolvidos quanto em menos desenvolvidos, é unanimidade que a Atenção Primária à Saúde (APS) seja o modelo-chave de um sistema de saúde eficaz (OPAS, 2007). Quando os sistemas de saúde de um país estão organizados com base na APS, apresentam melhores possibilidades de desempenho, devido principalmente à acessibilidade, à integralidade e à própria organização e otimização dos recursos (LIMA, 2011), além de apresentarem melhores resultados em indicadores de saúde, como redução da mortalidade, diminuição dos custos da atenção, maior acesso aos serviços, redução das internações e atendimentos de urgência (MENDES, 2013).

No Brasil, o termo utilizado como equivalente à APS é a Atenção Básica (AB). Estes termos são associados às noções de vinculação e responsabilização, acessibilidade, atenção abrangente e integral, resolutividade e protagonismo na gestão do cuidado (BRASIL, 2011).

O modelo utilizado no Brasil, orientado na APS, é a Estratégia Saúde da Família (ESF), que teve início em 1994 e foi idealizado, inicialmente, como uma ferramenta de extensão da cobertura assistencial. Atualmente, se configura como o maior programa assistencial no País e é considerado como um eixo estratégico reorganizador do Sistema Único de Saúde (SUS), carregando enorme potencial para estruturar de forma consistente a APS no Brasil. Tem sido apontado, por sua extensão e cobertura, como um modelo a ser seguido (ABRAHÃO, 2007; MENDES, 2013).

O Ministério da Saúde tem lançado mão de estratégias para adequar os conhecimentos às novas propostas de estruturação da atenção primária. Dentre elas, destaca-se a Política Nacional de Humanização (PNH). Esta política atua a partir de orientações éticas, clínicas e políticas, que se traduzem em determinados

arranjos de trabalho. Dentre as estratégias que norteiam esta política, evidencia-se o acolhimento (BRASIL, 2006).

O acolhimento surgiu a partir das discussões sobre a reorientação da atenção à saúde, sendo elemento fundamental para a reorganização da assistência em diversos serviços de saúde, direcionando a modificação do modelo tecno-assistencial. É um dispositivo que está inserido na Política de Humanização do Ministério da Saúde (HumanizaSUS), e que vai além da recepção ao usuário, pois considera toda a situação da atenção a partir da entrada deste no sistema. Acolher significa humanizar o atendimento (HENNINGTON, 2005).

O acolhimento possibilita uma reflexão acerca dos processos de trabalho em saúde, pois estabelece uma relação concreta e de confiança entre o usuário e o profissional ou a equipe, estando diretamente orientado pelos princípios do SUS (BRASIL, 2010), podendo atender às demandas da sociedade e estabelecer relação com os outros serviços de saúde, de maneira regionalizada e hierarquizada. É um recurso destinado a apoiar a qualificação do sistema de saúde, pois possibilita ao usuário o acesso a um cuidado justo, ampliado e integral, a partir do reconhecimento de que esse acesso é um direito humano fundamental (CARVALHO *et al.*, 2008; BARALDI; SOUTO, 2011).

O acolhimento facilita, dinamiza e organiza o trabalho de forma a auxiliar os profissionais a atingirem as metas dos programas, a melhorarem o trabalho e executarem um bom atendimento, predispondo a resolutividade do problema (CARDOSO *et al.*, 2009).

Aponta-se o acolhimento como diretriz operacional fundamental do modelo assistencial proposto pelo SUS, a fim de garantir não só a acessibilidade universal, mas também a qualificação das relações, na qual escuta e atenção às necessidades são fundamentais ao processo para que o serviço ofereça uma resposta resolutiva às demandas dos usuários (BREHMER; VERDI, 2010).

O acolhimento é um mecanismo primordial para a APS, entretanto, somente recebeu destaque nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família em um passado relativamente recente. Assim, são necessários estudos avaliativos sobre a incorporação do acolhimento nos serviços de APS. E é diante desse contexto que o presente estudo propõe, como objetivo, a análise do conhecimento produzido sobre o acolhimento na APS nos últimos oito anos.

## Métodos

Trata-se de uma revisão integrativa, relacionada ao acolhimento nos âmbitos da APS e da ESF. Optou-se por esta modalidade de pesquisa por se tratar de uma ferramenta que proporciona uma síntese do conhecimento já produzido e fornece subsídios para a melhoria da assistência à saúde (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para a elaboração deste estudo, foram seguidas as seguintes etapas: (1) identificação do tema e elaboração da questão norteadora; (2) busca ou amostragem na literatura; (3) coleta de dados; (4) análise crítica dos estudos incluídos; (5) interpretação dos resultados; e (6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Para a primeira etapa, estabeleceu-se a seguinte questão norteadora: Como está a construção do conhecimento sobre o acolhimento na APS e na ESF?

Realizou-se uma busca na literatura científica, utilizando-se dos seguintes critérios de inclusão: textos completos, com livre acesso a bases de dados nos idiomas português, inglês e/ou espanhol, publicados entre janeiro de 2007 e maio de 2014; e estudos que abordem acolhimento na atenção primária e saúde da família. Optou-se por esta faixa temporal por ter-se identificado que as principais publicações sobre acolhimento ocorreram a partir de 2006, após a 'normatização' da HumanizaSUS.

Foram utilizadas as seguintes bases de dados nacionais e internacionais: a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); a Bibliografia Brasileira de Enfermagem (BDENF); e a biblioteca eletrônica *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO). Não foram incluídos editoriais, teses, dissertações e/ou estudos que não abordam temática relevante ao alcance do objetivo da revisão.

Para a seleção dos artigos foram utilizados os indexadores contidos dos Descritores em Ciências da Saúde (DECS), contemplando os seguintes termos, nos idiomas português, inglês e espanhol: Acolhimento; Atenção à Saúde; Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família.

Os dados coletados foram organizados e agrupados nas categorias temáticas que configuram o escopo central deste estudo. Para a análise dos dados foi realizado o cálculo de frequência simples, a fim de descrever a caracterização dos

artigos encontrados. Após esta etapa, foram realizadas a leitura crítica e a discussão dos artigos selecionados.

## Resultados e discussão

A busca resultou em 115 artigos e, a partir da análise crítica dos resumos, foram selecionados 30 artigos que atendiam aos objetivos propostos. A maioria das publicações se deu entre 2008 e 2010; nota-se o baixo índice de publicação sobre o tema nos dois últimos anos, conforme evidencia a *Tabela 1*.

Tabela 1. Distribuição dos artigos sobre acolhimento na Atenção Primária à Saúde publicados entre 2007 e 2014, em base de dados (n=30)

Ano	Nº	%
2007	03	10,0
2008	06	20,0
2009	06	20,0
2010	06	20,0
2011	04	13,4
2012	03	10,0
2013	01	3,3
2014	01	3,3

Fonte: Elaboração própria

Quanto ao tipo de estudo, 24 eram de natureza qualitativa (80%) e 6 de caráter quantitativo (20%).

Após leitura crítica e sistematização dos dados, puderam-se evidenciar três grupos de discussão: Processo de implantação do acolhimento; Acolhimento sob a ótica dos profissionais; e Acolhimento sob a ótica dos usuários.

### Processo de implantação do acolhimento

Para este tópico, foram avaliados 14 artigos (42%), onde foram discutidos aspectos referentes ao processo de implantação do acolhimento, em suas diretrizes conceituais e técnicas.

Houve duas abordagens nos textos avaliados: experiências bem-sucedidas quanto à implantação do acolhimento; e avaliações onde houve incongruências sobre como o acolhimento é compreendido e realizado. Podem-se observar dois modelos de atenção à saúde a partir do acolhimento: o primeiro, que é mais pontual e baseado na demanda espontânea, e respeita a ordem de chegada; e o segundo, baseado em um cuidado integral, longitudinal e interprofissional.

O acolhimento é compreendido como método de escuta qualificada, de forma a oferecer respostas, porém, alguns estudos demonstraram que, na prática, o acolhimento se restringe a atendimentos pontuais e a ações de atendimento às urgências (TAKEMOTO; SILVA, 2007; OLIVEIRA; TUNIN; SILVA, 2008; BREHMER; VERDI, 2010). Observa-se, então, limitação do acesso e atenção centrada na queixa-conduta.

Em contrapartida, no estudo de Cardoso *et al.* (2009), o acolhimento não foi vivenciado em momentos específicos do processo de trabalho, mas vivido integralmente no contexto das diferentes intervenções. Nota-se uma ambiguidade nos diferentes modelos organizacionais de operacionalização do acolhimento nas unidades de atenção primária.

Quanto aos lugares onde era feito o acolhimento, foi referido que se tratavam de diferentes espaços, tais como: recepção; sala de espera, de atendimento ou de vacina; locais de consulta de enfermagem; almoxarifado; portas de entrada da unidade; ou, ainda, nos ambientes de atividades extramuros e/ou visitas domiciliares (CARDOSO *et al.*, 2009). Esta questão de ambiência das unidades está pautada nas diretrizes da PNH.

A visita domiciliar foi mencionada como um dispositivo de acolhimento que propicia, entre outros aspectos, um melhor conhecimento dos usuários e sua inserção na comunidade, facilitando o vínculo (SANTOS *et al.*, 2013) e explicitando a importância da visita domiciliar no processo de acolhimento.

Como obstáculos para a realização do acolhimento nos serviços, destacaram-se: limites estruturais, elencados pela própria estrutura física inadequada das unidades e pela escassez de profissionais; algumas questões éticas, como falta de privacidade e sigilo nas interações profissional-usuário; e falta de postura de escuta e comprometimento. O acolhimento é reprimido pela ausência de condições básicas de recebimento dos usuários, desrespeitando o seu bem privado e as suas

necessidades individuais (MATUMOTO *et al.* 2009; BREHMER; VERDI, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2010).

Brehmer e Verdi (2010) ainda relacionam que a (des)organização do número de profissionais apresenta um reflexo negativo, tanto para os usuários – que não recebem um atendimento de real efeito, quanto para os trabalhadores, pois a exaustão, o cansaço e a incapacidade de atender a todos com o mesmo critério de qualidade causam a insatisfação de ambos os atores envolvidos no processo do acolhimento. Os sujeitos envolvidos na prática necessitam de respaldo para sua boa atuação.

Em estudo realizado em Salvador (BA), foram identificadas estratégias para a melhoria da acessibilidade e da humanização do acolhimento: implantação de sistemas de marcação de consulta (marcação permanente, marcação de consulta por telefone, criação de listas de esperas); criação de equipes de acolhimento multiprofissional; avaliação de prioridades; orientação de fluxos; e educação permanente da equipe, com oficinas de sensibilização (VIEIRA-DA-SILVA *et al.* 2010).

Em estudo de Baraldi e Souto (2011), os resultados demonstraram que a grande quantidade de demanda não estava relacionada à falta de vagas, mas à desestruturação de um planejamento de ações. A concepção de que a formação das filas e o longo tempo de espera são características culturais da população tem sido contestada. Desta forma, fica evidente que, quando o serviço organiza estratégias para a facilitação do acesso do usuário com iniciativas criativas, é possível aumentar a satisfação destes, com conseqüente melhoria do cuidado prestado.

Baraldi e Souto *apud* Santana (2012) colocam que estratégias baseadas em tentativa e erro não são capazes de garantir a qualidade do serviço, tampouco proporcionar satisfação à clientela, ou harmonia e interação saudável entre os profissionais.

Estudos apontam que o acolhimento como um dispositivo de humanização tem a potencialidade de reduzir a demanda reprimida, oferecendo maior acesso aos serviços e responsabilizando toda a equipe pelo cuidado e pela satisfação do usuário. Além disso, permite desencadear um processo de mudança nas práticas de saúde (TAKEMOTO; SILVA, 2007; OLIVEIRA; TUNIN; SILVA, 2008; SCHOLZE; DUARTE-JUNIOR; SILVA, 2009; SANTANA *et al.*, 2012).

Ressalvas existem quanto a essa reordenação das práticas assistenciais, de modo que essa descentralização do sujeito médico como protagonista do cuidado ainda precise ser sensibilizada para os usuários que ainda não aceitam completamente o papel da equipe multidisciplinar. Se realizado de forma desestruturada, pode criar conflitos e dificultar os esforços de comunicação, em especial, pela desvalorização da sua atividade, com possível sobrecarga aos profissionais em ambientes onde não haja um preparo tecnológico para lidar com esses impasses. Isto, apesar de experiências positivas demonstrarem boa aceitação na interdisciplinaridade, estando em consonância com os objetivos do acolhimento e da PNH.

### **Percepção dos profissionais**

Foram selecionados, para esta discussão, 7 artigos (21%). Dentre os discursos mais abordados nos textos, destacam-se cinco temáticas relevantes: 'Significado e concepção dos profissionais'; 'Profissional que realiza o acolhimento'; 'Características e competências'; 'Fatores facilitadores para o acolhimento'; e 'Fatores que dificultam o acolhimento'.

Para os profissionais, o acolhimento significa uma prática de recepção do usuário, através de atitudes e comportamentos atenciosos; é dar uma atenção especial e levar em conta uma assistência integral e holística, de modo que exista uma responsabilização do cuidado, sendo pela resolubilidade dos problemas ou pelos encaminhamentos necessários.

Entretanto, ainda podem-se perceber falas de profissionais que acreditam que o acolhimento está relacionado à prática da triagem, na qual se seleciona, encaminha, direciona ou passa o usuário adiante, ou que também pode ser interpretada como uma forma de agilizar o processo de trabalho e possibilitar o acesso desse mesmo usuário (FREIRE *et al.*, 2008; JUNGES *et al.*, 2012).

Para Pinheiro e Oliveira (2011), essa percepção, por parte dos profissionais, causa um 'empobrecimento' do sentido mais amplo do que significa o acolhimento, ou seja, um dispositivo tecno-assistencial de organização do processo de trabalho.

Em estudo realizado com profissionais de unidades de saúde do Nordeste, estes relataram que o acolhimento se apresenta como um elemento importante e

tem contribuído para a organização do processo de trabalho e da demanda, e, apesar das dificuldades e dos entraves, foi capaz de produzir, na equipe, uma compreensão mais ampla das necessidades de saúde dos usuários, que transpõem o conceito saúde-doença (SOUZA *et al.*, 2008).

Estes conceitos dispostos pelos profissionais estão em conformidade com a PNH, onde o conceito de acolhimento está pautado na recepção do usuário, desde sua entrada no sistema, de forma a responsabilizar-se integralmente por ele, através de escuta qualificada, de forma que o indivíduo possa expressar suas queixas e preocupações (BRASIL, 2006). Propõe-se, ainda, a servir de elo entre a necessidade dos usuários e as várias possibilidades de cuidado (TESSER; POLINETO; CAMPOS, 2010). É um recurso destinado a apoiar a qualificação do sistema de saúde, pois possibilita ao usuário o acesso a um cuidado justo, ampliado e integral, a partir do reconhecimento de que esse acesso é um direito humano fundamental (BARALDI; SOUTO, 2011).

Por meio da análise dos periódicos selecionados, os principais profissionais citados no processo de acolhimento foram: auxiliar/técnico de enfermagem, gerente/gestor, enfermeiro, médico, cirurgião-dentista e outros profissionais não ligados à saúde.

Em estudo de Freire *et al.* (2008), os profissionais da enfermagem (auxiliares e enfermeiros) foram apontados como os profissionais mais bem preparados para realizar o acolhimento. A realização do acolhimento não deve estar restrita somente a um profissional de saúde. Toda a equipe deve estar envolvida no processo de acolher, pois todo profissional deve estabelecer uma relação com o usuário.

Em conformidade a este processo foram elencadas algumas características necessárias ou desejáveis para a prática dessa ação, tais como: capacidade de escuta; empatia; bom relacionamento com a população; paciência; e afetividade. Outro ponto evidenciado na análise diz respeito ao preparo técnico-científico que fundamenta a ação, bem como ao embasamento dos aspectos legais referentes ao exercício profissional, em que a equipe deve desempenhar as atribuições pertinentes à sua categoria profissional (FREIRE *et al.*, 2008).

Dentre os fatores que facilitam e dificultam a prática do acolhimento (*Quadro 1*), pode-se observar que foram apontados inúmeros entraves para a realização do acolhimento, na opinião dos profissionais. Para Oliveira, Tunin e Silva (2008), o acolhimento tem se constituído em um permanente desafio, repleto de tensões. Para

os autores, é necessário investir em formas de receber os diferentes modos através do quais o usuário busca ajuda, respeitando cada um, com suas especificidades e demandas.

Quadro 1. Fatores indicados como facilitadores e como dificultadores para a prática do acolhimento, sob a percepção dos profissionais

<b>Facilitadores</b>	
Receptividade da comunidade	FREIRE <i>et al.</i> , 2008
Espaços de conversação entre profissionais e usuários	CARDOSO <i>et al.</i> , 2009; CAVALCANTE FILHO <i>et al.</i> , 2009; PINHEIRO; OLIVEIRA, 2011
Maior visibilidade ao trabalho dos profissionais	CAVALCANTE FILHO <i>et al.</i> , 2009
<b>Dificultadores</b>	
Falta de espaço físico adequado	FREIRE <i>et al.</i> , 2008; NERY <i>et al.</i> , 2009; MATUMOTO <i>et al.</i> , 2009; BREHMER; VERDI, 2010; DAMASCENO <i>et al.</i> , 2012
Falta de privacidade	FREIRE <i>et al.</i> , 2008; NERY <i>et al.</i> , 2009; MATUMOTO <i>et al.</i> , 2009; BREHMER; VERDI, 2010; DAMASCENO <i>et al.</i> , 2012
Não aceitação do acolhimento/Resistência dos usuários	FREIRE <i>et al.</i> , 2008; JUNGES <i>et al.</i> , 2012
Falta de valorização e reconhecimento	PINAFO; LIMA; BADUY, 2008; NERY <i>et al.</i> , 2009
Conciliação das atividades da unidade com atividades externas (visita domiciliar)	NERY <i>et al.</i> , 2009; PINHEIRO; OLIVEIRA, 2011
Falta de funcionários de outras áreas para apoio	NERY <i>et al.</i> , 2009
Falta de profissionais	NERY <i>et al.</i> , 2009; BREHMER; VERDI, 2010; OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2010
Sobrecarga de trabalho	NERY <i>et al.</i> , 2009; PINHEIRO; OLIVEIRA, 2011
Organização das reuniões de avaliação das ações das equipes	NERY <i>et al.</i> , 2009
Falta de preparo dos profissionais	OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2010
Pressão da demanda, que gera um tempo reduzido para o atendimento	NERY <i>et al.</i> , 2009; COELHO; JORGE, 2009
Atividades burocráticas	PINAFO; LIMA; BADUY, 2008; MATUMOTO <i>et al.</i> , 2009
Infraestrutura e falta de recursos	PINHEIRO; OLIVEIRA, 2011; COELHO; JORGE, 2009
Falta de limpeza	MATUMOTO <i>et al.</i> , 2009
Sensação de impotência	JUNGES <i>et al.</i> , 2012
Falta de comunicação	COELHO; JORGE, 2009

Fonte: Elaboração própria

## Percepção dos usuários

A partir da análise de 9 artigos (27%), puderam-se sistematizar três temáticas predominantes, nas falas dos usuários: ‘Conhecimento sobre o acolhimento’; ‘Percepção/sentimento’; e ‘Acessibilidade no acolhimento’.

Através da análise das percepções dos usuários pode-se constatar que estes relacionam o acolhimento à boa receptividade (bom atendimento) pela equipe, ao direcionamento para consultas médicas, ao fornecimento de medicamentos, à resolução dos problemas de saúde, à triagem (avaliação de sinais vitais e classificação de prioridades) e, ainda, relacionam o acolhimento ao atendimento executado pelo profissional médico ou enfermeiro.

Em pesquisa produzida por Santana *et al.* (2012), observou-se que a percepção do usuário sobre o que seria o acolhimento estava relacionada ao nível de instrução e aos aspectos sociais e culturais dos usuários, bem como às suas expectativas quanto a serem atendidos e terem seus problemas resolvidos.

Quanto ao sentimento/percepção dos usuários sobre o acolhimento, o que pôde ser encontrado foram atributos que ocasionavam satisfação ou insatisfação (Quadro 2).

Quadro 2. Sentimentos/Percepções dos usuários que ocasionam satisfação e insatisfação quanto ao acolhimento

<b>Satisfação</b>	
Bom atendimento	PINAFO; LIMA; BADUY, 2008; MACEDO; TEIXEIRA; DAHER, 2011; SANTANA <i>et al.</i> , 2012
Escuta às queixas	COELHO; JORGE; ARAUJO, 2009; SANTANA <i>et al.</i> , 2012
Presença de instrumentos que favorecem o atendimento	LIMA <i>et al.</i> , 2007; COELHO; JORGE; ARAUJO, 2009
Ambiência	PINAFO; LIMA; BADUY, 2008; COELHO; JORGE; ARAUJO, 2009
Responsabilização e comprometimento dos profissionais	PINAFO; LIMA; BADUY, 2008
Resolução dos problemas	MARTHA <i>et al.</i> , 2011
<b>Insatisfação</b>	
Falta do profissional médico	SANTANA <i>et al.</i> , 2012
Filas e longa espera	LIMA <i>et al.</i> , 2007; MARTHA <i>et al.</i> , 2011; SANTANA <i>et al.</i> , 2012

Falta de recursos materiais e humanos	SANTANA <i>et al.</i> , 2012; MARTHA <i>et al.</i> , 2011
Estrutura física inadequada	COELHO; JORGE; ARAUJO, 2009; MARTHA <i>et al.</i> , 2011
Morosidade na marcação e no resultado de exames	SANTANA <i>et al.</i> , 2012
Impessoalidade na relação entre profissional e usuário	COELHO; JORGE; ARAUJO, 2009
Dificuldade de acesso a atendimento especializado	PINAFO; LIMA; BADUY, 2008; COELHO; JORGE; ARAUJO, 2009; MARTHA <i>et al.</i> , 2011
Falta de privacidade	COELHO; JORGE; ARAUJO, 2009
Falta de preparo dos profissionais	COELHO; JORGE; ARAUJO, 2009
Falta de respeito	OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2008; MARTHA <i>et al.</i> , 2011

Fonte: Elaboração própria

Ao acolhimento, para Brehmer e Verdi (2010), é atribuído também o significado de acesso aos serviços de saúde, sendo considerado como a porta de entrada prioritária para o usuário.

Quanto à acessibilidade no acolhimento, pode-se observar que os usuários percebem o acesso como oferecimento de ações e serviços, recepção administrativa eficaz e estabelecimento de vínculo com os profissionais.

Savassi (2010) coloca que a percepção do acesso aos serviços de saúde está relacionada ao espaço geográfico, ou seja, se dá pela adscrição da clientela e a boa relação com os profissionais, que, por sua vez, estão relacionadas ao nível de satisfação da população com o serviço. A percepção do usuário e sua satisfação com o serviço interferirão na acessibilidade e na criação de vínculos, o que pode provocar dificuldades, para a equipe, de coordenar o cuidado, o que pode refletir na qualidade do serviço. Lima *et al.* (2007) reforçam este conceito, de que o vínculo, a resolutividade e o desempenho profissional estão relacionados ao acolhimento.

## Conclusões

Mediante o subsídio dos artigos analisados, pode-se afirmar que o processo de acolhimento ainda não está totalmente sistematizado nos modelos de atenção à saúde, podendo ser esta uma justificativa para as dificuldades apresentadas, tanto por profissionais quanto por usuários.

O acolhimento é um método designado para colaborar com a qualificação dos sistemas de saúde, de forma que possibilite ao usuário o acesso a um atendimento

justo e integral, por meio da multiprofissionalidade e da intersetorialidade. É uma ferramenta capaz de possibilitar que o SUS efetive seus princípios constitucionais.

Entretanto, ainda se faz necessário qualificar a maneira como vem sendo desenvolvido, pois, se trabalhado de forma desarticulada e de pontual, pode ser resumido a uma mera atividade de triagem e descaracterizado de sua principal função: a humanização. Sendo assim, não alcançaria seus propósitos, caso fosse implantado como medida isolada.

Pela análise dos textos, fica evidente que não existe uma uniformidade quanto à prática do acolhimento. Mesmo levando-se em consideração que cada serviço tem suas peculiaridades e individualidades, é necessária certa forma de organizar o serviço, que deverá ser pautado em normatizações e, principalmente, em incentivos à educação permanente. O serviço é que precisa se organizar para oferecer o acolhimento, e não o contrário.

Uma consideração quanto à percepção de profissionais e usuários é a de que os benefícios da prática acolhedora acabam ficando sem a devida relevância quando se observa que existem mais obstáculos para a realização dessa atividade do que pontos positivos e estimuladores da mesma. É evidente que ambientes desfavoráveis, e tantos outros pontos apontados nas análises são dificultadores, porém o ato de humanização ultrapassa as atividades rotineiras e deve ser encarado como algo intrínseco à prática profissional.

São necessários estudos com novas abordagens ou estratégias para a sistematização do acolhimento nas unidades de APS, ou ainda, é preciso que sejam divulgadas as experiências positivas na prática dos profissionais, e se estas têm realmente impacto na qualidade dos serviços e na satisfação dos usuários, entendendo que esta é a 'peça-chave' de toda a organização do serviço.

## Referências

ABRAHÃO, A. L. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde. *Informe-se em promoção da saúde*, Niterói, v. 3, n. 1, p. 1-3, 2007.

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. Cienc. Saúde*, Santo André, v. 36, n. 1, p. 10-17, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BREHMER, L. C. F.; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3569-3578, 2010.

CARDOSO, L. S. C. *et al.* Acolhimento no trabalho em saúde da família: um estudo qualitativo. *CuidArte Enfermagem*, Juiz de Fora, v. 3, n. 2, p. 149-155, 2009.

CARVALHO, C. A. P. *et al.* Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. *Arq. Cienc. Saúde*, São José do Rio Preto, v. 15, n. 2, p. 93-98, 2008.

CAVALCANTE FILHO, J. B. *et al.* Collective welcoming: a challenge instigating new ways of producing care. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 13, n. 31, p. 315-328, 2009.

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. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1523-1531, 2009.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B.; ARAUJO, M. E. O acesso por meio do acolhimento na Atenção Básica à Saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 33, n. 3, p. 440-452, 2009.

DAMASCENO, R. F. *et al.* O acolhimento no contexto da Estratégia Saúde da Família. *J Health Sci Inst*, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 37-40, 2012.

FREIRE, L. A. M. *et al.* O acolhimento sob a ótica de profissionais da equipe de Saúde da Família. *Reme*, Belo Horizonte, v. 12, n. 2, p. 271-277, 2008.

HENNINGTON, E. A. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, p. 256-265, 2005.

JUNGES, J. R. *et al.* O discurso dos profissionais sobre demanda e a humanização. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 686-697, 2012.

LIMA, A. S. *O trabalho da enfermeira na Atenção Básica: uma revisão sistemática.* 2011. 134p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

LIMA, M. A. D. S.; RAMOS, D. D.; ROSA, R. B.; NAUDERER, T. M.; DAVIS, R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. *Acta Paul Enferm*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 12-17, 2007.

MACEDO, C. A.; TEIXEIRA, E. R.; DAHER, D. V. Possibilidades e limites do acolhimento na percepção de usuários. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 457-462, 2011.

MARTHA, S. N. *et al.* Programa Saúde da Família sob a visão do usuário. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 159-177, 2011.

MATUMOTO, S. *et al.* Preparando a relação de atendimento: ferramenta par o acolhimento em unidades de saúde. *Rev. Latino-Am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 17, n. 6, p. 1001-1008, 2009.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa: métodos de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.

NERY, S.R. *et al.* Acolhimento no cotidiano dos auxiliares de enfermagem nas Unidades de Saúde da Família, Londrina (PR). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1411-1419, 2009.

OLIVEIRA, E. R. A. *et al.* Acolhimento em saúde e desafios em sua implementação: percepção do acadêmico de enfermagem. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, Vitória, v. 12, n. 2, p. 46-51, 2010.

OLIVEIRA, L. M. L.; TUNIN, A. S. M.; SILVA, F. C. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção em saúde. *Rev. APS*, Juiz de Fora, v. 11, n. 4, p. 362-37, 2008.

OLIVEIRA, A. *et al.* A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 12, n. 27, p. 749-762, 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da OPAS/OMS.* Washington, DC: OPAS, 2007.

PINAFO, E.; LIMA, J. V. C.; BADUY, R. S. Acolhimento: concepção dos auxiliares de enfermagem e percepção de usuários em uma unidade de saúde da família. *Revista Espaço para Saúde*, Londrina, v. 9, n. 2, p. 17-25, 2008.

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. 187-198, 2011.

SANTANA, J. C. *et al.* Acolhimento em um serviço da Atenção Básica à Saúde de Minas Gerais. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, São João del-Rei, v. 2, n. 2, p. 166-176, 2012.

SANTOS, S. A. S. *et al.* The domiciliary visit as a practice of reception in the medical program of Family/Niterói. *R. Pesq.: Cuid. Fundam. Online*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 3698-3705, 2013.

SAVASSI, L. C. M. A satisfação do usuário e a autopercepção da saúde em atenção primária [Editorial]. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 17, p. 3-5, 2010.

SCHOLZE, A. S.; DUARTE JUNIOR, C. F.; FLORES E SILVA, Y. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 13, n. 31, p. 303-14, 2009.

SOUZA, E. C. F. *et al.* Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s100-s110, 2008.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão Integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, São Paulo, v. 8, n. 1, pt. 1, p. 102-106, 2010.

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

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. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.331-340, jan/fev. 2007.

TESSER, C. D.; POLI-NETO, P.; CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3615-624, 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 Materno-Infant*, Recife, v. 10, supl. 1, p. s131-143, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *The World Health Report 2008: Primary Health Care now more than ever*. Geneva: WHO, 2008.

Recebido para publicação em julho de 2014  
Versão final em fevereiro de 2015  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

## 5.2 Artigo 2

### **Caracterização do acolhimento pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde no Brasil**

*Characterization of the reception of the professional of Primary Health Care in Brazil*

Larissa Rachel Palhares Coutinho

Laís Queiroz Moraes

Albert Schiaveto de Souza

Mara Lisiane de Moraes dos Santos

#### **RESUMO**

O acolhimento é uma estratégia importante para a reorganização do serviço de saúde. Estudos demonstram que o acolhimento tem sido incorporado aos processos de trabalho nas equipes de Atenção Básica ainda são limitados. Diante disso, o presente trabalho objetiva caracterizar o acolhimento realizado pelos profissionais das equipes de Atenção Básica que participaram do PMAQ-AB/2012. Foi realizado um estudo seccional analítico a partir dos dados secundários provenientes do primeiro ciclo da fase de Avaliação Externa do PMAQ. Foram estudadas 17.202 equipes do país. Foram selecionadas questões referentes ao acolhimento à demanda espontânea do módulo dos profissionais. Os resultados mostraram que o acolhimento está implantado em 80% das unidades. O enfermeiro e médico foram apontados como profissionais que mais participam do acolhimento. Em 27% das equipes foi referido que não é realizado atendimento de urgência e emergência; 87% realizam avaliação de risco e vulnerabilidade e 57% das equipes tiveram capacitação. Maior parte das ações desencadeadas pelo acolhimento está centrada no agendamento para consulta médica. Destacam-se as regiões Sul e Sudeste com os melhores resultados em vários indicadores analisados. Diante disso, os resultados demonstraram que as equipes de atenção primária ainda atuam de forma desarticulada e que não há uniformidade das ações entre as cinco regiões do país. Vê-se a necessidade de capacitação e motivação da equipe de saúde para a melhoria da qualidade da assistência prestada.

**Palavras-chave:** Acolhimento; Atenção à Saúde; Atenção Primária à Saúde; Avaliação em Saúde.

#### **ABSTRACT**

The reception is an important strategy for the reorganization of the health service. Researches show that it has been incorporated into the work processes in Primary Care teams but still in a limited way. Thus, this study aims to analyze the reception provided by the professionals of the Primary Care teams who participated in the PMAQ-AB / 2012. An analytical sectional study was conducted from secondary data from the first cycle of the External PMAQ evaluation phase. They studied 17.202 teams in the country. Questions related to the reception were selected from the spontaneous demand of the professional module. The results showed

that the reception is implemented in 80% of the units. The nurse and the doctor were identified as professionals who participate the most in this strategy. In 27% of the teams it was mentioned that there is not emergency care treatment; in 87% they perform risk and vulnerability evaluation, and 57% of the teams have had training. Most of the actions triggered by the "Acolhimento" focus on the schedule for medical consultation. The South and Southeast regions are highlighted with the best results in many indicators that were analyzed. Thus, the results showed that primary care teams still act in a disjointed way and that there is not harmony of action among the five regions of the country. So a need for training and motivation of the health staff to improve the quality of care is noticed.

**Keywords:** User embracement; Health Care; Primary Health Care; Health Evaluation.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) estão organizados por meio de políticas assistenciais pautadas nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre os diversos arranjos propostos pelo Ministério da Saúde, abordamos neste estudo àqueles referentes à Política Nacional de Humanização (PNH), a qual atua a partir de orientações éticas, clínicas e políticas, que se traduzem em determinados arranjos de trabalho. Dentre as estratégias que norteiam essa política evidencia-se o acolhimento (BRASIL, 2006).

Uma das formas de organizar o processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família seria pela institucionalização do Acolhimento nos serviços. Trata-se de um processo substancial para construção do cuidado integral, pois "amplia vínculos e melhora a compreensão sobre as necessidades dos usuários" (VIEIRA DO SANTOS; SANTOS, 2011).

O acolhimento é uma diretriz operacional imprescindível do modelo assistencial proposto pelo SUS, pois possibilita a reflexão e reorganização dos processos de trabalho em saúde, de forma que seja garantida a acessibilidade universal e a qualificação das relações entre profissionais e usuários com a finalidade de proporcionar uma escuta qualificada e resolutividade voltada às necessidades de quem busca os serviços de saúde (BRASIL, 2010; BREHMER; VERDI, 2010).

Há evidências de que o acolhimento promove um impacto nos processos de trabalho das equipes de atenção básica, pois é possível a reorganização do fluxo de entrada ao serviço, de forma a estreitar o vínculo entre profissional e usuário por meio da escuta qualificada, responsabilização, compromisso com a resolutividade e trabalho multiprofissional (ANDRADE; FRANCO; FERREIRA, 2007). Embora seja parte da PNH, estudos demonstram que a forma com que o acolhimento tem sido incorporado aos processos de trabalho nas equipes de Atenção Básica (AB) ainda são limitados e restritos às análises dos processos de trabalho de equipes de saúde isoladas.

No Brasil, na perspectiva da avaliação da qualidade da atenção prestada, o Ministério da Saúde vem propondo diversas iniciativas com base na indução, no monitoramento e na avaliação de processos e resultados mensuráveis a fim de induzir e garantir acesso e qualidade da atenção. Diante disso, o governo federal instituiu em 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), por meio da Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011 (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2011).

O PMAQ tem por objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica. O mesmo é composto por quatro fases que se complementam e que constituem um ciclo contínuo de melhoria, a saber: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização (BRASIL, 2012a).

No instrumento de coleta de dados empregado na fase da avaliação externa do PMAQ houve um módulo destinado a investigar junto aos profissionais como se dá o acolhimento nas equipes. Para este estudo foram analisadas as questões que compuseram o módulo II, respondidas por profissionais de saúde de 17.202 equipes de Atenção Básica de todo o Brasil os quais aderiram ao PMAQ no primeiro ciclo. Até o presente momento não foram identificados na literatura estudos referentes ao acolhimento da AB que proporcione um panorama nacional sobre o assunto. Assim, o objetivo do estudo foi caracterizar o acolhimento realizado pelas equipes de APS do Brasil participantes do PMAQ-AB/2012.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo transversal descritivo analítico que foi realizado a partir da análise dos dados secundários provenientes do primeiro ciclo da fase de Avaliação Externa do PMAQ, coordenado pelo Ministério da Saúde e com a participação de Instituições de Ensino Superior e Pesquisa do país.

No Brasil, há aproximadamente 33.000 equipes de saúde da família implantadas, segundo dados do Departamento de Atenção Básica. Dessas, 17.202 equipes aderiram ao primeiro ciclo do PMAQ, sendo que essas adesões se deram de forma voluntária, porém um dos critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, por questões organizacionais, foi de que no máximo 50% das equipes de atenção básica de cada município poderiam aderir ao primeiro ciclo do PMAQ (BRASIL, 2012a).

A avaliação se deu por meio de visitas *in loco* dos avaliadores, os quais foram previamente treinados pelas Instituições de Ensino colaboradoras em cada região. Os dados foram coletados e armazenados em *tablets*, por meio de um aplicativo com o instrumento de avaliação, testado e validado por pesquisadores das instituições participantes da Avaliação

Externa do PMAQ. Após a coleta, os dados foram registrados, armazenados e enviados ao Ministério da Saúde a fim de serem validados e encaminhados às Instituições de Ensino e Pesquisa parceiras.

O instrumento compôs-se por três módulos, sendo o primeiro destinado a avaliar questões de infraestrutura das unidades e processar a análise documental (Módulo I), o segundo destinado a entrevista com os profissionais, sendo um profissional de nível superior responsável por cada equipe (Módulo II), e o terceiro foi com entrevista com os usuários (Módulo III).

Para este estudo foram utilizados dados do Módulo II do instrumento de Avaliação Externa referentes à implantação e realização do acolhimento à demanda espontânea, oriundos dos profissionais que compunham as 17.202 equipes avaliadas no primeiro ciclo do programa. O bloco de questões analisadas aborda o processo de implantação do acolhimento na equipe, período e frequência que acontece, profissionais que participam, ações desencadeadas, resolubilidade, tempo de espera e de agendamento de consultas, avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários (BRASIL, 2012b). A amostra abarca a totalidade das respostas dos profissionais das equipes participantes do primeiro ciclo do PMAQ (17.202), agrupados segundo as regiões geográficas do Brasil.

Foram ainda selecionadas categorias de análise para o acolhimento, sendo: (a) Processo de implantação do acolhimento; (b) Acesso; (c) Equipe que realiza o acolhimento; (d) Resolutividade; (e) Atendimento de urgência e emergência, conforme demonstrado no Quadro 1.

Quadro 1 – Distribuição dos itens do questionário sobre acolhimento à demanda espontânea, por categoria de análise.

<b>Categoria de análise</b>	<b>Itens</b>
(a) Processo de Implantação do Acolhimento	- Está implantado o acolhimento na Unidade de Saúde; - Todos os usuários que chegam à Unidade de Saúde espontaneamente buscando atendimento têm suas necessidades escutadas e avaliadas;
(b) Acesso	- Quais turnos são feitos o acolhimento;

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Com que frequência acontece;</li> <li>- Quanto tempo o usuário espera desde a chegada à Unidade de Saúde até o momento da primeira escuta/acolhimento;</li> <li>- Caso o usuário tenha um problema que não seja recomendável o agendamento para outro dia e há reserva de vagas para atendimento no mesmo dia, quanto tempo ele normalmente espera por esta consulta;</li> <li>- Nas situações em que não seja o caso de agendar no dia e o usuário não faça parte de algum grupo que possui atendimento programado na unidade de saúde, ele consegue sair desta unidade com a consulta marcada;</li> </ul>
(c) Equipe que realiza o acolhimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Profissionais que participam do acolhimento;</li> </ul>
(d) Resolutividade	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ações desencadeadas a partir do acolhimento realizado;</li> </ul>
(e) Atendimento de Urgência e Emergência	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipe realiza atendimento de urgência e emergência;</li> <li>- Profissionais da equipe que fazem o acolhimento foram capacitados para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários;</li> <li>- Em função do risco identificado, a equipe tem condições de definir resposta;</li> </ul>

Fonte: elaboração própria.

Foi realizada uma análise descritiva dos dados constando de representação tabular (frequência absoluta e relativa) e submetido a tratamento estatístico, com nível e significância de 5% ( $p < 0,05$ ). Este estudo é parte integrante da dissertação de mestrado intitulada *Acolhimento aos usuários na Atenção Primária à Saúde*, e foi submetido ao Comitê de Ética

em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul sob o parecer nº 773.395, de 01/09/2014.

## RESULTADOS

Os itens estão apresentados conforme dispostos no instrumento de Avaliação Externa, e a discussão dos dados será apresentada por categorias de análise. A partir da análise das questões referentes ao acolhimento no Módulo II do Instrumento de Avaliação Externa do PMAQ, dentre o total de equipes avaliadas (17.202), o acolhimento está implantado em 80% das unidades e 19,7% não realizam o acolhimento aos usuários. Os resultados mais representativos foram nas regiões Sudeste (92%) e Sul (82%), e as regiões onde há menor implantação do acolhimento são Norte (63%) e Centro-Oeste (67%), conforme Tabela 1.

Com relação ao turno de atendimento e à frequência, os resultados demonstraram que houve predominância de um turno do dia para que o acolhimento ocorra (98,7% no turno matutino e 5,3% no período noturno). Quanto à frequência com que ocorre o acolhimento, esse ocorre em 87,2% em pelo menos cinco dias durante a semana.

Em relação à capacidade dos profissionais realizarem o acolhimento, 97% das situações os usuários têm suas necessidades escutadas e avaliadas. Os profissionais que mais participam do acolhimento são, em ordem decrescente, os enfermeiros, seguidos dos técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e médicos. Considerando-se as respostas por regiões do país, no Sudeste e Sul, mais de 97% do processo de acolhimento é realizado pelos enfermeiros. Constata-se uma diferença entre a proporção de médicos e de enfermeiros que realizam o acolhimento nas unidades avaliadas. Diferença ainda maior se compararmos a realização do acolhimento pelos cirurgiões dentistas.

Tabela 1 – Distribuição de respostas por região do Brasil e no total, em relação à implantação do acolhimento na unidade de saúde, aos turnos em que é feito, à frequência com que acontece e quais profissionais participam do acolhimento. Brasil e regiões, 2012.

Variável - Módulo II Acolhimento à demanda espontânea	Centro- Oeste %(n)	Nordeste %(n)	Norte %(n)	Sudeste %(n)	Sul %(n)	Total % (n)
<b>Está implantado o acolhimento na Unidade de Saúde</b>						
Sim	66,8 (741)	70,6 (3922)	62,9 (657)	92,2 (6058)	81,9 (2391)	<b>80,0 (13769)</b>
Não	31,8 (353)	29,2 (1621)	36,7 (384)	7,7 (504)	18,0 (524)	<b>19,7 (3386)</b>
Não sabe/Não respondeu	1,4 (15)	0,3 (16)	0,4 (4)	0,1 (8)	0,1 (4)	<b>0,3 (47)</b>
<b>Em quais turnos é feito o acolhimento</b>	<b>n=741</b>	<b>n=3922</b>	<b>n=657</b>	<b>n=6058</b>	<b>n=2391</b>	<b>n= 13769</b>

Manhã	98,4 (729)	98,4 (3859)	97,0 (637)	99,0 (5996)	99,3 (2374)	<b>98,7 (13595)</b>
Tarde	92,2 (683)	77,1 (3024)	86,6 (569)	89,7 (5434)	94,5 (2259)	<b>86,9 (11969)</b>
Noite	1,2 (9)	1,5 (58)	2,1 (14)	8,4 (508)	6,0 (144)	<b>5,3 (733)</b>
<b>Com que frequência acontece</b>						
Um dia p/semana	1,1 (8)	7,0 (273)	5,0 (33)	1,8 (111)	0,9 (21)	<b>3,2 (446)</b>
Dois dias p/semana	1,2 (9)	5,7 (224)	3,5 (23)	1,9 (117)	0,9 (21)	<b>2,9 (394)</b>
Três dias p/semana	2,4 (18)	5,3 (207)	5,3 (35)	2,0 (124)	0,9 (22)	<b>2,9 (406)</b>
Quatro dias p/semana	0,9 (7)	5,2 (204)	3,2 (21)	2,1 (130)	1,2 (28)	<b>2,8 (390)</b>
Cinco dias p/semana	91,9 (681)	76,5 (2999)	82,5 (542)	90,7 (5492)	95,6 (2286)	<b>87,2 (12000)</b>
Mais de cinco dias p/semana	2,4 (18)	0,4 (15)	0,5 (3)	1,4 (84)	0,5 (13)	<b>1,0 (133)</b>
<b>Todos os usuários que chegam à Unidade de Saúde espontaneamente buscando atendimento têm suas necessidades escutadas e avaliadas</b>						
Sim	94,4 (1047)	96,5 (5367)	91,5 (956)	98,6 (6478)	98,1 (2864)	<b>97,2 (16712)</b>
Não	5,0 (55)	2,9 (161)	7,7 (80)	1,2 (80)	1,8 (52)	<b>2,5 (428)</b>
Não sabe/Não respondeu	0,6 (7)	0,6 (31)	0,9 (9)	0,2 (12)	0,1 (3)	<b>0,4 (62)</b>
<b>Quais profissionais participam do acolhimento</b>	<b>n=741</b>	<b>n=3922</b>	<b>n=657</b>	<b>n=6058</b>	<b>n=2391</b>	<b>n=13769</b>
Médico	39,1 (290)	54,2 (2125)	48,1 (316)	49,1 (2972)	38,8 (928)	<b>48,2 (6631)</b>
Enfermeiro	93,8 (695)	93,0 (3648)	86,3 (567)	97,2 (5889)	97,2 (2324)	<b>95,3 (13123)</b>
Cirurgião-dentista	31,4 (233)	48,6 (1906)	40,3 (265)	26,6 (1611)	33,5 (802)	<b>35,0 (4817)</b>
Técnico de enfermagem	75,7 (561)	69,6 (2728)	89,2 (586)	50,1 (3035)	68,3 (1634)	<b>62,1 (8544)</b>
Auxiliar de enfermagem	24,7 (183)	31,2 (1223)	14,0 (92)	47,3 (2866)	46,5 (1111)	<b>39,8 (5475)</b>
Técnico em saúde bucal	14,8 (110)	15,3 (600)	18,9 (124)	10,5 (637)	17,1 (408)	<b>13,6 (1879)</b>
Auxiliar em saúde bucal	27,5 (204)	33,0 (1293)	22,1 (145)	23,0 (1395)	30,7 (735)	<b>27,4 (3772)</b>
Agente comunitário de saúde	41,3 (306)	61,5 (2413)	64,7 (425)	52,4 (3172)	44,9 (1073)	<b>53,7 (7389)</b>
Outros	35,6 (264)	30,4 (1194)	26,5 (174)	22,3 (1351)	21,4 (512)	<b>25,4 (3495)</b>

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo, 2012.

Sobre a questão se a unidade realiza atendimento de urgência e emergência, 72,8% referiram que sim, sendo no Sudeste a região onde foram indicados os maiores percentuais (81,6%) e o Norte os menores índices (60,1%), conforme demonstrado na Tabela 2.

Do total de equipes avaliadas (n=13.769), 87,7% das equipes realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários. Não houve resultados expressivos no que diz respeito a disparidades entre as regiões do Brasil. Quanto à capacidade das unidades em definir resposta frente ao risco identificado, 53,9% das equipes referiram possuir condições

em oferecer respostas. Das equipes avaliadas, 57,8% tiveram capacitação para avaliação de risco e vulnerabilidade dos usuários.

As ações desencadeadas a partir do acolhimento, e que resultam em encaminhamento, podem ser analisadas da seguinte forma: o maior desfecho do acolhimento ainda está na marcação de consulta com o profissional médico (93,7%), seguido pelo dentista (70,5%), e em menos de 1% o acolhimento resulta no encaminhamento para o profissional enfermeiro. Somente a região Centro-Oeste informou que em 2% das equipes estudadas o usuário é encaminhado para consulta de enfermagem.

De acordo com os resultados apresentados, depois do desfecho para marcação de consulta médica, a maior parcela das ações (94,3%) é realizada através de orientações, esclarecimentos sobre a saúde sem a necessidade de marcação de consulta, seguida de medidas terapêuticas sem o envolvimento de prescrição medicamentosa (815), solicitação de exames (76,6%) e prescrição de medicamentos (64,5%).

Tabela 2 – Distribuição de respostas por região do Brasil e no total, em relação à atendimento de urgência/emergência, capacitação para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, realização do acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidade, condição de resposta em função do risco identificado e ações desencadeadas a partir do acolhimento realizado. Brasil e regiões, 2012.

Variável - Módulo II	Centro-Oeste %(n)	Nordeste %(n)	Norte %(n)	Sudeste %(n)	Sul %(n)	Total %(n)
<b>A equipe realiza atendimento de urgência e emergência nesta Unidade de Saúde</b>						
Sim	67,1 (744)	68,2 (3792)	60,1 (628)	75,7 (4975)	81,6 (2383)	<b>72,8 (12522)</b>
Não	32,6 (362)	31,2 (1734)	39,9 (417)	24,2 (1591)	18,3 (533)	<b>27,0 (4637)</b>
Não sabe/Não respondeu	0,3 (3)	0,6 (33)	0,0 (0)	0,1 (4)	0,1 (3)	<b>0,2 (43)</b>
	<b>n=741</b>	<b>n=3922</b>	<b>n=657</b>	<b>n=6058</b>	<b>n=2391</b>	<b>n=13769</b>
<b>Os profissionais da equipe que fazem o acolhimento foram capacitados para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários</b>						
A equipe realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários	49,7 (368)	49,1 (1924)	55,3 (363)	66,8 (4046)	52,7 (1259)	<b>57,8 (7960)</b>
Em função do risco identificado, a equipe tem condições de definir a resposta	45,3 (336)	45,9 (1799)	50,2 (330)	62,1 (3760)	49,8 (1190)	<b>53,9 (7415)</b>
<b>Quais as ações desencadeadas a partir do acolhimento realizado</b>						

Marca usuários na agenda do médico	87,0 (645)	89,6 (3516)	91,5 (601)	97,2 (5890)	94,1 (2249)	<b>93,7 (12901)</b>
Marca usuários na agenda do enfermeiro	2,0 (15)	0,3 (13)	0,6 (4)	0,7 (43)	0,1 (3)	<b>0,6 (78)</b>
Marca usuários na agenda do dentista	69,5 (515)	78,6 (3084)	74,1 (487)	63,4 (3840)	74,6 (1784)	<b>70,5 (9710)</b>
Marca usuários na agenda de outro profissional	47,2 (350)	48,7 (1911)	41,4 (272)	67,0 (4061)	68,5 (1638)	<b>59,8 (8232)</b>
Orientação, esclarecendo dúvidas sobre sua saúde, sem necessitar de marcação de uma consulta para esse problema.	87,3 (647)	92,5 (3628)	88,6 (582)	95,6 (5791)	97,5 (2331)	<b>94,3 (12979)</b>
Solicitação de exames sem ter que marcar uma nova consulta	59,8 (443)	78,2 (3068)	71,5 (470)	78,0 (4727)	76,9 (1838)	<b>76,6 (10546)</b>
Medidas terapêuticas que não envolvem a prescrição de medicação	64,9 (481)	76,3 (2993)	70,3 (462)	85,6 (5185)	85,2 (2036)	<b>81,0 (11157)</b>
Prescrição de alguma medicação	51,6 (382)	71,5 (2806)	67,9 (446)	63,7 (3861)	58,2 (1392)	<b>64,5 (8887)</b>
Outros	0,0 (0)	1,2 (46)	0,3 (2)	1,6 (95)	0,7 (16)	<b>1,2 (159)</b>

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo, 2012.

Os resultados apresentados na Tabela 3 dizem respeito ao tempo de espera do usuário para receber a primeira escuta/acolhimento. Segundo os profissionais entrevistados, os usuários em 89,3% das situações aguardam até 30 minutos para receberem a primeira escuta. Após o primeiro contato em que se identifica a necessidade de agendamento de consulta, em 83,5 dos casos os usuários que não pertencem a algum tipo de grupo conseguem sair com a consulta programada. E essa consulta consegue ser agendada em prazo de até sete dias em 70,5% da demanda. Destaca-se que os maiores percentuais de espera (superior a sete dias) foram identificados nas regiões Sudeste (38,4%) e Sul (29,5%).

Tabela 3 – Distribuição de respostas por região do Brasil e no total, em relação ao tempo de espera para que o usuário seja acolhido, tempo de espera para agendamento de consulta, agendamento de consultas, tempo máximo de agendamento. Brasil e regiões, 2012.

Variável - Módulo II	Centro-Oeste % (n)	Nordeste % (n)	Norte % (n)	Sudeste % (n)	Sul % (n)	Total % (n)
<b>Normalmente, quanto tempo o usuário espera desde a chegada à Unidade de Saúde até o momento da primeira escuta/acolhimento?</b>						
Até 30 minutos	91,6 (1016)	88,6 (4925)	87,8 (917)	88,9 (5842)	91,4 (2668)	<b>89,3 (15368)</b>
Mais de 30 minutos	7,8 (87)	10,6 (590)	12,1 (126)	10,7 (700)	8,1 (236)	<b>10,1 (1739)</b>
Não sabe/Não respondeu	0,5 (6)	0,8 (44)	0,2 (2)	0,4 (28)	0,5 (15)	<b>0,6 (95)</b>
<b>Nas situações em que não seja o caso de agendar no dia e o usuário não faça parte de algum grupo que possui atendimento programado na unidade de saúde, ele consegue sair desta Unidade com a consulta marcada.</b>						
Sim	73,0 (810)	85,3 (4740)	80,2 (838)	88,5 (5815)	73,8 (2154)	<b>83,5 (14357)</b>

Não	26,9 (298)	14,7 (819)	19,8 (207)	11,5 (755)	26,2 (765)	<b>16,5 (2844)</b>
Não sabe/Não respondeu	0,1 (1)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	<b>0,0 (1)</b>
	<b>n=810</b>	<b>n=4740</b>	<b>n=838</b>	<b>n=5815</b>	<b>n=2154</b>	<b>n=14357</b>
<b>A equipe tem definido o tempo máximo de agendamento?</b>	62,0 (502)	62,7 (2972)	65,6 (550)	70,6 (4105)	66,9 (1442)	<b>66,7 (9571)</b>
<b>Resposta Sim</b>						
<b>Quanto tempo ele normalmente espera por esta consulta?</b>						
Até 7 dias	86,4 (700)	77,8 (3688)	82,3 (690)	61,1 (3553)	69,2 (1490)	<b>70,5 (10121)</b>
Mais de 7 dias	13,3 (108)	21,4 (1015)	17,2 (144)	38,4 (2231)	29,5 (636)	<b>28,8 (4134)</b>
Não sabe/Não respondeu	0,2 (2)	0,8 (37)	0,5 (4)	0,5 (31)	1,3 (28)	<b>0,7 (102)</b>

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo, 2012.

## DISCUSSÃO

### *Processo de Implantação do acolhimento*

Embora seja uma prerrogativa dos serviços de atenção básica, e que a maioria das equipes avaliadas realize o acolhimento, ainda identifica-se uma parcela expressiva das equipes que não oferece o acolhimento aos usuários de forma adequada. Em estudo sobre o desempenho das equipes de atenção básica, para a dimensão acolhimento, verificou-se que as equipes concentram-se em estrato médio (ALVES *et al.*, 2014).

Tais resultados podem ser consequência de diferentes lacunas e dificuldades nos processos de trabalho das equipes. Há relatos de profissionais e usuários sobre as dificuldades para a realização do acolhimento, referindo-se aos limites estruturais, elencados por inadequada estrutura física das unidades. Este pode ser um dos principais fatores para que o acolhimento fique prejudicado pela ausência de condições básicas para recepcionar os usuários respeitando sua privacidade e suas necessidades individuais (BREHMER; VERDI, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2010; DAMASCENO *et al.*, 2012; PINHEIRO; OLIVEIRA, 2011).

Ainda como obstáculos para a realização do acolhimento também são indicadas algumas questões éticas, como falta de postura e comprometimento entre profissional e usuário. Fatores como insuficiência de profissionais acarreta reflexo negativo no atendimento, pois a exaustão, o cansaço e a incapacidade de atender a grande demanda de usuários com o mesmo critério de qualidade causa insatisfação em todos os atores envolvidos no processo de acolhimento (BREHMER; VERDI, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2010).

Ainda que seja esperado que o estabelecimento proporcione mecanismos que assegurem a acessibilidade nas unidades de saúde, estudo apontou que menos da metade das

equipes entrevistadas referem ter condições consideradas adequadas para realizar o acolhimento (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

Pressupõe-se que o acolhimento deve estar incorporado em todos os serviços de APS. Está intimamente relacionado com o acesso, e a questão do acesso à saúde envolve aspectos que extrapolam a assistência.

### ***Acesso***

Apesar dos resultados demonstrarem uma discreta parcela das unidades que oferecem o acolhimento fora dos períodos habituais de atendimento na unidade, pode-se observar que as regiões Sudeste e Sul foram as que apresentaram melhores resultados, indicando que estas regiões estão reorganizando seus processos de trabalho, ainda que de forma tímida, para atender esta demanda reprimida.

Tendo o entendimento de que o acolhimento é uma ferramenta importante para garantir o acesso do usuário aos serviços, faz-se esta avaliação de como as equipes estão (re) organizando seus processos de trabalho, com base nos princípios que norteiam o atendimento a todos os usuários que buscam os serviços. Os resultados apresentados podem denotar um reordenamento do modelo assistencial com ampliação do acesso, estendendo o período de atendimento visto que habitualmente as unidades funcionam nos períodos matutino e vespertino. Permitir e ampliar o acesso não condiz com estreitamento de condutas e horários, mas organização da demanda espontânea com equidade.

Muitos são os desafios que permeiam a incorporação do acolhimento e há muito para avançar. Um dos impasses dos serviços de APS está na ampliação do acesso ao homem e usuários trabalhadores (as), pois os mesmos encontram dificuldades em utilizar os serviços de saúde, visto que os horários de funcionamento das instituições de saúde acabam conflitando com o período de trabalho (DUARTE; OLIVEIRA; SOUZA, 2012).

A respeito da frequência com que o acolhimento é oferecido, os resultados apontam-se satisfatórios, visto que o mesmo acontece em pelo menos cinco dias da semana. Estudo que avaliou o acolhimento segundo porte populacional, identificou que as regiões com maior índice de desenvolvimento e maior porte populacional obtiveram melhores desempenhos de acesso e acolhimento, no qual foi identificado que municípios com maior porte populacional realizavam o acolhimento em mais dias e períodos de atendimento, fato este justificado por possuírem maior disponibilidade de recursos de ordem organizacional, político-institucional e financeiro, tendo impacto nos resultados e qualidade de assistência (ALVES *et al.*, 2014).

O tempo para atendimento tem impacto no nível de satisfação dos usuários com o serviço e reflete a organização das equipes no processo de trabalho para execução do acolhimento. Os achados referentes ao tempo de espera se distinguem de outros estudos no qual foram avaliadas as principais queixas dos usuários em relação aos serviços de saúde, onde foram apontadas como maior fator de insatisfação as filas e longa espera para atendimento (MARTHA *et al.*, 2011; SANTANA *et al.*, 2012).

Em pesquisa realizada para avaliar o nível de satisfação dos usuários do SUS, foi encontrado que 34% dos respondentes esperaram até 30 minutos para serem atendidos (BRASIL, 2011c). Cabe aqui uma reflexão sobre a discrepância desses resultados em relação às respostas dos profissionais avaliados neste estudo, onde os respondentes foram os profissionais, e não os usuários. Podemos apontar dois questionamentos: houve melhora significativa no que diz respeito ao tempo de espera, ou ainda as respostas podem ter sido  *mascaradas* a fim de se obter melhores resultados na avaliação, já que na avaliação do PMAQ é necessário um bom resultado para que a equipe alcance os critérios para certificação e, conseqüentemente, recebimento de recursos.

Estes itens avaliados tem influência direta com o nível de satisfação do usuário com o serviço e, conseqüentemente, com o nível da qualidade dos serviços prestados. Faz-se necessário uma avaliação comparativa entre as respostas dos profissionais e usuários entrevistados no PMAQ para apresentação de dados mais contundentes quanto à qualidade do acolhimento nas unidades.

Observa-se que as regiões que apresentaram melhores resultados para o agendamento de consultas (Sudeste e Sul), paralelamente obtiveram os piores resultados quanto ao tempo de espera para a consulta. Esta demora para o atendimento pode ser resultante da discrepância entre a demanda e a oferta de consultas (poucos profissionais ou alta taxa de demanda reprimida). Ou ainda, pelo modelo tradicional de atenção utilizado (vertical e orientado para as doenças), predominante na prática dos serviços de saúde (GERVAS; FERNANDEZ, 2006).

Para o item de agendamento de consultas para grupos não prioritários, os resultados apontados nesta pesquisa corrobora o que estudo aponta que os residentes nas regiões Sudeste apresentaram maiores chances de uso de serviços de saúde do que as demais regiões (TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006). Os resultados apresentados das regiões, principalmente no que diz respeito à região Sul e Sudeste, evidenciam que estas obtiveram melhores resultados na maioria das variáveis estudadas em relação às outras regiões. Tais resultados podem ser explicados por se tratar de regiões onde estão concentrados municípios

de maior porte populacional e com maior número de equipes por unidade, fatores estes que tiveram uma relação direta com o desempenho das equipes (ALVES *et al.*, 2014). Pode-se afirmar ainda que, estas regiões são as mais desenvolvidas do país, no que se trata em recursos financeiros e com maiores oportunidades de qualificação profissional.

Para que se possa garantir o acesso por meio do acolhimento, garantindo a resolutividade, é necessário reorganizar o processo de trabalho para que seja desenvolvido por uma equipe multiprofissional, e também, qualificar a relação entre trabalhador e usuário (FRANCO; MERHY, 2005).

### ***Equipe que realiza o acolhimento***

Dentre a equipe multiprofissional que realiza o acolhimento, o enfermeiro foi referido como principal ator na realização do acolhimento nas unidades. O profissional enfermeiro possui em sua formação, de base coletiva e centrada na atenção integral, atributos que os capacita no momento do acolhimento, como colher informações, conhecer as necessidades de saúde e verificar se estas podem ser resolvidas dentro de suas atribuições ou necessitam de encaminhamento para outro profissional (SILVA; ALVES, 2008). O enfermeiro possui papel primordial como membro da equipe de saúde, bem como o reconhecimento de sua atuação pelos outros membros da equipe, evidenciados por sua competência técnica (RONZANI; SILVA, 2008).

A realização do acolhimento prioritariamente pelos profissionais enfermeiro e técnicos de enfermagem pode ser explicada pelo fato de que estes são apontados como os profissionais mais preparados para realizar o acolhimento (FREIRE *et al.*, 2008). Neste aspecto houve pequena variação entre as regiões, demonstrando que estes profissionais são os que estão na linha de frente do acolhimento em todo o país.

A inserção do profissional médico no processo de acolhimento ainda é muito restrita, e isto se dá, em parte, pela falta de disponibilidade da maioria dos profissionais, que se limita a cumprir os atendimentos programados (BORNSTEIN; STOTZ, 2008). É necessário discutir a possibilidade de se realizar o acolhimento numa lógica desmedicalizante e interdisciplinar. Para tanto, é preciso mudanças nas rotinas das equipes, de forma que cada equipe possa acolher seus usuários minimizando a medicalização e também não restringindo os atendimentos a simples pronto-atendimento médico, através de mudanças nas agendas e atividades profissionais individuais e coletivas, terapêuticas e de promoção à saúde (TESSER; POLI-NETO; CAMPOS, 2010).

Sobre a prática do acolhimento pelo profissional cirurgião dentista, os resultados mostram que esses profissionais estão pouco envolvidos com o acolhimento. Resultados diferentes foram apontados em uma investigação em que os respondentes foram os profissionais de saúde bucal, os quais referiram realizar o acolhimento à demanda espontânea por 85% das equipes avaliadas (CASOTTI *et al.*, 2014). Tal fato traz indagações que merecem aprofundamento, já que os resultados se mostraram controversos, indicando talvez uma fragilidade da prática e percepção do acolhimento no cotidiano dos serviços.

Alguns estudos trazem que os problemas apontados pelos cirurgiões dentistas nas unidades de AB incluem dificuldade de estabelecer vínculos com a comunidade, já que são responsáveis por uma grande população, não conseguindo muitas vezes conhecer toda a área de trabalho, forçando o profissional a uma prática restrita ao consultório (PINHEIRO; OLIVEIRA, 2011). O perfil destes profissionais se encontra basicamente no atendimento clínico, centrado em atendimentos individuais, por demanda, curativos, inerentes ao modelo que a estratégia da APS pressupõe. Existe ainda a falta de integração entre os membros da equipe (CERICATO; GARBIN; FERNANDES, 2007).

Dentre os membros da equipe apontados no acolhimento, o ACS é o profissional que se caracteriza por possuir um conhecimento empírico de sua área de atuação, o que pode facilitar a mediação da equipe, as parcerias e as articulações locais. Nota-se que este profissional destacou-se na realização do acolhimento nas regiões Nordeste, Norte e Sudeste, e pode ser associado pelo histórico de implantação do Programa de Agentes Comunitários nestas regiões (BRASIL, 2001).

O reconhecimento do ACS como parte importante do acolhimento se faz primordial, já que ele é o elo entre as unidades de saúde, profissionais e usuários, onde o vínculo deve ser estreitado. Nesta avaliação do PMAQ, os respondentes podem ter interpretado as questões acerca do acolhimento em relação às ações realizadas exclusivamente no espaço físico das unidades de saúde, e desconsiderando as práticas do acolhimento realizadas no cotidiano do trabalho dos ACS durante suas visitas domiciliares.

### ***Resolutividade***

Em relação à resolutividade do serviço, que diz respeito à capacidade de atender a demanda oferecendo solução ao problema de saúde, seja no próprio serviço ou direcionando para outros níveis de atenção, os resultados demonstraram que a maior parte do direcionamento do acolhimento está para o encaminhamento com o profissional médico. Estes achados reforçam o que se identifica em outros estudos, os quais demonstram que o

profissional médico ainda atua como protagonista nas ações e serviços das unidades e que práticas de medicalização predominam nos serviços de APS (GOMES *et al.*, 2011; LIMA *et al.*, 2007).

A consulta de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro respaldada pela legislação do Exercício Profissional de Enfermagem (Lei nº 7.498/86), entretanto, os resultados obtidos na avaliação do PMAQ demonstraram baixa atividade de encaminhamentos a esse profissional decorrente do processo do acolhimento. Há uma crítica de que a consulta de enfermagem tem sido realizada de forma precária, distorcida do ponto de vista dos marcos teóricos e transformada em atividade de pré-consulta/triagem (ALVES, 2005).

O reconhecimento do papel do enfermeiro no processo de acolhimento é notório, tanto como membro ativo na execução do acolhimento como pela sua capacidade técnica para realiza-lo. Contudo, os resultados demonstraram que sua função dentro da equipe multidisciplinar é como mediador e profissional que realiza orientação e promoção da saúde ou encaminha para outro profissional. Entendendo que estas são também atividades essenciais no acolhimento dentro das unidades, a consulta de enfermagem ainda não está de fato sendo praticada como se preconiza, e esta fragilidade pode ser devido à insegurança dos profissionais em relação ao conhecimento para realizar o exame físico e a prescrição e/ou análise de resultados de exames (SANTOS *et al.*, 2008). Este fato pode estar relacionado nos resultados apontados nesta pesquisa no que diz respeito ao atendimento de urgência e emergência pelas equipes.

### ***Atendimento de Urgência e Emergência***

Dentre os itens avaliados, foi observado que o atendimento de urgência e emergência nas unidades de saúde ocorre ainda de forma restrita, com alto índice de unidades que não realizam atendimento de urgência e, ainda, o baixo percentual de equipes que obtiveram capacitação para realizar a classificação de risco e vulnerabilidade e a baixa capacidade em oferecer resposta frente ao risco identificado, embora seja uma prerrogativa dos serviços de AB o acolhimento às urgências de baixa gravidade ou complexidade. Estes foram os piores resultados encontrados a respeito do acolhimento à demanda espontânea.

Nota-se que não estão bem definidas quais as responsabilidades deste nível de atenção no atendimento de demandas que fogem ao preconizado nas ações programáticas (DOURADO, 2013; SOARES. LIMA; CASTRO, 2014). Foi apontada como fragilidade para o atendimento às urgências nos serviços de APS a baixa capacitação dos profissionais, bem

como precária infraestrutura das unidades e carência de recursos humanos e materiais/insumos (TORRES; SANTANA, 2009).

O acolhimento à demanda espontânea envolve, fundamentalmente, classificação de risco, que tem como meta implantar uma assistência com responsabilidade e vínculo, ampliando o acesso do usuário, por meio do acolhimento resolutivo e baseado em critérios de risco. Para tanto, é fundamental que as equipes estejam instrumentalizadas e qualificadas para identificação de risco/vulnerabilidade do usuário. Trata-se de um processo dinâmico onde o usuário é avaliado conforme protocolos definidos. Os resultados das equipes avaliadas mostram que esta atividade é realizada no cotidiano da maioria das equipes, entretanto, um percentual bem menor com relação aos profissionais que referiram realizar atendimento de urgência na unidade, informaram ter recebido qualificação para a realização da classificação de risco, bem como para definir respostas. Tais resultados são preocupantes, pois mostram que as equipes relatam a realização dessa ação, mas sem qualificação e meios, os objetivos não são alcançados.

Foi identificado em outro estudo que 29% dos profissionais referiram não conseguir identificar ou identificar incorretamente os sinais e sintomas de agravo à saúde (GARCIA; PAPA; CARVALHO-JUNIOR, 2012). A maioria dos profissionais não se sentiu preparada para atuar em situações de emergência, sendo encontradas divergências sobre o nível de conhecimento dos profissionais no atendimento das urgências/emergências, o que reforça a necessidade de capacitação dos profissionais e a definição de protocolos de atenção (LUMER; RODRIGUES, 2011). Estes achados corroboram os dados encontrados do PMAQ sobre capacitação dos profissionais para realizar a classificação de risco e vulnerabilidade.

É pertinente que os profissionais possuam, além de formação na promoção e prevenção da saúde, também qualificação em abordagem primária às vítimas de determinados agravos inesperados dentro do território de ação (OLIVEIRA; MESQUITA, 2013). Preocupa o fato que o desconhecimento dos profissionais sobre avaliação de risco e outras normas para entendimento efetivo em urgência e emergência, se manifestam em lacunas e contradições, o que acaba por confundir os profissionais (GARCIA; PAPA; CARVALHO-JUNIOR, 2012).

O que se nota é que há necessidade de aumentar a resolutividade dos serviços de APS no manejo dos casos de urgências, dado que a falta de atendimento pode repercutir negativamente sobre os demais níveis de atenção. Faz-se necessário intervir na formação profissional, bem como remuneração justa e reconhecimento social (GERVAS; FERNANDES, 2006).

O despreparo dos profissionais frente às situações de urgência é considerado um fator crítico para a saúde pública e que investimento em infraestrutura e educação permanente são cruciais para o aprimoramento dos cuidados na atenção primária, uma vez que a precariedade da assistência pode refletir na ineficácia e ineficiência do atendimento e acabam inviabilizando ou referenciando de forma inadequada para os demais níveis de atenção, acarretando superlotação e diminuição da qualidade destes serviços (TORRES; SANTANA, 2009).

Pode-se atribuir então que, apesar do percentual insatisfatório de equipes que tiveram capacitação para avaliação de risco e vulnerabilidade em relação as outras questões, as regiões onde os índices foram maiores de capacitação apresentam melhores percentuais de atendimento de urgência. Contudo, se faz necessária investigação mais aprofundada sobre a qualidade das capacitações a qual estes profissionais receberam e se estes estão de fato preparados para executar esta ação.

Os resultados apresentados confirmam esta lacuna sobre capacitação dos profissionais para executar o acolhimento com classificação de risco e traz indagações também sobre a qualidade e efetividade destas capacitações no cotidiano das equipes de AB. A prática do acolhimento realizada pelos serviços ainda está centrada no atendimento da demanda espontânea e configura-se mais como um serviço de pronto-atendimento para as queixas agudas do que como um fator desencadeante de transformações no processo de trabalho ou da construção de relações entre profissionais e usuários (TAKEMOTO; SILVA, 2007).

Pode-se observar a necessidade de uma nova postura dos profissionais em relação ao processo de trabalho, assim como maior participação da comunidade e maior permeabilidade dos serviços às necessidades e demandas da população.

## **CONCLUSÕES**

Em relação às questões de acesso, as quais estão intimamente ligadas ao acolhimento, foi demonstrado que esse ainda fica limitado pelo fato de um número significativo de equipes não oferecerem o acolhimento durante o período integral de funcionamento do serviço. Limitar o período em que o acolhimento possa ser praticado por um profissional é restringir o acesso do usuário a um atendimento humanizado.

O processo de trabalho, portanto, ainda continua voltado ao modelo medicalocêntrico, com o direcionamento dos atendimentos para consultas médicas, sendo esse o principal protagonista da procura aos serviços de saúde.

A inserção dos profissionais voltados a uma proposta multiprofissional não acontece da forma que as políticas norteadoras propõem, não houve destaque entre as regiões brasileiras em que o acolhimento realmente ocorra de forma multiprofissional, ação em que todos deveriam ser corresponsáveis por essa etapa da assistência. Os profissionais estão, dessa forma, envolvidos no acolhimento, mas atuam de maneira pontual e individualizada.

É perceptível que as regiões consideradas mais “desenvolvidas” obtiveram melhores indicadores na maioria dos aspectos avaliados, isso pode ser um reflexo da sua organização política e maiores recursos, gerando uma discrepância entre as demais regiões. Adicionalmente, os resultados demonstraram que as equipes de APS não estão preparadas para realizar o acolhimento com classificação de risco dos usuários dos serviços de saúde no Brasil, seja por ineficiência em oferecer resposta frente ao risco identificado dos usuários, seja pela falta de capacitação dos profissionais em executarem a avaliação de vulnerabilidade.

Apesar dos estudos apresentados indicarem que o acolhimento é uma ferramenta fundamental para a mudança do processo de trabalho das equipes e também atua como instrumento que viabiliza o acesso aos serviços, os resultados encontrados por meio desse primeiro ciclo de avaliação do PMAQ-AB demonstram que as equipes de atenção primária ainda atuam de forma desarticulada e que não há uniformidade das ações entre as cinco regiões do país.

Importante reconhecer limitações do instrumento de avaliação aplicado, que dentro do que este estudo se propôs a avaliar, não incorporou aspectos importantes sobre o acolhimento, podendo a interpretação dos resultados ficar limitada e dando a ideia do acolhimento somente como os itens abordados, ficando um viés de como realmente os profissionais estão executando o acolhimento e de que forma está incorporado em seus processos de trabalho.

Diante disso, pode-se afirmar que, embora o acolhimento seja uma estratégia importante para a garantia da acessibilidade universal, assistência humanizada, qualificada e integral, ainda há necessidade de qualificação e motivação das equipes de saúde para a melhoria da qualidade da assistência prestada, bem como adequada infraestrutura para realização do acolhimento. Vale ressaltar que o acolhimento à demanda espontânea consiste em somente um dos critérios de avaliação quanto aos serviços avaliados, não podendo ser considerado um critério isolado para avaliação da qualidade da atenção nos serviços de atenção primária no Brasil.

Assim sendo, o principal objetivo deste estudo foi caracterizar as unidades de atenção primária à saúde quanto à prática do acolhimento por meio do instrumento de avaliação do PMAQ, no qual os profissionais referiam sobre a prática de suas atividades nas unidades. No

entanto, uma das limitações do estudo pode ser o fato de que os profissionais dependiam de bons resultados na avaliação para a certificação e recebimento de recursos.

Em que pese essa limitação, ficou evidente que não existe uma hegemonia nas práticas do acolhimento entre as regiões do país e constatou-se, também, que ainda há muitas equipes de APS no país não realiza acolhimento aos seus usuários. Embora o acolhimento esteja presente em quase totalidade das equipes, existe uma fragilidade quanto ao atendimento de urgência e emergência, a classificação de risco e vulnerabilidade e capacidade das equipes em oferecer respostas neste tipo de atendimento, sendo importante reavaliar pontos importante sobre educação permanente e instrumentalização das equipes.

Este estudo apresentou os resultados parciais da pesquisa em que foi avaliado somente o contexto dos profissionais. Para uma melhor apreciação dos resultados encontrados, é importante a avaliação da percepção dos usuários quanto ao acolhimento realizado, corroborando uma análise mais consistente do acolhimento no país.

*LRPC trabalhou na concepção, redação, análise e interpretação dos dados; LQM colaborou na redação e revisão; ASS colaborou na metodologia e análise dos dados; MLMS colaborou na redação final do artigo e revisão crítica*

## REFERÊNCIAS

ALVES, M.G.M., CASOTTI, E., OLIVEIRA, L.G.D., MACHADO, M.T.C., ALMEIDA, P.F., CORVINO, M.P.F. *et.al.* Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil. **Saúde debate**, v. 38, n.especial, p.34-51, 2014.

ALVES, M.S. O trabalho de enfermagem no PSF: práticas, saberes , desafios e possibilidades. **Rev. APS**, v.8, n.2, p. 212-217, 2005.

ANDRADE, C.S., FRANCO, T.B., FERREIRA, V.S.C. Acolhimento: uma experiência de pesquisa-ação na mudança no processo de trabalho em saúde. **Rev. APS**, v.10, n.2, p. 106-115, 2007.

BORNSTEIN, V.J.; STOTZ, E.N. O Trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencidora e a transformadora. **Trab. educ. saúde**, v.6, n.3, p.457-480, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSus: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 jul. 2011. Sessão 1, n. 138, p. 79.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa agentes comunitários de saúde (PACS)** – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 40p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) : manual instrutivo**. Brasília : Ministério da Saúde; 2012b.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria Geral do SUS. **Relatório da Pesquisa de Satisfação dos Usuários do SUS quanto aos aspectos de acesso e qualidade percebida na atenção à saúde, mediante inquérito amostral**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

BREHMER, L.C.F., VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a atenção à saúde dos usuários. **Ciê. saúde coletiva**, v. 15, supl.3, p.3569-78, 2010.

CASOTTI, E.; CONTARATO, P.C.; FONSECA, A.B.M.; BORGES, P.K.O.; BALDANI, M.H. Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, v.38, n. especial, p.140-57, 2014.

CERICATO, G.O.; GARBIN, D.; FERNANDES, A.P.S. A inserção do cirurgião-dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal. **RFO UPF.**, v.12, n.3, p.18-23, 2007.

DAMASCENO, R.F., SOUZA, L.P.S., RUAS, M.F.L., BRITO, P.A., SILVA, E.A., SILVA, J.L.S. O acolhimento no contexto da Estratégia Saúde da Família. **J Health Sci Inst.** v.30, n.1, p. 37-40, 2012.

DOURADO, E.M.R. **Análise da política de atenção às urgências: uma proposta.** 2013. 155f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

DUARTE, S.J.H., OLIVEIRA, J.R., SOUZA, R.R. A Política Saúde do Homem e sua operacionalização na Atenção Primária à Saúde. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 3, n.1, p.520-30, 2012.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R., Mattos RA, organizadores. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Abrasco; 2005. p. 181 193.

FREIRE, L.A.M.; STORINO, L.P.; HORTA, N.C.; MAGALHÃES, R.P.; LIMA, T. O acolhimento sob a ótica de profissionais da equipe de Saúde da Família. **REME rev. min. enferm.**, v.12, n.2, p. 271-77, 2008.

GARCIA, A.B, PAPA, M.A.F., CARVALHO-JÚNIOR, P.M. Estratégia da Saúde da Família: capacidade da equipe para o atendimento de urgência e emergência. **Nursing**, v.14, n.167, p.216-220,2012.

GERVAS, J.; FERNANDEZ, M.P. Atención Primaria fuerte: fundamento clínico, epidemiológico y social en los países desarrollados y en desarrollo. **Rev. bras. epidemiol.**, v.9, n.3, p.389-400, 2006.

GOMES, K.O., COTTA, R.M.M., ARAÚJO, R.M.A., CHERCHIGLIA, M.A., MARTINS, T.C.P. Atenção Primária à Saúde – a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva.**, v.16, supl. 1, p. 881-92, 2011.

LIMA, M.A.D.S., RAMOS, D.D, ROSA, R.B, NAUDERER, T.M., DAVIS, R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta paul. enferm.**, v.20, n.1, p.12-17, 2007.

LUMER, S., RODRIGUES, P.H.A. O papel da saúde da família na atenção às urgências. **Rev. APS**, v.14, n.3, p.289-295,2011.

MARTHA, S.N.; GATTI, M.; VITTA, A.; SIMEÃO, S.F.A.P.; CONTI, M.H.S.; SAES, S.O.; PALMA, R.; CARVALHO, R.S. Programa Saúde da Família sob a visão do usuário. **Salusvita.**, v.30, n.3, p.159-77, 2011.

OLIVEIRA, E.R.A., FIORIN, B.H., SANTOS, M.V.F., GOMES, M.J. Acolhimento em saúde e desafios em sua implementação: percepção do acadêmico de enfermagem. **Rev. bras. pesqui. Saúde**, v.12, n.2, p.46-51, 2010.

OLIVEIRA, T.A., MESQUITA, G.V. Atendimento de urgência e emergência na Estratégia Saúde da Família. **R. Interd.** v.6, n.2, p.128-136, 2013.

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 comum. saúde educ.** v.16, n.36, p.187-98, 2011.

RONZANI, T.M.; SILVA, C.M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciênc. saúde coletiva.**, v.13, n.1, p.23-34, 2008.

SANTANA, J.C.; FORTES, N.M.; ANDRADE, A.V.; SOARES, A.P.F.S.; LIMA, J.R.M. Acolhimento em um serviço da Atenção Básica à Saúde de Minas Gerais. **Rev. enferm. Cent.-Oeste Min.**, v.2, n.2, p.166-76, 2012.

SANTOS, S.M.R., JESUS, M.C.P., AMARAL, A.M.M., COSTA, D.M.N., ARCANJO, R.A. A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde. **Texto & contexto enferm.**, v.17, n.1, p.124-130, 2008.

SILVA, L.G.; ALVES, M.S. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. **Rev. APS**, v. 11, n.1, p.74-84, 2008.

SOARES, S.S., LIMA, L.D., CASTRO, A.L.B. O papel da atenção básica no atendimento às urgências: um olhar sobre as políticas. **J Manag Prim Health Care**, v.5, n.2, p. 170-177,2014.

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**, v.23, n.2, p.331-40, 2007.

TESSER, C.D.; POLI-NETO, P.; CAMPOS, G.W.S. Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva.**, v.15, supl.3, p.3615-24, 2010.

TORRES, A.A.P., SANTANA, B.P. **Atuação dos Profissionais da Estratégia de Saúde da Família frente às situações emergenciais.** XVIII CIC - Congresso de Iniciação Científica, XI ENPOS - Encontro de Pós-Graduação e I Mostra Científica da Universidade Federal de Pelotas. 2009. Pelotas. Anais Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2009.

TRAVASSOS, C., OLIVEIRA, E.X.G.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciênc. saúde coletiva.**, v. 11, n.4, p.975-86, 2006.

VIEIRA DOS SANTOS, I.M., SANTOS, A.M. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. **Rev. salud pública.**, v. 13, n.4 p.703-16, 2011.

## 6. CONCLUSÃO

A partir dos resultados obtidos, pode-se inferir que o conhecimento produzido até o presente momento acerca do tema proposto para este estudo, é que o acolhimento não está ainda efetivamente implantado nos serviços de APS no país. Foram apontadas, tanto por profissionais quanto por usuários, fragilidades e dificuldades quanto a implantação do acolhimento, que representa impacto nos serviços quanto a qualidade e nível de satisfação.

Foi possível identificar pelos resultados obtidos pela Avaliação do PMAQ, que o acolhimento está implantado nas unidades, entretanto, constatou-se que a atuação multiprofissional na realização do acolhimento ainda não é integralizada e este é realizado de forma fragmentada, denotando um modelo de atenção ainda curativo e medicalocêntrico. Ainda, foi identificado a necessidade de qualificação das equipes, ponto este que merece análise mais aprofundada, pois os critérios de qualificação e capacitação devem atender as necessidades e especificidades de cada perfil epidemiológico e geográfico.

Embora seja uma recomendação do Ministério da Saúde, e que a maioria das equipes relate que existe o acolhimento, ainda permanecem lacunas e diferenças entre as regiões. Observa-se que as principais lacunas em nível nacional são: significativo número de equipes que não realizam atendimento de urgência e emergência, capacitação dos profissionais para realizar o acolhimento com classificação de risco, capacidade de oferecer respostas ao risco identificado, e ainda o baixo encaminhamento das demandas para o profissional Enfermeiro.

Por outro lado, como aspectos positivos observamos que o acolhimento favorece o acesso do usuário por meio da escuta, tendo os usuários sido ouvidos e avaliados quanto às suas necessidades; o tempo de espera para atendimento e agendamento também têm sido apontado como fator que favorece o nível de satisfação do usuário com o serviço.

Que se pesem as limitações deste estudo, dentre as apontadas pela possível fragilidade das respostas dos profissionais avaliados, devido a interesses relacionados à certificação das equipes, e ainda a necessidade de se comparar os resultados com as informações colhidas pela avaliação com os usuários, para uma melhor caracterização do perfil do acolhimento realizado pelos profissionais, e

levando em consideração que as particularidades de cada região têm influência nos resultados, um estudo mais abrangente caracterizando o acolhimento segundo o perfil dos municípios por porte populacional e índice de desenvolvimento poderá apontar com mais objetividade o retrato do acolhimento dentro do processo de trabalho das equipes de APS no país.

É incontestável que o acolhimento é uma ferramenta de reorganização do processo de trabalho e mecanismo de facilitação de acesso, capaz de promover a equidade e universalidade da atenção a saúde. Contudo, assim como o modelo de atenção instituído pelo Sistema Único de Saúde, este também é um processo ainda em construção.

A partir das novas avaliações do PMAQ será possível fazer uma comparação da evolução dessa ferramenta de trabalho e verificar se estas medidas de indução para melhoria nos processos de trabalho, estão promovendo de fato uma melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica no país.

## REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde. **Informe-se em promoção da saúde**. v.3, n.1, p. 01-03. 2007.

ALEIXO, J. L. M. A Atenção Primária à Saúde e o Programa Saúde da Família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. **Revista Mineira de Saúde Pública**, n.1. 2002.

ALMEIDA, P. F. de; GIOVANELLA, L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos 2000 e 2006. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.8, p. 1727-42, 2008.

ALTOÉ, S. (Org.). **René Lourau: analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004.

ANDRADE, C. S.; FRANCO, T. B.; FERREIRA, V. S. C. Acolhimento: uma experiência de pesquisa-ação na mudança no processo de trabalho em saúde. **Revista APS**, v.10, n.2, p. 106-15, jul/dez. 2007.

AQUINO, R.; OLIVEIRA, N. F.; BARRETO, M. L. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. **Am J Public Health**, v. , 99, n.1, p. 87-93, 2009.

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**, v. 36, n.1, 2011.

BIDARRA, Z. S. Pactuar a intersetorialidade e tramar as redes para consolidar o sistema de garantia de direitos. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, n.99. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), 2012b.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica; AMAQ. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília : CONASS, 2007.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação na Atenção Básica. Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS. 2003. < Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=28288](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=28288)>. Acesso em: 20 de outubro de 2014.

BRONZO, C.; VEIGA, L. Interdisciplinaridade e políticas de superação da pobreza. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, n. 92, 2007.

CABRAL, D. M. C.; HENRIQUE, A. M.; BRACHER, E. S. B.; BRANDÃO, J. R. .M. Estudo do acolhimento de uma unidade básica de saúde na cidade de São Paulo. **Rev APS**, v.15, n.3, p.238-44, 2012.

CAMARGO JUNIOR, K. R. de; CAMPOS, E. M. S.; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M. T.; MASCARENHAS, M. T. M.; MAUAD, N. M.; FRANCO, T. B. et al. Avaliação da atenção básica pela ótica politicoinstitucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, supl.1, 2008.

CAMPOS, J. S; ARAÚJO, V. R; ANDRADE, F. B; SILVA, A.C.O. Acolhimento na Atenção Básica em Saúde: O Passo para Integralidade. João Pessoa-PB; 2009. Disponível em: <[http://www.abeneventos.com.br/SENABS/cd\\_anais/pdf/id74r0.pdf](http://www.abeneventos.com.br/SENABS/cd_anais/pdf/id74r0.pdf)>. Acesso em: 20 de setembro de 2014.

CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26,. n.4, p. 693-705, abr. 2010.

FALK, M. L. R.; FALK, J. W.; OLIVEIRA, F. A. de; MOTTA, M.S. da. Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. **Rev. APS**, v.13, n.1, p.4-9, jan/mar. 2010.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. **Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas**. In: Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007

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

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E.; **A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde**. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Orgs.). Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2005. p. 181-193.

FRANCO, T. B.; MERHY, E.E. **Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo technoassistencial**. In: MERHY, E.E.; MAGALHÃES JUNIOR, H.M.; RIMOLI, J.;

FRANCO, T. B.; BUENO, W.S (orgs.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p.55-124.

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. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p. 345-53, abr-jun, 1999.

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. **Cadernos de Saúde Pública**, v.15, n.2, Rio de Janeiro, p.345-53, 1999.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; ALMEIDA, P. F.; ESCOREL, S.; SENNA, M. C. M.; FAUSTO, M. C. R. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abogadagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.

HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L.M.V. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2005.

HENNINGTON, E.A. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. **Cadernos de Saúde Pública**, v.21, n.1, p. 256-65, jan./fev.; 2005.

LIMA, A. S. de. **O trabalho da enfermeira na Atenção Básica: uma revisão sistemática**. 2011. 134p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

MACINKO, J; HARZHEIM, E. Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – sua utilização no Brasil. **Revista Brasileira Saúde da Família**, n. 14, p. 4-8; 2007.

MACINKO, J.; OLIVEIRA, V. B.; TURCI, M. A.; GUANAIS, F. C.; BONOLO, P. F, LIMACOSTA M. F. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory-care sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. **Am J Public Health**, v. 101, p; 101-1963, 2011.

MATA, J. A. S.; RUIZ, M. L. F . Definicion y características de la atención primaria de salud. In: FADSP (Org.) Situación Actual y Futuro de la Atención Primaria de Salud. Madrid, **Sanidad Pública**, n. 7, 1993.

MATTOS, R. A. **Desenvolvendo e oferecendo ideias: um estudo sobre a elaboração de propostas de políticas de saúde no âmbito do Banco Mundial**. 2000. 307p. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

MATUMOTO, S. **O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde.** 1998. 219f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 1998.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estudos Avançados*, v.27, n.78. 2013.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Belo Horizonte: ESP-MG; 2009.

MENDES, E. V. *Atenção Primária à Saúde no SUS.* Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002. 92 p.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.). **Inventando a mudança em saúde.** São Paulo: Hucitec, p.116-60, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança no modelo de Atenção Básica. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 3, n. 1, p. 113-125, 2003.

MINISTRY OF HEALTH. Interim report on the future provision of medical and allied services. London, 1920. Disponível em: <<http://www.sochealth.co.uk/history/Dawson.htm>>.

OPAS. Organização Pan-americana de Saúde. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas.** Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/ OMS. 2005.

OPAS/OMS. Organização Pan-americana de Saúde. **Declaração de Alma-Ata.** Conferência Internacional sobre cuidados Primários em Saúde. 1978.

PAIM, J. S. **Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e a renovação da proposta “Saúde para Todos”.** UERJ/IMS, Rio de Janeiro, p. 27, 1998.

PINTO, H. A.; KOERNER, R. S.; SILVA, D. C. A. Prioridade traduz em mais e melhores recursos para a atenção básica. *Rede de Pesquisas em Atenção Primária*

à Saúde, Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://www.rededepesquisasaps.org.br/2012/06/18/prioridade-se-traduz-em-mais-e-melhoresrecursos-para-a-atencao-basica/>>. Acesso em 23 mar 2015.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A.; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora, **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. Especial, p. 358-372, out. 2014.

PINTO, H. A. **Múltiplos olhares sobre e a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade**. 169p. Dissertação (Mestrado em Saúde coletiva). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2014.

PINTO, H. A.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A. R. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. RECIIS: **Revista eletrônica de comunicação, informação e inovação em saúde**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, Sup., Ago., 2012.

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

SCHNEIDER, D. G. et al. Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. **Texto contexto-enfermagem**, Florianópolis, v.17, n. 1, mar.2008 .

SILVA JUNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. **Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. e organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: ABRASCO/ São Paulo: Editora Hucitec; 2004.

SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.5, n.4, p.493-503, out-dez, 2005.

SOUZA, E. C. F.; VILAR, R. L. A.; ROCHA, N. S. P. D.; UCHOA, A. C. U.; ROCHA, P. M. R. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, suppl. 1, Rio de Janeiro. 2008.

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

STARFIELD, B. Is primary-care essential? **Lancet**, v.344, n. 8930, p. 1129-1133, Out. 1994.

TAKEDA, S. A organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde. In: DUNCAM, B. *et al.* **Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidência**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

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. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.331-40, 2007.

TANAKA, O. U.; MELO, C. M. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: um modo de fazer**. São Paulo: Edusp; 2001.

TEIXEIRA, R. R. **O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2003.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, Sup. 2, S190-198, 2004.

VIEIRA DOS SANTOS, I. M.; DOS SANTOS, A. M. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. *Revista de Salud pública*, v.13, n.4, p.703-16, 2011.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; ESPERIDIÃO, M. A.; VIANA, S. V.; ALVES, V. S.; LEMOS, D. V. S da.; CAPUTO, M. C. *et al.* Avaliação da implantação de programa voltado para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários na rede básica: Salvador, 2005-2008. **Revista Brasileira de Saude Materno Infantil**, Recife, 2011.

WHO: World Health Organization. **The World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever**. Geneva, 2008.

WHO: World Health Organization. **Development of Indicators for Monitoring Progress towards Health For All by the Year 2000**. Geneva: 1981

WHITE, K. L; WILLIAMS, T. F.; GREENBERG, B. G. The ecology of medical care. **New england Journal of medicine**, Boston, v. 265, p. 885-892, 1961.

## APÊNDICE A: AUTORIZAÇÃO PARA USO DOS DADOS DO PMAQ

### AUTORIZAÇÃO

Eu, Adriane Pires Batiston, abaixo assinado na qualidade de Coordenadora do Programa Nacional de Avaliação do Acesso e Qualidade de Mato Grosso do Sul, autorizo a realização do estudo intitulado "*Acolhimento aos usuários na Atenção Primária à Saúde*", a ser conduzido pelos pesquisadores abaixo relacionados. Fui informada pela responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento.

Declaro que a instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados.

Campo Grande, 03 de Janeiro de 2014.



Adriane Pires Batiston  
Coordenadora do PMAQ- Mato Grosso do Sul

#### LISTA NOMINAL DOS PESQUISADORES:

Larissa Rachel Palhares Coutinho (Pesquisadora)

Profª Drª Mara Lisiane de Moraes dos Santos (Orientadora)

## ANEXO 1:

**Instrumento de Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)/2012**

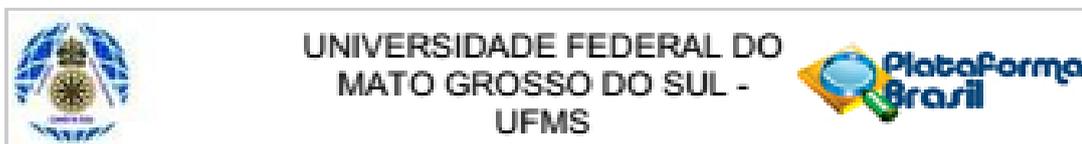
**Módulo II – Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde (questões utilizadas na pesquisa)**

<b>II. 15 Acolhimento à demanda espontânea</b>		
II.15.1	<b>Está implantado o acolhimento na unidade de saúde?</b> (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para questão II.15.14)	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
II.15.2	<b>Em quais turnos é feito o acolhimento</b>	Manhã
		Tarde
		Noite
II.15.3	<b>Com que frequência acontece?</b>	Um dia por semana
		Dois dias por semana
		Três dias por semana
		Quatro dias por semana
		Cinco dias por semana
		Mais de cinco dias por semana
II.15.4	<b>Todos os usuários que chegam à unidade de saúde espontaneamente buscando atendimento tem suas necessidades escutadas e avaliadas?</b>	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
II.15.5	<b>Quais profissionais participam do acolhimento?</b>	Médico
		Enfermeiro
		Cirurgião-dentista
		Técnico de enfermagem
		Auxiliar de enfermagem
		Técnico em saúde bucal
		Auxiliar em saúde bucal
		Agente comunitário de saúde
		Outro(s)
Nenhuma das anteriores		

II.15.8	<b>A equipe realiza atendimento de urgência e emergência nesta unidade de saúde?</b>		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
II.15.9	<b>Os profissionais da equipe que fazem o acolhimento foram capacitados para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários?</b>		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
II.15.10	<b>A equipe realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários?</b> (Se NÃO, passar para a questão II.15.12.)		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
II.15.11	<b>Em função do risco identificado, a equipe tem condições de definir a resposta?</b>		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
II.15.12	<b>Quais ações desencadeadas a partir do acolhimento realizado:</b>		Marca usuários na agenda do médico
			Marca usuários na agenda do enfermeiro
			Marca usuários na agenda do dentista
			Marca usuários na agenda de outro profissional
			Orientação, esclarecendo dúvidas sobre sua saúde, sem necessitar de marcação de uma consulta para esse problema
			Solicitação de exames sem ter que marcar uma nova consulta
			Medidas terapêuticas que não envolvem a prescrição de medicação
			Prescrição de alguma medicação
			Outro(s)

			Nenhuma das anteriores
<b>Sobre as ofertas disponíveis ao usuário quando ele busca a unidade de saúde:</b>			
II.15.13	<b>Normalmente, quanto tempo o usuário espera desde a chegada à unidade de saúde até o momento da primeira escuta/acolhimento?</b>		Minutos
			Não sabe/não respondeu
II.15.14	<b>Caso o usuário tenha um problema que não seja recomendável o agendamento para outro dia, há reserva de vagas para atendimento no mesmo dia?</b>		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
II.15.15	<b>A equipe controla o tempo de espera para atendimento dos usuários?</b>		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
II.15.16	<b>Quanto tempo ele normalmente espera por este atendimento</b>		Minutos
			Não sabe/não respondeu
II.15.17	<b>Nas situações em que não seja o caso de agendar no dia e o usuário não faça parte de algum grupo que possui atendimento programado na unidade de saúde, ele consegue sair desta unidade com consulta marcada?</b>		Sim
			Não
II.15.18	<b>A equipe tem definido o tempo máximo de agendamento?</b>		Sim
			Não
II.15.19	<b>Quanto tempo ele normalmente espera por esta consulta?</b>		Dias
			Não sabe/não respondeu

## ANEXO 2 – Parecer Consubstanciado do CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Acolhimento aos usuários na Atenção Primária à Saúde

**Pesquisador:** Larissa Rachel Palhares Coutinho

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 31450914.0.0000.0021

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 773.395

**Data da Relatoria:** 11/08/2014

#### Apresentação do Projeto:

No Brasil, a principal estratégia adotada pelo Ministério da Saúde para o fortalecimento e expansão da AB é a Estratégia de Saúde da Família (ESF). O acolhimento surgiu a partir das discussões sobre a reorientação da atenção à saúde, sendo elemento fundamental para a reorganização da assistência em diversos serviços de saúde, direcionando a modificação do modelo técnico-assistencial. Para tanto, são necessários estudos criteriosos sobre a qualidade da atenção prestada. Uma das formas de avaliação da qualidade da atenção proposto pelo Ministério da Saúde é o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ. O presente estudo tem por objetivo analisar o acolhimento aos usuários nos serviços de Atenção Básica que aderiram ao PMAQ-AB/2012. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, analítico e exploratório. A pesquisa será delineada por meio de análise de dados secundários provenientes da Avaliação Externa do PMAQ-AB/2012. Esta pesquisa será submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa. Por não se tratar de pesquisa com seres humanos, será utilizado um Termo de Compromisso para uso de Dados Secundários.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:** Analisar o acolhimento ao usuário nos serviços de Atenção Básica que aderiram ao PMAQ-AB/2012.

Continuação do Parecer: 773.395

**Objetivo Secundário:**

Identificar a presença do acolhimento na perspectiva dos profissionais da saúde; Identificar a opinião dos usuários sobre acolhimento; Caracterizar o acolhimento na Atenção Básica sob a perspectiva dos profissionais;

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: Não apresenta riscos.

Benefícios: Os resultados possibilitarão a identificação do grau de acolhimento aos usuários, o qual reflete na qualidade da atenção à saúde. Dessa forma, a pesquisa produzirá conhecimentos fundamentais para nortear decisões e subsidiar ações para a organização dos processos de trabalho culminando para a qualificação dos serviços, produzindo impactos positivos sobre a saúde da população.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa de relevância social

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Adequado

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Adequado

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

