

Acolhimento na Perspectiva do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

Reception from the Perspective of the Program for Improving Access and Quality of Primary Care

FRANCISCO DE SALES CLEMENTINO¹
LIBNA NOBRE DO NASCIMENTO SANTOS²
LUCIANO BEZERRA GOMES³
EMANUELLA DE CASTRO MARCOLINO⁴
JOÃO MÁRIO PESSOA JÚNIOR⁵
ANA ELISA PEREIRA CHAVES⁶

RESUMO

Objetivo: Objetivou-se analisar a estratégia do acolhimento na Atenção Básica no município de Campina Grande, Paraíba, a partir da avaliação externa do primeiro ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

Material e Métodos: Trata-se de estudo descritivo, exploratório, quantitativo, realizado entre maio e outubro de 2012. O grupo amostral foi composto por profissionais de saúde de nível superior, vinculados a 92 equipes de Saúde da Família, sendo um profissional de cada equipe. Utilizou-se para coleta de dados um formulário, denominado de Módulo II, preenchido pelo pesquisador. Os dados obtidos foram duplamente digitados e submetidos à análise estatística descritiva no SPSS 17.0. **Resultados:** A partir dos dados encontrados, constatou-se que 51,7% das Unidades Básicas de Saúde afirmaram realizar o acolhimento, e 46,1% das equipes de Saúde da Família relataram executar o acolhimento durante os cinco dias da semana. No entanto, somente 13,5% das equipes de Saúde da Família referiram a existência de protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea/urgência. 48,3% das equipes de Saúde da Família declararam realizar avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários, porém apenas 22,5% dos profissionais relataram terem sido capacitados para desempenharem essa ação. **Conclusão:** Conclui-se que a estratégia do acolhimento vem acontecendo no município em estudo de forma pontual, apoiada ainda na perspectiva médico/hegemônica.

DESCRIPTORIOS

Avaliação em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Objective: To analyze the strategy of the reception in Primary Care in the city of Campina Grande, Paraíba, based on the external evaluation of the first cycle of the Program for Improving Access and Quality of Primary Care. **Material and Methods:** This was a descriptive, exploratory, quantitative study, conducted between May and October 2012. The sample group was composed of higher education health professionals working in one of 92 Family Health Teams. A form, called Module II, filled out by the researcher was used for data collection. The data were double-typed and submitted to descriptive statistical analysis in SPSS 17.0. **Results:** According to the findings, 51.7% of the Primary Care Units reported having "users' reception"; 46.1% of the Family Health Teams reported performing the reception during the five days of the week. However, only 13.5% of them reported the existence of protocols with definition of therapeutic guidelines to accommodate spontaneous/urgent demand. A total of 48.3% of the family health teams reported carrying out a risk and vulnerability assessment during the users' reception, but only 22.5% of the professionals reported being able to perform this action. **Conclusion:** The reception strategy has been happening in the municipality under study punctually and still supported by the hegemonic/medical perspective.

DESCRIPTORS

Health Evaluation. Primary Health Care. Family Health Strategy.

- 1 Docente da Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, Campina Grande, Paraíba, Brasil.
- 2 Discente da Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, Campina Grande, Paraíba, Brasil.
- 3 Docente do Departamento de Promoção da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, João Pessoa, Paraíba, Brasil.
- 4 Discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte- UFRN, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.
- 5 Docente da Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Macaé, Rio de Janeiro, Brasil.
- 6 Docente da Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, Campina Grande, Paraíba, Brasil.

O Sistema Único de Saúde (SUS) representa um dos maiores exemplos de política pública no Brasil. Regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nº 8.080/90 e nº 8.142/90, emerge como um mecanismo regido por princípios e diretrizes, tais como: universalidade, integralidade da assistência e equidade¹.

A fim de atingir os pressupostos do SUS, a atenção básica tem sido priorizada pelas políticas públicas, sendo a porta de entrada preferencial do sistema de saúde², particularmente a partir da implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), em 1994. Trata-se de uma estratégia de reorientação da Atenção Básica e do modelo assistencial brasileiro, viabilizando a efetivação dos princípios doutrinários e organizativos do SUS³.

Nesse sentido, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) necessitam se organizar de tal forma que contemplem o cuidado às demandas da população e a outras necessidades de saúde não percebidas, como o rastreamento de doenças, atendimento longitudinal, educação em saúde, dentre outras. Assim, adentrar o cotidiano da população requer dos profissionais de saúde da ESF um olhar qualificado para a identificação desses problemas e exige a utilização de um conjunto de tecnologias adequadas para se lidar com eles⁴.

Sendo assim, visando difundir uma nova cultura de atendimento humanizado, o Ministério da Saúde lançou, em 2000, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH)². Em 2003, com a nova gestão do Ministério da Saúde, iniciou-se uma proposta com o objetivo de expandir a humanização para além do ambiente hospitalar: a Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS – Humaniza-SUS².

O Humaniza-SUS propõe uma reorganização dos serviços de saúde e das relações entre trabalhadores e usuários com base no atendimento acolhedor e resolutivo². Além disso, uma assistência alicerçada na equipe multiprofissional torna-se um elemento de grande valia, uma vez que a ideia interdisciplinar incorporada pela equipe multiprofissional permite a prestação do cuidado integral, tornando essas práticas, e em particular a do acolhimento, significativas nas relações afetivas entre profissionais e usuários do SUS⁵.

Entretanto, pesquisadores⁵⁻⁸ destacam que a efetivação do acolhimento na ESF depara-se com

entraves cotidianos, no que se refere ao despreparo dos profissionais, à dinâmica de trabalho centrada no modelo tradicional, na qual o foco da atenção é a doença e não o sujeito na sua totalidade. Além disso, na concepção dos profissionais sobre o significado do acolhimento, estes o identificam como triagem ou “ato de bondade” e impulsionador de demandas, em especial para os profissionais médicos.

Diante dessas fragilidades, o acolhimento torna-se uma prática ainda nebulosa para as equipes de ESF. É no marco dessas contradições, que emergem as preocupações/inquietações, conduzindo ao seguinte questionamento: Quais as características do acolhimento apresentado no âmbito da Atenção Básica na perspectiva dos profissionais de saúde, a partir dos dados do primeiro ciclo da avaliação externa do PMAQ-AB? Como objetivo geral, visa analisar as características do acolhimento na Atenção Básica no município de Campina Grande, Paraíba, a partir da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo descritivo, exploratório, de abordagem quantitativa. Trata-se de uma avaliação da Atenção Básica, a partir do Banco de Dados do 1º ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com as equipes da Estratégia de Saúde da Família. Considerando o conjunto dos municípios submetidos à avaliação externa pela pesquisa PMAQ-AB, destaca-se quanto ao cenário do estudo, o município de Campina Grande, Paraíba, considerado um dos pioneiros no Brasil, na implantação da Estratégia Saúde da Família.

O público alvo do estudo compreendeu os profissionais da Estratégia Saúde da Família, vinculados às 92 equipes de Saúde da Família, sendo um de cada equipe. A coleta de dados ocorreu, majoritariamente, entre maio e outubro de 2012. Utilizou-se para realização da pesquisa um formulário, denominado de Módulo II, correspondente à caracterização das UBS e às variáveis destinadas aos profissionais de saúde, tais como: acolhimento implantado na equipe de atenção básica, turno e frequência de realização do

acolhimento, profissionais que participam do acolhimento, existência de protocolo para acolhimento, atendimentos de urgência e emergência, avaliação de risco e vulnerabilidade, ações desencadeadas a partir do acolhimento⁹ (BRASIL, 2012b). A aplicação do instrumento de coleta de dados deu-se em versão digital por meio de *tablets*, por avaliadores externos previamente treinados.

No tocante à técnica de tratamento e análise dos dados, os questionários foram duplamente digitados e submetidos à validação juntamente ao SPSS, 17.0, para o processamento da análise estatística descritiva. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, protocolo de nº 21904, em 13/03/2012 e está em consonância com a Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

RESULTADOS

No total de 89 profissionais de nível superior, observou-se que 86,5% dos participantes da pesquisa eram enfermeiros. Com relação ao tempo de atuação dos profissionais entrevistados, observou-se maior percentual entre os que atuavam a menos de 5 anos, com 56,2% e um menor percentual entre os que atuavam há mais de 10 anos, com 4,5%.

No tocante à formação e qualificação dos enfermeiros da equipe de Saúde da Família, 89,9% possuem formação complementar; 41,6% com Especialização em Saúde da Família concluído e 37,1 com Especialização em Saúde Pública ou Saúde Coletiva. Quanto ao vínculo empregatício, destacou-se o Agente Contratante da Administração Direta, com 96,6%, seguido do Servidor Público Estatutário, com 75,3%.

Quanto à existência de protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea/urgência que subsidiem as ações, somente 13,5% das equipes referiram possuir esse protocolo, enquanto 43,8% das equipes não souberam ou não responderam e o restante não possuía protocolos. No que compreende os aspectos contemplados por esse protocolo, 12,4% das Equipes de Saúde da Família mencionaram que o aspecto “*queixas mais frequentes*” encontra-se no mesmo; 13,5% das equipes referiram possuir protocolo que atenda ao acolhimento dos problemas por ciclo de vida: 7,9% quanto à saúde mental, o mesmo percentual para traumas e acidentes, 11,2% para captação precoce de gestantes eo maior percentual das equipes não soube ou não respondeu a esses itens.

Quanto aos atendimentos de urgência e emergência, 69,7% das equipes declararam prestar este tipo de ação à comunidade. No tocante à capacitação dos profissionais das equipes para

Tabela 1 – Perfil do acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde da Família avaliadas pelo PMAQ-AB em Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2012.

Variável	Frequência		Variável	Frequência	
	n=89	%		n=89	%
Acolhimento implantado na UBSF			Turno de execução do acolhimento		
Sim	46	51,7	Manhã		
Não	43	48,3	Sim	46	51,7
Frequência de execução do acolhimento			Não se aplica	43	48,3
Um dia por semana	2	2,2	Tarde		
Três dias por semana	3	3,4	Sim	39	43,8
Cinco dias por semana	41	46,1	Não	7	7,9
Não se aplica	43	48,3	Não se aplica	43	48,3
			Noite		
			Sim	46	51,7
			Não se aplica	43	48,3

Fonte: Banco de dados do Módulo II PMAQ (AB).

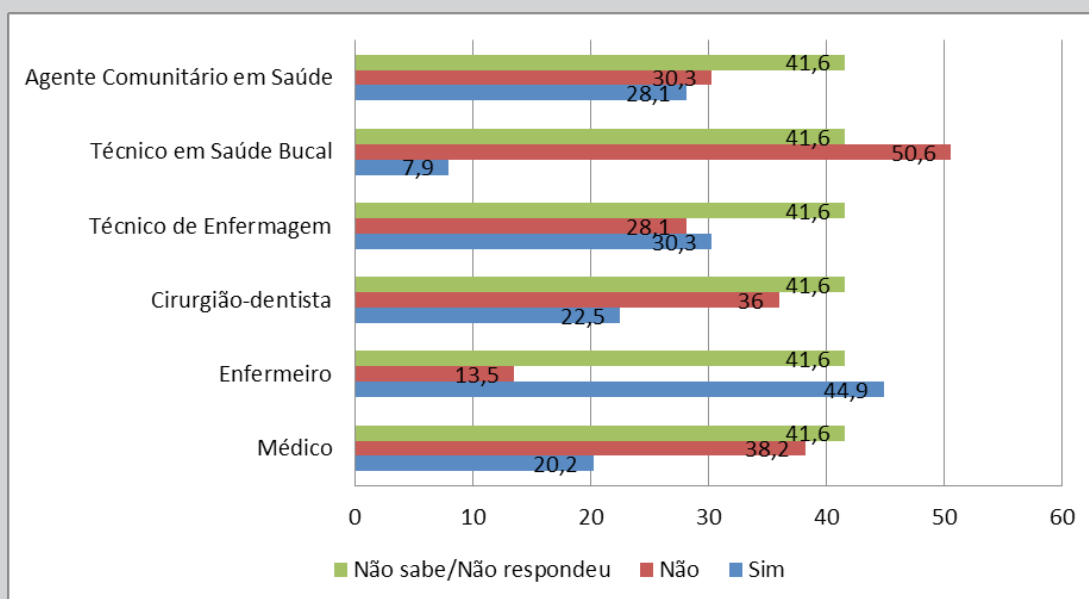


Gráfico 1 – Percentual de participação dos profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde da Família avaliadas pelo PMAQ-AB no processo de escuta dos usuários, Paraíba, Brasil, 2012

Fonte: Banco de dados do Módulo II PMAQ (AB).

realização do acolhimento e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários, a maior parte dos profissionais de saúde entrevistados, 48,3% não soube ou não respondeu a esse item, apenas 22,5% dos profissionais responderam positivamente ao questionamento.

Mesmo assim, 48,3% das Equipes de Saúde referiram realizar avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários, no entanto, quando questionados sobre a definição da resposta aos usuários a partir do risco identificado, 68,5% não soube responder ou não respondeu.

Quanto às ações desencadeadas a partir do acolhimento, 51,7% das equipes referiram que o acolhimento gera marcação de consulta para o médico, 58,4% das equipes conduzem a marcação de consulta para o enfermeiro, 38,2% das equipes mencionaram a marcação também de consulta para o cirurgião-dentista e o mesmo percentual para a marcação na agenda de outros profissionais.

Das Equipes de Saúde entrevistadas, 50,6% citaram como encaminhamento do acolhimento realizado, a orientação ao usuário, esclarecendo dúvidas sobre sua saúde, sem necessitar de marcação de uma consulta para esse problema. 41,6% mencionou a solicitação de

exames sem ter que marcar uma nova consulta, 43,8% referiu a aplicação de medidas terapêuticas que não envolvem a prescrição de medicação; aproximadamente o mesmo percentual e 44,9% das Equipes de Saúde revelou conduzir alguma prescrição de medicação a partir do acolhimento. Por fim, 58,4% dos usuários mencionaram a condução e outras ações geradas pelo acolhimento aos usuários.

Quando questionados sobre a execução de avaliação ou estudo da demanda espontânea nos últimos 12 meses, 79,8% das Equipes de Saúde responderam a não realização dessa ação. Dos 20,2% que responderam sim, apenas 6,7% possuíam documento que comprovasse a realização desse tipo de ação.

Quanto à disponibilidade de serviço para remoção de um usuário, quando necessário, 58,4% das Equipes de Saúde relataram não possuir acesso, especificamente, com relação à disponibilidade de ambulância do SAMU. 58,4% das Equipes de Saúde afirmaram que não se aplica, para ambulância não integrante do SAMU; 58,4% mencionaram que não se aplica a mesma porcentagem de Equipes de Saúde da Família e não souberam ou não responderam sobre esse aspecto.

Tabela 2 – Aspectos de acesso aos serviços de saúde nas Unidades Básicas de Saúde da Família avaliadas pelo PMAQ-AB em Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2012.					
Variável	Frequência		Variável	Frequência	
	n=89	%		n=89	%
Espera do usuário da chegada à UBSF a primeira escuta/acolhimento.			Atendimento no mesmo dia em que o usuário procurou a UBSF, quando necessário.		
Até 5 minutos	20	22,4	Sim	82	92,1
Até 10 minutos	13	14,6	Não	6	6,7
Até 15 minutos	10	11,2	Não sabe/Não respondeu	1	1,1
Até 20 minutos	7	7,9	Existência de mecanismo que controle tempo de espera dos usuários.		
Até 25 minutos	2	2,2	Sim	6	6,7
Até 30 minutos	20	22,5	Não	7	7,9
Até 60 minutos	12	13,5	Não sabe/Não respondeu	76	85,4
Mais de 60 minutos	5	5,5			
Usuário deixa UBSF com consulta marcada, quando não é necessária consulta no dia.			Definição de tempo máximo de agendamento pela UBSF.		
Sim	59	66,3	Sim	45	50,6
Não	30	33,7	Não	14	15,7
			Não se aplica	30	33,7
Tempo de espera pela consulta agendada.					
Até sete dias	22	24,5			
Sete dias	20	22,5			
Até dez dias	8	9,4			
Quinze dias	8	9,4			
Trinta dias	1	1,1			
Não sabe/Não respondeu	30	33,8			

Fonte: Banco do Módulo II PMAQ (AB).

DISCUSSÃO

O acolhimento no contexto da atenção básica brasileira pode ser considerado um dispositivo importante no processo de qualificação do modelo assistencial, seja possibilitando aos profissionais o refletir sobre seu processo de trabalho, ou mesmo possibilitando a efetivação de direitos fundamentais do indivíduo, como acesso universal a um cuidado integral e justo na rede pública de serviços¹⁰. Entretanto, a implantação de tal disposi-

tivo ainda enfrenta desafios políticos, econômicos e organizacionais, considerando-se os reflexos dos distintos cenários locais para sua efetivação¹¹.

Entre as UBS avaliadas pelo estudo, o acolhimento desenvolvido pelos profissionais de saúde não se configura enquanto uma prática efetiva, considerando o expressivo percentual que refere não ter sido implantado (Tabela 1). No geral, acontece durante os dias de funcionamento do serviço, especialmente no turno matutino, nos horários de maior fluxo de usuários no serviço, a partir das especificidades das demandas.

Os resultados obtidos nesse estudo são considerados baixos em comparação com o apresentado em estado vizinho como Pernambuco, onde 62,4% das equipes implantaram o acolhimento¹². Além disso, estudos com profissionais da ESF^{7,13}, mostraram 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.

Tendo em vista a valorização do modelo médico hegemônico ainda presente nas UBS e como consequência, aumento da demanda reprimida, percebe-se a constituição de um “pronto atendimento”, com pouca resolutividade, tendente ao padrão “queixa-conduta” e medicalizante. Nessa perspectiva, o acolhimento como um dispositivo de humanização com potencialidade de reduzir a demanda reprimida, oferece maior acesso aos serviços e por último, responsabiliza toda a equipe pelo cuidado e satisfação do usuário¹⁴⁻¹⁶.

O trabalho na Atenção Básica em Saúde deve ser centrado a partir da estratégia do acolhimento para uma reestruturação e reorganização das práticas de saúde, além dos muros dos serviços de saúde, refletindo-se como prática que considera os determinantes sociais e as reais necessidades do usuário tendo, dessa forma, um acolhimento qualificado e resolutivo. Além disso, deve permitir desencadear um processo de mudança nas práticas de saúde¹⁷. É notório que a efetivação do acolhimento contribui na reflexão, dinamização e organização das ações em saúde, sendo mediado pela relação efetiva entre usuário e profissional ou a própria equipe, estimulando a resolutividade de problemas¹⁸.

Além disso, observou-se no estudo, que a estratégia do acolhimento não ocorre de modo sistemático, em tempo integral, ou seja, 8 horas por dia, conforme funcionamento da UBS e orientação da Política Nacional de Humanização

do SUS, uma vez que, a maioria das UBS e/ou profissionais de saúde, ainda tem a estratégia do acolhimento como hora marcada para a realização da escuta com o usuário¹⁹.

Na prática, em muitos casos, o acolhimento se restringe a atendimentos pontuais e ações de atendimento às urgências, centrado na queixa-conduta e medicalizante. O fato é preocupante, tendo em vista dificuldades enfrentadas pelos usuários na acessibilidade aos serviços de saúde, devido à grande demanda predominantemente espontânea, ocasionando ainda, sofrimento aos profissionais e usuários²⁰⁻²².

No que compete ao acolhimento, apenas a função de acesso à demanda espontânea e aceitação do doente como sujeito de direitos e desejos para os quais se tornam necessários percebe-se uma relação de confiança mútua entre profissional e usuário. Nesse sentido, configura-se como método de escuta ativa, de forma a oferecer respostas conforme demandas apresentadas pelo usuário²³.

Com respeito à participação dos profissionais no processo de escuta dos usuários, os enfermeiros e agentes comunitários de saúde se destacaram entre os que realizam e/ou participam diretamente do acolhimento. Percebe-se que os profissionais de enfermagem são mais bem preparados para realizar o acolhimento⁷. Entretanto, reforça-se que a prática do acolhimento precisa permear as ações de todos os profissionais que compõem a equipe multiprofissional, não se restringindo a uma categoria profissional, como forma de estimular e fortalecer o vínculo de confiança junto ao usuário e comunidade, favorecendo a relação terapêutica⁵.

Identificou-se que, na prática, o acolhimento realizado pelos profissionais nas UBS não segue um modelo teórico ou protocolo específico, restringindo-se a ações pontuais centradas na atenção queixa-conduta, realidade também apresentada em outros estudos^{11,14,20} que sinalizam

para as ambiguidades presentes na operacionalização do acolhimento no âmbito da atenção básica. Além disso, quando questionados sobre a comprovação do protocolo, a maioria dos profissionais, não apresentou o documento em questão. Tais constatações levam à reflexão de que o acolhimento precisa ser considerado um instrumento de trabalho que incorpore as relações humanas apropriadas por todos os trabalhadores de saúde, em todos os setores, em cada sequência de atos e modos que compõem o processo de trabalho da equipe.

Verifica-se que poucas equipes de Atenção Básica possuem protocolos para acolhimento. Assim, conseqüentemente, cada profissional desempenha as diretrizes do acolhimento segundo o seu entendimento, o que acarretava diferentes reações dos usuários. Nessa perspectiva, documento oficial do Ministério da Saúde destaca que “há acolhimentos e acolhimentos”, apontando múltiplas perspectivas e intencionalidades por parte de seus agentes²⁴⁻²⁵.

A utilização de protocolos de estratificação de risco e suas respectivas escalas têm impacto importante na qualidade do acesso aos serviços de saúde. Na Atenção Básica, necessita-se da combinação dos riscos e vulnerabilidades tendo em vista a manutenção dos princípios da longitudinalidade, da criação de vínculo, da responsabilização e da gestão do cuidado. Para esse fim, é necessário o trabalho em equipe, a competência técnica e o bom senso no atendimento aos casos considerando-se que existem diversas situações de vulnerabilidade que não permitem a definição de condutas padrões²⁵.

Os profissionais de saúde precisam ter clareza quanto ao campo e núcleo de competência de cada um, com o objetivo de acolher, produzir vínculo com os usuários e atender suas necessidades²⁶. Portanto, é necessário que o projeto de acolhimento e, conseqüente, a produção de vínculo seja um projeto de toda a equipe daquele

lôcus de trabalho, a fim de que se concretize o trabalho vivo em ato²⁷.

Outro aspecto evidenciado pelo estudo foi a contradição referente ao acolhimento em casos de urgência e emergência. Embora os profissionais enfatizem que realizam ações nessa área, inclusive avaliando o risco e vulnerabilidade durante o acolhimento, não utilizam protocolo como diretrizes terapêuticas, como também, desconhecem a resolutividade dos casos a partir da avaliação de risco e vulnerabilidade, o que incide na falta de entendimento da equipe no campo da urgência e emergência.

No cotidiano da atenção básica, não se observa claramente o acolhimento ou mesmo o atendimento em saúde na urgência e emergência e, na maioria dos casos, os usuários são encaminhados para outros serviços da rede especializada (unidade de pronto-atendimento, serviço móvel, pronto socorro de hospital geral, etc.), tendo em vista problemas como a falta de equipamentos e insumos, despreparo por parte da equipe, entre outros^{5,7}. Essa lógica contraria o disposto na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), dificultando o acesso ao serviço e, por conseqüente, a resolutividade do problema, fator esse que enfraquece o processo de responsabilização e planejamento do trabalho da equipe¹⁸.

Com base nos resultados do presente estudo, o acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidade apesar de ser realizado nas UBSF deixa dúvidas, pois indica que uma parcela significativa das equipes apresenta reduzida capacidade de identificação dos diferentes graus de risco e das situações de maior urgência apresentadas pelos usuários, visto que são poucos os profissionais capacitados para tal ação.

Estudo realizado no estado do Rio de Janeiro constatou que 91,9% das equipes de Saúde da Família afirmaram realizar avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários.

Entretanto, a capacitação dos profissionais para a realização dessa atividade foi de 65% no total. Entre as regiões de saúde do estado Rio de Janeiro, a saber: Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea, Centro Sul, Médio-Parafba, Metropolitana I, Metropolitana II, Noroeste, Norte e Serrana, há uma discrepância quando se comparam os percentuais relativos ao desenvolvimento dessa ação e a capacitação das equipes para esta finalidade²⁸.

A avaliação de risco e vulnerabilidades na Atenção Básica parte do pressuposto da garantia do acesso com equidade; entendendo equidade como o princípio que almeja tratar diferentemente os desiguais de acordo com as necessidades de cada um. Dessa forma, deve ser realizado visando não apenas os fatores biológicos, mais também considerar a vulnerabilidade social e contexto de vida dos usuários, contribuindo assim, para o autocuidado e a criação de vínculo com a UBS²⁵.

Apesar da proposta em reorientar o modelo tecnoassistencial por meio da ESF, buscando ultrapassar o modelo hegemônico, os profissionais ainda têm uma formação que privilegia ações curativas, fragmentadas, mecanizadas, médico-centradas²⁹.

Sobre o acesso aos serviços nas unidades de saúde, sugere-se que os usuários sejam atendidos no mesmo dia, com tempo curto de espera até o acolhimento, embora quando questionados sobre o mecanismo de controle da espera mais de 80% não responderam/não souberam responder a esse questionamento, inclusive para a consulta agendada.

O longo tempo de espera para o atendimento/acolhimento foi considerado como um dos fatores capazes de dificultar o acesso dos usuários ao serviço. Nesse caso, quando o tempo de espera é excessivamente demorado, usualmente os serviços públicos são qualificados como vagarosos e ineficazes, produzindo um conceito

desvalorizado do atendimento ofertado à população. Quanto maior o tempo de espera, maior a chance de os usuários buscarem outros meios para resolver os seus problemas, chegando a maioria das vezes aos serviços de saúde de urgência e emergência, tendo em vista os entraves encontrados na UBS. Além disso, observa-se também um aumento das taxas de absenteísmo dos usuários agendados³⁰.

CONCLUSÃO

Apesar da implantação do acolhimento no município em estudo, identificou-se que a estratégia do acolhimento vem acontecendo de forma pontual, apoiada ainda na perspectiva do modo hegemônico médico, quando se espera a realização de um trabalho multiprofissional e interdisciplinar com foco nas necessidades dos usuários a partir de uma escuta qualificada. Chama-se atenção, uma vez que, a situação evidenciada, tem um impacto direto na dimensão do processo de trabalho da equipe, dificultando cada vez mais o acesso do usuário às ações de saúde, diante das barreiras encontradas, tais como: geográfica, organizacional, cultural, econômica, dentre outras.

Frente ao exposto, o estudo permitiu a elaboração de propostas relevantes para implementação da Estratégia do Acolhimento, a saber: adequar o seu trabalho às diretrizes e recomendações dos protocolos da estratégia de acolhimento elaboradas pelo MS; realizar reuniões com a gestão e profissionais da ESF para definição das atribuições frente à estratégia do acolhimento; fortalecer o processo de trabalho das equipes a partir da EPS; organizar os fluxos de referência e contrarreferência, tendo como porta de entrada a ESF; rever a formação e qualificação dos profissionais de saúde, através das mudanças curriculares nos cursos de graduação, com foco na integração ensino-serviço.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde. O SUS de A a Z: garantindo a saúde nos municípios. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Cartilha: acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
3. Oliveira JR. Acolhimento na Atenção Básica a Saúde na perspectiva do enfermeiro. [Dissertação de Mestrado]. Maceió: Universidade Federal de Alagoas; 2013. 126p.
4. Sarti TD, Campos CEA, Zandonade E, Ruschi ZEC, Maciel ELN. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. *CadSaude Publica*. 2012; 28(3):537-48.
5. Garuzi M, Achitti MCO, Sato CA, Rocha SA, Spagnuolo RS. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. *Rev Panam Salud Publica*. 2014; 35(2):144-9.
6. Grimberg SKCR, Sousa EF, Assis CML, Guimarães DA, Nóbrega JAS. Entraves no Acolhimento por Enfermeiros de um Hospital Público. *R bras ci Saúde*. 2015; 19(4):299-306.
7. Sá CMCP de, Moura SG de, Braga LAV, Dias MD, Filha MOF. EXPERIÊNCIA DA IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA. *Revenferm UFPE online*. 2013; 7(esp):5029-35.
8. Campos RTO, Ferrer AL, Gama CAP, Campos GWS, Trapé TL, Dantas DV. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde Debate*. 2014; 38(esp.): 252-264.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica; II (28). Brasília: Ministério da Saúde. 2011.
10. Baraldi DC, Souto BGA. A demanda do Acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família em São Carlos, São Paulo. *ArqBrasCiencSaude*. 2011; 36(1):10-7.
11. Coutinho LRP, Barbieri AR, Santos MLM. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Saúde Debate*. 2015; 39(105): 514-24.
12. Albuquerque MSV, Lyra TM, Farias SF, Mendes MFM, Martelli PJJ. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. *Saúde Debate*. 2014; 38(especial):182-94.
13. Junges JR, Barbiani R, Fernandes RBP, Prudente J, Shaefer R, Kolling VO. O discurso dos profissionais sobre demanda e a humanização. *Saúde Soc*. 2012; 21(3):686-97.
14. Oliveira LML, Tunin ASM, Silva FC. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção em saúde. *Rev APS, Juiz de Fora*. 2011; 11(4):362-7.
15. Scholze AS, Duarte Junior CF, Flores e Silva Y. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? *Interface*. 2009; 13(31):303-14.
16. Santana JCB, Fortes NM, Andrade AV, Soares APF, Lima JRM. Acolhimento em um serviço de Atenção Básica à Saúde de Minas Gerais. *RevEnferm Centro Oeste Mineiro*. 2012; 2(2):166-76.
17. Cardoso LS, Cezar-Vaz MR, Costa VZ da, Soares JF de S. Acolhimento no trabalho em saúde da família: um estudo qualitativo. *CuidArteEnferm, Juiz de Fora*. 2009; 3(2):149-55.
18. Brasil. Ministério da Saúde. 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. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
19. Oliveira MA, Moreira RL. A integralidade no acolhimento. *Anuário da Produção de Iniciação Científica Discente. Anhanguera Educacional*. 2011; 14(27):183-99.
20. Brehmer LCF, Verdi M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. *CiencSaude Coletiva, Rio de Janeiro*. 2010; 15(3):3569-78.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica. *Cadernos de Atenção Básica, n. 28, volume 2*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
22. Pinheiro PM, Oliveira LC. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família. *Interface*. 2011; 15(36):185-98.
23. Santana ML. Demanda Espontânea e Planejamento Estratégico Situacional no Programa Saúde da Família de Pindamonhangaba. *RevBrasMedFamComunidade, Florianópolis*. abr./jun. 2011; 6(19):133-41.
24. Alves MGM, Casotti E, Oliveira LGD de, Machado MTC, Almeida PFD, Corvino MPF, et al. Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Saúde Debate, Rio de Janeiro*. 2014; 38(especial):34-51.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família - ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF*, 24 out. 2011.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica. *Cadernos de Atenção Básica, n. 28, volume 1*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
27. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY EE; ONOCKO R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997, 71-113.
28. Medrado JRS, Casanova AO, Oliveira CCM. Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB. *Saúde Debate*. 2015; 39(107):1033-43.

29. Silveira DP, Vieira ALS. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. *CiencSaude Colet.* 2009; 14(1):139-48.
30. Kantorski LP, Jardim VMR, Pereira DB, Coimbra VCC, Oliveira MM. Integralidade no cotidiano de trabalho na Estratégia Saúde da Família. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2009; 30 (4): 594-601.

CORRESPONDÊNCIA

Emanuella de Castro Marcolino

Endereço – Rua Rosendo Pereira de Lucena, 92, São José,
Campina Grande, Paraíba, Brasil. CEP 58400382
