

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA**

ELIZABETE MARIA DE VASCONCELOS GALINDO

A PRÁTICA DO ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

**RECIFE
2019**

ELIZABETE MARIA DE VASCONCELOS GALINDO

A PRÁTICA DO ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do Título de Mestre em Saúde pública.

Orientadora: Dra. Islândia Maria Carvalho de Sousa

Coorientadora: Dra. Márcia Maria Dantas Cabral de Melo

RECIFE

2019

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

G158p Galindo, Elizabete Maria de Vasconcelos.
A prática do acolhimento na estratégia saúde da família/
Elizabete Maria de Vasconcelos Galindo. — Recife: [s. n.], 2019.

288 p.:il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Instituto
Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Islândia Maria Carvalho de Sousa; coorientadora:
Márcia Maria Dantas Cabral de Melo.

1. Estratégia de Saúde da Família. 2. Atenção Primária à Saúde.
3. Acolhimento. I. Sousa, Islândia Maria Carvalho de. II. Melo, Márcia
Maria Dantas Cabral de. III. Título.

CDU 614.2

ELIZABETE MARIA DE VASCONCELOS GALINDO

A PRÁTICA DO ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do Título de Mestre em Saúde pública.

Aprovada em: 29/4/2019

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Islândia Maria Carvalho de Sousa
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Profª Drª Cynthia Maria Barboza do Nascimento
Universidade Federal de Pernambuco

Profª Drª Paulette Cavalcanti de Albuquerque
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Dedico esta dissertação ao meu esposo pelo estímulo incessante a trilhar o desconhecido, fonte inesgotável de doação, apoio e dedicação sem o qual seria muito difícil a concretização dessa trajetória, a minha mãe meu porto seguro de todas as horas, reserva infinita de compreensão, minha referência incondicional de amor e também a todos que continuam lutando por uma saúde pública de qualidade, equânime e universal.

AGRADECIMENTOS

A Deus, a minha eterna gratidão pela oportunidade de conseguir realizar este desejo e pelo fortalecimento contínuo da minha fé, que inspira a minha vida.

Ao meu Pai, Victor (in memorian) pelos ensinamentos silenciosos dos seus atos e que continuam ecoando no meu coração e mente em forma de amor.

As minhas tias Elza e Evalda (In memorian) pela direção dos meus passos e forte presença na minha alma, grandes incentivadoras dos meus projetos e sonhos.

Aos meus irmãos Cláudia, Rogério e Ricardo pelo respeito e apoio as minhas escolhas e pela presença constante de amor e tranquilidade, na qual me reencontro e me fortaleço.

A todos os meus familiares (padrinhos, tios, cunhados, primos, sobrinhos) que compreenderam a minha ausência durante toda esta jornada sempre com muito carinho e em especial as primas Itan Pereira e Rosa Vasconcelos, fontes de inspiração pela história acadêmica e exemplos de mulheres a frente do seu tempo, que me enchem de orgulho e incentivos.

A minha orientadora Islândia Maria de Carvalho Sousa e Coorientadora Marcia Maria Dantas Cabral de Melo, por aceitarem este desafio dessa titulação na minha pesquisa, pelo suporte e direção do trajeto trilhado, na intensa troca de conhecimentos e práticas, pelas palavras amigas e encorajadoras nos meus momentos de fragilidade e por me fazer entender que a pesquisa tem que ser um processo “sem sofrimento” descobrindo e me atentando na grande maioria das vezes, ao lado prazeroso de construção conjunta desse estudo.

A todos os membros da banca titulares e suplentes pela qualificação do projeto e pelo aceite deste convite e nas relevantes e importantes considerações para esta pesquisa: Prof^a Dr^a Paulette Cavalcanti de Albuquerque, Prof^a Dr^a Cynthia Maria Barboza do Nascimento, Prof^a Vanessa Lima da Silva e Prof^a Kátia Rejane de Medeiros.

As queridas companheiras da turma do mestrado onde conseguimos criar uma verdadeira “sororidade” se fortalecendo e se apoiando no decorrer desse estudo, o meu muito obrigada.

A amiga, parceira e solidária Netânias Rocha que além de incentivos e compreensão diárias participou ativamente de cada vitória e processo dessa conquista, minha eterna gratidão.

A minha amiga Fabiana Benício, pela cumplicidade eterna nos passos da saúde pública, grande incentivadora dos meus caminhos percorridos, pela companhia e palavras reconfortantes nos momentos de grande exaustão, e por me fazer acreditar sempre na capacidade de ir mais além.

A Luciana Pinheiro e Ive Monteiro pelo incentivo a este curso desde a saída do edital até o suporte durante toda a extensão da pesquisa, com estrutura literária e científica, conhecimento e principalmente pela amizade e carinho, o meu abraço fraterno.

A minha amiga Angélica Almeida pela atenção e ótimas colaborações, mesmo em momentos muito complicados e sofridos da sua vida, se colocou a disposição para contribuições na minha pesquisa.

A “Nós 6” (Robs, Gel, Dal, Net, Gab) pelos abraços revigorantes, pela cumplicidade eterna, pelos ensinamentos diários de como prosseguir adiante apesar de uma infinidade de obstáculos, pelo fortalecimento da fé, amizade, da solidariedade, da empatia e acima de tudo da grandiosidade espiritual que habita nestes seres.

A todos os meus amigos não poderia citá-los em nome, pois são inúmeros, mas com toda certeza, sei que irão se enxergar em cada espaço dessa pesquisa, por cada angústia compartilhada, pela disponibilidade da escuta nos momentos de aflição e dúvidas no prosseguir, pela presença viva no momento da vitória, e em cada abraço que me reestruturavam e me colocavam novamente no prumo, a minha admiração infinita.

A toda minha equipe de saúde da ESF Vietnã, pelo suporte nas minhas ausências e entendimento da importância dessa pesquisa na minha vida, em especial a Adriana do Monte, pelo companheirismo, carinho, amizade, pela força e apoio dispensados nas minhas decisões durante os 17 anos de parceria nessa unidade de saúde, o meu muito obrigada.

A gerência do Centro de Saúde Joaquim Cavalcanti, na pessoa de Jomar Marinho, pela compreensão, solidariedade, suporte para que essa jornada pudesse ser cumprida e pelos inúmeros momentos de descontração e trocas nas horas do almoço que me fortaleciam como pessoa e como profissional.

A Secretaria de Saúde da Cidade do Recife e o DS IV, na autorização para cursar o mestrado profissional em saúde pública.

A todos os colegas da ESF do DS IV, pela forma de recebimento respeitosa, disponível e acolhedora da minha pessoa, em suas unidades de saúde, durante o processo da minha pesquisa, em especial aos profissionais Enfermeiros e Cirurgiões-Dentistas.

A toda equipe do Instituto Aggeu Magalhães pela disponibilidade, presteza e atenção de sempre, em especial ao S. Franklin Semente.

“O egoísmo pessoal, o comodismo, a falta de generosidade, as pequenas covardias do cotidiano, tudo isso contribui para esta pernicioso forma de cegueira mental que consiste em estar no mundo e não ver o mundo, ou ver dele só o que, em cada momento, for susceptível de servir os nossos interesses. Temos que acreditar em alguma coisa e, sobretudo, temos de ter um sentimento de responsabilidade coletiva, segundo o qual cada um de nós será responsável por todos os outros. A prioridade absoluta tem de ser o ser humano.”

José Saramago

GALINDO, E. M. V. **A Prática do Acolhimento na Estratégia de Saúde da Família**. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

RESUMO

A Política Nacional de Humanização apresenta o acolhimento como importante diretriz e dispositivo operacional para uma assistência à saúde mais humanizada, possibilitando maior reflexão e questionamento das relações clínicas no trabalho em saúde. Esta pesquisa objetivou analisar a prática do acolhimento na Estratégia Saúde da Família em Recife. Foi realizado um estudo descritivo com abordagem quantitativa, envolvendo as 17 Unidades de Saúde da Família, no Distrito Sanitário IV, Recife, utilizando uma pesquisa de campo com dados primários, com entrevistas a 34 profissionais (enfermeiros e dentistas) e 17 usuários, utilizando questionários estruturados e observação direta. Observou-se, dessa forma, as características do processo de acolhimento das equipes Saúde da Família de acordo com as dimensões pesquisadas, a relação de cada Unidade de Saúde da Família com os tipos de modelagens estabelecidos como modelo (Modelagem Padrão, Básica e Reduzida) e identificadas as fragilidades e potencialidades deste processo. Os resultados apontam para 4 práticas distintas de acolhimento nas USF. Em 4 (23,54%) observou-se a prática de acolhimento multiprofissional e integrada com demandas de usuários generalizadas, em 1 (5,88%) prática de acolhimento semi integrado com demandas generalizadas, 12 (70,59%) prática de acolhimento fragmentada com demandas de usuários específicas para áreas médicas e de enfermagem e nestas mesmas 12 (70,59%) USF prática de acolhimento fragmentada com demandas de usuários específicas para área de saúde bucal. O acolhimento apresenta-se como sendo a principal via de acesso do usuário ao serviço nas 17(100%) USF. Apenas 3 USF exercem tipos de acolhimento que se enquadraram no Modelo “Padrão”. O acesso e a organização da demanda espontânea mostraram-se como grande obstáculo na forma de funcionamento do acolhimento nas USF, contribuindo para limitação do acesso ao serviço pelos usuários.

Palavras Chaves: Estratégia de Saúde da Família. Atenção Básica. Acolhimento.

GALINDO, E. M. V. **The Practice of Welcoming in the Family Health Strategy.** 2019. Dissertation (Professional Master in Public Health) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

ABSTRACT

The National Humanization Policy presents the acceptance an important guideline and operative device for a more humanized health care, allowing greater reflection and questioning of the clinical relations in health work. The aim of this research was to analyze the acceptance practice in the Family Health Strategy. A descriptive study with a quantitative approach was carried out, involving the 17 Family Health Units in the Sanitary District IV, Recife, using a field survey with primary data, with interviews to 34 professionals (nurses and dentists) and 17 users, using questionnaires structured and direct observation. In this way, the characteristics of the process of acceptance the Family Health teams according to the dimensions surveyed, the relationship of each Family Health Unit with the types of modeling established as model (Standard, Basic and Reduced Modeling) and identification of the weaknesses and potentialities of this process. The results point to 4 different acceptance practices in FHU. The practice of multiprofessional acceptance and integrated with demands of generalized users was observed in 4 (23.54%), in 1 (5.88%) semi-integrated acceptance practice with generalized demands, 12 (70.59%) practice of fragmented host with specific users demands for medical and nursing areas and in these same 12 (70.59%) USF fragmented acceptance practice with demands of users specific to oral health area. However, the acceptance presents itself as the main route of access of the user to the service in the 17 (100%) USF. Only 3 USF exert acceptance types that fit the "Standard" Model. The Access and the Organization of the spontaneous Demand have shown as a great obstacle in the form of operation of these practices of acceptance in the USF, contributing to an even greater limitation of users in the access to the service.

Key Words: Family Health Strategy. Primary Care. Acceptation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa da Região Político Administrativa 4 (RPA 4) do Recife	67
Quadro 1 - Rede de Saúde do DS IV – Recife.....	68
Quadro 2 - Números das Unidades de Saúde da Família do DS IV-Recife.....	69
Quadro 3 - Profissionais Médicos, Enfermeiros e Cirurgiões-Dentistas das USF do DS IV.....	70
Quadro 4 - Análise das dimensões com a quantidade de categorias variáveis.....	75
Quadro 5 - Cálculo dos pesos das modelagens para construção dos intervalos.	79
Quadro 6 - Média dos intervalos de ponderação dos tipos de modelagem.....	80
Quadro 7 - Desenvolvimento dos objetivos, instrumentos de pesquisa, técnica de coleta de dados e análise dos dados.	81
Gráfico 1 - Avaliação do Item Barulho na USF.....	122
Gráfico 2 - Avaliação do Item Barulho na USF	123
Gráfico 3 - Avaliação de Acesso a Internet.....	137
Quadro 8 – Classificação das modelagens nas USF segundo enfermeiros e dentistas entrevistados 2018	154
Quadro 9 – Comparação dos tipos de modelagens das práticas de acolhimento nas USF segundo os enfermeiros e dentistas entrevistados 2018.....	155

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição de variáveis de acesso (acesso ao usuário, fichas/pessoas, turno e frequência do acolhimento) a USF segundo os enfermeiros e dentistas entrevistados – 2018	86
Tabela 2 -Agendamento no acolhimento, atendimento a intercorrências, profissionais que atendem as intercorrências e marcação de consulta fora do atendimento- 2018	88
Tabela 3 - Distribuição das variáveis do acesso às USF, segundo os usuários entrevistados, 2018.....	91
Tabela 4 - Distribuição das variáveis do acesso às USF, segundo os usuários entrevistados, 2018.....	94
Tabela 5 - Distribuição dos profissionais na organização da demanda e participação do acolhimento, segundo os enfermeiros e dentistas entrevistados 2018.....	96
Tabela 6 - Forma de participação dos profissionais médicos, enfermeiros e dentistas e organização da demanda quanto a prática do acolhimento nas USF.....	99
Tabela 7 - Forma de participação dos profissionais médicos, enfermeiros e dentistas e organização da demanda quanto a prática do acolhimento nas USF seguindo a lógica das modelagens do Ministério da Saúde.....	101
Tabela 8 - Motivo da ESB não realizar o acolhimento com eSF.....	103
Tabela 9 - Distribuição das variáveis da organização da demanda (local da prática de acolhimento e registro de informações) segundo os enfermeiros e dentistas entrevistados - 2018.....	105
Tabela 10 - Distribuição das variáveis da organização da demanda nas USF, segundo os usuários – 2018	107
Tabela 11 - Distribuição das variáveis da escuta qualificada segundo os enfermeiros e dentistas entrevistados, 2018.....	110
Tabela 12 - Distribuição das variáveis da escuta qualificada nas USF segundo os usuários, 2018.....	113
Tabela 13 - Distribuição das variáveis do vínculo segundo os enfermeiros e dentistas entrevistados - 2018.....	116
Tabela 14 - Distribuição das variáveis do vínculo nas USF segundo os usuários, 2018	119

Tabela 15 - Distribuição das variáveis da ambiência segundo os enfermeiros e dentistas entrevistados - 2018.	122
Tabela 16 - Distribuição das variáveis da ambiência (itens da estrutura física, ambientes adaptados, manutenção, construção e reforma) segundo os enfermeiros entrevistados - 2018.....	125
Tabela 17 - Distribuição da ambiência nas USF segundo os usuários entrevistados, 2018	127
Tabela 18 - Distribuição das variáveis da classificação de riscos e vulnerabilidades (utilização do ACCR, riscos avaliados, protocolo, construção do protocolo) segundo os enfermeiros e dentistas entrevistados - 2018.	129
Tabela 19 - Distribuição das variáveis da classificação de riscos e vulnerabilidades segundo os enfermeiros e dentistas entrevistados - 2018.....	131
Tabela 20 - Distribuição das variáveis da resolutividade (grupos de saúde, discussão do acolhimento e apoio da gestão) segundo os enfermeiros e dentista entrevistados – 2018	134
Tabela 21 - Distribuição das variáveis da resolutividade (insumos, medicamentos, recursos tecnológicos, internet, atividades do acolhimento, vagas e encaminhamentos) segundo os enfermeiros e dentista entrevistados – 2018	140
Tabela 22 - Resolutividade nas USF segundo os usuários entrevistados, 2018	143

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACCR	Acolhimento Com Classificação de Risco
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DS	Distrito Sanitário
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESB	Equipe de Saúde Bucal
MS	Ministério da Saúde
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
RPA	Região Político Administrativa
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
TSB	Técnico de Saúde Bucal
USFUnidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
2 PRESSUPOSTOS	25
3 OBJETIVO GERAL	26
3.1 Objetivos Específicos	26
4 REFERENCIAL TEÓRICO	27
4.1 A estratégia de saúde da família na atenção básica	27
4.1.1 Equipe Multiprofissional na Estratégia de Saúde da Família	33
4.2 Acolhimento como diretriz operacional da Política Nacional de Humanização	42
4.2.1 Acesso.....	49
4.2.2 Organização da Demanda	52
4.2.3 Escuta Qualificada	54
4.2.4 Vínculo	56
4.2.5 Classificação de Risco e Vulnerabilidades	58
4.2.6 Ambiência	61
4.2.7 Resolutividade	63
5 METODOLOGIA	66
5.1 Desenho do Estudo	66
5.2 Período de Estudo	66
5.3 Cenário do Estudo	66
5.4 População do Estudo	70
5.5 Coleta de dados e instrumentos de pesquisa	71
5.6 Variáveis	75
5.7 Análise de Dados	75
6 CONSIDERAÇÃO ÉTICAS	82
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO	83
7.1 Caracterização da prática do acolhimento segundo as dimensões estudadas	83
7.1.1 Acesso	83
7.2.2 Organização da Demanda	93
7.2.3 Escuta Qualificada	109

7.2.4 Vínculo	113
7.2.5 Ambiência	120
7.2.6 Classificação de Riscos e Vulnerabilidades	127
7.2.7 Resolutividade	132
7.3 Modelagem Padrão, Modelagem Básica e Modelagem Reduzida) relacionados a cada USF (a partir da descrição de cada dimensão elaborado em tabela).....	143
7.3.1 Modelagem Padrão	143
7.3.2 Modelagem Básica	148
7.3.3 Modelagem Reduzida	151
7.4 Identificação das potencialidades e fragilidades do acolhimento segunda as dimensões pesquisadas.....	158
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	166
REFERÊNCIAS.....	169
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	192
APÊNDICE B - PRÁTICA DE ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - ENTREVISTA COM O PROFISSIONAL DA USF (FORMULÁRIO PARA ABORDAGEM QUANTITATIVA)	194
APÊNDICE C - PRÁTICA DE ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - ENTREVISTA COM O PROFISSIONAL DE SAÚDE BUCAL (FORMULÁRIO PARA ABORDAGEM QUANTITATIVA).....	218
APÊNDICE D - PRÁTICA DE ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - ENTREVISTA COM O USUÁRIO DA ESF - ABORDAGEM QUANTITATIVA.....	238
APÊNDICE E – QUADRO DE DIMENSÕES E SUAS VARIÁVEIS (CONTINUA).	248
APÊNDICE F - QUADRO DE MODELAGENS SEGUNDO AS DIMENSÕES.....	250
APÊNDICE G -QUADRO EXPLICATIVO DE CADA DIMENSÃO ENFERMEIROS / **D – DENTISTAS)	251
APÊNDICE H - QUADRO DE CÁLCULO DOS VALORES DAS DIMENSÕES....	268
APÊNDICE I - QUADRO DE MÉDIA DE PONDERAÇÃO DOS TIPOS DE DIMENSÕES.....	269

APENDICE J – MÉDIA DA PONDERAÇÃO DAS DIMENSÕES DA MODELAGEM PADRÃO SEGUNDO OS ENFERMEIROS ENTREVISTADOS- 2018	270
APENDICE K - MÉDIA DA PONDERAÇÃO DAS DIMENSÕES DA MODELAGEM BÁSICA SEGUNDO OS ENFERMEIROS ENTREVISTADOS- 2018	271
APENDICE L - MÉDIA DA PONDERAÇÃO DAS DIMENSÕES DA MODELAGEM BÁSICA SEGUNDO OS DENTISTAS ENTREVISTADOS- 2018	273
APENDICE M MÉDIA DA PONDERAÇÃO DAS DIMENSÕES DA MODELAGEM REDUZIDA SEGUNDO OS ENFERMEIROS ENTREVISTADOS- 2018	274
APENDICE N - MÉDIA DA PONDERAÇÃO DAS DIMENSÕES DA MODELAGEM REDUZIDA SEGUNDO OS DENTISTAS ENTREVISTADOS- 2018	275
APÊNDICE O - CLASSIFICAÇÃO DAS POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES NA PRÁTICA DO ACOLHIMENTO DE ACORDO COM AS DIMENSÕES PESQUISADAS (ENFERMEIROS/DENTISTAS)	277
ANEXO A- CARTA DE ANUÊNCIA DA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RECIFE	284
ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	285
ANEXO C – PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	288

1 INTRODUÇÃO

A saúde pública do Brasil é representada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que trouxe muitos avanços para a sociedade brasileira, entretanto enfrenta o grande desafio que é efetivar a saúde como um direito básico, de qualidade e acessível a todos os cidadãos. Para isto, vem criando vários mecanismos com a finalidade que estes direitos possam ser exercidos de forma plena.

Entre várias estratégias criada no SUS, destaca o investimento na atenção básica, que apesar de cortes, limites e desafios vem ampliando o acesso ao sistema. Assim, o Ministério da Saúde em 1994, implantou o Programa Saúde da Família, depois denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF), para reorientar o modelo assistencial da Atenção Básica, substituindo o modelo de saúde tradicional, centrado na figura do médico, no hospital e na doença (o chamado modelo biomédico e hospitalocêntrico), para um modelo assistencial que compreende o ser humano não só na sua dimensão biológica, mas também nas suas influências psicológicas, sociais e culturais (modelo biopsicossocial). Está centrado no usuário no contexto familiar e coletivo, com suporte de uma equipe multidisciplinar como também pela busca da implementação dos princípios do SUS (FERTONANI *et al.*, 2015).

A ESF é considerada “modelo de inovação tecnológico”, pois além de proporcionar o trabalho em equipe, foi criado com a finalidade de ultrapassar as fragilidades e limitações do modelo vigente na época (TRINDADE; PIRES, 2013). No entanto, esse desafio está em curso em um contexto profundamente influenciado pelo modelo biomédico, seja na formação profissional, seja na prática assistencial hegemônica (BRANDÃO; OLIVEIRA, 2016).

Pelo forte destaque das práticas de saúde, baseadas em modelos tecnicistas, que leva a fragmentação e a mecanização da relação dos profissionais, usuários e gestão, evidencia-se a necessidade de incorporar a Humanização como uma Política de Governo para todas as ações de saúde do país. Consequentemente, o SUS deveria submeter-se a mudanças em todas as suas ações e instâncias, com a introdução de práticas humanizadas, que proporcionassem a troca de saberes, diálogos entre os profissionais, maior corresponsabilização na produção de saúde e de sujeitos ativos, trabalho em equipe e consideração às necessidades, desejos e

interesses dos diferentes atores do campo de saúde (OLIVEIRA; CORIOLANO-MARINUS, 2016).

O tema da humanização aponta inicialmente como programa do Ministério da Saúde (MS), focalizado para a atenção hospitalar, em 2001, com a indicação de melhorar o atendimento ao usuário e ao trabalhador de Saúde com o Programa Nacional de Humanização na Assistência Hospitalar (PNHAH). Em 2003 o programa tornou-se uma política nacional, cujo a essência se traduz pela materialização dos princípios e das diretrizes da Lei Orgânica da Saúde (PALHETA; COSTA, 2012).

Então, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão (PNH) se estabelece com base em um conjunto de princípios e diretrizes, que atuam por meio de dispositivos de forma transversal às demais políticas de saúde. Tem como finalidade intervir na qualificação da atenção e gestão do SUS. Sua concepção se deve à necessidade de avanço e qualificação do sistema nacional de saúde, na relação e nos processos de atenção ao usuário, assim como no trabalho de gestores e trabalhadores da área, identificando a singularidade e a capacidade criadora de cada sujeito envolvido (BRASIL, 2012).

Esta política revela o acolhimento, visto que se trata de uma diretriz da PNH, assumindo parte no processo constitutivo das práticas de produção e promoção da saúde (LUZ *et al.*, 2013). 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 (BREHMER; VERDI, 2010).

Outra forma de entender o acolhimento é como dispositivo técnico-assistencial favorecendo a reflexão e a mudança dos modos de operar a assistência, pois questiona as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acesso aos serviços (LOPES *et al.*, 2015). Ao ser definido como dispositivo, promove a atualização das diretrizes na própria política de humanização em arranjos operativos que vão gerar mudanças nos processos de trabalho desenvolvidos nas práticas de atenção e gestão (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009).

Existem várias concepções do acolhimento na saúde revelando vários sentidos e designações com pretensões de legitimar a verdade. A procura pela definição correta não é o mais fundamental e sim o entendimento de forma clara e explícita da ideia de qual acolhimento que está sendo adotado pelos atores envolvidos, demonstrando o seu propósito e racionalidade. Pode-se expressar que o acolhimento é uma atividade que compete a todas as relações de cuidado na ação de receber e escutar as pessoas, podendo ser realizado de várias formas, neste sentido é mais importante saber como ele atua do que se ele está presente ou não em determinado serviço (BRASIL, 2013).

Assim, o acolhimento pode ser compreendido como uma diretriz, uma estratégia, um dispositivo, uma ferramenta sendo o primeiro passo para a implantação de uma assistência humanizada na atenção básica à saúde. Neste estudo será considerado como dispositivo técnico operacional, um importante e potente instrumento, revelando-se estratégico para o planejamento, organização e produção de ações e serviços de saúde.

O acolhimento vem ganhando força em sua prática e conhecimento por parte dos profissionais e gestores em saúde. Porém, há muito a ser discutido sobre a operacionalização desse dispositivo para atingir a desejada ampliação do acesso e qualificação nos serviços de saúde pública (MOTTA; PERRUCCHI; FILGUEIRAS, 2014).

No entanto, os profissionais de saúde de modo geral, não compreendem muito bem este dispositivo, havendo um grande distanciamento entre as concepções teóricas e o que realmente é posto em prática. Além disso, falta capacitação para uma escuta qualificada em relação ao usuário, restringindo este processo a encaminhamentos e triagens para consultas e procedimentos específicos. E para enfrentar essas limitações, diferentes municípios vem ao longo das últimas décadas, construindo novas estratégias, como foi o caso de Recife.

Em 2009, a Secretaria de Saúde da cidade do Recife, propôs um modelo de atenção à saúde denominado: Recife em Defesa da Vida, que aposta no fortalecimento da atenção básica e de seus princípios, para reorganizar o sistema de saúde cuja centralidade fosse o usuário. Teve como propósito o trabalho em equipe de forma integrada buscando a concretização de práticas comuns e de uma rede de

cuidados. Assim, apresentou como diretrizes: clínica ampliada, acolhimento, responsabilização e co-gestão. Para o acolhimento foram estabelecidos os seguintes princípios: o acesso inteligente, a escuta e a construção de vínculos, a avaliação de riscos e vulnerabilidades, a resposta positiva, a multiprofissionalidade e interdisciplinaridade (RECIFE; COELHO, 2009).

Foi um período bastante intenso de debates e sensibilizações entre profissionais, usuários e gestão para a implantação do processo de acolhimento na atenção básica. Os profissionais não enxergavam essa diretriz como uma reflexão acerca do processo de trabalho, nem como um recurso de qualificação do sistema de saúde, pelo contrário, encaravam como mais uma sobrecarga de trabalho revelando a fragilidades das interações e o despreparo das equipes em lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção. A maioria dos encontros para discussão deste fim tornavam-se grandes embates de resistência, principalmente por parte das equipes de Saúde da Família (eSF).

Precisava-se ultrapassar este embate. Apesar de termos avançado na atenção básica com a implantação e aumento da cobertura da ESF, continuava-se com um grande entrave para os usuários: o acesso aos serviços não se dava de forma equânime, as filas pela madrugada era uma realidade, além da mecanização do atendimento, a deficiência de planejamento e a organização dessa demanda por parte da equipe de saúde.

O acolhimento voltou a ser centro de debates em meados de 2011, com a implantação do Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade (PMAQ) pelo Ministério da Saúde (MS), que propõe várias iniciativas centradas na qualidade da atenção básica e vinculou pela primeira vez o repasse de recursos à implantação e alcance de padrões de acesso e de qualidade pelas eSF. O PMAQ é composto de fases e a primeira é descrita como “a etapa formal de adesão ao Programa”, mediante “contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados” entre as eSF e os gestores municipais, e desses com o Ministério da Saúde “num processo que envolve pactuação regional e estadual e a participação do controle social” de caráter voluntário de adesão (BRASIL, 2011d).

Dessa forma, existiria um repasse financeiro para cada eSF que conseguisse estabelecer as metas e os critérios estabelecidos pelo MS. Neste ano de 2011, a

implantação do acolhimento por estas eSF corresponderia a 80% deste valor, ou seja, a equipe de saúde que estivesse com o acolhimento funcionando na sua unidade segundo as exigências do MS, receberia um repasse maior. Sendo assim, a resistência dos profissionais diminuiu consideravelmente e o município do Recife teve o acolhimento praticamente implantado na ESF.

A Secretaria de Saúde do Recife, considerou o acolhimento como um importante dispositivo na reorganização do modelo de atenção à saúde, possibilitando a reorganização do processo de trabalho nas equipes de saúde da família para elevar a qualidade da atenção clínica, ampliar o acesso, aumentando o vínculo entre equipe e população. No caso do Recife, o processo de acolhimento nas unidades básicas de saúde, em 2011, encontrava-se “predominantemente” implantado, representando um potente mecanismo de práticas inclusivas de saúde (TENÓRIO, 2011).

Atualmente, tem-se vivenciado inúmeros problemas na atenção básica pelas eSF como a insuficiência de recursos humanos, estruturas físicas inadequadas, diminuição do financiamento, disparidades na equivalência de salários por nível e cargo de atuação, redução drástica de capacitações e atualizações dos profissionais e gestores pela rede, maior distanciamento entre profissionais, usuários e gestores, entre outros. Estes problemas contribuem significativamente para desmotivação de todos os atores envolvidos interferindo diretamente na qualidade da assistência (FAUSTO *et al.*, 2018; FERNANDES; CORDEIRO, 2018; LIMA *et al.*, 2014).

Diante deste cenário, aumentam as dificuldades de pactuações de metas e indicadores, fragilizando as relações de trabalho em equipe e acirrando as concorrências internas pelo poder. O PMAQ, tornou-se uma grande fonte de disputa de profissionais e gestores levando a riscos de deteriorização da atenção básica, por diminuição de financiamento, visto que, algumas categorias profissionais optaram pela não adesão a este programa. Neste jogo de conflitos, todos perdem. A resistência dos profissionais, tão debatidas anteriormente, hoje ressurgem com muito mais força, interferindo diretamente na forma de atuação de algumas práticas de cuidados entre elas, o acolhimento.

A prática do acolhimento na ESF do Recife vem sendo desenvolvido com diferentes formas de organização. Cada equipe de saúde, de acordo com suas pactuações, realizam seus arranjos interferindo na reorganização do processo de

trabalho, mas não se sabe de que modo estas pactuações estão mais próximas ou distantes da Política Nacional de Humanização, assim como as modelagens do acolhimento. Existem alguns tipos de modelagens de acolhimento sugeridos pelo Ministério da Saúde como: acolhimento pela equipe de referência do usuário, equipe de acolhimento do dia, acolhimento misto (acolhimento de referência do usuário mais atendimento do dia) e acolhimento coletivo (BRASIL, 2013). No entanto, não se sabe como estes modelos estão efetivados pelas eSF.

Neste contexto, das mais variadas formas de se realizar o acolhimento e as diferentes compreensões dos atores envolvidos sobre este tema, leva-se a uma prática muitas vezes distante do seu objetivo principal, caracterizado na Política Nacional de Humanização. Em Recife, o acolhimento vem sendo debatido com muita resistência dos profissionais e sem uma compreensão clara de como ocorre este processo na prática. Tendo em vista o contexto do Recife e as diferentes possibilidades de modelagens do acolhimento, pergunta-se: como estaria se desenvolvendo a prática do acolhimento nas Unidades de Saúde da Família do Recife?

2 PRESSUPOSTOS

O dispositivo do acolhimento não é bem compreendido pelas equipes de Saúde da Família e sua prática permanece centrada no modelo biomédico de atenção.

A demanda expressiva dos usuários associadas a número insuficiente de trabalhadores, baixa oferta de serviços, estrutura física inadequada e sobrecarga de serviço refletem negativamente na qualidade da atenção.

3 OBJETIVO GERAL

Analisar a prática do acolhimento nas Unidades de Saúde da Família (USF) do Distrito Sanitário (DS) IV.

3.1 Objetivos Específicos

- a) Caracterizar a prática do acolhimento a partir das dimensões (acesso, organização da demanda, escuta qualificada, vínculo, classificação de risco e vulnerabilidades, ambiência e resolutividade);
- b) Relacionar cada Unidade de Saúde da Família com os tipos de modelagens estabelecidos;
- c) Identificar as potencialidades e as fragilidades do acolhimento, segundo as dimensões pesquisadas;
- d) Construir uma matriz com as tipologias de modelagens de acolhimento, de acordo com as caracterizações das dimensões pesquisadas e com as potencialidades e fragilidades identificadas para as Unidades de Saúde da Família do Recife.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste estudo o referencial teórico encontra-se subdividido em: 4.1 A estratégia de saúde da família na atenção básica (4.1.1 Equipe Multiprofissional na Estratégia de Saúde da Família) e 4.2 Acolhimento como diretriz operacional da Política Nacional de Humanização (4.2.1 Acesso, 4.2.2 Organização da Demanda, 4.2.3 escuta qualificada, 4.2.4 vínculo, 4.2.5 Classificação de Riscos e Vulnerabilidades, 4.2.6 ambiência, 4.2.7 Resolutividade)

4.1 A estratégia de saúde da família na atenção básica

A Atenção Básica (AB), é representada pela Estratégia de Saúde da Família, como a principal porta de entrada dos usuários nos serviços de saúde ofertados pelo sistema. A atenção a saúde deve ser direcionada a pessoa, a família e a comunidade, exercendo a integralidade da assistência por via da articulação entre ações de promoção a saúde, prevenção de agravos, vigilância a saúde, tratamento e reabilitação (MORAIS *et al.*, 2012).

As expressões: Atenção Primária de Saúde (APS) e Atenção Básica (AB) são utilizadas habitualmente para se reportar a um sistema de saúde, onde se oferece um conjunto de serviços e ações. Tem o potencial de agir positivamente sobre as necessidades de saúde de uma grande parcela da população, direcionando o primeiro e preferencial contato da população com o sistema de saúde. Constitui-se, como a porta de entrada do sistema neste nível de assistência, estabelecendo conexões com atenção especializada ambulatorial e hospitalar (COELHO, 2012).

Na área de atuação do SUS, a designação defendida para o modelo de atenção à saúde, que envolve a abordagem da Atenção Primária à Saúde (APS) é a Atenção Básica (AB). Essa designação, usada no Brasil, foi concebida com o intuito de elaborar uma identidade institucional (BRASIL, 2012). Ou seja, no Brasil, estes termos: APS e a AB são utilizados como equivalente. São correspondidos às noções de vinculação e responsabilização, acessibilidade, atenção abrangente e integral, resolutividade e protagonismo na gestão do cuidado (BRASIL, 2011b).

Um grande atributo da AB é o foco nas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, sem anular as ações de diagnóstico, tratamento e reabilitação das patologias, tendo como finalidade desenvolver uma ação integral com impacto na autonomia das pessoas, sua situação de saúde e nos determinantes de saúde da coletividade (BRASIL, 2012; SILVA *et al.*, 2015).

A AB é compreendida como uma resposta de reorganização da prática assistencial que se contrapõem ao modelo curativista, assegurando novos embasamentos e critérios, como o potencial de incorporação dos sujeitos no cuidado. É considerada como uma nova linguagem nesse âmbito (NEVES; HECKERT, 2010).

O entendimento da AB apresenta duas dimensões diferentes: uma é vinculada direta e imediatamente à organização do trabalho, no que diz respeito ao trabalho em equipe, territorialização integralidade do cuidado, vínculo e responsabilização com cuidado coletivo e individual, a outra está interligada com o próprio sistema, referindo-se a seu papel como porta preferencial de entrada, com sua interdependência a outros níveis de atenção, entre os setores de políticas sociais e na coordenação da rede de atenção à saúde (CASTANHEIRA *et al.*, 2011).

No seu papel de grande acolhedora a AB tem o compromisso de atender a todos, assim também, como os outros serviços. Porém, quando inviabilizada de oferecer respostas por questões de organização ou competência, deverá ter a disponibilidade de uma rede de referências de serviços e canais de fluxos que permitam encaminhamentos (BREHMER; VERDI, 2010).

Dessa forma, a AB situa-se no centro da rede da atenção à saúde, desempenhando a função de coordenação de fluxos e contra fluxos entre os distintos núcleos de atenção. Para que essa comunicação ocorra de forma exitosa, deve ser resolutiva, organizada e corresponsável pela saúde dos indivíduos em qualquer ponto de atenção que estejam sendo atendidos. E para ser resolutiva, exige-se a capacidade ampliada para atender os mais variados problemas da população, entre eles a demanda espontânea que busca os serviços de saúde cotidianamente (MENDES, 2013).

Os obstáculos para marcação de consultas com alguns especialistas e a demora na realização de alguns exames, criam uma descrença no papel ordenador

da AB e acabam servindo como justificativa para as tentativas de deslocar a AB como porta de entrada do SUS (CAMPOS *et al.*, 2014).

Não há dúvidas que AB à saúde desenvolve um papel estratégico no SUS, estabelecendo uma conexão principal entre o sistema de saúde e a população. Não deve ser compreendida como a única porta de entrada, sabendo-se que as necessidades das pessoas se expressam de variadas formas e precisam ser acolhidas. E muito menos se caracterizar como uma porta obrigatória, visto que isso burocratiza a vinculação das pessoas com o sistema. E de forma alguma ser o único lugar de acolhimento, porque toda integralidade do sistema tem o compromisso de se responsabilizar pelo resultado das ações de saúde e pela vida das pessoas (VILELA, 2010).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) encontra-se como elemento central da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Constituiu-se como estratégia para o fortalecimento e organização desse nível de saúde no Brasil, pois favorece a reorganização do sistema municipal e proporciona qualidade da atenção à saúde. Estabelece o foco nas famílias que constituem uma comunidade e busca o seu fortalecimento por meio da ampliação do acesso, da qualificação dos profissionais e da reorientação das práticas de saúde, aproximando-se do modelo de promoção à saúde (TESSER; NORMAN, 2014).

Representando o maior plano de assistência à saúde no país, a ESF, traz consigo um grande potencial para estruturar de forma relevante a Atenção Básica, tendo sido apontado por sua extensão e cobertura como um modelo a ser seguido (MENDES, 2013).

A constituição das equipes de Saúde da Família (eSF), que atuam na ESF, são compostas pelo médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde, cirurgião dentista e auxiliar ou técnico de saúde bucal, tendo como propósito estruturante a prestação de assistência integral, contínua, com resolutividade e qualidade às reais necessidades de saúde da população adscrita, que ressalta a perspectiva da família (CHAGAS; VASCONCELLOS, 2013).

Acredita-se, que a ESF é um instrumento de mudança no processo de produção dos serviços de saúde, pois sua filosofia e diretrizes apontam para práticas

assistenciais pautadas na saúde coletiva, sendo elemento decisivo para a consolidação do SUS (MORAIS *et al.*, 2012).

Por preconizar um modelo usuário centrado, a prática da ESF, norteada pela intersetorialidade e fortalecimento da cidadania, tem como base a atenção centrada nas necessidades do usuário, e não mais no procedimento, viabilizando o acesso através da vigilância da saúde, da busca ativa e do acolhimento; e a instituição de uma nova relação profissional de saúde e usuário, com a responsabilização e estabelecimento de vínculo (GOMES *et al.*, 2011).

De acordo com Pasche e Passos (2010), embora tenham se passado mais de duas décadas de consolidação da ESF, percebe-se desafios que despertam para a necessidade de se produzir avanços nas questões estruturais, como o financiamento que é insuficiente, a coexistência de modelo de unidades básicas tradicionais e de ESF, e mesmo da capacidade da ESF se estabelecer como ordenadora e organizadora do sistema de saúde. São expostos também outros questionamentos, como a necessidade de se modificar a gestão dos processos de organização do trabalho das equipes de saúde da família, centralizando na valorização do trabalho em equipe interdisciplinar.

Martins *et al.* (2010), ressaltam a necessidade de se atentar que a simples implantação do ESF não assegura de forma alguma, o objetivo da mudança do modelo assistencial sugerido pelo SUS. A utilização das atividades preconizadas no modelo proposto, tiveram pouco envolvimento das equipes.

Os modelos hegemônicos permanecem efetuando grande influência nas práticas da ESF e principalmente na organização da rede de atenção. Portanto, a Saúde da Família apresenta na sua estratégia a expansão da cobertura e a universalização, de forma muito focalizada e têm demonstrado limitações nas experiências substitutivas (SILVA; CASSOTI; CHAVES, 2013).

Identifica-se a significativa interferência desse modelo biomédico nas práticas assistenciais, onde mesmo existindo propostas e políticas estruturantes de um modelo que promova a ruptura com o paradigma biomédico, as complexidades para sua implementação são consideráveis. As concepções teóricas e políticas de implementação de um novo modelo assistencial, no Brasil, são desafiadoras e

precisam ser absorvidas na rotina diária dos serviços de saúde, pelos profissionais/equipes de saúde, pelos usuários e suas instâncias de controle social e pelos gestores da saúde (FERTONANNI *et al.*, 2015).

Todos estes preceitos anteriormente citados da Atenção Básica, se pautam nas diretrizes da portaria da PNAB de 2011. A direção da Atenção Primária no Brasil foi estabelecida como uma marco na PNAB 2006, reformulada em 2011 e que atualmente encontra-se alterada na PNAB 2017, alvo de muitas críticas por diversos pesquisadores, principalmente por entidades com histórico de lutas em defesa do SUS, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp), que denunciam entre outros despropósitos “a revogação da prioridade dada à Estratégia Saúde da Família na organização do SUS”, esta afirmação favorece estruturar a Atenção Básica com princípios contraditórios da Atenção Primária estabelecidos em Alma-Ata e incorporados no SUS (REIS,2017; BRANCO, 2018).

Embora a ESF seja mantida no texto da PNAB 2017 como “prioritária”, na sua consolidação e expansão, esse conceito é ameaçado na prática, quando divide recursos financeiros com outras configurações da AB, em um momento de grande recessão de financiamento estabelecidos pela EC 95, que congela os gastos públicos por 20 anos em áreas já subfinanciadas como é a saúde pública. Ocorreu a extinção dos seis blocos de financiamento, onde a descentralização de recursos acontecia de modo regular e automático para todos os entes da federação. Foi aprovada pelo Ministério da Saúde, no ano de 2017, a Portaria nº 3.992/2017, que efetivou mudanças no modelo de transferência governamental em apenas dois blocos de financiamento: “Custeio e Investimento”, proporcionando a não garantia da prioridade do investimento nas ESF pelos governos municipais, que penaliza a capacidade de condução do SUS (ALMEIDA *et al.*, 2018; MAZON *et al.*, 2018; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

A reformulação proposta da atual PNAB ameaça a presença do Agente Comunitário de Saúde e Agentes de Combate às Endemias, como integrante e profissional da atenção básica, pela falta de determinação na portaria do número de ACS por equipe – “na crise de financiamento que vivemos, o mínimo tende a ser o máximo”. Destaca-se nesse momento, a não obrigatoriedade da presença de

profissionais de saúde bucal na composição das Equipes de Atenção Básica (REIS, 2017).

A flexibilização da cobertura populacional está associada à equivalência da relação equipe/população previstas com as especificidades do território, entretanto prenuncia também a inserção de “outros arranjos de adscrição” com equivalências populacionais distintas, possibilitando resultado “maior ou menor do que o parâmetro recomendado”. A escolha desse formato está à disposição do gestor municipal, associados a equipe de AB e o Conselho Municipal ou Local de Saúde. Essas modificações arquitetadas conferem um precedente inédito na história da PNAB, que desarticula o compromisso da política com a universalidade da atenção à saúde no SUS (MAZON *et al.*, 2018).

Outra apreensão dessa nova PNAB é a inserção de um modo reducionista de uma “relação nacional de ações e serviços essenciais e estratégicos da AB” que pode até gerar padrões avançados estratégicos de acesso e qualidade em todas as unidades básicas de saúde, no entanto esta ferramenta também chamada “carteira de serviços” está sendo usada para delimitar a oferta restrita de procedimentos, definindo-a como um descompromisso com o princípio da integralidade, que predispõe arranjos em torno de cuidados mínimos, e resgata a noção de Atenção Básica seletiva, caso não haja um comprometimento nítido de gestores e profissionais de saúde com oferta ampla e de qualidade das ações, de acordo com as necessidades de saúde da população (ALMEIDA, 2018; REIS, 2017; SALAZAR; CAMPOS; LUIZA, 2017).

Por consequência, permite-se concluir que o texto da PNAB 2017 se articula de modo contraditório, associando palavras como “sugerir” e “recomendar” que desconstrói o aspecto “direcionante” e propositivo da política, promovendo um descompromisso com a expansão da ESF e do SUS. O que parece sentenciar a revisão do processo da PNAB, na conjuntura política atual, é justamente forma ambivalente e contraditória que flexibiliza e oculta as opções previstas e possíveis. Nesta linha de raciocínio, estas escolhas convergem para uma estrutura de Estado, pautada na concepção neoliberal, fragilizando e descontinuando a presença maior do Estado, que seria tão importante e fundamental para o fortalecimento e permanência

do SUS e da AB como estratégia primordial para assegurar a saúde como um direito universal (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

4.1.1 Equipe Multiprofissional na Estratégia de Saúde da Família

As equipes multiprofissionais na Estratégia Saúde da Família são orientadas pelo critério fundamental da interprofissionalidade, onde os processos de trabalho nestas equipes são estruturados, priorizando atendimento compartilhado para uma intervenção interprofissional, com troca de saberes e responsabilidades mútuas (BRASIL, 2008).

A interprofissionalidade está associada a percepção do trabalho em equipe de saúde, onde se destaca a consideração sobre os papéis profissionais, a resolução de problemas e a negociação nos processos decisórios, segundo a construção de conhecimentos, de forma dialógica e com respeito às singularidades e diferenças dos diversos núcleos de saberes e práticas profissionais (BATISTA, 2012).

O desenvolvimento das práticas de saúde na ESF que se estabelece na reorganização estrutural da atenção a saúde no SUS, fundamenta-se pelo formato do trabalho em equipes multiprofissionais e interdisciplinares que objetivam a prestação de assistência integral, contínua, com resolutividade e qualidade tendo como alvo a população adscrita com olhar voltado para a família. E para que este fim seja alcançado, é prioritária uma abordagem multidisciplinar, processos diagnósticos da realidade, planejamento das ações e organização horizontal do trabalho com compartilhamento decisório, além do incentivo ao controle social (SANTOS *et al.*, 2016).

A atuação da equipe multiprofissional condiciona as trocas significativas de conceitos, teorias, métodos e de práticas, onde os atores e seus conhecimentos diversos tenham participação integrada e articulada entre si e com o todo. Neste enfoque, permeia a busca da unidade na multiplicidade e vice-versa, além do desafio de lidar com as diferenças, que não podem e nem devem mais ser consideradas obstáculos as práticas, e sim como um potencializador destes processos interativos

na busca de múltiplas respostas para os problemas de saúde, que também são multifatoriais (CARPES *et al.*, 2012; FREIRE FILHO, 2014; KELL; SHIMIZU, 2010).

Nos espaços das ESF, dentro de um contexto de uma abordagem integral e resolutiva, o trabalho em equipe multiprofissional é essencial para reorganização do processo de trabalho, sendo primordial as mudanças não só na organização do trabalho, mas sobretudo na formação e na atuação dos profissionais de saúde. A formação de uma equipe favorece a troca de informações e a busca por uma melhor proposta terapêutica, e evidencia a “cooperação” como um mecanismo para enfrentamentos do fazer em grupo, com a exigência de uma construção coletiva das ações em saúde, onde as dificuldades e obstáculos necessitam de reflexões e superações (FERREIRA; VARGA; SILVA, 2009).

A gestão dos serviços de saúde, no âmbito municipal, tem um significado estratégico para o fortalecimento do processo de trabalho nas equipes, com a reorientação de um modelo de saúde baseado nas necessidades da população (FERREIRA, 2012). Sendo assim, existe a necessidade que os profissionais de saúde reconheçam os problemas que permeiam na sua unidade de saúde, efetivem o planejamento de suas ações, e determinem propostas de melhorias da intervenção, para que estas ações de saúde respondam realmente a necessidade da população (LISA, 2015). Esta técnica é compreendida como uma pedagogia de inclusão, que solicita dos profissionais de saúde discernimento sobre o processo saúde e doença, qualificação para a escuta, no atender e acolher, corresponsabilidade e aperfeiçoamento do convívio interpessoais da equipe, proporcionando o desenvolvimento da atividade profissional em consonância com as prioridades dos cidadãos (MACEDO; TEIXEIRA; DAHER, 2011).

A multiprofissionalidade e interdisciplinaridade faz parte do acolhimento, favorecendo o trabalho em equipe de forma integrada: ouvir, vincular-se e responsabilizar-se, fundamentos do trabalho em saúde e práticas integrais, para exercer de fato a atuação em equipe. É muito importante perceber a diferença entre triagem e acolhimento, este último tem características peculiares e deve ser uma ação de inclusão inteligente dos usuários no SUS. Para melhor atender as demandas de necessidades do usuário, as atividades clínicas devem ser orientadas pela escuta, construção de vínculo e protocolos clínicos (MASSON *et al.*, 2015; VILELA, 2010).

Um acolhimento realizado com qualidade tem se tornado cada vez mais uma aposta real de qualificação do atendimento em saúde (SOARES NETO, 2014). Sendo identificado como ferramenta de vinculação entre profissionais e usuários, que possibilita o estímulo ao autocuidado, aumento da compreensão da doença e responsabilização na intervenção proposta. Colabora na universalização do acesso, encoraja o trabalho multiprofissional e intersetorial, qualifica a assistência à saúde, humaniza as atividades e incentiva as ações de combate ao preconceito (GARUZI *et al.*, 2014).

É de grande importância que as equipes de Saúde da Família estabeleçam táticas que possibilitem as interações entre os atores, por meio de uma dimensão tecnológica em saúde, fundamentada pela utilização da tecnologia das relações, que é território comum das tecnologias leves. As tecnologias em saúde são rotuladas em tecnologias leves, leve-duras e duras. As tecnologias leves possibilitam a coordenação e a produção de relações entre o profissional-usuário por meio da escuta, o interesse a gestão como direcionamentos de processos, a consolidação de vínculos, a confiança na orientação da qualidade do cuidado prestado ao usuário. As tecnologias leves-duras podemos citar aos saberes profissionais estruturados, como a clínica e a epidemiologia. E as tecnologias duras relaciona-se com as máquinas, equipamentos, as normas e estruturas organizacionais (MARQUES; LIMA, 2007, SOUZA *et al.*, 2014).

Assim, atribui-se às tecnologias leves na área do trabalho em saúde, propriedades bem específicas por situar-se no ramo do serviço e por lidar com uma realidade direcionada as necessidades e expectativas do sujeito/usuário. Fazendo com que toda atividade assistencial de um profissional de saúde em relação ao usuário, seja executada através de um trabalho vivo em ato, no encontro entre duas pessoas, agindo uma sobre a outra em um processo relacional. Lembrando que esta construção no convívio entre o profissional e usuário serão compartilhadas nas expectativas, necessidades e desejos de forma bastante peculiar. Essa relação pode ser permeada com alguns momentos de disputas e conflitos, sendo um lugar de vozes e escutas, levando-se em consideração suas necessidades (MERHY 2002; MERHY, 2004; MERHY, 2007).

Para Faria (2014), o acolhimento é designado como uma tecnologia leve para a organização do trabalho e coordenação da demanda dos usuários nas ESF. Por meio do dispositivo da escuta qualificada e estabelecimento de vínculos, os profissionais têm o compromisso de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar. Esta tecnologia leve é consequência da integração do profissional com o usuário e de sua potencialidade em otimizar essa associação, desenvolvendo padrões humanitários, solidários e de cidadania.

Com a finalidade que a humanização atinja as suas metas, a política preconiza a composição de equipes multiprofissionais corresponsáveis, onde os profissionais e usuários se sintam sujeitos do processo de resolutividade das necessidades, que chegam até o serviço de saúde. Sendo de extrema importância ultrapassar o clássico paradigma biomédico que representa as necessidades dos usuários, os atendimentos prestados pelos profissionais e os processos de trabalho organizados pelo sistema (JUNGES *et al.*, 2012).

Esta lógica preponderante pode ser contraposta pela ESF incorporando na equipe multiprofissional aspectos preventivos e de promoção à saúde, como também de uma relação humanizada que evidencia o vínculo entre profissionais e a população. Por meio de uma atividade pedagógica, a compreensão por parte da população pode ser modificada a respeito da importância das diversas 'clínicas', na área da saúde e da necessidade da organização de fluxos e regulações (CAMPOS *et al.*, 2014).

Marques-Ferreira, Barreira-Penques e Sanches-Marin (2014), relatam que um grande obstáculo na reorganização do processo de trabalho, são os profissionais de saúde que se encontram na mesma estrutura física e atuam de forma isolada e fragmentada. O Acolhimento não pode ser considerado atividade privada de determinada profissão, sendo imprescindível o envolvimento, comprometimento e capacitação de todos, para que a população possa ser recebida com condutas acolhedoras.

Para que o trabalho especializado de cada profissional se complemente e possa edificar uma ação de interação entre os trabalhadores e usuários, a lógica do trabalho necessita ser organizada com base na equipe, e deve desenvolver um projeto próprio. No entanto, observou-se, que em unidades de saúde não há uma responsabilidade conjunta, e nem integração dos profissionais na organização do

trabalho; o que ocorre é uma desintegração de ações e saberes, portanto não existe um trabalho de equipe com efetividade (CHAGAS; VASCONCELOS, 2013).

Para uma modificação desse cenário, a ESF deve ser formadas por equipes multiprofissionais que desenvolvam uma lógica interdisciplinar, destacando o território como cerne das intervenções e de orientações para a promoção à saúde e prevenção das doenças. O profissional deve elaborar novas formas de atuação, dentro de um processo de trabalho cooperativo, que aprecie e agregue os saberes, ampliando a intervenção para além do clínico e individual, que possa contemplar a comunidade e sua vizinhança (LIMA *et al.*, 2016).

O acolhimento tem se revelado como uma ação interdisciplinar, que pode ser praticado por vários profissionais da saúde, como médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas. No entanto, grande parte deles, apontam o acolhimento como um núcleo de conhecimento específico da enfermagem, representando uma dificuldade do envolvimento multidisciplinar. Podem indicar que, em alguns espaços, a designação do acolhimento esteja sendo relacionada semelhante à triagem, atividade que, comumente, seja de responsabilidade desses profissionais da enfermagem (PELISOLI *et al.*, 2014).

As enfermeiras descrevem grandes dificuldades em despertar toda equipe para o processo do acolhimento aos usuários que procuram as unidades de saúde, buscando esta sensibilização nas reuniões de equipe na tentativa de qualificar a mesma. As profissionais de enfermagem entendem que toda a equipe deve estar envolvida para a realização desta prática, e que o acolhimento deve estar presente em todos os momentos da relação do trabalhador com o usuário (GIANINNI, 2016).

Ressalta-se um maior envolvimento do profissional enfermeiro no acolhimento praticado nas Unidades Básicas de Saúde em nível nacional. Mesmo diante do massivo comprometimento do enfermeiro no acolhimento, de modo controverso, foi verificado que as demandas resultantes do acolhimento, se davam primordialmente, na marcação de consulta na agenda do médico para o usuário, e em seguida na agenda do cirurgião dentista, e por fim, em situações raras na agenda do enfermeiro (CLEMENTINO *et al.*, 2015).

Os cirurgiões dentistas também apontam algumas dificuldades de estabelecer vínculos com a comunidade, devido a responsabilidade por uma extensão maior da área de cobertura da população, (destacando a desigualdade na inserção desta categoria nas equipes de saúde) não conseguindo muitas vezes, o reconhecimento de toda a área de trabalho, levando o profissional a uma prática restrita ao consultório (PINHEIRO; OLIVEIRA, 2011).

As inserções da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na ESF têm revelado que os cirurgiões dentistas não colaboram de modo integrado na equipe, e por conseguinte, a articulação entre as ações dos membros da equipe não se efetua de forma sistemática, como parte inseparável do processo de trabalho. Na maioria das vezes, a integração no processo de trabalho entre os profissionais das Equipes de Saúde Bucal (ESB) e das equipes de Saúde da Família limitam-se ao encaminhamento de casos clínicos entre seus membros e a atuação do trabalho em equipe não se desenvolve de forma habitual (CHAVES; MIRANDA, 2008).

Essa inserção possibilitou identificar o reflexo de distintos modelos de atenção à saúde em disputa: a existência da forte presença do modelo curativista, somado à grande demanda por atendimentos médicos, e a busca pela solidificação de um modelo de atenção à saúde centrado no usuário, com relevância na promoção e prevenção e na intervenção de um trabalho de equipe multidisciplinar (BARRA; OLIVEIRA, 2012).

A predominância de alguns problemas persistentes como: a dificuldade de articulação entre a atenção básica e os outros níveis de atenção, a fragmentação do processo de trabalho, o não envolvimento dos profissionais na elaboração de propostas de serviços e os conflitos com desarticulação das equipes, favorecem para que a figura do médico continue sendo o centro do cuidado, onde a atenção à saúde subsista evidenciada em atos clínicos e prescritivos, e os profissionais de saúde trabalhem de forma isolada (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

A resistência de alguns profissionais médicos nos planejamentos das ações de saúde com outros profissionais na eSF é destacada como uma postura individualista mediante o processo de trabalho em equipe. Ao mesmo tempo, a inserção de profissionais da área médica, mais jovens, parece iniciar uma transformação de uma

“atitude alheia à uma atitude mais cooperativa” com maior abertura às críticas e mudanças no modelo de atenção (FREIRE FILHO, 2014).

Os médicos costumam participar do acolhimento ficando na retaguarda para realização da consulta clínica, ou seja, não participam do processo de recebimento do usuário na escuta qualificada. Dessa forma o trabalho em saúde nos modelos tradicionais continua focalizado na consulta médica, por meio da distribuição de fichas para demanda espontânea, onde muitos usuários continuam deixando a unidade de saúde sem a resolução das suas necessidades. Não se consegue, nestes casos, a consolidação da proposta do acolhimento, já que se estabelece número fixo de vagas, e não atende a necessidade da população (CAMELO *et al.*, 2016).

Diante deste fato, é muito importante que ocorram transformações nas rotinas das equipes, fazendo com que cada equipe possa acolher seus usuários diminuindo a medicalização e principalmente não delimitando os atendimentos a simples pronto-atendimento médico, sendo extremamente necessário modificações nas agendas e atividades profissionais individuais e coletivas, terapêuticas e de promoção à saúde (TESSER; POLI-NETO; CAMPOS, 2010).

A implementação de protocolos de atendimentos das queixas mais frequentes através de ações normatizadoras, com embasamento técnico e legal, podem aumentar a autonomia dos outros profissionais que não sejam médicos, para atuarem sobre situações específicas no processo de cuidado, melhorando dessa maneira, a qualidade e resolutividade da assistência (BARALDI; SOUTO, 2011; FRANCO; BUENO; MERHY, 1999). Destaca-se também, a importância da inclusão de ações de educação permanente, supervisão e apoio institucional para a qualificação do trabalho de forma coerente (TAKEMOTO; SILVA, 2007).

Analisando o acolhimento na Atenção Básica à Saúde, pode-se compreender que o grande desafio dos profissionais da Estratégia Saúde da Família é realizar uma recondução do significado do acolhimento, que se encontra limitado a simples pronto atendimento na prática diária. Para começar a vivenciar este processo como uma estratégia de organização, de modo integrativo e sustentável, que possibilite a superação dos eventos imprevistos e o atendimento à demanda espontânea, deve ser proporcionada a elaboração de relações mais dialógicas que possam favorecer a

produção de vínculos e a prática da corresponsabilização pelo cuidado (GARCIA *et al.*, 2014).

Entretanto, a consolidação do acolhimento confronta-se com alguns obstáculos cotidianos no que diz respeito ao despreparo dos profissionais, ao exercício do trabalho centrado no modelo tradicional e à deficiência de estrutura física das unidades de saúde. Na presença dessas fragilidades, o acolhimento evidencia-se como uma prática confusa para as equipes de Saúde da Família. Embora, compreendam a concepção que o cercam, a instrumentalização concreta, por parte dos profissionais encontra-se bastante longe do desejado, podendo ser constatada no processo de triagem, encaminhamento, agendamento de consulta, regras de acesso, ações reduzidas e focais, como sinônimos de acolhimento (GARUZI *et al.*, 2014).

O acolhimento requer modificações na postura não só dos profissionais, mas igualmente dos usuários e gestores, que necessitam de um entendimento como parte de toda relação fundamentada no respeito às competências e atendimento do indivíduo nas singularidades, constituindo a partir dessa percepção, uma rede de diálogos. Assim pode se tornar uma técnica institucionalizada e incluída no “ser e fazer” dos atores envolvidos (MACEDO; TEIXEIRA; DAHER, 2011).

Com este contexto instituído, coloca-se em questão o propósito do acolhimento. Para Arruda e Silva (2012), com a implantação do acolhimento pretende-se ultrapassar as dificuldades do próprio processo de trabalho, salientando a demanda reprimida, a grande requisição pela população por consulta médica sem necessidade, processo de trabalho focado na prática médica e no fraco aproveitamento dos outros profissionais da equipe de Saúde da Família.

Nesse sentido, todos os profissionais da equipe de saúde deveriam estar envolvidos na atividade do acolhimento, levando em consideração que a efetivação deste processo, implica em ações articuladas e envolvimento efetivo dos vários trabalhadores, cada um colaborando com os saberes específicos, todavia centrando no cuidado do indivíduo a partir do todo. Assim, o acolhimento torna-se produto a partir da vontade dos mais variados atores (BRASIL, 2011b).

As condições precárias de trabalho nas unidades de saúde como falta de papel para receituário, medicamentos, insumos, manutenção de aparelhos e falta de

funcionários, prejudicam o trabalho da equipe na resolução dos problemas dos usuários e comunidades (MARTINS, 2012).

De acordo Oliveira *et al.* (2013) e com Faria (2014), as dificuldades e desafios demonstram que ocorrências como estrutura física inadequada, falta de privacidade para a realização da escuta qualificada, grande rotatividade e a falta de preparo dos profissionais, além de uma rede de serviços fragmentada, representam grandes entraves para a qualificação da assistência.

Existem várias descrições de profissionais e usuários sobre os obstáculos para o desenvolvimento do acolhimento, relacionando-se aos limites especificados por inadequada estrutura física das unidades. Podendo este, ser um dos principais fatores para que esta prática fique prejudicada pela inexistência de condições básicas para receber os usuários, com respeito a sua privacidade e necessidades individuais (BREHMER; VERDI, 2010; DAMASCENO *et al.*, 2012; PINHEIRO; OLIVEIRA, 2011).

Para a efetivação do cuidado com atividades humanizadas é necessário prestigiar a dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão de saúde, assegurando condições de trabalho mais adequadas, assim como introduzir estratégias de reconhecimento e de valorização dos profissionais tendo como resultado um ambiente de trabalho mais humanizado (ALMEIDA, 2015).

De forma específica, há evidências de avanços significativos no percurso de construção do acolhimento. Entretanto, constata-se também, a existência de algumas fragilidades, assim faz-se necessário, a dedicação da equipe para a realização de novas práticas científicas para melhoria do desempenho assistencial (FIGUEIREDO, 2010).

A relação entre os profissionais de saúde e o usuário é facilitada também pela prática do acolhimento que induz, dessa forma, uma maior resolutividade aos seus problemas relatados, favorecendo ao usuário uma participação mais dinâmica na organização da assistência e na construção da cidadania. Para tanto, é fundamental que todos os trabalhadores se comprometam com o acolhimento de forma madura, proporcionando estabelecer vínculos mais concretos entre os usuários e equipe (CATARINO, 2013).

4.2 Acolhimento como diretriz operacional da Política Nacional de Humanização

O acolhimento, como diretriz operacional da Política Nacional de Humanização (PNH), vem conseguindo delineamento próprio e relevância na Atenção Primária à Saúde para garantir acesso humanizado e resolubilidade às demandas de saúde dos usuários e das comunidades no Brasil (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

A Política Nacional de Humanização (PNH) apresenta como princípios teóricos e metodológicos: a transversalidade, a indissociabilidade entre a atenção e gestão e o protagonismo dos sujeitos e coletivos. Estendendo-se o campo da assistência hospitalar para todos os serviços da atenção à saúde. A Política de humanização reverbera os princípios do SUS reforçando a importância da atenção integral à população e na estratégia de ampliar o estado de direito e cidadania das pessoas (BARBOSA *et al.*, 2013).

A humanização deve ser percebida como uma dimensão fundamental para a estruturação de uma política de qualificação do SUS, não podendo ser compreendida como apenas mais um "programa" a ser inserido aos diversos serviços de saúde, mas como uma política que funcione transversalmente em toda a rede SUS, a iniciar pela formação dos profissionais da saúde (PEREIRA *et al.*, 2010).

E qual seria a designação de humanizar? Humanizar é assegurar a palavra à sua nobreza ética. Para que o sofrimento humano, as percepções de dor ou de prazer sejam humanizadas, é necessário que as palavras que o sujeito manifesta sejam reconhecidas pelo outro. Sendo que esse sujeito ouça do outro, palavras de seu reconhecimento. É pela linguagem que geramos as descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro. Ao contrário disto, nos desumanizamos reciprocamente. Em resumo: sem comunicação, não há humanização. A humanização deriva da nossa capacidade de falar e de ouvir, depende do diálogo com nossos semelhantes (BRASIL, 2011a).

Na característica de política transversal do sistema de saúde, a política de humanização conduz importantes avanços aos modelos de gestão, elevando a participação de trabalhadores e usuários nestes processos e no modelo assistencial,

umentando as ofertas e serviços, adequando as atribuições profissionais e propondo novos métodos de interação com os trabalhadores e usuários. Apesar de avanços conquistados, diversos são os obstáculos a serem ultrapassados para a plena implantação dessa política (ALMEIDA, 2015).

A efetivação da Política de Humanização nas questões das Políticas Públicas requer exaustivos debates, que se mostram como relevantes pontos de referência para a construção de práticas de saúde, que proporcionem o respeito ao cidadão, envolvendo seus valores, aspirações e necessidades. É de grande importância, portanto, produzir debates e discussões, uma vez que promoverá um amplo fortalecimento nas opiniões e nas críticas sobre o tema em questão (MOREIRA *et al.*, 2015). Esta política pública promove transformações no cuidado e desorganiza as relações de poder dentro do sistema de saúde, num processo de reinvenção contínua, através de experiências do SUS que dá certo. A PNH aposta e crê na mudança compreendendo que o indivíduo constrói o mundo enquanto constrói a si mesmo (NAVARRO; PENA, 2013).

Quanto às diretrizes, a PNH se orienta por meio de direções éticas no exercício da produção de saúde, preservando-a também como produção de cidadania. Tais orientações são: a) acolhimento; b) clínica ampliada; c) valorização do trabalho e do trabalhador; d) cogestão; e) defesa dos direitos do usuário e f) ambiência (BRASIL, 2008). Aparente na Atenção Básica, principalmente pelo alcance direto que pode designar não só o acesso dos usuários, mas também como proposta de alteração no processo de trabalho com o objetivo de atender todos aqueles que buscarem o serviço de saúde (SCHOLZE *et al.*, 2009).

A implantação de práticas e processos de acolhimento objetivando a melhora a acessibilidade do usuário e a escuta dos profissionais, não depende da execução de ações normativas, burocráticas ou físicas. O reconhecimento do acolhimento como diretriz é um processo que exige mudanças intensas no funcionamento da atenção básica. Este fato determina um conjunto de ações articuladas, envolvendo usuários, trabalhadores e gestores, portanto a implantação do acolhimento não se dará apenas a partir do desejo de um único ator (BRASIL, 2013).

O Acolhimento não requer um local nem hora adequada para ocorrer, e nem mesmo um profissional específico para realizá-lo. Esta prática é parte integrante de

todos os encontros do serviço de saúde. É uma postura ética que envolve a escuta do usuário em suas queixas, na legitimação do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolutividade e na ativação de redes de compartilhamento de saberes (VILELA, 2010).

O “acolher” brota no primeiro instante de um contato entre pessoas, é a atenção, o ouvir resultando na relação de respeito mútuo, indispensável no desenvolvimento do trabalho, que vai aos poucos, promovendo uma sociedade menos individualista e mais passível de transformações, de acordo com a necessidade do outro. É conceber importância e valorização à qualidade da atenção prestada pelos serviços de saúde. Reafirmando que todos os seres humanos, independente da sua classe social, tem direito a respeito e a dignidade. Direito a ser tratado como “gente” que tem nome e não apenas identificações por números (de ficha, de prontuário) visto que as palavras, os nomes ficaram para as pessoas e os números para objetos (MEDEIROS *et al.*, 2010).

Assim, compreende-se que o ato de acolher não se refere apenas ao ato de receber, mas em uma postura de escutar com mais atenção e disponibilidade, além de buscar a resolutividade para as necessidades apresentadas pelo o usuário, provocando dessa forma, uma transformação na relação entre profissionais, usuários e comunidades. Cria-se então, uma oportunidade de situar o usuário no papel de protagonista, sendo o sujeito do seu processo e a interação deixa de ser fragmentada, aumentando a habilidade de uma escuta qualificada ao mesmo tempo responsável e comprometida. Conseqüentemente, organizar a demanda de acordo com as suas prioridades relatadas representa um grande desafio para os profissionais da equipe, promovendo uma maior interação nestas equipes multiprofissionais, tolerância as diferenças e maior inclusão social (SARKIS, 2012).

A experiência do acolhimento tem sido utilizada para ampliar o acesso dos usuários ao serviço de saúde, organizar o trabalho e levar qualificação à relação entre profissionais e usuários, por meio da formação de vínculos, promoção da autonomia e garantia da responsabilização. Então percebemos que o acolhimento é compreendido como um instrumento de mediação de grande destaque na Atenção Básica, quando cria uma relação de confiança com a população, e os profissionais

conseguem desenvolver uma relação de dádiva com os usuários (BEZERRA; CARVALHO, 2011).

Para Vilar (2014), o entendimento da saúde como “direito de cidadania”, é extremamente importante para o surgimento de “novos territórios existenciais e organizacionais”, priorizando o sujeito e sua coletividade, onde sejam possíveis a produção de interações, trocas e criações, fundamentadas pela teoria da dádiva e da reciprocidade, sustentadas por valores como responsabilização, respeito, interação social e solidariedade.

Então, a reciprocidade desenvolve valores, que proporcionam relações apoiadas na preocupação “com e pelo outro”, estabelecendo a confiança e a compreensão mútua. Os atores incorporam o papel e a situação do outro através da reciprocidade, aprendendo assim, o sentido da cooperação inter-humana (MAZZI; OLIVEIRA; SUNAKOZAWA, 2018).

Segundo Lopes (2014), faz-se perceptível que as interações relacionais no processo do acolhimento são impregnadas pela teoria da dádiva e da reciprocidade, “uma vez que quem se relaciona/acolhe, sempre tem algo a oferecer, mas também espera do outro algo em troca, e esse processo também é recíproco por quem é acolhido”. As relações entre os profissionais e serviços de saúde com seus usuários tem a perspectiva de serem humanizadas através do acolhimento em sua essência autêntica e genuína.

O acolhimento perpassa pela prática que tem como princípios: a solidariedade, a compreensão e a generosidade no cuidado com os usuários dos serviços de saúde, promovendo um sentimento de bem-estar e descontração no grupo que os acolheu. Podendo ser estabelecida a confiança, a autoestima e a cooperação na melhoria de sua saúde e de sua qualidade de vida. Constitui a escuta qualificada com a proposta de classificação de risco e a resolutividade dos problemas e ou necessidades identificadas (FRANCO; FRANCO, 2012). Começa assim que o usuário chega à unidade de saúde, realiza o primeiro contato e se prolonga no decorrer de todas as interações com os profissionais que o acompanham. É entendido como uma postura ética, responsável, de trocas de saberes, considerando e respeitando a singularidade de cada caso e construindo junto com o usuário, o melhor percurso para sua saúde (ROCHA *et al.*, 2017).

Um grande desafio para as equipes de saúde é organizar a chegada dos usuários que não estão programados para atividades na unidade de saúde, a chamada demanda espontânea. O acolhimento é uma forma de prática, que visa agilizar a inserção desta demanda ao serviço de acordo com as necessidades e prioridades avaliadas. Não caberia ao acolhimento apenas a função de acesso à demanda espontânea, mas o de reconhecimento do usuário como sujeito de direitos e desejos para os quais se tornam necessários uma boa comunicação entre profissional e paciente, estabelecendo uma relação de confiança mútua (SANTANA, 2011).

Entretanto, a prática do acolhimento não deve se restringir apenas ao momento de chegada do paciente a ESF, sendo fundamental que ultrapasse os limites da recepção, e que venha a ser encarado como uma postura diferenciada e humanizada, dentro de um regime adotado para o atendimento à população, inclusive o da demanda espontânea (REBELLO; KOOPMANS; ROMANO, 2012).

Barbosa *et al.* (2013) sugere que o acolhimento deve ser percebido em três sentidos: como postura assumida pelos profissionais, como técnica capaz de gerar procedimentos organizados e como princípio orientador revelando um projeto institucional.

Para Alves *et al.* (2014) o acolhimento como estratégia humanitária em saúde, dispõe um qualificativo positivo, como retórica que investe no valor associado à marca da humanização. Garante, ou pretende garantir, qualidade aos que o praticam. Todavia, as variações na interação e no cuidado aos usuários não concernem somente ao comprometimento com as normatizações, mas à disposição de cada profissional.

Contudo, alguns profissionais 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 traduzido como uma forma de agilizar o processo de trabalho e possibilitar o acesso desse mesmo usuário (JUNGES *et al.*, 2012).

Santos, Costa e Fernandes (2011), relatam que apesar das dificuldades encontradas nos serviços de saúde, o acolhimento tem um grande potencial para reverter a lógica de saúde vigente, com a utilização de mecanismos que dependem

exclusivamente da disposição de profissionais em refazer uma nova prática de cuidado humanizado.

O acolhimento é uma prática constitutiva presente em todas as relações de cuidado, nos encontros vivenciados entre trabalhadores e usuários, nos atos de receber e escutar os indivíduos, e pode acontecer das mais variadas formas. É de fundamental importância constatar não apenas se um serviço tem ou não o acolhimento implantado, mas analisar como esta prática se processa no cotidiano (BRASIL, 2013).

Alguns tipos de acolhimento são identificados nas unidades como novas formas de receber e escutar os usuários na Atenção Básica. Alguns arranjos e práticas concretas do acolhimento se afirmam não como um modo correto, mas que pode ser possível para situações semelhantes, devendo ser adaptado a outras ou novas realidades com os acordos e combinações primordiais no cotidiano do trabalho em saúde (BRASIL, 2013, 2016).

Com isso, deve-se atentar que não existe uma única ou uma melhor forma de acolhimento, mas diferentes possibilidades que permitem ajustes pelos profissionais de saúde, na implementação do acolhimento de forma compartilhada e com possibilidade de conversa, buscando assim, o protagonismo dos trabalhadores que compõe a equipe e consolidam o poder de decisão sobre as formas de acolher. Desloca a imagem do médico da centralidade como único ator social, preparado para resolver as necessidades de saúde. A cooperação da equipe com um todo, dá sustentabilidade ao acolhimento e ao sentimento de “pertencimento coletivo”, possibilitando também de ser autor dessa atividade que é ímpar em cada encontro entre trabalhadores de saúde e usuários (PINTO; BRASIL, 2013).

Existem variadas possibilidades de modelagens (organização) do acolhimento onde as experimentações propiciam ajustes de acordo com a realidade de cada local e população. A escolha desses tipos de modelagens vai depender da pactuação estabelecida entre profissionais, gestores e usuários.

Segundo o Ministério da Saúde, pode-se listar alguns tipos de modelagens utilizadas em diferentes locais: 1) Acolhimento pela equipe de referência do usuário: os usuários são recebidos pelos profissionais de sua equipe de referência onde um

ou mais profissionais de cada equipe realiza a primeira escuta e negocia as ofertas adequadas as necessidades desses usuários; 2) Equipe do acolhimento do dia: em unidades de saúde com mais de uma equipe, o enfermeiro e o técnico ficam na primeira escuta do acolhimento e o médico na retaguarda e o restante da equipe “não escalada” fica nos atendimentos das suas demandas programadas; 3) Acolhimento Misto (equipe de referência do usuário + equipe de atendimento do dia): em uma unidade com mais de uma equipe, o enfermeiro de cada equipe acolhe a demanda espontânea de sua área por determinada hora e quantidade de usuários, com o médico na retaguarda para atendimentos de casos agudos da sua área. 4) Atendimento coletivo: a primeira escuta da demanda espontânea é realizada por todas as equipes que se reúnem com os usuários neste espaço coletivo, realizando escutas e conversas antes do atendimento as demandas programadas (BRASIL, 2013).

Pode-se também, em alguns casos, utilizar-se das associações de diferentes modelagens. Por exemplo, os profissionais da recepção e os ACS podem identificar sinais de maior risco a partir do contato direto com as pessoas na primeira escuta. Assim como os profissionais de saúde bucal podem e devem ser inseridos no processo da escuta qualificada, como também toda a demanda de necessidade de saúde bucal deve ser levada em consideração por todos os trabalhadores no desenvolvimento do acolhimento (BRASIL, 2013; NILSON, 2014).

Na realização do acolhimento são destacados alguns obstáculos dentre as dimensões relacionadas à acessibilidade e resolutividade, vínculo e comunicação e no processo de trabalho da equipe. A Política Nacional de Humanização traz alguns elementos importantes para o acolhimento que são considerados desafios na Estratégia Saúde da Família, como a ambiência acolhedora e a atenção integral a partir do trabalho em equipe multidisciplinar (OLIVEIRA; CORIOLANO-MARINUS, 2016).

Enfim, deve-se reconhecer que o acolhimento não pode ser absorvido como um instrumento salvador do serviço saúde. Deve-se ter em mente que os inúmeros problemas de acesso e qualificação do Sistema Único de Saúde, não serão resolvidos apenas com a implementação do acolhimento. Na verdade, não existe nenhuma tecnologia ou política que seja suficiente para dar conta dessas questões de forma independente. É necessário que haja uma conexão com as outras diretrizes e

princípios do SUS, como a integralidade, a universalidade, a equidade e o controle social, além do constante investimento financeiro em pesquisa e projetos de extensão em saúde para a tão desejada melhoria dos serviços de saúde (MOTTA; PERUCCHI; FIGUEIRAS, 2014).

4.2.1 Acesso

A coerência ético-política enxerga o acesso dos indivíduos ao cuidado profissional como direito embasado na solidariedade social, na qual os meios de cuidado devem ser ofertados de forma acessível, equânime, adequada, universal e com qualidade à população adscrita. A população sadia não deve ser priorizada em relação aos doentes no cotidiano das ESF, pois isso não se sustenta eticamente, (a população doente merece mais atenção que a população sadia pela situação de vulnerabilidade) nem tecnologicamente (devido ao baixo poder preditivo dos recursos atuais voltados aos sadios individualmente); e também porque as ações preventivas/promotoras podem acontecer sem obstrução do fluxo do cuidado clínico nos serviços, em paralelo ou associado a ele (TESSER; NORMAN, 2014).

Neste sentido, o conceito de acesso dos indivíduos com os serviços de saúde tem ligação imediata na competência do sistema em satisfazer as suas expectativas e necessidades; em assegurar um direito humano e social - o direito a ter saúde que deve transmitir o respeito às variadas singularidades que constitui a complexa demanda da população usuária. Nas ESF as questões relativas ao acesso demonstram a existência de gargalos no sistema que podem comprometer toda a sua estrutura de organização e funcionamento. Pode possibilitar a exclusão de milhões de pessoas cujas condições precárias de vida já os condicionam a restrição de muitos direitos de cidadania (AZEVEDO; COSTA, 2010).

Starfield (2004), debate o acesso e acessibilidade ressaltando que apesar de serem empregados de forma ambígua, têm significados complementares. A acessibilidade permite que as pessoas alcancem os serviços, e o acesso possibilita a utilização acertada dos serviços para conseguir os melhores resultados possíveis. Em vista disso, seria o modo como o indivíduo experimenta o serviço de saúde.

A acessibilidade pode ser observada através da disponibilidade, comodidade e aceitabilidade do serviço pelos usuários, e de acordo com Starfield (2002), envolve: a disponibilidade se refere ao alcance da atenção necessária ao usuário e sua família, tanto nas situações de urgência/emergência quanto de eletividade; a comodidade está interligada com o tempo de espera para o atendimento, a conveniência de horários, a forma de agendamento, a facilidade de contato com os profissionais, o conforto dos ambientes para atendimento, entre outros; a aceitabilidade está diretamente associada à satisfação dos usuários quanto à localização e a aparência do serviço, a aceitação dos usuários quanto ao tipo de atendimento prestado, como também, a aceitação dos usuários quanto aos profissionais responsáveis pelo atendimento.

Para que o acesso seja efetivo, é fundamental que se desenvolva o acolhimento como um dispositivo de resolução de problema de saúde, incorporando recursos humanos, estruturas, materiais e as subjetividades. Entretanto a satisfação no acesso não é apontada por todos os sujeitos de forma evidente. Várias vezes o acolhimento é complicado pelo modo de organização da oferta. A distribuição de senhas precocemente e de acordo com a ordem de chegada a unidade de saúde é um exemplo complicador que limita a realização do acolhimento, e nem sempre são atendidos os casos prioritários (MACEDO; TEIXEIRA; DAHER, 2011).

Esta limitação para o acesso exhibe filas e insatisfações, onde uma parte da população não chega a ser atendida nas suas necessidades, conduzindo o usuário a riscos, provocando sentimentos de medo e constrangimento. A fila nos serviços de saúde tem implicações na percepção do usuário em relação com o sistema, por ser considerado a porta de entrada, onde a população se direciona à procura de um atendimento digno e resolutivo. Outras filas foram sendo criadas, a medida que novas demandas têm se acumulado pelo aumento da população e das ofertas do serviço, já a “fila de primeiro acesso” deixou de ser um problema central. Foram construídas também as “filas virtuais” com a informatização nos agendamentos (VILELA, 2010).

O acesso aos serviços da Atenção Primária em Saúde é relatado pelos usuários como um processo burocrático e demorado, se estendendo do tempo de espera do agendamento até o dia da consulta, inclusive também o próprio regime de atendimento ao serviço, seja por demanda espontânea ou consultas marcadas.

Apontam alguns obstáculos como a falta de profissionais médicos e a grande rotatividade dos mesmos nas unidades de saúde. Reconhecem o acolhimento como um recinto de escuta as suas dificuldades e orientações, entretanto, o apontam como um controlador do acesso ao que é mais desejado pela população, que é a consulta médica (CAMPOS *et al.*, 2014).

Continua-se a evidenciar a desproporção entre a oferta, capacidade de atendimento e demanda, apesar da ampliação da rede básica ter contribuído para melhor acessibilidade geográfica. Isto ocasiona descontinuidade da atenção e no acesso a encaminhamentos na rede de assistência. Por fim, tanto o acesso como o acolhimento representam desafios na elaboração do cuidado integral como componentes fundamentais para gestão e avaliação do serviço (SOUZA *et al.*, 2008).

Somente um terço dos usuários afirmaram serem atendidos nas unidades de saúde sem consulta marcada, quando necessitaram por problemas de saúde e que primeiramente buscaram a unidade de saúde da Atenção Básica diante deste acontecimento (CLEMENTINO *et al.*, 2015).

Correa *et al.* (2011) relatam que o acesso a Unidade de Saúde da família caracteriza-se pela demora no atendimento, pelo absenteísmo e pela baixa capacidade resolutiva, condições que levam o usuário a não retornar à unidade, servindo-se da atenção secundária como a porta de entrada preferencial para resolução de seus problemas de saúde.

A trajetória trilhada analisando este percurso, provavelmente identificará tanto as fortalezas como as fragilidades da disposição da rede de atenção à saúde no SUS, apontando “os nós-críticos a serem desatados” para combater as disparidades de acesso aos serviços. Sendo extremamente importante o entendimento da organização do processo de trabalho em saúde, que no caminho do cuidado, promove sujeitos autônomos e pleno exercício da cidadania (SOLEPETE; BISCARDE, 2013).

A desigualdade do acesso constitui um dos principais desafios, para que o SUS se organize de forma efetiva dentro dos princípios e diretrizes estipulados. O acesso aos serviços de saúde encontra-se numa árdua realidade, no entanto é possível a inversão deste quadro, estimulando uma consciência cidadã para combater o conformismo social, através da emancipação de sujeitos históricos, empoderados a

transformar essa realidade e possibilitar um acesso mais equânime e sobretudo universal na construção coletiva, ajustadas as necessidades da sociedade (ASSIS; JESUS, 2012).

4.2.2 Organização da Demanda

A demanda em saúde é compreendida por necessidades de saúde requeridas por uma população ou comunidade em determinado período, estando classificada em demanda espontânea e demanda programada (BRASIL, 2013). A demanda espontânea, na atenção básica, representa a autopercepção do usuário ao identificar a necessidade de buscar o serviço de saúde, podendo acontecer de duas formas bem distintas: demanda espontânea com casos de intervenções que podem ser programadas (não agudo) e a demanda espontânea com casos de atendimento imediato, prioritário (agudo). A demanda programática envolve grupos específicos e prioritários, identificados a partir do perfil epidemiológico da população; além de ser caracterizada pela prévia definição de vagas e direcionamentos da agenda dos profissionais para atender aos usuários cadastrados (SANTANA, 2011; BRASIL, 2013).

A iniciativa para trabalhar com a demanda espontânea é recente e surgiu a partir da Política Nacional de Humanização, por meio da proposta de Acolhimento (BRASIL, 2013; TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010). Até então, o mecanismo de organização da demanda se dava a partir dos grupos específicos (demanda programada), priorizados pela USF, menosprezando a busca espontânea do usuário, pois segundo o MS, não havia orientações sobre como a equipe de saúde poderia se portar diante dos imprevistos inevitáveis e recorrentes no cuidado a saúde. Atualmente, existe uma recomendação do MS para a articulação entre as ações programáticas e a demanda espontânea (ARAÚJO; ASSIS, 2017).

A organização do atendimento às demandas espontâneas e programadas, ambas integrantes do processo de acolhimento em saúde, deve basear-se nas necessidades observadas e em processo contínuo, que permite modificações à medida que novas demandas surgem (MATTOS, 2004). Assim, busca-se a articulação entre as ações programáticas e a atenção à demanda espontânea, que também deve

fazer parte do processo de trabalho das equipes, de modo que seja resolutiva. Os serviços ofertados modulam a demanda e, por isso, esta demanda passa a se organizar mediante ao que é disponibilizado (BRASIL,2012; FRANCO; MERHY, 2005).

A demanda é a solicitação nítida da manifestação das necessidades mais heterogêneas e complexas do usuário. É o modo de chegada do cidadão a unidade de saúde e a forma de explicitar o que procura. Como esta expressão é impregnada de subjetividades, desejos, dúvidas, na maioria das vezes esta solicitação será realizada de forma transparente. Esta necessidade vem junto com o usuário para que possa ser escutada e elaborada conjuntamente com os profissionais, na finalidade de sanar ou pelo menos aliviar o que o perturba (CECÍCILO, 2009).

E é justamente no serviço de saúde que acontece a interposição das relações sociais que os mais diversos atores preservam entre si, estabelecendo concepções diferentes, no que diz respeito ao que é necessidade em saúde e doença entre os usuários e profissionais. Apresentam realidades independentes de suas definições biomédicas e práticas, variadas de acordo com a sociedade e cultura de cada comunidade ou família. Muitas vezes a realidade biológica da doença percebida pelo profissional de saúde, não coincide ou mesmo retrata a realidade de quem sofre a doença. Nesta perspectiva afirma-se que a busca pelos serviços de saúde está baseada na significação que cada indivíduo tem da doença e de seus sintomas, pois esta representação é individual e pautada em questões socioculturais e familiares (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005).

O entendimento das necessidades humanas em saúde é um ponto crucial para a apreciação da demanda e o alcance da resolutividade. Os profissionais de saúde se posicionam bastante resistentes a tratar das necessidades que envolvam temas como: carência afetiva, problemas sociais e econômicos, estando mais suscetíveis a necessidades de procedimentos médicos. A acolhida e interpretação das necessidades em saúde, como também a oferta e a demanda dos serviços, submetem-se diretamente a análise de paradigmas de compreensão e da organização do saber e das práticas em saúde, onde geralmente se identifica o modelo biomédico. Ocorrendo, portanto, uma grande dificuldade dos profissionais de saúde em se discutir a relação entre a necessidade e demanda (JUNGES *et al.*, 2012). Entretanto, há um

reconhecimento de que a atenção buscada pelos usuários vai além das demandas expressas, aquelas não verbalizadas, consideradas mais subjetivas, relacionadas às questões sociais, que vão além da medicalização (SANTOS; PENNA, 2013).

O acolhimento deve ser compreendido como um mecanismo competente de atender as necessidades da demanda, possibilitando a consolidação de vínculo entre os trabalhadores da equipe de saúde e os usuários, estimula o desenvolvimento da atividade multiprofissional, intervindo dessa maneira na reorganização do trabalho em equipe, com foco na integralidade do cuidado que possibilita uma visão mais ampla do sujeito, e da superação do modelo biomédico (RODRIGUES *et al.*, 2013).

Segundo Gomes (2011b), a corresponsabilização da equipe pelos problemas de saúde dessa população e a oferta de serviços disponibilizados para a demanda, proporcionam um atendimento acolhedor com destaque a um serviço habilitado para adequar técnicas e pactuar atividades com qualidade, para atender as necessidades da população e valorizar os aspectos sociais, culturais e econômicos dos usuários.

Não existem regras rígidas para organização da demanda e sim possíveis percursos para superação das filas e a viabilização de acesso aos serviços que necessitam de um amplo debate nas suas localidades, levando-se em conta as ressignificações de cada espaço e as distintas necessidades em saúde da população (SANTOS, 2011).

4.2.3 Escuta Qualificada

A escuta qualificada possibilita obter informações sobre os usuários, permitindo que se faça escolhas e que se possa dar respostas as suas necessidades, aumentando a qualidade do serviço prestado, que por meio desta escuta, torna-se possível reconhecer e acolher as necessidades dos pacientes, de forma empática assim como seus familiares auxiliando na assistência prestada (RODRIGUES; CAVALCANTE, 2015).

As pessoas geralmente tendem a modificar suas atitudes em relação a si próprias e em relação aos outros, quando se permitem serem ouvidas. Sentindo-se valorizadas, tornam-se menos defensivas e mais flexíveis. Dessa maneira, escutar também soma valores àquele que pratica a escuta, pelos benefícios que podem

ocasionar ao outro. Então, a escuta qualificada é um recurso gerencial que proporciona um melhor direcionamento dos processos, dado que amplia a compreensão e sentimentos dos envolvidos. É uma técnica que requer habilidade e visão diferenciada nos casos individualizados, onde existe a necessidade de um trabalho em equipe, compartilhando trocas de informações e valorização profissional pelo acolhimento (SANTOS, 2014).

A escuta e o diálogo são aptidões próprias dos seres humanos, sendo frequente a noção da escuta apenas no ato de “ouvir”, o que pode ser bastante nocivo, levando a crer que a escuta é “instintiva” (BURLEY, 1995). No processo da escuta deve-se perceber o que o outro diz, sem concessão para julgamentos, mantendo-se a neutralidade. Ou seja, escutar com sensibilidade se expressa em “esvaziar de nós mesmos” para que possamos enxergar o outro com sua particularidade (COELHO, 2009).

O despertar do interesse em “ouvir o outro”, quebra o monólogo próprio da “tecnociência” reconhecendo e valorizando a dimensão dialógica nos atos de cuidar. O cuidado em saúde quer ser alcançado pela relação dialógica do “poder ouvir” e “fazer ouvir”. O mais importante, então, é a qualidade da escuta, que permite ir além das demandas óbvias, que estabelece relações com o contexto do usuário e possibilita a estes, reflexões sobre o seu próprio modo de vida. Essa interação é permitida pelo dispositivo do acolhimento por ser uma tecnologia leve (AYRES, 2006).

A Escuta Qualificada permite uma relação direta com os usuários, evidenciando suas carências, bem como os fatores que interferem direta ou indiretamente no seu processo saúde-doença. Essa escuta proporciona determinar riscos e vulnerabilidades, elaborando um cuidado não limitado aos sofrimentos físicos e urgentes, preparando a equipe de saúde a uma atuação preventiva diante dos relatos manifestados. Sendo assim, a implantação da escuta qualificada representa um importante direcionamento, a fim de propiciar a edificação de um novo modelo assistencial de saúde, um modelo fundamentado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade (DUARTE *et al.*, 2017).

Com a inserção da escuta qualificada, que faz parte das ações diárias dos profissionais de saúde, evidencia a mudança do modelo de atenção destacando o protagonismo dos sujeitos, onde acontece uma inversão de toda a lógica do modelo

biomédico. Para que ocorra a qualificação da escuta, torna-se necessário a capacitação e a atualização das equipes, exigindo assim o esforço dessa equipe para o aprimoramento e aquisição de novas abordagens e conceitos de saúde, no desenvolvimento de suas funções, afim que estes profissionais possam agir como fontes de ações criativas que permitem o acolhimento ser otimizado em sua operacionalização (BEHR, 2013).

Os profissionais de saúde quando utilizam a escuta qualificada nas atividades cotidianas, promovem uma atenção voltada ao protagonismo dos sujeitos invertendo a lógica do modelo biomédico. A capacitação das equipes para agirem como atores criativos de suas ações tem uma relação proporcional com a escuta qualificada para a otimização da operacionalidade do acolhimento (BEHR, 2013; GOMES, 2011, LIMA *et al.*, 2016).

4.2.4 Vínculo

Um dos principais fatores valorizados é o vínculo do usuário com o serviço de saúde. Estabelece confiança aos usuários, consentindo que os trabalhadores do serviço os conheçam para melhor identificar as prioridades na atenção à sua saúde. O vínculo tem extrema interação com as necessidades de autonomia/autocuidado, pois ao reforçar a relação de familiaridade entre serviço e usuário é possível encorajar potencialidades para o enfrentamento do processo saúde-doença (MORAES; BERTOLOZZI, 2011).

De acordo com alguns autores, o vínculo apresenta três dimensões: da afetividade, da relação terapêutica e da continuidade. Na primeira dimensão é importante que o profissional de saúde se realize na sua profissão, interessando-se pelo paciente para que desta forma seja consolidado o vínculo. Na segunda dimensão, a relação entre o profissional e paciente é observada como terapêutica, sendo o paciente considerado autor do processo de tratamento que propicia o estabelecimento da confiança entre este e o profissional. E na terceira dimensão, o segmento do processo terapêutico é identificada como fortalecedora do vínculo e do recíproco sentimento de confiança entre o paciente e profissional (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2004).

O vínculo é concebido como um estabelecimento de amizade, de confiança, de responsabilidade e de compromisso que acontece com a maioria das famílias. Para proporcionar melhoria na qualidade de vida dos indivíduos, os profissionais de saúde procuram suprir as necessidades básicas manifestadas por estes (DE CARLI *et al.*, 2014).

A compreensão do vínculo está fundamentada numa relação de confiança firmada entre um usuário e o serviço ou entre o usuário e um profissional ou uma equipe. Proporcionando uma aproximação mais verdadeira entre o paciente e o profissional, estabelecendo desta maneira, relações de escuta, de diálogo e de respeito (BRUNELLO *et al.*, 2010).

Diante de uma posição acolhedora, o vínculo permite ao usuário a segurança de revelar suas dificuldades, tornando-o corresponsável pela produção de sua saúde. Quando existe uma relação facilitada pelo vínculo entre o usuário e profissionais da saúde, amplia-se a possibilidades de transformações no comportamento baseadas em relação de credibilidade que venham a favorecer esta corresponsabilização no cuidado em saúde (QUEIROZ; PENNA, 2011).

Para a formação do vínculo se faz imprescindível a disponibilização de tempo para escutar o usuário, aproximando a relação profissional-cliente. Entendida como uma ação acessível e que não sobrecarrega o serviço, fortalece laços para novas atuações e intervenções e possibilita a elaboração do cuidado integral com coparticipação. Ainda assim, não se pode associar o acolhimento apenas ao vínculo e à acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde, visto que o acolhimento pode acontecer sem a efetivação do vínculo e da garantia do acesso. No entanto percebe-se que quando o acolhimento é de qualidade, o vínculo e o acesso são constituídos de forma a reproduzir resultados positivos no atendimento à população. Os profissionais precisam trabalhar em equipe de modo uniforme, com objetivos comuns e que reconheçam e ultrapassem os obstáculos, que interferem na estratégia da integralidade da atenção à saúde (PENNA; FARIA; REZENDE, 2014).

A eficácia das atividades de saúde é ampliada pelo vínculo formado com os usuários, permitindo uma maior participação deste, durante a prestação do serviço. Contribuindo para a edificação de atores autônomos, tanto profissionais quanto pacientes, pois não há estreitamento de vínculo sem que o usuário possa ser

identificado na condição de sujeito que fala, julga e deseja (MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009).

4.2.5 Classificação de Risco e Vulnerabilidades

O Acolhimento com Classificação de Risco é ressaltado pela Política Nacional de Humanização como instrumento de transformação no trabalho da atenção e da produção de saúde, nos serviços de urgência, sendo expandido para a Atenção Primária à Saúde (SOUZA *et al.*, 2011). Deve ser utilizado em todos os serviços do SUS, com atendimento aos usuários sem discriminação e de forma objetiva, sendo incorporado também nas Estratégias de Saúde da Família (RODRIGUES, 2013).

Acolhimento com Classificação de Risco proporciona a reflexão e modificação na forma de desenvolver a assistência como “dispositivo técnico assistencial”, questionando as atividades clínicas em saúde, os modelos de atenção e gestão e principalmente o acesso aos serviços, alterando o mecanismo da triagem, e modificando inclusive sua nomenclatura para Acolhimento com Classificação de Risco-ACCR (GRUCHOUSKEI *et al.*, 2011).

No processo do acolhimento pode ser incluído ou não a avaliação de risco, dependendo da demanda que o paciente apresenta, e deve ocorrer em qualquer ponto de atenção da rede de saúde. Embora, o protocolo de classificação sistematiza a avaliação como sendo uma ferramenta útil e necessária, não substitui a interação, o diálogo, a escuta, o respeito, o acolhimento e a queixa para a avaliação (CARPEZANI; SERAPIÃO, 2017).

Para garantir o acesso com equidade é necessário que se implante uma estratégia considerável, que é a avaliação/estratificação de risco como um instrumento que permite a identificação de situações de maior urgência através da classificação de risco, elegendo dessa forma, situações mais prioritárias. O tipo de intervenção ou oferta de cuidado será direcionado pela gradação de risco. Para isto, a estratificação de risco pode ser de grande utilidade não só para riscos em termos biológicos, como também um olhar mais ampliado para situações de maiores vulnerabilidades em que certas pessoas podem se encontrar. Em vários casos atendidos, a avaliação dos riscos e vulnerabilidades por meio do bom senso, da

sensibilidade, tato e competência técnica, serão suficientes. Porém, em avaliações de caráter mais técnico pode haver dificuldades de aceitação e suporte dos colegas de trabalho. É fundamental a troca de conhecimento e a discussão entre as equipes para que se estabeleçam critérios e sinais para apoio na classificação de risco e na compreensão das situações de vulnerabilidades (BRASIL, 2013).

Apesar da classificação de risco ser mais empregada nos hospitais e pronto-atendimento, na Estratégia de Saúde da Família se faz necessário também, a utilização da devida classificação de risco, a fim de estruturar o seu acolhimento com a finalidade de promover a equidade no acesso, superar as desigualdades, procurando suprir as necessidades dos indivíduos (SANTANA, 2011; SILVA, 2014).

O Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (ACCR) oportuniza a organização do trabalho na porta de entrada da unidade, guia o fluxo e modifica o processo de trabalho na articulação de ações mais planejadas, e envolve os profissionais de saúde da unidade num trabalho multiprofissional. Além de reconhecer os casos de maior risco e vulnerabilidades, para que seja assegurada uma resposta à necessidade de saúde do usuário, é utilizado o encaminhamento responsável para outro serviço de saúde da rede do SUS, sempre que indispensável (FIGUEIREDO, 2010).

A inserção do ACCR torna o processo de tomada de decisão aplicada mais visível e transparente para os profissionais e usuários, e se torna necessário definir como serão usados os recursos limitados para promover os cuidados em saúde. Viabiliza, dessa forma, que os indivíduos atendidos consolidem vínculos com os serviços a partir de respostas positivas as suas necessidades e reconhecimento do profissional para com o sofrimento desse usuário. Além de permitir uma visão mais ampliada do usuário com as outras pessoas, que procuram o serviço juntamente com seus próprios problemas, possibilitam que estes também se reconheçam reciprocamente, estimulando a corresponsabilização (SCHOLZE, 2014).

É necessário atentar-se para o grau de sofrimento tanto físico quanto psíquico na Avaliação de Riscos e Vulnerabilidades, pois muitas vezes o usuário se apresenta sem sinais visíveis de problemas físicos, mas com um sentimento de angústia muito elevado, encontrando-se neste momento, com mais prioridade para um atendimento de maior grau de risco e vulnerabilidade. A ferramenta de Avaliação com Classificação

de Risco, presume a determinação de agilidade no atendimento a partir da investigação, do grau de necessidade do usuário, promovendo a atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada sob o enfoque do protocolo pré-estabelecido. Desta forma, realiza-se uma Avaliação e uma Classificação da necessidade, afastando-se da concepção conservadora de triagem e sua ação de exclusão, ao passo que todos serão atendidos (BRASIL, 2004).

A efetuação da Classificação de Risco deve basear-se no protocolo de situação de queixa, e esta avaliação pode se dar por relato dos usuários ou pela observação de quem acolhe. Além disso, acolhimento com classificação de risco precisa ser dinâmico, contínuo, com inclusão de práticas que acalmem o usuário e seus acompanhantes, ocasionando apoio emocional e segurança. Devem ser concedidas sempre que possível, informações claras sobre o tempo de espera e encaminhamento sobre cada paciente, com priorização do mais grave em relação ao menos grave (TORRES; LELLIS, 2010).

O primeiro protocolo de classificação de risco elaborado e com aprovação em todo território nacional pelo Ministério de Saúde, foi a Cartilha de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, em 2004, na Política Nacional de Humanização – PNH (FEIJÓ, 2010). Embora existam os protocolos mais utilizados e reconhecidos mundialmente: Emergency Severity Index (ESI), Australian Triage Scale (ATS), Canadian Triage Acuity Scale (CTAS) e Manchester Triage System (MST), sendo este último o modelo mais empregado no Brasil e reconhecido pelo Ministério da Saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Na realização dessa avaliação no acolhimento, deve ser levado em consideração a capacidade técnica somados à sensibilidade e ética profissional. Sendo assim, torna-se indispensável o investimento na educação permanente das equipes de saúde, sensibilizando-os para a dimensão subjetiva da relação profissional de saúde /usuário, fortalecendo toda estrutura de conceitos teóricos além da operacionalização de suas técnicas e políticas. Possibilita dessa forma, uma equipe multiprofissional empoderada para reorganizar os processos e fluxos de trabalho, com aprimoramento da escuta qualificada e o comprometimento com a resolutividade das ações (SILVA *et al.*, 2012).

Os critérios dessa avaliação atualmente empregados pela atenção primária, são na maioria das vezes, a prioridade concedida individualmente pelo profissional em detrimento da ótica centralizada no usuário e não seguindo os critérios de avaliação dos objetivos. Conclui-se que é fundamental a utilização do acolhimento com Classificação de Risco na Estratégia de Saúde da Família, pois além de estabelecer segurança para equipe, também regimenta os princípios do Sistema Único de Saúde, principalmente no que diz respeito a manutenção da equidade, agilizando os usuários que demandam de atendimento imediato, levando em consideração que muitos desses atendimentos podem descentralizar da figura do médico (RONCATO; ROXO; BENITES, 2012).

4.2.6 Ambiência

A ambiência é conceituada pela PNH como "tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, humana e resolutiva". Em interface com os demais dispositivos da PNH, essa definição abriga questões relativas a conforto, privacidade, acolhimento, integração, espaços de "estar", assim como espaços que propiciem processo reflexivo, de inclusão e participação. A ambiência tem composição da presença de elementos como: forma, cor, luz, cheiro, som, texturas entre outros (BRASIL, 2010).

Então, a privacidade e individualidade necessitam de garantias que proporcionem atendimento diferenciado e personalizado. Ambiências acolhedoras e harmônicas contribuem na promoção do bem-estar, dissociando a ideia de que os espaços que abrigam serviços de saúde são "frios e hostis". Estão também ligadas a um ambiente confortável tanto para os usuários como para os trabalhadores, que "se arriscam a deixar do lado de fora o seu mundo, sua referência, sua cultura, seu desejo" (PALMA *et al.*, 2011).

Para Ribeiro, Gomes e Thofehrn (2014), o estabelecimento da humanização reivindica uma combinação com a ambiência e seus três eixos norteadores: construção de espaço que vise à confortabilidade (alcança elementos que incidem como modificadores e qualificadores do espaço), à produção de subjetividades

(abrange o encontro de sujeitos – usuários, trabalhadores, gestores na ação e reflexão sobre o processo de trabalho estabelecendo ações a partir da integralidade e inclusão), e que possa ser utilizado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho (indo além da arquitetura buscando espaços com ambientes desejados pelos os usuários e profissionais de saúde).

A ambiência está intimamente associada as estratégias utilizadas para a promoção de saúde. Relaciona-se com o ambiente físico onde atuam as relações de saúde, devendo observar além da arquitetura do espaço, o tempo, os problemas ocasionados e os grupos que interagem neste ambiente, promovendo assim a origem de ambientes saudáveis. Lembrando que a ambiência ultrapassa o espaço físico, e quanto maior a sua importância dentro do SUS serão proporcionadas melhores condições de trabalho e atendimento (AGRIPINO *et al.*, 2016).

A partir do momento em que uma nova ambiência é projetada, estimula-se um processo de reflexão das práticas e dos modos de operar neste espaço, favorecendo a construção de situações inovadoras. Esta nova reflexão contribui para mudanças de paradigmas dos atores envolvidos, sendo a ambiência um dos dispositivos neste processo de transformação. Então, são proporcionados locais de trabalho mais adequados funcionalmente, além de desenvolver áreas de convivências mais agradáveis e prazerosas (BRASIL, 2009).

O espaço físico, tecnológico e de relações interpessoais são compreendidos pela concepção de ambiência, que objetiva um cuidado realizado com conforto e enfatiza a individualidade e privacidade dos sujeitos envolvidos. A ambiência nas Unidades de Saúde da Família (USF) é referida pela área física organizada de forma arquitetônica com relevância, podendo se caracterizar como um indicador de “prazer ou sofrimento”, alterando a rotina do trabalho. A ambiência pode indicar uma função terapêutica, pois permite a busca do conforto e da qualidade da assistência atuando como uma das preocupações centrais na prática da saúde (OLSCHOWSKY *et al.*, 2015).

Garcia *et al.* (2015) ressalta que o entendimento do tema da ambiência é fundamental para o desenvolvimento do trabalho multiprofissional, que engloba as diretrizes fundamentadas na tolerância às diferenças, na formação de vínculos e sinaliza a importância de se aperfeiçoar no cotidiano posturas como respeito,

privacidade, autonomia e a liberdade dos diferentes agentes envolvidos nas atividades da ESF.

4.2.7 Resolutividade

Resolutividade pode ser compreendida como a forma de se avaliar os serviços de saúde com base nos resultados obtidos do atendimento ao usuário (ROSA; PELEGRINI; LIMA, 2011).

A resposta satisfatória que o serviço fornece ao usuário, quando este procura um atendimento às suas necessidades de saúde é designada, resolutividade. Esta resposta não precisa ser exatamente a cura de doenças, podendo também ser o alívio ou a minimização do sofrimento, a promoção e a manutenção da saúde. Entretanto, a avaliação da resolutividade pode se dar em dois aspectos: no próprio serviço, quanto à potencialidade de absorver à sua demanda e no encaminhamento de atendimentos mais especializados dentro do sistema de saúde, que compreende desde a consulta inicial, os exames e o tratamento do usuário no serviço de Atenção Primária à Saúde (APS), se estendendo até a resposta de seu problema, a outros níveis de atenção (TURRINI; LEBRÃO; CEZAR, 2008).

Os serviços de saúde precisam corresponder as necessidades atuais dos usuários, estando este fator diretamente associado a avaliação positiva de ações e serviços de saúde por esses indivíduos. O entendimento da resolutividade na atenção básica é permeado por 4 fatores: oferta de serviços; infraestrutura; acolhimento; e coordenação da atenção (MICLOS; CALVO; COLUSSI, 2015).

O trabalho efetivo da equipe multiprofissional está inserido na resolutividade das ações de saúde que procura resolver os problemas (coletivos e individuais) demandados pela população. Contudo, vários obstáculos são enfrentados pelos profissionais como regência do modelo biomédico, equipes incompletas. A partir dessas constatações, as equipes de saúde e gestores deverão reavaliar e autoanalisar suas atuações e papéis no processo de trabalho e sugerir intervenções mais acertadas que venham a suprir as necessidades e expectativas desses usuários no serviço de saúde (COSTA *et al.*, 2014).

A implantação de novos serviços e equipamentos, a incorporação de novas tecnologias, a reorganização de processos de trabalho, a conformação de redes, a articulação e a complementaridade de serviços e redes existentes estão diretamente associadas a competência do serviço, em responder adequadamente ao usuário sobre as questões de saúde (SANTOS, 2006).

Assim, a utilização da conformação em rede proporciona uma possibilidade ao enfretamento das dificuldades do sistema de saúde. Assegura uma retaguarda especializada tanto no nível assistencial quanto técnico-pedagógico. Viabiliza desse modo, uma construção compartilhada entre a equipe de referência (profissionais da atenção primária) e apoiadores, equipe de especialistas, com uma função clara de acrescentar conhecimento e aumentar as suas potencialidades para a resolução dos entraves da atenção primária (MARTINS, 2012).

A resolutividade do serviço está diretamente associada as questões de como a rede assistencial encontra-se organizada e como se estabelece a qualidade do atendimento oferecido ao usuário dentro de um cuidado integral. (QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014). Reunindo-se os diferentes enfoques, é possível dizer que a resolutividade envolve aspectos relativos a demanda, a satisfação do usuário, as tecnologias dos serviços de saúde, a existência de um sistema de referência preestabelecido, a acessibilidade dos serviços, a formação dos recursos humanos, as necessidades de saúde da população, a adesão ao tratamento, aos aspectos culturais e socioeconômicos da clientela, entre outros (SANTOS; PENNA, 2015).

Para Costa *et al.* (2014) todos os níveis de complexidade do sistema apresentam sua valorização de atuação, no entanto os profissionais de saúde apontam para um aspecto identificado que dificulta o estabelecimento desse fluxo, no atendimento pela atenção básica: a realização da referência e contrarreferência. Sendo fundamental para boa articulação da rede, quando realizada com coerência e responsabilidade no acompanhamento de cada caso, embora essa lógica de organização é pouco utilizada e se constitui um grande problema na efetividade desses fluxos e impacta diretamente na resolutividade da atenção a saúde.

Torna-se constante a dificuldade ou até mesmo a inexistência de um sistema de referência e contrarreferência, no fluxo de usuários a partir do acolhimento a outros níveis de atenção, para realização de exames de apoio ao diagnóstico e consultas

com especialistas. Evidencia uma fragilidade e fragmentação na atenção integral à saúde do indivíduo e favorece a descontinuidade do cuidado que remete a uma baixa resolutividade (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012; NORA; JUNGES, 2013).

A Atenção Básica se depara com vários obstáculos como: a oferta de serviço e infraestrutura inadequadas, desarticulação entre a coordenação da atenção e acolhimento dos usuários, que gera um processo de trabalho incapaz de satisfazer as diversas e concretas necessidades dos usuários. Para a transformação desse quadro, faz-se urgente e necessário o estabelecimento tanto do compromisso político como das práticas de saúde, que proporcionem respostas efetivas inovadoras e resolutivas para estas demandas de saúde da população (CUBAS *et al.*, 2017).

5 METODOLOGIA

Neste estudo a metodologia esta subdividida em sete tópicos: 5.1 Desenho do Estudo, 5.2 Período do Estudo, .5.3 Cenário do Estudo, 5.4 População do Estudo, 5.5 Coleta de dados e instrumentos de pesquisa, 5.6 Variáveis, .5.7 Análise de dados.

5.1 Desenho do Estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem quantitativa.

As pesquisas descritivas objetivam identificar correlação entre variáveis e focam-se não somente na descoberta, mas também, análise dos fatos, descrevendo-os, classificando-os e interpretando-os. Trata-se, portanto de uma análise aprofundada da realidade pesquisada (RUDIO, 1985).

Assim, para responder aos objetivos propostos optamos por uma abordagem quantitativa que procura expressar as relações funcionais entre as variáveis e identificar os elementos básicos do fato estudado, evidenciando a evolução das relações entre os diferentes elementos (MARCONI; LAKATOS, 2011). Implica na utilização de medidas previamente estabelecidas, cujos resultados sejam quantificáveis, garantindo o estabelecimento de conclusões seguras e confiáveis (CERVO; BERVIAN, 2002 GIL, 2010).

5.2 Período de Estudo

O estudo foi realizado no período de janeiro de 2017 a março de 2019.

5.3 Cenário do Estudo

- a) Lugar de Estudo: Recife (Distrito Sanitário IV);
- b) Unidade de Análise: As Unidades de Saúde da Família (USF).

As USF são compostas pelas equipes de Saúde da Família (eSF). Em cada USF está presente até 3 eSF e ESB.

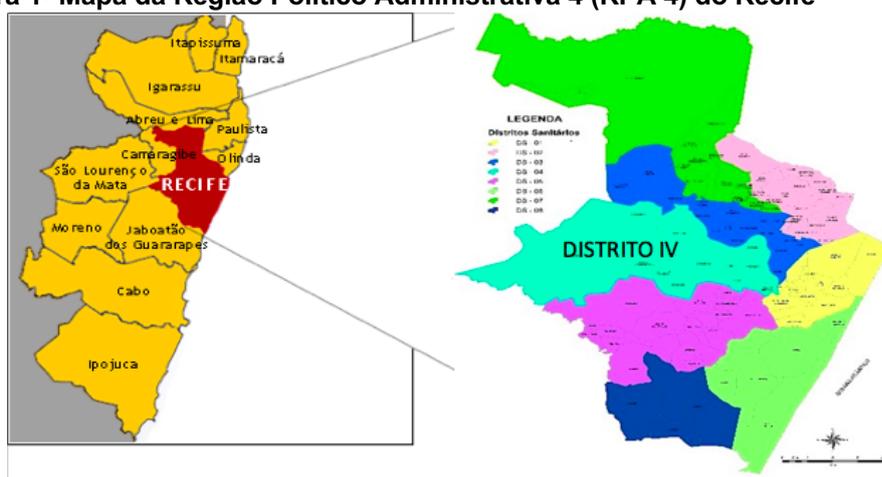
Recife, capital do Estado de Pernambuco, localiza-se no litoral nordestino e ocupa uma posição central, a 800 km das outras duas metrópoles regionais, Salvador e Fortaleza. Apresenta uma superfície territorial de 218,4 km² e limita-se ao norte com as cidades de Olinda e Paulista, ao sul com o município de Jaboatão dos Guararapes, a oeste com São Lourenço da Mata e Camaragibe, a Leste com o Oceano Atlântico (RECIFE, 2011).

Com uma composição territorial diversificada: morros – 67%; planícies – 23%; áreas aquáticas – 9%; Zonas Especiais de Preservação Ambientais – 5,5%; a cidade está dividida em 94 bairros aglutinados em 8 Regiões Político-Administrativas RPA).

Para o setor de saúde, cada RPA corresponde a um Distrito Sanitário – DS. Para o setor saúde, cada região corresponde a um Distrito Sanitário. Para o setor saúde, cada região corresponde a um Distrito Sanitário. DS I: corresponde a 11 bairros, DS II: 18 bairros, DS II: 16 bairros, DS IV:12 bairros, DS V: 16 Bairros, DS VI: 05 bairros, DS VII: 13 bairros DS VII: 03 bairros (RECIFE, 2015).

A cidade do Recife está subdividida em 08 Distritos sanitários. Este estudo compreenderá o DS IV, onde geograficamente está representado por 12 bairros, no município de Recife. O Distrito Sanitário IV foi escolhido para o desenvolvimento do estudo, devido a este distrito, articular os primeiros projetos piloto para a implantação do acolhimento na Estratégias de Saúde da Família, que foram acompanhados de perto pela pesquisadora, que faz parte do quadro funcional de trabalhadores, como cirurgiã dentista deste Distrito Sanitário.

Figura 1- Mapa da Região Político Administrativa 4 (RPA 4) do Recife



Fonte: Recife (2015)

O Distrito sanitário IV apresenta uma população de 278.947 habitantes (SIAB, 2012) e constituídos por 12 bairros: Caxangá, Cidade Universitária, Cordeiro, Engenho do Meio, Ilha do Retiro, Iputinga, Madalena, Prado, Torre, Torrões, Várzea e Zumbi. Dentre os bairros mais populosos do Recife, situados no DS IV, estão incluídos a Várzea e a Iputinga e o menos populoso está a Cidade Universitária (RECIFE, 2015).

No seu território encontram-se 20 USF (sendo 01 Upinha/USF), 40 equipes de Saúde da Família e 26 Equipes de Saúde Bucal

Quadro 1 - Rede de Saúde do DS IV – Recife

Descrição	Números
Unidades de Saúde da Família	19
Upinha/USF	1
Equipes de Saúde da Família	40
Equipes de Saúde Bucal	26
Equipes de Núcleo de apoio da Saúde da Família (NASF)	3
Núcleo de Apoio as Práticas Integradas (NAPI)	1
Unidades Básicas Tradicionais	3
Polos da Academia da Cidade	7
Farmácia da família	2
Centro de Atenção Psicossocial-Álcool e Drogas	1
Centro de Atenção Psicossocial- Transtorno Mental	1
Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	1
Policlínica	1
Serviço de pronto Atendimento	0
Bases descentralizada do SAMU	2

Fonte: A autora, a partir do CNES (BRASIL, 2013).

Quadro 2 - Números das Unidades de Saúde da Família do DS IV-Recife.

Nomes das USF	Número das equipes de Saúde da Família (eSF)	Número das Equipes de Saúde Bucal ESB
Caranguejo	2 eSF	1 ESB
Sítio Cardoso	2 eSF	1 ESB
Emocy Krause USF UPINHA	3 eSF	3 ESB
Casarão do Cordeiro	1 eSF	1 ESB
Skylab	3 eSF	2 ESB
Roda de Fogo Cosirof	2 eSF	2 ESB
Roda de Fogo Sinos	1 eSF	1 ESB
Roda de Fogo Macaé	1 eSF	-----
Sítio das Palmeiras	2 eSF	1 ESB
Vietnã	2 eSF	1 ESB
Engenho do Meio	2 eSF	2 ESB
Brasilit	2 eSF	1 ESB
Vila União	3 eSF	2 ESB
Sítio Wanderley	3 eSF	2 ESB
Campo do Banco	2 eSF	-
Barreiras	1 eSF	1 ESB
Rosa Selvagem	2 eSF	1 ESB
Jardim Teresópolis	2 Esf	1 ESB
Amaury de Medeiros	3 eSF	2 ESB
Cosme Damião	1 Esf	1 ESB
20 USF	40 Esf	26 ESB

Fonte: A autora, a partir de Recife (2014).

Quadro 3 - Profissionais Médicos, Enfermeiros e Cirurgiões-Dentistas das USF do DS IV.

	Nome das USF	Número de equipes de Saúde da Família (eSF)	Número de Médico	Número de Enfermeiro	Número das Equipes de Saúde Bucal (ESB)	Número de Cirurgião-Dentista
1	Caranguejo	2 eSF	2	2	1 ESB	1
2	Sítio Cardoso	2 eSF	2	2	1 ESB	2
3	Emocy Krause /USF UPINHA	3 eSF	3	3	3 ESB	3
4	Casarão do Cordeiro	1 eSF	1	1	1 ESB	1
5	Skylab	3 eSF	3	3	2 ESB	2
6	Roda de Fogo Cosirof	2 eSF	2	2	2 ESB	2
7	Roda de Fogo Sinos	1 eSF	1	1	1 ESB	1
8	Roda de Fogo Macaé	1 eSF	1	1	X	X
9	Sítio das Palmeiras	2 eSF	2	2	1 ESB	1
10	Vietnã	2 eSF	2	2	1 ESB	1
11	Engenho do Meio	2 eSF	2	2	2 ESB	2
12	Brasilit	2 eSF	2	2	1 ESB	1
13	Vila União	3 eSF	3	3	2 ESB	2
14	Sítio Wanderley	3 eSF	3	3	2 ESB	2
15	Campo do Banco	2 eSF	2	2	X	X1
16	Barreiras	1 eSF	1	1	1 ESB	1
17	Rosa Selvagem	2 eSF	2	2	1 ESB	1
18	Jardim Teresópolis	2 eSF	2	2	1 ESB	1
19	Amaury de Medeiros	3 eSF	3	3	2 ESB	1
20	Cosme Damião	1 eSF	1	1	1 ESB	1
Total	20 USF	40 eSF	40	40	26 ESB	26

Fonte: A autora, 2018.

5.4 População do Estudo

Das 20 USF que se encontram inseridas no território do DS IV, a pesquisa correspondeu a 17 USF pelo critério de exclusão, sendo elas: USF Amaury de Medeiros, USF Barreiras, USF Brasilit, USF Caranguejo, USF Casarão do Cordeiro, USF Cosirof, USF Cosme Damião, USF Jardim Teresópolis, USF Emocy Krause, USF Engenho do Meio, USF Rosa Selvagem, USF Sinos, USF Sítio Cardoso, USF Sítio das Palmeiras, USF Sítio Wanderley, USF Skylab e USF Vila União.

Foi estabelecido como critérios de inclusão: a USF que realiza o processo de acolhimento e que tenha a presença da Equipe de Saúde Bucal (ESB), os usuários serem maiores de 18 anos, usuários que frequentaram o serviço pelo menos três vezes e usuários que tenham passado pelo acolhimento também na ESB. E como critério de exclusão: as equipes de Saúde da Família (eSF) que não estejam atuando no seu local de origem e lotação no momento da pesquisa (USF em reformas), e que não estivessem inseridos a ESB.

Foram realizadas entrevistas com 17 enfermeiros, 17 dentistas e 17 usuários como representantes de cada USF, totalizando 51 indivíduos.

5.5 Coleta de dados e instrumentos de pesquisa

Antes da coleta de dados, para análise, foi aplicado um pré-teste com integrantes das equipes de saúde da família (enfermeiros e dentistas) e usuários que não participaram do estudo e objetivou identificar possíveis falhas, ambiguidades e inconsistências. Participaram desse pré-teste: 3 enfermeiros, 3 dentistas e 3 usuários da USF que não fizeram parte da pesquisa. Após o ajuste dos questionários, que excluiu perguntas em excesso e outras pequenas alterações, foram iniciadas as entrevistas

Foi realizado um contato prévio com os profissionais das USF envolvidas explicando a finalidade da pesquisa e solicitou-se um agendamento para a entrevista. A partir desse agendamento, aconteceram as visitas a estas unidades para a coleta de dados. As entrevistas foram realizadas nas USF, de acordo com a disponibilidade de tempo destes profissionais e em local que preservou a individualidade e o sigilo dos dados. Durante as entrevistas foi apresentado o objetivo da pesquisa e solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) como pode ser observado no Apêndice A.

Quando a prática do acolhimento incluía os seguintes profissionais da equipe de saúde: enfermeiro, médico e cirurgião-dentista, ocorrendo de forma multiprofissional e integrada, e se desenvolvia a partir das demandas de usuários com necessidades generalizadas (queixas médicas, de enfermagens e de saúde bucal) era escolhido o enfermeiro ou médico ou cirurgião dentista que encontrava-se mais

disponível na USF. A grande maioria dos médicos encontravam-se em uma greve decidida pela categoria profissional em assembleia, no período da coleta de dados. No caso, o profissional de escolha, foi o enfermeiro (Apêndice B). Os questionários foram preenchidos pelo pesquisador em formulário online do Google Docs, aplicado pelo celular e enviado ao programa logo em seguida.

As entrevistas foram realizadas, utilizando questionários estruturados com temas abordando as 7 dimensões pesquisadas: acesso, organização da demanda escuta qualificada, vínculo, classificação de risco e vulnerabilidades, ambiência e resolutividade; elaborado pela própria autora, baseados no questionário do PMAQ (Apêndices B, C e D). Para complementar as informações das entrevistas foi realizada a observação participante, uma técnica considerada substancial para o estudo vivenciado, através da qual, foi possível identificar as atividades, onde as pessoas estão inseridas, no contexto da ação. Então, o pesquisador esteve presente em algumas atividades de acolhimento nas USF, realizando observações. Para registro dos dados provenientes das observações, foram utilizados diários de campo, no qual realizou-se anotações referentes as dimensões, as percepções e análises do pesquisador frente ao observado. Para a técnica da observação foi primordial a presença do pesquisador por mais tempo nas USF, e algumas vezes o seu retorno a estes espaços se fez necessário para complementação de alguns dados. Estabeleceu-se uma sistemática para o desenvolvimento e anotação dessa observação participante: foi destinado um caderno para anotações dos dados nas entrevistas com o profissional em questão (enfermeiro e dentista), que relatava (de forma espontânea e as vezes provocada) complementações importantes do processo do acolhimento na USF. Após a entrevista, ocorreu de forma sistemática uma interação com alguns profissionais (enfermeiros, dentistas, médicos, ACS, ASB, técnico de enfermagem, recepcionista) e usuários que estavam disponíveis e se mostraram receptivos nas USF, onde foram realizadas conversas informais sobre o acolhimento.

Como o acolhimento ocorre com as mesmas regras e práticas entre as equipes de Saúde da Família (eSF) e das Equipes de Saúde Bucal (ESB) da mesma Unidade de Saúde da Família (USF), optou-se inicialmente por entrevistar um profissional de cada USF. Foi utilizada a seguinte ordem de preferência, sendo: 1º enfermeiro; 2º

médico e em 3º o cirurgião-dentista. A referida ordem de preferência pelo enfermeiro é justificada na literatura, por ser o profissional mais envolvido no processo de acolhimento e assim sucessivamente. A maioria das USF apresentavam mais de uma eSF, sendo escolhido para a entrevista, o profissional da eSF que se encontrava mais disponível no momento.

Quando a Equipe Saúde Bucal (ESB) representada pelo dentista desenvolvia o acolhimento separado da eSF, com demandas de usuários com necessidades específicas de saúde bucal, entrevistamos além do enfermeiro; o cirurgião dentista (Apêndice C). Foram identificadas 12 USF que realizavam o acolhimento neste modelo, e entrevistados 12 dentistas disponíveis das ESB nestes locais. Em seguida um usuário da USF selecionada que se encontrava na recepção da unidade neste dia (optou-se pela amostragem não probabilística e por conveniência), e que passou pelo acolhimento pelo menos 3 vezes com todos os profissionais envolvidos, foi convidado a participar da pesquisa, respondendo a um questionário estruturado (Apêndice D).

Após a entrevista com os enfermeiros, percebeu-se que havia alguns detalhes acerca do acolhimento que eram específicos da saúde bucal. Resolveu-se aprofundar esta investigação nestas USF incluindo também os 4 dentistas que participavam do acolhimento multiprofissional e integrado, e mais 1 dentista que não realizava o acolhimento inicial, mas que suas demandas (usuários com queixas de saúde bucal) eram atendidas no acolhimento pela eSF ou seja, esse cirurgião-dentista se mantinha na posição de retaguarda para o atendimento de usuários com necessidades clínicas de saúde bucal. Assim, foram entrevistados mais 5 dentistas destas USF, totalizando no final das entrevistas os 17 dentistas.

Nesta pesquisa vale salientar que a unidade de análise foi a USF, e que os dados foram obtidos através dos enfermeiros e dentistas, com foco na prática do acolhimento que é realizado em cada unidade de saúde, envolvendo as equipes de Saúde da Família (eSF) e Equipe de Saúde Bucal (ESB) com participação direta neste processo.

A inclusão dos usuários teve como finalidade contribuir com a compreensão dos fatores que influenciam na qualidade do acolhimento nos serviços de saúde. Algumas percepções/opiniões como esperado, não foram consensuais entre os sujeitos da pesquisa (usuários e profissionais). As informações coletadas nos

questionários foram complementadas com a observação presencial anotada no diário de campo para embasar a discussão.

Para atingir o 1º objetivo (caracterizar a prática do acolhimento a partir das 7 dimensões estudadas: acesso, organização da demanda, escuta qualificada, vínculo, classificação de risco e vulnerabilidades, ambiência e resolutividade) realizou-se a técnica da entrevista através dos questionários estruturados e da observação direta participante com anotações no diário de campo, seguindo um roteiro de visita a USF: busca por um profissional disponível (enfermeiro e dentista) e do usuário na recepção que aceitasse participar da pesquisa com assinatura do TCLE; apresentação da pesquisadora e dos objetivos da pesquisa aos profissionais e usuários envolvidos; realização da entrevista em local reservado com a utilização de um celular, onde estava instalado o aplicativo do programa google docs com as perguntas e opções de respostas dos questionários, seguido de envio para e-mail da pesquisadora para segurança dos dados; observação participante com anotações complementares em diário de campo durante as entrevistas. Após a entrevista foi observada a dinâmica desse processo do acolhimento nos espaços da USF (recepção, corredores, consultórios, estacionamento entre outros) sendo coletados dados por meio de conversas informais com alguns profissionais e usuários que se mostravam disponíveis e solícitos.

Para atingir o 2º objetivo: (relacionar cada Unidade de Saúde da Família com os tipos de modelagens estabelecidos) utilizou-se da técnica das entrevistas e da observação direta participante com profissionais envolvidos seguindo os mesmos critérios do 1º objetivo, acrescido da elaboração de uma tabela com a classificação das dimensões pesquisadas e tipos de modelagens: Básica, Reduzida e Padrão (Apêndices F e G), onde cada dimensão relacionou-se as variáveis, que foram quantificadas e somadas para posterior análise de cada modelagem associada ao tipo de acolhimento desenvolvido na USF.

Para atingir o 3º objetivo: (identificar as potencialidades e as fragilidades do acolhimento segundo as dimensões pesquisadas) foram utilizados os questionários profissionais e usuários, as anotações do diário de campo, tendo como resultado posterior a elaboração de uma tabela com classificação das potencialidades e fragilidades na prática de acolhimento por cada dimensão pesquisada (Apêndice O).

Para atingir o 4º objetivo, que é o projeto de intervenção (construir uma matriz com as tipologias de modelagens de acolhimento, de acordo com as caracterizações das dimensões pesquisadas e com as potencialidades e fragilidades identificadas para a Estratégias Saúde da Família do Recife) a pesquisadora se propõe a realização de uma oficina com os profissionais do DS IV que atuam na ESF para a construção dessa matriz, a partir das dimensões estudadas na prática do acolhimento desse distrito sanitário, com a finalidade de produzir melhor reflexão desses profissionais acerca do acolhimento desenvolvido em suas USF. O projeto de intervenção encontra-se no Anexo C.

5.6 Variáveis

As variáveis corresponderam as dimensões pesquisadas: acesso, organização da demanda, escuta qualificada, vínculo, classificação de risco e resolutividade. Estas variáveis foram elaboradas a partir dos objetivos do estudo, inspirado no instrumento de avaliação externa do PMAQ (Apêndice E).

Quadro 4 - Análise das dimensões com a quantidade de categorias variáveis

EIXO DE ANÁLISE DIMENSÕES	CATEGORIAS VARIÁVEIS
Acesso	10
Organização da Demanda	7
Escuta Qualificada	5
Vínculo	5
Classificação de Risco	7
Ambiência	15
Resolutividade	17

Fonte: Autora, 2018.

5.7 Análise de Dados

Os dados coletados foram armazenados em planilhas do programa da *Microsoft Office Excel*. Depois de tabulados nesse programa, os dados foram

consolidados e analisados no software *Statistic Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 23. A análise de dados ocorreu em quatro etapas:

Na primeira etapa: (1º objetivo) realizou-se uma análise descritiva da caracterização da prática do acolhimento nas USF, do DS IV, dentro das 7 dimensões (acesso, organização da demanda, escuta qualificada, vínculo, classificação de risco, ambiência e resolutividade) a partir das variáveis selecionadas e pesquisadas, com a utilização de tabelas relacionando essas práticas de acolhimento nas USF dentro de cada dimensão (Apêndice F).

Na segunda etapa: (2º objetivo) foi reservada para a classificação das USF do DS IV, de acordo com os tipos de modelagens proposto (Padrão, Básico e Reduzido) e sua caracterização, a partir de um instrumento elaborado (em forma de tabela), com descrição e análise de cada modelagem, envolvendo todas as dimensões (Apêndices f e g). Este instrumento foi construído de forma empírica, a partir de uma base vivenciada na prática. A elaboração de um modelo “ideal”, no processo do acolhimento, surgiu dos elementos (variáveis) observados no cotidiano, por meio de conversas informais e de como poderiam atingir a sua organização máxima para otimizar esta prática. E assim, relacionamos um conjunto de características, que poderiam ser designados como uma modelagem “Padrão”, outras características menos elaboradas, que poderiam se enquadrar na modelagem “Básica” e outras características mais frágeis, que poderiam ser classificadas de modelagens “Reduzida” (Apêndice F).

A análise dessa etapa, seguiu-se relatando os resultados encontrados nos questionários dos enfermeiros e dos dentistas, em relação a cada dimensão, associando com as USF pesquisadas. Na análise de dados, os nomes das USF foram substituídos por números, a fim de que o sigilo de cada profissional que relatou os dados, pudesse ser preservado. E com tabela elaborada, organizou-se a descrição das variáveis de acordo com cada dimensão. As respostas obtidas foram agrupadas onde se encaixavam as descrições das variáveis com base nas respostas fornecidas, tanto pelos enfermeiros, como pelos dentistas. Para melhor visualização e compreensão esses resultados foram calculados separadamente.

Foi calculado o tipo de cada dimensão em que a USF se enquadrava de acordo com um somatório de valores atribuído as variáveis. As variáveis foram

categorizadas de acordo com cada dimensão pesquisada, atribuindo-se a cada uma desta dimensão, um parâmetro conceitual de valor. Então, primeiramente as USF foram classificadas de acordo com cada dimensão, agrupando as variáveis correspondentes de acordo com a tabela elaborada (Apêndice G).

Para algumas perguntas dos questionários foram estabelecidos valores das variáveis, a partir da escala tipo Likert, baseado em uma escala de cinco pontos. Esta escala consiste numa série de afirmações em que o entrevistado deve expressar seu grau de frequência a cada afirmação, onde cada posição representa um valor numérico: 1) “nunca”; 2) “raramente”; 3) “algumas vezes”; 4) “frequentemente” e 5) “sempre”. Com exceção da dimensão da resolutividade, que para algumas questões (67 e 69 questionários dentista e 75 e 77 enfermeiros) foram aplicadas a escala Likert invertida: 5 pontos - “nunca”; 4 pontos - “raramente”; 3 pontos - “às vezes”; 2 pontos - “frequentemente” e 1 ponto - “sempre”.

Esse mesmo raciocínio de consenso de avaliação foi aplicado para o item de avaliação na dimensão ambiência: “Barulho”, classificação de valores invertido (questão 45 no questionário dentista e 53 no questionário do enfermeiro) e também na dimensão da resolutividade, para falta de insumos e medicamentos (nas questões: 76 e 78 no questionário dos enfermeiros e 66 e 68 no questionário dos dentistas), onde a marcação de um valor alto significava uma pontuação baixa. Foram utilizados também a atribuição de valores nas questões por intervalo de pontuação nas respostas, com escalas de “0 a 10”, ou com outra pontuação (na graduação até 45) das variáveis, conforme a sua aplicabilidade e importância em cada dimensão estudada (Apêndice G).

A dimensão da classificação de riscos e vulnerabilidades foi avaliada levando em consideração apenas estas variáveis: a presença da classificação de risco com a inserção no protocolo de acolhimento; a presença da classificação de risco sem a inserção no protocolo e ausência desse instrumento de classificação de risco na prática do acolhimento nas USF (Apêndice H).

Os valores atribuídos seguiram uma lógica de maior pontuação para a classificações das dimensões (acesso, organização da demanda, escuta qualificada, vínculo, ambiência, classificação de riscos e vulnerabilidades, e resolutividade) relacionadas a modelagem Padrão (ampliado, integrado, potente, forte, presente com

inserção, ótima, alta), de pontuação média para a classificação das dimensões relacionadas à modelagem Básica (limitado, semi integrado, satisfatória, médio, presente sem inserção, boa, média) e de uma pontuação baixa para as classificações das dimensões relacionadas a modelagem Reduzida (restrito, fragmentado, insuficiente, fraco, ausente, ruim, baixa). Após estabelecido esses valores de pontuação, foi calculada uma média de ponderação para essas dimensões, utilizando peso 3 ao maior valor encontrado, o peso 2 ao valor médio, e o peso 1 ao valor mais baixo (Apêndice h e i).

Para estabelecer e caracterizar estas modelagens e dimensões (modelo elaborado), se partiu do conteúdo observado na prática do acolhimento. Então, se construiu estas modelagens, de acordo com o que se achou de atributos mais elaborados naquele espaço de desenvolvimento da prática dessa atividade e se nomeou de “Modelagem Padrão”, e assim sucessivamente, observou-se como era organizado uma prática menos elaborada, com atributos medianos e nomeou-se “Modelagem Básica”, para uma prática com mais fragilidades nesses atributos foi nomeada de “Modelagem Reduzida”. Então, estes atributos que caracterizaram as tipologias de modelagens foram elaborados a partir da vivência e experiência prática do acolhimento agrupando-os numa escala, partindo do princípio de melhores atributos para constituir uma prática mais fortalecida, para os atributos com maiores vulnerabilidades caracterizando uma prática com mais fragilidades.

Depois de estabelecido o valor de cada dimensão com a média de ponderação, foi calculado o tipo de Modelagem a qual estava inserido cada USF. Na construção de índices muitos métodos são utilizados para ponderar as variáveis. O objetivo é obter pesos que traduzam a importância das variáveis. Em análise estatística, uma medida de importância muito usada é a variância. É necessário calcular as distâncias entre os objetos no espaço das variáveis. A Análise de Grupamento é uma técnica de análise estatística multivariada que procura agrupar objetos semelhantes, segundo o critério dado pelo conjunto de variáveis observadas (KUBRUSLY, 2001). Estes valores foram calculados respeitando os resultados para enfermeiros e dentistas, separadamente. Como não foi possível classificar as modelagens apenas com os resultados inteiros de cada tipologia, pois os resultados das dimensões foram variados ou seja, uma prática de acolhimento poderia ser

classificada com a dimensão do acesso “Ampliado” mas ter classificação da dimensão organização da demanda como “Semi Integrado” e a dimensão da ambiência como “Ruim” e assim sucessivamente, tendo resultados variados entre as dimensões. Devido a este fator, o somatório dos resultados das dimensões teve que ser ponderado em intervalos de pontuação. A classificação foi realizada com base na ponderação dos valores das dimensões. O maior peso “3”, foi atribuído à classificação com melhor valor; o peso “2” a classificação com valor razoável; e “1” a classificação com o valor mais baixo. Após essa fase foram somados os pesos de todas as dimensões para cada USF e construídos 3 intervalos de tamanhos iguais, em que cada intervalo representa um tipo de modelagem: **Modelagem Reduzida**: USF que pontuaram de 7 a 11; **Modelagem Básica**: USF que pontuaram de 12 a 16; **Modelagem Padrão**: USF que pontuaram de 17 a 21.

Quadro 5 - Cálculo dos pesos das modelagens para construção dos intervalos.

Dimensões	Modelagem Padrão	Modelagem Básica	Modelagem Reduzida
Acesso	3	2	1
	Ampliado	Limitado	Restrito
Organização da demanda	3	2	1
	Integrado	Semi Integrada	Fragmentada
Escuta Qualificada	3	2	1
	Potente	Satisfatória	Insuficiente
Vínculo	3	2	1
	Forte	Médio	Fraco
Classificação de riscos e vulnerabilidades (ACCR)	3	2	1
	Presente com inserção no protocolo de acolhimento	Presente sem inserção no protocolo do acolhimento	Ausente
Ambiência	3	2	1
	Ótima	Boa	Ruim
Resolutividade	3	2	1
	Alta	Média	Baixa
Total:	21	14	7

Fonte: Autora, 2018.

Quadro 6 - Média dos intervalos de ponderação dos tipos de modelagem

Tipo de Modelagem	Intervalos de Pontuação	Valor do Peso
Padrão	17 a 21	3
Básica	12 a 16	2
Reduzida	07 a 11	1

Fonte: Autora, 2018.

As Equipes de Saúde da Família foram agrupadas de acordo com as características encontradas nas seguintes modelagens: Padrão, Básica e Reduzida. Caracterizando uma **Modelagem Padrão** para uma prática do acolhimento, com uma estrutura com pontos destacados como “fortalecedores” deste processo, uma **Modelagem Básica** com algumas fragilidades nesse processo de acolhimento e uma **Modelagem Reduzida** com maiores fragilidades e vulnerabilidades nesse processo.

Na Terceira Etapa: (3º Objetivo) foram identificadas todas as fragilidades e potencialidades na prática do acolhimento de cada dimensão pesquisada nessas USF. Foi elaborada uma tabela com pontos limitantes e fortalecedores do acolhimento, apresentado nos resultados das entrevistas e da observação participante (APÊNDICE O).

Ao final da pesquisa foi construída uma matriz com os diversos tipos de modelagens encontrados no estudo, e que são praticados pelas equipes de Saúde da Família (eSF) do DS IV, com o intuito de provocar um maior aprofundamento e debate sobre a prática do acolhimento nas Unidades de Saúde da Família. A matriz foi construída de acordo com as dimensões: ambiência, organização da demanda, acesso, classificação de risco e vulnerabilidades, vínculo, escuta qualificada e resolutividade.

Quadro 7 - Desenvolvimento dos objetivos, instrumentos de pesquisa, técnica de coleta de dados e análise dos dados.

Etapas	Objetivo das Etapas	Instrumento de pesquisa	Técnica de coleta de dados	Análise de dados
1ª Etapa	Caracterizar a prática do acolhimento a partir das 7 dimensões	Questionários profissionais (enfermeiro e dentista) e usuários e diário de campo.	Entrevistas com os profissionais (enfermeiros e dentistas) e usuários e Observação participante	Descrição das variáveis encontradas caracterizando a prática do acolhimento nas USF a partir de cada dimensão analisada pela resposta dos questionários.
2ª Etapa	Relacionar cada Unidade de Saúde da Família com os tipos de modelagens estabelecidos,	Questionário profissionais, diário de campo. Tabela elaborada da classificação das dimensões pesquisadas e tipos de modelagens.	Entrevistas com os profissionais. (enfermeiros e dentistas). Observação participante.	Análise das variáveis de cada dimensão, a partir de tabela elaborada com valores para cada variável. Classificando essas variáveis. Análise do tipo de modelagem a partir da ponderação dos cálculos das dimensões em tabelas elaborada. Calculada separadamente dentistas e enfermeiros. Nomes das USF substituídas por números.
3ª Etapa	Identificar as potencialidades e as fragilidades do acolhimento, segundo as dimensões pesquisadas,	Questionário profissionais e usuários, diário de campo. Tabela elaborada com classificação das potencialidades e fragilidades por cada dimensão pesquisada.	Entrevistas com os profissionais e usuários e Observação participante.	Análise das potencialidades e fragilidades observada a partir das respostas dos questionários na prática de acolhimento das USF a partir do relato dos enfermeiros e dentistas e usuários.

Fonte: Autora, 2018.

6 CONSIDERAÇÃO ÉTICAS

Esta pesquisa foi desenvolvida com os preceitos da Resolução 466/201 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL. Conselho Nacional de Saúde, 2012), tendo sido aprovado em 22 de Maio de 2018, pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), com registro CAAE: 88326418.6.0000.5190 (Anexo B). Considerou a Resolução do CNS 510 de 07 de abril de 2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes, ou informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana.

Os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no Apêndice A, após serem informados quanto aos objetivos e procedimentos da pesquisa. Garantiu-se a todos os participantes a confidencialidade nas informações geradas e o anonimato nas entrevistas. Os dados obtidos foram utilizados apenas para fins de pesquisa científica.

Foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/IAM da Fiocruz, com a finalidade de garantir que sua realização ocorresse respeitando a integridade física e moral dos participantes, o sigilo das informações geradas através dos dados primários e secundários utilizados durante o estudo.

Foi obtida a carta de anuência junto à Secretaria Municipal de Saúde do Recife. Essa instituição esteve ciente sobre os propósitos e conteúdo da pesquisa e autorizaram a sua realização com o uso dos bancos de dados sob responsabilidade da mesma (Anexo B).

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em atendimento aos objetivos os Resultados e Discussão foram divididos em três partes:

- 1) Caracterização da prática do acolhimento segundo as dimensões (acesso, organização da demanda, escuta qualificada, vínculo, ambiência, classificação de risco e resolutividade);
- 2) Os tipos de modelagens estabelecidos como modelo (Modelagem Padrão, Modelagem Básica e Modelagem Reduzida) relacionados a cada USF (a partir da descrição de cada dimensão elaborado em tabela);
- 3) Potencialidades e as fragilidades do acolhimento segundo as dimensões do acolhimento.

7.1 Caracterização da prática do acolhimento segundo as dimensões estudadas

Neste estudo a caracterização da prática do acolhimento está subdividida em sete dimensões: 7.1.1 Acesso, 7.1.2 Organização da Demanda, 7.1.3 Escuta Qualificada, 7.1.4 Vínculo, 7.1.5 Ambiência, 7.1.6 Classificação de riscos e Vulnerabilidades e 7.1.7 Resolutividade.

7.1.1 Acesso

A principal via de acesso aos serviços de saúde nas 17(100%) USF, foi apontada por meio do acolhimento. Apesar de existirem outras formas de possibilidade de acesso, como a “abordagem pelo ACS”, em 12 (70,59%) USF para o acolhimento dos enfermeiros e 11 (64,71%) USF para o acolhimento dos dentistas (Tabela 3). Nesta via de acesso, o ACS age como agente facilitador na inserção do usuário ao serviço, sendo este absorvido diretamente nas agendas profissionais, sem passar pelo acolhimento. O que ocasiona, em alguns momentos, polêmicas na população referente a facilidades que alguns usuários prevalecem em relação a outros no acesso aos serviços da USF (Diário de campo). Para Costa; *et al.* (2013), a maior parte dos Agentes de Saúde além de encaminhar os usuários para a Unidade de Saúde, também agendam consultas e exames, o que não se concebe como

responsabilidade do ACS. O tempo disponibilizado para a realização das obrigações dos ACS, dentro do serviço, pode estar sendo sobrecarregado e mau utilizado com o desenvolvimento indevido de serviços administrativos não relacionados à função desse Agente.

No relato dos enfermeiros, em 9 (52,94%) USF apresentam uma limitação do usuário ao acesso para ao acolhimento, sendo destas 4 (23,53%) USF ainda persistem a utilização de fichas e em 5 (29,41%) USF apesar de não utilizar a ficha, limita o número de pessoas (Tabela 1).

A frequência dessa prática em 10 (58,82%) USF é realizada em 5 dias como preconizada pela PNH (Tabela 1).

O acesso por meio de fichas, vem sendo debatido na literatura. A organização dessa oferta com distribuição de senhas ou limitação do número de pessoas, reforçado com a limitação de horários curtos para esta prática, funciona para burocratizar o serviço, favorecendo as filas e muita insatisfação do usuário, limitando a realização do acolhimento e muitas vezes não atendendo os casos mais prioritários (BARBOSA *et al.*, 2013, CAMPOS *et al.*, 2014).

As unidades de saúde continuam a apresentar episódios diários de dificuldades em garantir o acesso universal aos usuários, provocando angústia nos trabalhadores de saúde. A população enfrenta atualmente o atendimento centrado no médico, a constância de filas desumanas e intermináveis para que o acesso seja possível. Dentro desse contexto, as tensões entre trabalhadores e usuários tornam-se frequentes ocasionando práticas “não cuidadoras” (MASSON *et al.*, 2015).

As fichas e limitações de pessoas favorecem a “venda de fichas ou de lugares” tão comuns antes da implantação do acolhimento nas unidades de saúde, parecendo haver nesse sentido, um retrocesso na forma do acesso ao serviço (Diário de Campo).

Permanece o trabalho em saúde no modelo tradicional centrado na consulta médica, por meio da distribuição de fichas para demanda espontânea. Dessa forma, muitos usuários deixam a unidade de saúde sem o seu problema solucionado. Nesta situação, o projeto do acolhimento não fica consolidado, já se estabelece número fixo de vagas e não atende a necessidade da população (CAMELO *et al.*, 2016). A desproporção da oferta pela capacidade de atendimento a demanda, também é um

agente bastante complicador desse processo (SOUZA *et al.*, 2008). O aumento da demanda nas unidades de saúde é um dos grandes responsáveis pela sobrecarga dos profissionais, o que dificulta o desenvolvimento de um acolhimento com qualidade (LITWINSKI, 2011). Ampliação da oferta de serviços e profissionais que possibilitaria o aumento do acesso e da efetividade da atenção à saúde à população, dependem da disponibilidade de recursos, sendo fundamental a busca pela melhoria do financiamento (VIACAVA *et al.*, 2018).

No relato dos dentistas afirmam, que em 15 (88,24%) USF esse acesso ocorre com demandas de usuários de forma ilimitadas, sem utilização de fichas. Porém, essa organização do acesso no acolhimento parece se constituir de forma mais frágil, do ponto de vista organizacional deste processo, quando em 9 (52,94%) USF (destas citadas acima, é limitado o número de pessoas e o acolhimento não ocorre em um turno completo, e sim um pouco antes ou após o atendimento clínico desse profissional no dia. Resumindo essa prática cotidiana a 1 ou 2 horas no máximo (Diário de Campo), onde a frequência do acolhimento em 8 (47,06%) USF é de 5 dias (Tabela1).

Muitas vezes, foi relatado por estes profissionais dentistas que o acolhimento ocorre concomitante ao atendimento clínico, enquanto um paciente está sentado na cadeira o outro está dentro da sala relatando a sua necessidade com a finalidade do profissional “não perder tempo”, dando margem as famosas e frequentes “batidas na porta” dos usuários durante o atendimento clínico, por justamente não haver uma organização e espaço definido para esta prática (Diário de Campo).

O acesso a serviços de serviços de saúde bucal aponta para uma oferta insuficiente no SUS, em especial na USF, apesar da garantia da lei, na prática ainda existe um acesso seletivo, focalizado e excludente em vários serviços vinculados ao SUS (ASIS; JESUS, 2012). Na procura pelo acesso aos serviços de saúde bucal, evidencia-se que, nesta tensão, o usuário tende a ser o mais prejudicado, pois no que se refere às necessidades demandadas, os serviços apresentam baixa resolutividade quanto as práticas de atenção em saúde bucal e problemas na operacionalização do ato de acolher (CARNUT *et al.*, 2017).

O turno preferencial de prática do acolhimento é pela manhã, onde as USF apresentam uma demanda maior de usuário. Apenas 1 USF faz referência de turno dessa prática a tarde no acolhimento de Saúde Bucal (Tabela 1).

Não se deveria realizar o acolhimento apenas no turno da manhã, pois torna-se insuficiente acolher a demanda espontânea no início do turno do atendimento e estabelecer uma série de barreiras para os usuários que, casualmente ou por necessidade, cheguem “fora do horário estipulado para o funcionamento do acolhimento” (BRASIL, 2013).

Em conversa informal, a dentista justificou que a escolha por este turno da tarde, foi com o intuito de tentar modificar uma situação constante em que os usuários desta USF se encontravam, passando a madrugada no aguardo para esta atividade devido a limitação de fichas (20 Fichas), e a frequência dessa prática que é realizada apenas um dia, restringindo mais este acesso ao serviço e também sem grande sucesso na mudança, pois agora, a fila começa a se formar as 5:00 da manhã para aguardar o turno da tarde tumultuando algumas atividades dessa USF (Diário de Campo).

Tabela 1 - Distribuição de variáveis de acesso (acesso ao usuário, fichas/pessoas, turno e frequência do acolhimento) a USF segundo os enfermeiros e dentistas entrevistados – 2018

(continua)

O acesso do usuário a USF ocorre através de: *				
Variável	Enfermeiro		Dentista	
	N	Percentual	N	Percentual
Abordagem pelo ACS	12	70,59%	11	64,71%
Abordagem pelo ASB	2	11,76%	9	52,94%
Abordagem pelo Técnico de Enfermagem	9	52,94%	2	11,76%
Acolhimento	17	100,00%	17	100,00%
Marcação de consulta na recepção	8	47,06%	4	23,53%
Triagem	3	17,65%		
Total de USF	17		17	
Uso de fichas para o acolhimento de saúde bucal				
Variável			Dentista	
			N	Percentual
Não			15	88,24%
Sim			2	11,76%
Total de USF			17	100,00%

Tabela 2 - Distribuição de variáveis de acesso (acesso ao usuário, fichas/pessoas, turno e frequência do acolhimento) a USF segundo os enfermeiros e dentistas entrevistados – 2018

(conclusão)				
Organização da demanda para o acolhimento:				
Variável	Enfermeiro		Dentista	
	N	Percentual	N	Percentual
Limitação por ficha e por horário	4	23,53%	2	11,76%
Não utiliza fichas (ordenamento da demanda por chegada/prioridades e limitação por horário)	13	76,47%	15	88,24%
Total de USF	17	100,00%	17	100,00%
Quantidade de fichas/pessoas para o acolhimento				
Variável	Enfermeiro		Dentista	
	N	Percentual	N	Percentual
05 Fichas/Pessoas			1	5,88%
10 Fichas/Pessoas	2	11,76%	3	17,65%
15 Fichas/Pessoas	2	11,76%	1	5,88%
20 Fichas/Pessoas	2	11,76%	2	11,76%
25 Fichas/Pessoas			1	5,88%
30 Fichas/Pessoas	2	11,76%		
35 Fichas/Pessoas	1	5,88%		
Ilimitada dentro do horário do Acolhimento	8	47,06%	9	52,94%
Total de USF	17	100,00%	17	100,00%
Turno do acolhimento:				
Variável	Enfermeiro		Dentista	
	N	Percentual	N	Percentual
Manhã	17	100,00%	16	94,12%
Tarde			1	5,88%
Total de USF	17	100,00%	17	100,00%
Frequência do acolhimento				
Variável	Enfermeiro		Dentista	
	N	Percentual	N	Percentual
1 dia			3	17,65%
2 dias	1	5,88%	2	11,76%
3 dias	3	17,65%	3	17,65%
4 dias	3	17,65%		
5 dias	10	58,82%	8	47,06%
15 em 15 dias			1	5,88%
Total de USF	17	100,00%	17	100,00%

Fonte: Autora, 2018.

Nota: *Algumas perguntas permitem a marcação em mais de 1 item.

O agendamento para atividades clínicas ocorre no acolhimento em todas as 17 (100%) USF todavia, existem unidades que diminuem as vagas nesta prática e acrescentam outras formas de marcação de consultas, oferecendo “Dias específicos de marcação na recepção para médicos em 6 (35,29%) USF e “Dias específicos de marcação do dentista” em 3 (17,65%). USF Nas 17 (100%) USF são garantidas vagas

para intercorrência durante a prática do acolhimento, principalmente para médicos e dentistas (Tabela 2).

A demanda por assistência através das consultas clínicas é “extremamente pesada” e ocupa grande parte da agenda dos médicos e dentistas (RODRIGUES *et al.*, 2010). O Acolhimento vem justamente para tornar o acesso de forma mais humanizada e equânime e no entanto, permanece no serviço situações que geram um grande desconforto para a população, que é enfrentar essas filas sem nenhum critério de equidade, baseado na necessidade desse usuário, apenas pela ordem de chegada, e de quem tem mais coragem e resistência ao enfrentar as “noites ao léu”, ou talvez mais dinheiro para a compra desses lugares ou fichas (VILELA, 2010), o que foi encontrado também neste estudo.

Com esta situação, os usuários ficam aprisionados as ofertas disponíveis sem se levar em consideração as suas reais necessidades, caminhando na contramão do princípio da integralidade e da equidade. As unidades de saúde deveriam estruturar a sua demanda a partir da avaliação da vulnerabilidade e riscos de seus usuários, promovendo um encaminhamento responsável e resolutivo (CHAGAS; VASCONCELOS, 2013). As questões relativas ao acesso demonstram a existência de “gargalos” no sistema, que podem comprometer toda a sua estrutura de organização e funcionamento (AZEVEDO; COSTA, 2010).

Tabela 3 -Agendamento no acolhimento, atendimento a intercorrências, profissionais que atendem as intercorrências e marcação de consulta fora do atendimento- 2018

(continua)

No acolhimento ocorre agendamento de consulta profissionais da USF:				
	Enfermeiro		Dentista	
Variável	N	Percentual	N	Percentual
Sim	17	100,00%	17	100,00%
Não				
Total de USF	17	100,00%	17	100,00%
Se Sim, o agendamento de consulta acontece para quais profissionais: *				
	Enfermeiro		Dentista	
Variável	N	Percentual	N	Percentual
Cirurgião-Dentista	5	29,41%		
Enfermeiro	12	70,59%		
Médico	16	94,12%		
NASF	7	41,18%		
Não Respondeu	1	5,88%		
Total de USF	17		17	

Tabela 4 -Agendamento no acolhimento, atendimento a intercorrências, profissionais que atendem as intercorrências e marcação de consulta fora do atendimento- 2018

(conclusão)

No Acolhimento é garantido atendimento clínico no dia, aos usuários com necessidades de cuidados imediatos. (Intercorrências)

Variável	Enfermeiro		Dentista	
	N	Percentual	N	Percentual
Algumas Vezes	1	5,88%		
Frequentemente	1	5,88%	2	11,76%
Sempre	15	88,24%	15	88,24%
Total de USF	17	100,00%	17	100,00%

Profissionais disponibilizam atendimento clínico, aos usuários com necessidades de cuidados imediatos. *

Variável	Enfermeiro		Dentista	
	N	Percentual	N	Percentual
Cirurgião-Dentista	6	35,29%	17	100,00%
Enfermeiro	14	82,35%		
Médico	17	100,00%		
Total de USF	17		17	

Existe outra forma de marcação de consulta, além do acolhimento:

Variável	Enfermeiro		Dentista	
	N	Percentual	N	Percentual
ASB/TSB			10	58,82%
Através do técnico de enfermagem	1	5,88%		
Na recepção com dias específicos para dentistas			3	17,65%
Na recepção com dias específicos para médicos	6	35,29%		
Na recepção nos dias de acolhimento	2	11,77%		
Na recepção qualquer dia da semana (enfermeiro)	6	35,29%		
Não existe outra forma de marcação senão pelo acolhimento	2	11,77%	4	23,53%
Total de USFs	17	100,00%	17	100,00%

Fonte: Autora, 2018. Falta corrigir espaço

Nota: *Algumas perguntas permitem a marcação em mais de 1 item.

Para os usuários, alguns resultados foram desconhecidos em relação aos profissionais das USF. Parece que o processo da prática do acolhimento não está muito bem compreendido, e quando se trata do acolhimento de saúde bucal estes usuários mostram-se mais confusos. Apontam que o acolhimento (dentista) é realizado em 6 (35,29%) USF no turno da tarde. Enquanto esses profissionais relatam que em apenas 1 (5,88%) USF, esse acolhimento funciona no turno da tarde. Quanto ao horário de chegada na USF para conseguir participar desta prática, os usuários afirmam, em muito mais da metade dessas USF, ter que chegar antes das 6:00 h da manhã e enfrentar a madrugada para que possam assim, garantir o seu acesso (Tabela 3).

Estando dessa forma, o critério de atendimento sendo realizado por ordem de chegada, o que gera o desconhecimento da vulnerabilidade de cada indivíduo, formação de filas na madrugada, comercialização de fichas, além de um tempo maior de espera do usuário (CRUZ; RIBEIRO, 2017). As filas e senhas limitadas forçam as pessoas a uma situação desconfortável de espera e sem garantia de acesso, provocando um atendimento por ordem de chegada, seguindo contra a lógica do princípio da equidade (BRASIL, 2013).

Os usuários destacam a existência de dificuldades para marcação de consultas no acolhimento, ressaltando o “médico” em 10 (58,82%) USF, e “consultas para outros serviços de referência” em 16 (94,12%) USF, com uma dificuldade maior (Tabela 3).

Na prática, o acolhimento continua centralizado na assistência médica sem utilizar as potencialidades dos demais integrantes da equipe (BARALDI; SOUTO, 2011; CAMELO *et al.*, 2016; CAMPOS *et al.*, 2014; GARUZI *et al.*, 2013; LOPES *et al.*, 2015 RIBEIRO; ROCHA; RAMOS-JORGE, 2012). Quanto aos entraves de encaminhamentos dos usuários aos serviços de referência são identificados diversos desafios na coordenação do cuidado entre a atenção primária à saúde e outros níveis assistenciais, dificuldades em realizar referência e contra referência de pacientes; inexistência de sistemas logísticos que resultam em falta de mecanismos de regulação, como marcação de consultas e exames, e pouca comunicação entre os profissionais de saúde de níveis assistenciais distintos (DIAS; GIOVANELLA, 2013).

Essas dificuldades proporcionam uma descrença no papel ordenador da Atenção Básica, servindo como álibi para as tentativas de deslocá-la como porta de entrada do SUS (CAMPOS *et al.*, 2014).

Tabela 5 - Distribuição das variáveis do acesso às USF, segundo os usuários entrevistados, 2018.

(continua)

Frequência do Acolhimento		
Variável	N	Percentual
2 dias por semana	3	17,65%
3 dias por semana	3	17,65%
5 dias por semana	11	64,71%
Total	17	100,00%
Turnos do Acolhimento		
Variável	N	Percentual
Manhã	16	94,12%
Manhã e tarde	1	5,88%
Total	17	100,00%
Organização da demanda de saúde bucal para o acolhimento		
Variável	N	Percentual
Limitação por ficha e por horário	6	35,29%
Não utiliza fichas	11	64,71%
Total	17	100,00%
Quantidade de fichas/pessoas para o acolhimento		
Variável	N	Percentual
10 Fichas/Pessoas	5	29,41%
15 Fichas/Pessoas	2	11,76%
20 Fichas/Pessoas	1	5,88%
25 Fichas/Pessoas	2	11,76%
30 Fichas/Pessoas	3	17,65%
Ilimitada dentro do horário do Acolhimento	4	23,53%
Total	17	100,00%
Horário de chegada na USF para conseguir uma ficha ou atendimento		
Variável	N	Percentual
Antes das 06:00 h da manhã	10	58,82%
Entre 06:00 h e 07:00 h da manhã	5	29,41%
Entre 07:00 h e 08:00 h da manhã	2	11,76%
Total	17	100,00%
Turnos do Acolhimento de saúde bucal		
Variável	N	Percentual
Manhã	11	64,71%
Tarde	6	35,29
Total	17	100,00%
Horário de chegada a USF para conseguir uma ficha ou atendimento para saúde bucal		
Variável	N	Percentual
Antes das 06:00 h da manhã	9	52,94%
Entre 06:00 h e 07:00 h da manhã	8	47,06%
Total	17	100,00%

Tabela 6 - Distribuição das variáveis do acesso às USF, segundo os usuários entrevistados, 2018.

(conclusão)

Frequência do acolhimento para saúde bucal		
Variável	N	Percentual
1 dia por semana	6	35,29%
2 dias por semana	1	5,88%
3 dias por semana	2	11,76%
5 dias por semana	7	41,18%
1 vez por mês	1	5,88%
Total	17	100,00%
Quantidade de fichas/pessoas para o acolhimento de saúde bucal		
Variável	N	Percentual
5 Fichas/Pessoas	1	5,88%
10 Fichas/Pessoas	8	47,06%
15 Fichas/Pessoas	1	5,88%
20 Fichas/Pessoas	1	5,88%
Ilimitadas dentro do acolhimento	6	35,29%
Total	17	100,00%
Sente dificuldades de marcação de consultas no acolhimento		
Variável	N	Percentual
Algumas Vezes	7	41,18%
Frequentemente	2	11,76%
Nunca	2	11,76%
Raramente	2	11,76%
Sempre	4	23,53%
Total	17	100,00%
Dificuldades na marcação de consultas com: *		
Variável	N	Percentual
Médica	10	58,82%
Cirurgião-Dentista	6	35,29%
Encaminhamentos para outro serviço	16	94,12%
Total	17	
*Algumas respostas permitem a marcação em mais de 1 item.		
O que mais dificulta o processo de acolhimento: *		
Variável	N	Percentual
Acesso com limitações por fichas	11	64,71%
Dificuldades de marcação de consulta	15	88,24%
A necessidade não é atendida na maioria das	4	23,53%
Falta de interesse e capacitação do profissional	1	5,88%
Rapidez no tempo do acolhimento	1	5,88%
Total de USF	17	
*Algumas respostas permitem a marcação em mais de 1 item.		

Fonte: Autora, 2018.

Nota: *Algumas perguntas permitem a marcação em mais de 1 item.

7.2.2 Organização da Demanda

O Acolhimento “algumas vezes” é apoiada por atividades educativas na recepção em 13 (76,41%) USF para enfermeiros e em 7 (41,18%) USF para os dentistas (Tabela 4). Na maioria das vezes estas atividades são desenvolvidas por ACS ou alunos estagiários e ou residentes, tornando-se a recepção um espaço importante para esta troca de informações, transformando esta “sala de espera” em um local de informações e interações com a comunidade. Entretanto, sabe-se que estas atividades, hoje em dia, estão cada vez mais raras na sua realização (Diário de Campo). Em 17 (100%) USF os enfermeiros afirmam que seguem a organização da demanda de usuários de acordo com a ordem de chegada, respeitando os preceitos das prioridades estipulados pelo Ministério da Saúde. Em 3 (17,65%) USF no relato dos dentistas, esta organização segue apenas a ordem de chegada, deixando em “xeque mate” o princípio da equidade, não levando em consideração as necessidades mais urgentes destes usuários (Tabela 4).

Durante a observação participante, os dentistas afirmam que oferecem um acesso mais restrito em números de vagas (geralmente são os profissionais das equipes de saúde mais sobrecarregados quanto ao excesso da demanda pela desproporção das equipes de Saúde da Família em relação a Equipes de Saúde Bucal) e com menos frequência diária desta prática do acolhimento. O mais justo seria favorecer a quem estar esperando há mais tempo, chegando mais cedo, muitas vezes de madrugada, a não ser quando as próprias pessoas dessa “fila” permitem que seu lugar seja ultrapassado, gerando dessa forma uma grande insatisfação nos usuários, que por muitas vezes, finalizam em pequenos tumultos nas USF com reclamações, xingamentos e as vezes até mesmo agressões verbais ou físicas (Diário de Campo). A noção de que a presença de filas e o longo tempo de espera são características culturais da população, tem sido negada veementemente (VIEGAS; CARMO; LUZ, 2015). Os usuários são expostos a uma disputa injusta, quando as equipes de saúde bucal organizam o atendimento por ordem de chegada, fazendo com que estes usuários tenham que chegar mais cedo na USF para garantirem o atendimento. Esta organização do serviço, dificulta o acesso daqueles que mais necessitam da assistência e que não conseguem ficar horas nas filas “madrugadoras” (VASCONCELOS; DUARTE, 2011).

Baraldi e Souto (2011), afirmam, que a grande quantidade de demanda nem sempre está associada à falta de vagas, mas à desestruturação de um planejamento de ações. Ficando evidente que, quando o serviço se organiza com estratégias que venham facilitar o acesso do usuário, de forma mais criativa e participativa, é possível melhorar a satisfação desses, com consequente melhoria do cuidado prestado (COUTINHO, 2015).

Tabela 7 - Distribuição das variáveis do acesso às USF, segundo os usuários entrevistados, 2018.

O acolhimento apoiado por alguma atividade educativa.				
Variável	Enfermeiro		Dentista	
	N	Percentual	N	Percentual
Nunca			1	5,88%
Raramente	1	5,88%	1	5,88%
Algumas Vezes	13	76,47%	7	41,18%
Frequentemente	2	11,76%	4	23,53%
Sempre	1	5,88%	4	23,53%
Total	17	100,00%	17	100,00%

Organização da demanda para o acesso do usuário ao acolhimento.				
Variável	N	Percentual	N	Percentual
Ordem de Chegada			3	17,65%
Prioridades de atendimento (pacientes especiais, gestantes, mãe com crianças até 2 anos, lactantes, idosos, pacientes com limitação física ou neurológica)				
Prioridades com sofrimento físico e psíquico.				
Todos estes fatores acima citados são levados em consideração para a organização da demanda	17	100,00%	14	82,35%
Total de USF	17	100,00%	17	100,00%

Profissionais que realizam a organização da demanda no acesso o usuário. *				
Variável	Enfermeiro		Dentista	
	N	Percentual	N	Percentual
ASB/TSB			7	41,18%
Técnico de Enfermagem	4	23,53%		
ACS	16	94,12%	10	58,82%
Porteiro/Vigilante	3	17,65%	8	47,06%
Recepcionista	5	29,41%	3	17,65%
Total de USF	17		17	

Fonte: Autora, 2018.

O profissional de primeira escolha para repassar as informações de como se desenvolvia na prática do acolhimento foi o enfermeiro, por ser considerado na literatura o profissional mais comprometido com esse processo.

Os enfermeiros descrevem grandes dificuldades em despertar toda equipe para o processo do acolhimento, pois alguns autores apontam o acolhimento com um núcleo de conhecimento específico da enfermagem, representando uma dificuldade do envolvimento multiprofissional e multidisciplinar nessa prática (COSTA *et al.*, 2016; CLEMENTINO *et al.*, 2015; FREIRE *et al.*, 2008; GIANINNI, 2016; PELISSOLI, 2014).

Contradizendo a literatura, apesar das dificuldades no desenvolvimento da prática e das diferentes formas de entendimento, todos os profissionais das USF participam do processo do acolhimento em vários momentos. E todos sem exceção tem a sua importância e valor. Analisou-se primeiramente os profissionais que organizam a demanda dos usuários e participam de uma primeira escuta, encaminhando em seguida para os profissionais da equipe técnica que realizam uma segunda escuta mais elaborada.

Quanto aos profissionais que organizam a demanda do acolhimento, os ACS são os mais citados em 16 (94,12%) USF pelos enfermeiros e 10 (58,82 %) USF pelos dentistas, contribuindo em muitos momentos com atividades educativas na recepção durante o processo de acolhimento (Tabela 5). O ACS é um importante agente na primeira escuta do usuário, sendo muitas vezes a primeira pessoa a ser procurada no serviço. Os ASB e TSB são muito utilizados na prática de acolhimento dos dentistas na organização dessa demanda. O técnico de enfermagem na maioria das vezes, participa no sistema de retaguarda, sendo mais solicitados pelos médicos e enfermeiros. Os recepcionistas também participam desse processo nas atribuições burocráticas. Os porteiros/vigilantes são citados em 8 (47,06%) USF pelos enfermeiros e em 5 (29,41%) USF pelos dentistas, como agentes atuantes nesse processo na organização da demanda, na distribuição de fichas, e nas informações de funcionamento da USF (Tabela 5).

Os ACS e os outros profissionais de nível médio devem compreender a sua responsabilidade em acolher e direcionar os usuários a partir do primeiro contato, levando sempre em consideração, as limitações na atuação e a sobrecarga de trabalho destes profissionais (SILVA; ROMANO, 2015). Por ser um profundo

conhecedor da sua área, o ACS pode acrescentar dados importantes deste indivíduo na condução do cuidado e capaz de desburocratizar as relações do usuário com o serviço (SCARDUA, 2015). No entanto, necessita-se de cautela para que os ACS não assumam papéis que estão além da sua capacidade de resolução, devendo ter uma direção precisa no acolhimento das demandas, de acordo com os recursos disponíveis e como um agente facilitador de acesso aos profissionais da equipe técnica (MIALHE, 2011; VIEIRA, DURÃO; LOPES *et al.*, 2011).

Tabela 8 - Distribuição dos profissionais na organização da demanda e participação do acolhimento, segundo os enfermeiros e dentistas entrevistados 2018.

(continua)

Profissionais que realizam a organização da demanda no acesso o usuário. *				
Variável	Enfermeiro		Dentista	
	N	Percentual	N	Percentual
ASB/TSB			7	41,18%
Técnico de Enfermagem	4	23,53%		
ACS	16	94,12%	10	58,82%
Porteiro/Vigilante	3	17,65%	8	47,06%
Recepcionista	5	29,41%	3	17,65%
Total de USF	17		17	
Profissionais que realizam o acolhimento de saúde bucal. *				
Variável	N		Percentual	
Cirurgião-Dentista	16		94,12%	
ACS	10		58,82%	
ASB	4		23,53%	
ASB e ou TSB	11		64,71%	
Médico	4		23,53%	
TSB	4		23,53%	
Enfermeiro	4		23,53%	
Total de USF	17			

Tabela 9 - Distribuição dos profissionais na organização da demanda e participação do acolhimento, segundo os enfermeiros e dentistas entrevistados 2018.

(conclusão)

Profissionais que participam do acolhimento. *		
Variável	N	Percentual
ACS	15	88,24%
ASB	3	17,65%
Cirurgião-Dentista	4	23,53%
Enfermeiro	17	100,00%
Porteiro/Vigilante	7	41,18%
Recepcionista	9	52,94%
Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem	8	47,06%
Médico	17	100,00%
Total de USF	17	

Fonte: Autora, 2018.

Nota:*Todas as perguntas permitem a marcação em mais de 1 item.

Os profissionais que participam do acolhimento no segundo momento, depois da demanda organizada: médicos, enfermeiros, dentistas. Considerando-se agora, a prática de acolhimento que estes profissionais estão envolvidos. Nas USF pesquisadas, foram evidenciadas quatro práticas de acolhimento distintas, na abordagem ao usuário de demanda espontânea que chegava a USF e na organização desses profissionais de saúde, (Tabela 6) sendo:

- 1) Em 4 (23,53%) USF ocorre essa prática de forma multiprofissional e integrada com a participação de médicos, enfermeiros, dentistas e com escuta de demandas de usuários com queixas generalizadas, notando-se uma interação maior na equipe, quanto as atribuições e papéis bem definidos de cada profissional dentro deste processo, inclusive, observa-se uma maior sincronidades nas respostas dos questionários. Quando os profissionais atuam de forma multiprofissional, desenvolvendo uma lógica interdisciplinar, ocorre uma gama de trocas relevantes de conceitos, teorias métodos e práticas dentro de um processo cooperativo de integração e articulação. Conseguem superar o desafio de lidar com as diferenças, potencializando esta prática na busca de resoluções múltiplas, que venham a contemplar as necessidades de saúde e ampliar intervenções gerando novas formas de cuidados (CARPES *et al.*, 2012; FREIRE FILHO, 2014; KELL; SHIMIZU, 2010; LIMA *et al.*, 2016). Os

papéis e funções ficam mais compreensíveis para todos os profissionais, e o processo de trabalho flui melhor, a partir do momento, que cada indivíduo tem conhecimento do trabalho do outro e compreensão sobre a importância da inserção de cada membro na equipe (SILVA; MOREIRA, 2015);

- 2) Em 1 (5,88%) USF essa prática ocorre com a participação de médicos e enfermeiros, com a ausência do dentista (que fora excluído do processo por acordo da equipe, ficando apenas na posição de retaguarda para atendimento aos usuários com queixas clínicas de urgência, encaminhado pela equipe de acolhimento), mas com escuta de demandas de usuários com queixas generalizadas, denominada essa forma de “Semi Integrada”. Deixando o acolhimento com essa lacuna de participação, reforçando o profissional dentista como uma figura isolada dentro das suas atividades clínicas.
- 3) Em 12 (70,59%) USF essa prática ocorre com a participação de médicos e enfermeiros de forma “Fragmentada”, com escuta de demandas de usuários com queixas específicas para área médica e de enfermagem.
- 4) E nessas mesmas 12 USF, ocorre a participação dos dentistas para uma prática também “Fragmentada”, com escuta de demandas de usuários com queixas específicas para saúde bucal. Ocorre dessa forma uma divisão de demandas dentro da mesma USF e uma maior burocratização do serviço, as marcações de consultas ocorrem no acolhimento, e para que o indivíduo tenha acesso a este agendamento, necessita participar de dois processos de acolhimento diferentes, sem falar que esta situação se agrava quando existe a limitação de pessoas/fichas.

Identifica-se que a integração de diversos profissionais trabalhando em prol de um único objetivo, faz-se necessário para que ocorra acolhimento efetivo, sendo capaz de integrar e aliar a equipe interdisciplinar, proporcionando antes de tudo, um acolhimento entre os próprios profissionais extravasando para o serviço como um todo, podendo resgatar os verdadeiros sentimentos humanos então presentes (CARPES *et al.*, 2016).

Observou-se em Recife que existe uma dificuldade de desenvolvimentos de ações integradas entre eSF e ESB, devido a um distanciamento físico e organizacional pela deficiência de entrosamento entre os profissionais (ALBUQUERQUE, 2012;

PIMENTEL *et al.*, 2010). Sem essa interação com a eSF, as ações da ESB permanecem isoladas insistindo na divisão do trabalho através das áreas de atuação profissionais com raras interatividades, fragmentando a atenção ao usuário e limitando a organização de trabalho à aplicação de estruturas inflexíveis do conhecimento “técnico estruturado” (SANTOS; HUGO, 2018).

Para os profissionais de saúde bucal, a integração no trabalho da equipe de saúde da família está limitada pelo histórico isolamento dessas categorias profissionais, associado a introdução tardia da saúde bucal na ESF e a formação individualista e tecnicista dos profissionais, o que dificulta a abordagem integral do ser humano (SANGLARD-OLIVEIRA *et al.*, 2013; VIEGAS; PENNA, 2013)

Tabela 10 - Forma de participação dos profissionais médicos, enfermeiros e dentistas e organização da demanda quanto a prática do acolhimento nas USF

Prática de Acolhimento nas USF	USF	Percentual
Prática do acolhimento de forma INTEGRADA multiprofissional com participação de Médico, Enfermeiro e Dentistas (Demandas generalizadas)	4	23,54%
Prática do acolhimento de forma SEMI INTEGRADA com participação de Médicos e Enfermeiros e com exclusão do Dentista (Demandas generalizadas)	1	5,88%
Prática do acolhimento de forma FRAGMENTADA com participação de Médicos, Enfermeiros (Demandas específicas para queixas médicas e de enfermagem) *	12	70,59%
Prática do acolhimento de forma FRAGMENTADA com participação dos Dentistas (Demandas específicas para saúde bucal) *	12	70,59%
Total de USF	17	

Fonte: Autora, 2018.

Nota: *Duas práticas de acolhimento realizadas nas mesmas USF

Dentro dessas 4 práticas distintas de acolhimento, foi identificada uma segmentação dessas práticas, com referência a área de cobertura da população de responsabilidade de cada equipe de saúde. Esta prática de forma fragmentada acontece com escuta de demandas de usuários específicas para cada área de atuação profissional, entretanto com uma especificidade a mais, no dia de acolhimento a equipe só acolhe os usuários da área de referência relacionada a cada equipe e não da área adscrita da USF como um todo. Seguindo a lógica do Ministério da Saúde para o acolhimento da demanda espontânea, denominou-se “acolhimento pela equipe

de referência do usuário + acolhimento específico para a demanda de saúde bucal pela equipe de referência”.

Onde o “acolhimento pela equipe de referência do usuário” corresponde a prática do acolhimento fragmentada, envolvendo médicos e enfermeiros para demandas específicas de queixas médicas e de enfermagem direcionada para usuários específicos da área de abrangência, relacionada a responsabilidade de cada equipe de saúde da USF. E para o “acolhimento específico para a demanda de saúde bucal pela equipe de referência” envolvendo dentistas, para o acolhimento apenas da demanda de usuário com queixas específicas para saúde bucal, também exclusivamente da área de abrangência relacionada a responsabilidade de cada ESB. Esta prática é desenvolvida em 2 (11,76%) USF (Tabela 7).

Para o Ministério da Saúde existe uma frequência maior para esta prática “acolhimento pela equipe de referência do usuário”, considerando inclusive como êxito no seu desenvolvimento, em termos de vinculação e responsabilização (BRASIL, 2013). Entretanto observa-se, que esta prática de acolhimento intensifica a restrição do acesso da população ao serviço pelo dia que cada equipe de saúde esteja presente no acolhimento, ficando os usuários vinculados apenas ao dia de acolhimento da sua equipe de saúde de referência, devido aos dias de acolhimento serem intercalados entre as equipes (Diário de campo).

Nesta divisão segue-se este mesmo raciocínio e classificam-se as práticas de acolhimento em: “Acolhimento do dia + acolhimento específico para a demanda de saúde bucal do dia”. Onde é designado o “Acolhimento do dia” com uma prática fragmentada envolvendo médicos e enfermeiros para uma escuta de demandas específicas (queixas médicas e de enfermagem) de usuários de toda área indiscriminada de abrangência da USF; e o “acolhimento específico para a demanda de saúde bucal do dia” com uma prática fragmentada envolvendo dentistas para uma escuta de demandas específicas de saúde bucal com usuários de toda área indiscriminada de abrangência, em 10 (58,82%) USF (Tabela 7).

Pode-se avaliar uma modelagem como mais adequada a que ofereça um atendimento mais satisfatório às necessidades dos usuários, que demande menos sofrimento e sobrecarga para as equipes e que não impeça o desenvolvimento das ações programadas. Destacando que a maioria das modelagens tem limites e

potencialidades, a resultar de fatores como: o número de equipes da unidade, os profissionais que participam do acolhimento, as particularidades de cada população adscrita, a estrutura física e ambiência da unidade, entre outros (BRASIL, 2013).

Para Gomes (2011), o acolhimento deve ter um serviço capaz de adaptar técnicas e associar atividades de forma qualificada procurando atender os usuários em suas necessidades, considerando os aspectos sociais, culturais e econômicos dessa população.

A forma como as equipes de saúde e os serviços são organizados é importante, pois reflete as diferentes formas de interação entre os trabalhadores, os usuários e os gestores. Existem, portanto, conflitos de interesses. São necessários espaços para que estes interesses possam ser explicitados e colocados em discussão. É provável que muitas equipes necessitem de algum acompanhamento para lidar com as mudanças desencadeadas pelo acolhimento (BRASIL, 2016).

Tabela 11 - Forma de participação dos profissionais médicos, enfermeiros e dentistas e organização da demanda quanto a prática do acolhimento nas USF seguindo a lógica das modelagens do Ministério da Saúde.

A prática acolhimento nas USF	Enfermeiro		Dentista	
	N	Percentual	N	Percentual
Acolhimento do dia + Acolhimento específico para a demanda de saúde bucal pela equipe do dia.	10	58,82%	10	58,82%
Equipe de acolhimento no dia integrada e multiprofissional	4	23,53%	4	23,53%
Acolhimento pela equipe de referência do usuário + acolhimento específico para demanda de saúde bucal pela equipe de referência	2	11,76%	2	11,76%
Acolhimento do dia com demandas de usuários generalizadas.	1	5,88%	1	5,88%
Total de USF	17	100,00%	17	100,00%

Fonte: Autora, 2018.

A participação dos trabalhadores na análise e decisão sobre os modos de acolher a demanda espontânea é fundamental para a sustentabilidade desse tipo de iniciativa, na medida em que aumenta as chances de autoria e pertencimento coletivo.

Foi observado, que em 9 (52,94%) USF tiveram os dentistas (ESB) participando do processo do acolhimento de forma multiprofissional e integrada com a eSF (em passado recente) e que se separaram dessa prática multiprofissional por decisões levadas em assembleias sindicais, para “barganhas” de reivindicação junto a gestão. Em 4 (23,53%) USF os dentistas (ESB) nunca participaram do acolhimento de forma conjunta com as eSF; e as 4 (23,53%) USF restantes apresentam as ESB inseridas

atualmente na prática de acolhimento integrada com a eSF. Quando questionados sobre o motivo da prática de forma separada do restante da equipe de saúde, conseguiram apontar vários motivos que levaram a esta fragmentação, a mais comum, abordada em 10 USF foi apontada como: “A equipe de saúde bucal compreende que há uma procura de queixas médicas pelo usuário de forma mais intensa, sentindo-se perdendo tempo neste acolhimento conjunto de demandas de queixas generalizadas” (Tabela 8).

Neste contexto, evidenciamos que as USF se encontram organizadas no modelo biomédico de atenção, sem perceber a importância das mudanças de comportamento quanto ao envolvimento multiprofissional, que pode proporcionar uma resposta mais positiva referente às necessidades dos usuários, para um serviço com inserção de fato das novas formas de cuidado, tornando-se mais eficiente (FERTONANI *et al.*, 2015; MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012, SANTOS; OLIVEIRA, 2013). Outro motivo inquietante ressaltado pelos dentistas em 8 USF, é que: “A ESB não se sente valorizada pelo restante da eSF” (Tabela 8).

São compreendidas como constituintes da dimensão da postura do acolhimento: um bom relacionamento entre colegas, respeito entre os profissionais da equipe, e atenção às demandas internas interprofissionais. As tecnologias relacionais apontam: a necessidade de respeito, relações afetivas no trabalho, resolutividade no atendimento, e acesso às informações entre os membros da equipe (COELHO, 2019).

O diálogo e a escuta são ferramentas importantes para a criação do respeito e a valorização do profissional pelos próprios integrantes, aumenta o vínculo e conseqüentemente, contribui para um trabalho em equipe mais efetivo ao estabelecer relações interpessoais mais saudáveis no ambiente de trabalho (LIMA *et al.*, 2016).

Tabela 12 - Motivo da ESB não realizar o acolhimento com eSF

A ESB já participou de forma conjunta no acolhimento a usuários demandas generalizadas:		
	USF	Percentual
Sim	9	52,94%
Não	4	23,53%
Realizam o acolhimento de forma conjunta atualmente	4	23,53%
Total	17	100,00%
Motivo da ESB realizar o acolhimento separado do restante da equipe de Saúde da Família(eSF) *		
	USF	Percentual
A ESB compreende que não há uma recíproca no restante da eSF para atendimento de usuários com demandas queixas específicas para a saúde bucal.	6	35,29%
A ESB não se sente valorizada pelo restante da eSF.	8	47,06%
A ESB compreende que há uma procura de queixas médicas pelo usuário de forma mais intensa, sentindo-se perdendo tempo neste acolhimento conjunto (demandas de queixas generalizadas)	10	58,82%
A equipe de saúde bucal não se sente segura para a escuta das queixas generalizadas (médicas, enfermagem, psicológicas entre outras). *	6	35,29%
Total de USF	17	

Fonte: Autora, 2018.

Nota: *Pergunta permite a marcação em mais de 1 item

A forma isolada e fragmentada de atuação de alguns profissionais que se encontram na mesma estrutura física, constitui um grande obstáculo no processo de trabalho, comprometendo questões importantes relativas ao processo de humanização no acolhimento (POERSCH; ROCHA, 2016). Nessas unidades de saúde não há uma responsabilidade conjunta e nem integração dos profissionais na organização do trabalho; o que ocorre é uma desintegração de ações e saberes, portanto não existe um trabalho de equipe com efetividade (BRASIL, 2016; CHAGAS; VASCONCELOS, 2013; MARQUES-FERREIRA; BARREIRA-PENQUES; SANCHES-MARIN 2014). Condicionando dessa forma, um processo relacional complexo quanto a dificuldade de integração entre profissionais, com algumas fragilidades associadas à conformação, postura, envolvimento e comprometimento entre eles, que apresentam barreiras para incorporar os conceitos de longitudinalidade e coordenação do cuidado (SILVA; ROMANO, 2015).

De um lado estão os usuários na busca incessante por uma atenção resolutive, e do outro lado estão os profissionais de saúde que não conseguem corresponder

com os instrumentos e recursos de trabalho disponíveis e preconizados, demonstrando claramente que a prática do acolhimento é transpassada por conflitos e contradições (CAMELO *et al.*, 2016). Ou seja, uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e de produção de vínculo (BRASIL, 2016). O acolhimento, assim como suas etapas e estratégias, não são muito bem compreendidos pela equipe profissional e os gestores locais dos serviços (NERY *et al.*, 2009; NEVES; PRETTO; ELY, 2013;).

Para Farias e Sampaio (2011), a saúde bucal desenvolve uma prática autônoma, curativista e sem interação com os demais saberes e profissionais da equipe. Observa-se, uma supervalorização dos procedimentos em detrimento de ações voltadas para a integralidade da atenção (SABADIN; LODI, 2013).

Torna-se evidente, que as situações interligadas aos processos organizacionais intrínsecos dos serviços de saúde bucal, se colocam em destaque secundário no processo de qualificação do acolhimento, principalmente devido as relações estritas de comunicação, receptividade entre usuários e profissional da saúde. Deste modo, é primordial que estes profissionais promovam ao usuário de “forma integrada e multiprofissional”, onde se possa compreender com diálogo a sua condição de saúde, com um papel de protagonista ativo nas suas decisões no encontro de suas potencialidades ao “empoderamento para enfrentar problemas e a oferta de um cuidado mais condizente com sua realidade e expectativa” (MOIMAZ *et al.*, 2017).

Para que ocorra a verdadeira efetivação da prática do acolhimento, é preciso que todos os profissionais, que estejam inseridos no processo de atendimento, compreendam o verdadeiro sentido de acolher, e sejam todos responsáveis por este acolhimento compartilhado por toda equipe (CARPES *et al.*, 2016; FERREIRA *et al.*, 2018; NUTTO *et al.*, 2010). Nos dias atuais, a assistência exercida vem “negligenciando o cuidado humanizado à luz da interdisciplinaridade”, percebendo-se de forma nítida, a necessidade de se buscar e demonstrar estratégias facilitadoras desse processo (NUNES; VIANNA, 2017).

Nem sempre os profissionais estão preparados para o desenvolvimento do acolhimento, constatando-se a necessidade de educação permanente dos

profissionais para promover mudanças na organização (SILVA; MANGUEIRA; MELO, 2018).

O local que é realizado habitualmente o acolhimento é o consultório. Nem todas as USF apresentam sala específica para o acolhimento (Tabela 9).

Todas as 17 (100%) USF estão com sistema informatizado com o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), no qual são registradas as anotações do acolhimento, porém em 3 (17,65%) USF mantem apenas este sistema funcionando para agilizar o tempo e otimizar as informações tecnológicas, nas demais 14 (82,35%) USF além de utilizar o PEC registram também em livros de acolhimento e prontuário do usuário (Tabela 9).

Se por um lado, lança-se mão de mais de uma fonte de dados na hora da necessidade de utilização, principalmente na falta da internet ou problema no sistema de informação, por outro lado desperdiça tempo e burocratiza o serviço. No entanto para Rios e Nascimento (2017), os problemas técnicos no sistema digital podem impossibilitar o funcionamento dos equipamentos eletrônicos, ocasionando uma desorganização da demanda e se esta for a única forma de acesso a prontuários por exemplo, pode retardar ou mesmo complicar os atendimentos clínicos.

Tabela 13 - Distribuição das variáveis da organização da demanda (local da prática de acolhimento e registro de informações) segundo os enfermeiros e dentistas entrevistados - 2018.

(continua)

Local da prática do acolhimento. *				
Variável	Enfermeiro		Dentista	
	N	Percentual	N	Percentual
Consultórios	16	94,12%	17	100,00%
Recepção	1	5,88%	3	17,65%
Sala de reunião	2	11,76%		
Salas específicas para o acolhimento	6	35,29%	1	5,88%
Total de USF	17		17	

Tabela 14 - Distribuição das variáveis da organização da demanda (local da prática de acolhimento e registro de informações) segundo os enfermeiros e dentistas entrevistados - 2018.

(conclusão)

Registro das informações do acolhimento *						
Variável	Enfermeiro		Dentista			
	N	Percentual	N	Percentual		
Prontuário eletrônico do paciente (PEC)	17	100,00%	17	100,00%		
Livro para o acolhimento	15	88,24%	14	82,35%		
Prontuário do paciente	4	23,53%				
Total de USF	17		17			

Fonte: Autora, 2018.

Nota: *Todas as perguntas permitem marcação em mais de 1 item.

Para os usuários, o reconhecimento dos profissionais que participam do acolhimento é identificado primeiramente na pessoa do enfermeiro em 16 USF (94,12%), logo em seguida médico em 15 (88,24%) USF e depois o ACS em 13 (76,47%) USF. O profissional dentista foi apontado em 9 (52,94%) USF revelando que os usuários não compreendem muito bem o papel desse profissional no acolhimento (Tabela 10).

A presença do ACS na USF é importante, uma vez que estabelece a ponte entre os serviços e as famílias, atuam como facilitadores do acesso, como mediadores entre as relações estabelecidas na oferta e na demanda das ações e dos serviços de saúde, sendo reconhecidos pelos usuários como figuras importantes na equipe (LEITE *et al.*, 2016). Apesar da ESF implementar uma nova lógica que tem ruptura com a prática histórica da odontologia, muitas vezes o que ocorre é apenas a transferência linear do espaço de trabalho do dentista centrado em um agendamento sem critérios para o atendimento. Não há um planejamento definido para organizar e avaliar as prioridades no atendimento odontológico aos usuários (SILVA; GOME FILHO, 2012).

O local que se realiza o acolhimento são os consultórios, que muitas vezes se constitui como uma forma segura para a privacidade e sigilo, no entanto, confunde o usuário no processo do acolhimento, visto que, o associam a uma consulta clínica (Diário de Campo).

Os usuários afirmam que “raramente” em 7 (41,18%) USF ou “nunca” em 3(17,65%) USF participam de algumas atividades desenvolvidas na recepção antes da prática do acolhimento (Tabela 10). Quando existe uma rotina educativa desenvolvida, principalmente pelos ACS, ocorre estreitamento do vínculo com os usuários tornando-se estes profissionais uma referência e elo entre a unidade e a comunidade, a um papel que permite demonstrar sua capacidade de conhecimento e atuação (SCARDUA, 2015).

Compreendem que a prática do acolhimento de saúde bucal em 12 (70,59%) USF é realizada separadamente do restante da equipe só podendo referenciar alguma queixa de saúde bucal neste acolhimento específico, com a presença dos dentistas (Tabela 10). Existe uma premissa, que os profissionais de saúde não desempenham bem a escuta, relevando a real necessidade de seus usuários, mas que, quando esta escuta é efetiva estes usuários compreendem e valorizam muito mais essa escuta do que o próprio procedimento. Quanto mais informados e comunicativos são os trabalhadores com os usuários, mais fortalecida será a construção do espaço acolhimento (CARNUT *et al.*, 2017)

Tabela 10- Distribuição das variáveis da organização da demanda nas USF, segundo os usuários – 2018

(continua)

Profissional que realizam o acolhimento dos usuários na USF. *		
Variável	N	Percentual
Médico	15	88,24%
Enfermeiro	16	94,12%
Cirurgião-Dentista	9	52,94%
ACS	13	76,47%
Técnico	1	5,88%
Recepcionista	2	11,76%
Total de USF	17	

Local da prática do acolhimento. *		
Variável	N	Percentual
Consultório	12	70,59%
Sala de reunião	1	5,88%
Sala específica	5	29,41%
Recepção	3	17,65%
Total de USF	17	

Tabela 10- Distribuição das variáveis da organização da demanda nas USF, segundo os usuários – 2018

(conclusão)

Frequência em que o usuário costuma ouvir alguma palestra ou conversa de saúde, na recepção, antes do acolhimento. *		
Variável	N	Percentual
Nunca	3	17,65%
Raramente	7	41,18%
Algumas vezes	5	29,41%
Sempre	1	5,88%
Não respondeu	1	5,88%
Total de USF	17	

Frequência de relato do usuário sobre queixas de saúde bucal (só com a ESB ou com qualquer profissional do acolhimento)		
Variável	N	Percentual
Não, só no acolhimento com a equipe de Saúde Bucal	12	70,59%
Sim, posso relatar a qualquer profissional do acolhimento	5	29,41%
Total de USF	17	100,00%

Tabela 10 - Distribuição das variáveis da organização da demanda nas USF, segundo os usuários – 2018 (conclusão)

Frequência em que acolhimento de saúde bucal é realizado de forma separada do restante da equipe:		
Variável	N	Percentual
Sim	12	70,59%
Não	5	29,41%
Total de USF	17	100,00%

Profissionais que realizam o acolhimento da saúde bucal:		
Variável	N	Percentual
Cirurgião-Dentista	7	41,18%
Cirurgião_Dentista, Enfermeiro, Médico, ACS, ASB/TSB	5	29,41%
ASB e/ou TSB e ACS	1	5,88%
ASB e/ou TSB	4	23,53%
Total de USF	17	100,00%

Local da prática do acolhimento de saúde bucal:		
Variável	N	Percentual
Consultório	12	70,59%
Recepção	5	29,41%
Total de USF	17	100,00%

Fonte: Autora, 2018.

Nota:*Algumas perguntas permitem a marcação em mais de 1 ite

7.2.3 Escuta Qualificada

Sabe-se que os profissionais que são mais solícitos e disponíveis a esta escuta (enfermeiros e dentistas em 14 (82,35%) USF “sempre”), mais sensíveis e capacitados para lidar com as particularidades e subjetividades dos indivíduos (enfermeiros e dentistas em 10 USF “sempre”), sem julgamento de valor ao usuário (enfermeiros em 16 (94,12%) USF e os dentistas em 17 USF “sempre”) e essa escuta acontecendo em ambientes protegidos que se possa manter sua privacidade (enfermeiros em 16 (94,12%) USF e dentistas em 12 (70,59%) USF “sempre”), tem um grande potencial para ajustar as necessidades dos usuários aos serviços oferecidos. O grande fator limitante no caso seria a “disponibilidade de tempo suficiente” (enfermeiros em 7 (41,18%) USF e os dentistas em 11 (64,71%) USF “sempre” haver esse tempo) (Tabela 11).

Corroborando com este estudo, Carnut (2017) afirma que em uma pesquisa realizada a grande maioria dos entrevistados, apontaram resultados satisfatórios e potentes para esta dimensão da escuta qualificada. Entretanto compreende-se, que existe uma grande distância sobre o que se pensa, sente ou diz para o que é de fato posto em prática. O acolhimento desenvolvido em várias unidades de saúde não atende ao que está estabelecido, permitindo haver divergências entre a prática do acolhimento preconizado pelas políticas de saúde e aquela efetivamente exercida nos serviços (CAMELO, *et al.*, 2016; GIRÃO; FREITAS, 2016).

Observou-se, que as USF que tem acolhimento com horários reduzidos durante os turnos, dificilmente apresentam tempo suficiente para uma escuta de qualidade. Sem falar, que a resistência dos profissionais ao acolhimento conjunto, nas escutas de queixas generalizadas trazidas pelo usuário, pode recair no despreparo e na falta de capacitação dessas equipes de saúde para uma escuta mais qualificada (Diário de Campo).

Seguindo essa lógica, os dentistas insistem em chamar de “acolhimento”, uma escuta realizada com uma limitação de tempo recorde, pois é realizada na maioria das vezes antes do atendimento clínico onde este profissional tem todo um trabalho prático a realizar, ou mesmo esta escuta sendo realizada com um paciente na cadeira e outro dentro da sala, falando sua necessidade juntamente com outros cirurgiões-

dentistas, ASB e TSB e usuários que ocupam o mesmo espaço em salas sem divisórias, revelando toda a falta de privacidade e atenção necessária, tornando-se duvidoso caracterizar uma escuta como “potente ou mesmo satisfatória” (Diário de Campo).

No acolhimento são visualizados alguns obstáculos nos serviços como: limites estruturais, algumas questões éticas como falta de privacidade e sigilo nas interações profissional-usuário, e falta de postura de escuta e comprometimento, sendo constatado a ausência de condições básicas de recebimento dos usuários em desrespeito ao seu bem privado e as suas necessidades individuais (BREHMER; VERDI, 2010; LIMA *et al.*, 2014; COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015). Também possível observar um “processo de tecnificação” da conduta, que deveria se dar por meio do contato, da escuta e do estabelecimento de pactos e atendimento das expectativas dos usuários (FORTUNA *et al.*, 2017).

Faz-se necessário desmistificar a crença de que escuta e diálogo são dons. Há posturas profissionais e técnicas de comunicação que facilitam a conversa entre profissional e usuário como a aceitação do outro, a empatia e o reconhecimento do usuário como um sujeito que possui direitos (BARROS; BOTAZZO, 2011). Então, a escuta qualificada se destaca como uma ferramenta potente para o conhecimento das reais necessidades de saúde da população, concretizando os princípios da integralidade e da equidade (DUARTE *et al.*, 2017).

Tabela 11 Distribuição das variáveis da escuta qualificada segundo os enfermeiros e dentistas entrevistados, 2018.

(continua)

Todos os usuários que chegam a USF espontaneamente tem suas necessidades escutadas e avaliadas				
Variável	Enfermeiro		Dentista	
	N	Percentual	N	Percentual
Algumas Vezes	2	11,76%	1	5,88%
Frequentemente	4	23,53%	2	11,76%
Sempre	11	64,71%	14	82,35%
Total de USF	17	100,00%	17	100,00%

Tabela 11 Distribuição das variáveis da escuta qualificada segundo os enfermeiros e dentistas entrevistados, 2018.

(conclusão)				
Consideração da existência de tempo suficiente no acolhimento para uma escuta qualificada				
Variável	Enfermeiro		Dentista	
	N	Percentual	N	Percentual
Raramente			1	5,88%
Algumas Vezes	7	41,18%	2	11,76%
Frequentemente	3	17,65%	3	17,65%
Sempre	7	41,18%	11	64,71%
Total de USF	17	100,00%	17	100,00%
Consideração da escuta qualificada sem julgamento de valor aos usuários				
Variável	Enfermeiro		Dentista	
	N	Percentual	N	Percentual
Frequentemente	1	5,88%		
Sempre	16	94,12%	17	100,00%
Total de USF	17	100,00%	17	100,00%
Consideração de capacidade para lidar com o subjetivo e as particularidades de cada indivíduo no processo de acolhimento				
Variável	Enfermeiro		Dentista	
	N	Percentual	N	Percentual
Algumas Vezes	2	11,76%	4	23,53%
Frequentemente	5	29,41%	3	17,65%
Sempre	10	58,82%	10	58,82%
Total de USF	17	100,00%	17	100,00%
A escuta qualificada ocorre em ambiente de privacidade e a individualidade para garantir o atendimento diferenciado e personalizado do usuário				
Variável	Enfermeiro		Dentista	
	N	Percentual	N	Percentual
Nunca	1	5,88%	1	5,88%
Raramente			1	5,88%
Algumas Vezes			1	5,88%
Frequentemente			2	11,76%
Sempre	16	94,12%	12	70,59%
Total de USF	17	100,00%	17	100,00%

Fonte: Autora, 2018.

Usuários de 14 (82,35%) USF relataram que o tempo não se apresenta como um fator limitante na prática do acolhimento e que “sempre” ou “frequentemente” em 9 USF (52,94) foram escutadas no mesmo dia quando houve necessidade. Em 8 USF (47,06%) os usuários relataram “algumas vezes” este fato acontecer, sinalizando a presença de barreiras nesse acesso para escuta (Tabela 12).

Apesar do tempo, não representar um obstáculo para os usuários, sabe-se que a realidade do excesso da demanda nos serviços, diminuiu o tempo da escuta qualificada com os profissionais que centralizam a atenção para a sintomatologia mencionada pelo usuário, não valorizando dessa forma, o protagonismo dos sujeitos (BEHR, 2013).

Depara-se com a grande demanda de usuários que buscam o serviço no dia e da escassez de vaga, desrespeitando os princípios do SUS e os direitos do usuário, quando este deixa o serviço de saúde sem receber um cuidado resolutivo e/ou encaminhamento responsável e adequado. (SOUZA; ZEFERINO; FERMO, 2016).

Apesar de haver fragilidades visíveis no que diz respeito a privacidade e sigilo no acolhimento de saúde bucal, os usuários relatam se sentirem sempre ou frequentemente “seguros” em 14 (82,35%) USF (Tabela 12).

A configuração física e o modo como são distribuídos os espaços nas unidades de saúde propiciam a exposição e constituem um entrave para o acolher. O acolhimento é reprimido pela ausência de condições básicas de receber os usuários, respeitando o seu bem privado, suas necessidades particulares de domínio individual, ressaltando que lhes é negado o respeito ao direito de ter sua saúde resguardada e compreensão da sua totalidade enquanto ser humano. (BREHMER; VERDI, 2010)

Tabela 12 - Distribuição das variáveis da escuta qualificada nas USF segundo os usuários, 2018.

Escuta no mesmo dia quando houve necessidade do serviço da USF		
Variável	N	Percentual
Algumas Vezes	8	47,06%
Frequentemente	3	17,65%
Sempre	6	35,29%
Total de USF	17	100,00%

Consideração da existência de tempo suficiente para revelar suas necessidades no Acolhimento.		
Variável	N	Percentual
Algumas Vezes	2	11,76%
Frequentemente	7	41,18%
Raramente	1	5,88%
Sempre	7	41,18%
Total de USF	17	100,00%

Sentimento de segurança, privacidade e individualidade para revelar suas necessidades no acolhimento.		
Variável	N	Percentual
Algumas Vezes	3	17,65%
Frequentemente	4	23,53%
Sempre	10	58,82%
Total de USF	17	100,00%

Fonte: Autora, 2018

A mesma situação se aplica para a dimensão Vínculo, sem uma escuta qualificada dificilmente se estabelece uma relação de reciprocidade e confiança com a população.

7.2.4 Vínculo

O “acolhimento” foi apontado nas 17 USF (enfermeiros e dentistas) como “estratégia promotora de vínculo” praticado no serviço de saúde. As dificuldades no estabelecimento de vínculo assim como o “excesso demanda espontânea” foi destacado em 17 (100%) USF pelos enfermeiros e em 15 (88,24%) USF pelos dentistas. Ocorre ainda a “dificuldade de compreensão do usuário sobre este serviço”

em 10 (58,82%) USF para enfermeiros e 15 (88,24%) USF para os dentistas (Tabela 13).

Percebe-se, que o excesso da demanda espontânea continua sendo um grande entrave para a organização e planejamento das atividades realizadas na USF entre elas, o acolhimento. Esta situação se agrava em relação as Equipes de Saúde Bucal que estão inseridas em eSF na proporção de 2 eSF para 1 ESB, duplicando o excesso dessa demanda. Apesar do “excesso da demanda” ter sido citada como um fator complicador por número inferior ao dos enfermeiros.

Uma importante dificuldade se apresenta referente ao número de pessoas vinculadas a cada Equipe de Saúde Bucal. Fica evidente que a grande demanda tem dificultado a criação do vínculo entre esse profissional e usuário (MARTINS *et al.*, 2014). A grande demanda é um obstáculo que se estabeleceu nos serviços de saúde e tem problematizado a adoção do acolhimento como postura e prática de atenção à saúde, pois acarreta uma sobrecarga de trabalho para as Equipes de Saúde Bucal principalmente, promovendo a centralização da conduta terapêutica em detrimento do acolhimento (VASCONCELOS; VASCONCELOS; DUARTE, 2011).

As dificuldades também aparecem significativamente, em fazer o usuário compreender como funciona o processo do acolhimento, talvez pela a estrutura da organização desse processo não ser precisa para os profissionais da equipe de saúde de forma geral, ficando os usuários a margem dessa prática.

Muitos usuários não sabem o que realmente significa acolhimento, ou não sabem em quais momentos este deve estar presente (FARIAS, 2014; FERRAZ *et al.*, 2016). A desinformação por parte dos usuários em relação aos objetivos do acolhimento evidencia as dificuldades dos profissionais em alcançar um consenso a respeito da melhor maneira de acolher o cidadão, sinalizando fragilidades no estabelecimento do vínculo dos usuários com as equipes de saúde (OLIVEIRA; CORIOLANO-MARINUS; 2016).

Sobre a satisfação dos profissionais em participar do acolhimento foi destacada como “sempre” em 10 USF (58,82%) pelos enfermeiros, e em 9 USF (52,94%) pelos dentistas. Apesar de apontarem em mais da metade das USF (enfermeiros e dentistas) a “satisfação de participação do acolhimento”, percebe-se nesse momento

um grande desânimo e desestímulo desses profissionais para as atividades em geral no serviço (Tabela 13).

Para Rezende (2010), os profissionais que efetuam as ações com zelo e prazer tem relação proporcional com gostar do que faz. Um profissional insatisfeito terá menor disponibilidade, pretensão de escutar e estabelecer vínculos com alguém, de envolver-se com o problema do outro, e de procurar direcionar o caso de um modo diferente se necessitar um pouco mais de atenção. Com isso diminui-se as oportunidades de fortalecimento das relações.

O sentimento de valorização e respeito pelos demais profissionais da equipe de saúde no acolhimento “sempre” é destacado em 14 (82,35%) USF pelos enfermeiros e em 16 (94,12%) USF pelos dentistas (Tabela 13). Observa-se deste modo, uma avaliação bastante positiva, embora quando perguntados aos dentistas o motivo de um dia terem realizado o acolhimento conjunto com o restante da equipe e hoje não o fazerem mais, foi destacado um sentimento de “despertencimento” daquela equipe. Relataram também “que os outros profissionais da equipe não têm reciprocidade para a escuta dos usuários nas queixas referentes à saúde bucal”, além de “não se sentirem valorizadas pelo restante da equipe” (Tabela 8). Pode-se mencionar a dificuldade do vínculo entre os próprios trabalhadores. Cada profissional da equipe desenvolve um papel importante na construção desses espaços de vinculação. Todos podem e devem contribuir para que o vínculo seja fortalecido no cotidiano de trabalho.

Os conflitos pessoais existentes nas relações de trabalho são os principais “propulsores” para a não realização do trabalho em equipe. Podendo estar associados ao individualismo, à falta de cooperação, de comprometimento, de respeito e de corresponsabilização. A fragilidade dessas relações interpessoais nas equipes das ESF, contrapõe a diretriz do Humaniza SUS que orienta a ampliação do diálogo entre os profissionais e a promoção de gestão participativa para a qualificação da assistência em saúde (PERUZZO *et al.*, 2018). Quando se analisa a interação entre os membros das eSF e ESB, a fragmentação do serviço é bem mais evidente. Apesar dos esforços, as equipes se encontram em um processo de integração incipiente, visto que a permanência de problemas estruturais dificulta o trabalho interdisciplinar e integral dificultando o vínculo destes profissionais (FARIAS, 2009).

A existência do sentimento de valorização e respeito dos usuários no processo do acolhimento foi apontado como “sempre” em 9 (52,94%) USF pelos enfermeiros e em 13 (76,47%) USF pelos dentistas (Tabela 13).

A compreensão do vínculo está fundamentada numa relação de confiança firmada entre um usuário e o serviço, ou entre o usuário e um profissional, ou uma equipe (BRUNELLO 2010; PENNA; FARIA; QUEIROZ; PENNA, 2011; REZENDE 2014).

Tabela 13 - Distribuição das variáveis do vínculo segundo os enfermeiros e dentistas entrevistados – 2018

(continua)

Estratégias utilizadas na USF promotoras de vínculo *				
Variável	Enfermeiro		Dentista	
	N	Percentual	N	Percentual
Acolhimento	2	11,76%	14	82,35%
Atividades coletivas / ações de saúde	1	5,88%	16	94,12%
Consultas	1	5,88%		
Consultas clínicas	2	11,76%	15	88,24%
Reuniões com a comunidade	1	5,88%	7	41,18%
Visita Domiciliar	3	17,65%	12	70,59%
Acesso facilitado a equipe de Saúde da Família	2	11,76%	16	94,12%
Total de USF	17		17	

Tabela 13 - Distribuição das variáveis do vínculo segundo os enfermeiros e dentistas entrevistados - 2018.

(conclusão)

Dificuldades para a construção de vínculo no acolhimento. *				
Variável	Enfermeiro		Dentista	
	N	Percentual	N	Percentual
Acesso dificultado (limitação de senhas, filas de madrugada, sobrecarga de serviços)	4	23,53%	-	
Dificuldade de compreensão do usuário sobre este serviço	5	29,41%		
Excesso de burocratização do serviço	5	29,41%	9	52,94%
Excesso de demanda espontânea	5	29,41%	15	88,24%
Dificuldade de compreensão do usuário sobre este serviço	1	5,88%	11	64,71%
Excesso de demanda espontânea	6	35,29%		
Tempo reduzido na escuta	4	23,53%	2	11,76%
Total de USF	17		17	
Satisfação de participação no acolhimento				
Variável	Enfermeiro		Dentista	
	N	Percentual	N	Percentual
Nunca	1	5,88%		
Raramente			1	5,88%
Algumas vezes	3	17,65%	5	29,41%
Frequentemente	3	17,65%	2	11,76%
Sempre	10	58,82%	9	52,94%
Total de USF	17	100,00%	17	100,00%
Sentimento de valorização e respeito pelos profissionais da equipe no processo do acolhimento				
Frequentemente	3	17,65%	1	5,88%
Sempre	14	82,35%	16	94,12%
Total de USF	17	100,00%	17	100,00%
Sentimento de valorização e respeito pelos usuários no acolhimento				
Variável	Enfermeiro		Dentista	
	N	Percentual	N	Percentual
Algumas vezes	3	17,65%	2	11,76%
Frequentemente	5	29,41%	2	11,76%
Sempre	9	52,94%	13	76,47%
Total de USF	17	100,00%	17	100,00%

Fonte: Autora, 2018.

Nota: *Pergunta permite a marcação em mais de 1 item.

Os usuários sentem-se “sempre” ou “frequentemente” confortáveis para falar qualquer incomodo ou necessidade na prática do acolhimento em 15 (88,24%) USF (Tabela 14).

Não há estreitamento de vínculo sem que o usuário possa ser identificado na condição de sujeito que fala, julga e deseja (MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009). A partir do momento em que o profissional apresenta as habilidades de saber ouvir, escutar e atender com qualidade, traz para o usuário o sentimento de que ele é importante, o que aumenta a confiança e aproxima as relações (MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009; VIEGAS; PENNA, 2012). Para escutar é necessário conhecer quem se escuta, sobre o que fala e como fala, promovendo então o vínculo entre o trabalhador e usuário, assim acredita-se que o tempo (do profissional no serviço e do usuário na comunidade) possa ajudar a revelar o outro juntamente com suas prioridades e também pela manutenção desse vínculo. (MIELKE; OLSCHOWSKY, 2011 e RIBEIRO, 2016). A maioria dos profissionais estão inseridos nas USF há um bom tempo e com estabilidade profissional, proporcionando um conhecimento maior da realidade de cada indivíduo (RIBEIRO, 2016).

Os usuários apontam o enfermeiro em 13 (73,47%) USF como o “profissional que se porta com mais educação interesse e atenção na escuta”, seguidos do médico em 11 (64,71%) USF e do ACS em 9 (52,94%) USF. O dentista foi destacado em apenas 6 (35,29%) USF (Tabela 14).

O fato de o ACS residir na área de atuação e construir um convívio diário com a comunidade fortalece o estabelecimento do acolhimento e do vínculo, por conhecer todas as pessoas pelo nome, identificando o indivíduo e a família a qual pertence (DE CARLI *et al.*, 2014). Os laços interpessoais fortalecem vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários através das relações de escuta, diálogo, respeito e humanização da assistência, proporcionando a corresponsabilização pela saúde (BRASIL, 2012; BRUNELLO *et al.*, 2010; PONCE *et al.*, 2011). A escuta realizada pelas Equipes de Saúde Bucal ao usuário no acolhimento é clínica, focalizada nas queixas e não construtora de vínculo (BREHMER; VERDI, 2010; PINHEIRO; OLIVEIRA, 2011; VASCONCELOS; VASCONCELOS; DUARTE, 2011).

Quanto a realizações de “reuniões com a comunidade” onde o usuário possa ser ouvido, em 10 (58,82%) USF os usuários afirmam “raramente” acontecer e em 9 USF (52,94%) apontam como “não existir espaços” para o seu protagonismo (Tabela 14).

Para Silva *et al.* (2011), os serviços de saúde precisam estabelecer espaços de participação popular e o controle social. Na área de saúde sabe-se da importância da participação dos usuários para a verdadeira transformação na relação dialógica, tornando-se um grande desafio a implementação dessa postura, representando um dos princípios fundamentais para a melhoria da qualidade de vida da sociedade

Tabela 14 - Distribuição das variáveis do vínculo nas USF segundo os usuários, 2018
(continua)

Sentimento confortável para relatar qualquer desconforto ou necessidade no processo de Acolhimento		
Variável	N	Percentual
Algumas Vezes	2	11,76%
Frequentemente	4	23,53%
Sempre	11	64,71%
Total de USF	17	100,00%
Profissional com maior educação, interesse e atenção na sua escuta *		
Variável	N	Percentual
Enfermeiro	13	76,47%
Médico	11	64,71%
Cirurgião-Dentista	6	35,29%
Técnico ou Auxiliar de Enfermagem	1	5,88%
ACS	8	47,06%
Recepcionista	5	29,41%
Auxiliar de Saúde Bucal	3	17,65%
Total de USF	17	
Realizações de reuniões com a comunidade onde o usuário tenha voz		
Variável	N	Percentual
Algumas Vezes	4	23,53%
Frequentemente	1	5,88%
Sempre	1	5,88%
Raramente	10	58,82%
Nunca	1	5,88%
Total de USF	17	100,00%

**Tabela 14 - Distribuição das variáveis do vínculo nas USF segundo os usuários, 2018
(conclusão)**

Espaços existentes na USF onde o usuário possa estar participando com sua opinião *		
Variável	N	Percentual
Não existe nenhum espaço	9	52,94%
Reuniões com a comunidade	7	41,20%
Ouvidoria	1	5,88%
Total de USF	17	100%

Fonte: Autora, 2018.

Nota: *Pergunta permite a marcação em mais de 1 item.

7.2.5 Ambiência

As informações colhidas evidenciaram limitações na disponibilidade de insumos e na infraestrutura das instalações. Foram avaliadas como estrutura física “ótima” em 2 (11,76%) USF (enfermeiro) e em 1 (5,88%) USF (dentista). Apontaram como estrutura física “boa” em 9 USF (enfermeiros) e em 7 (41,18%) USF (dentista). Avaliaram como estrutura física “regular” em 3 (17,65%) USF (enfermeiro) e em 7 (41,18%) USF (dentista). Enquanto avaliaram a estrutura física como “ruim” em 1 USF (enfermeiro) e em outras 2 (11,76%) USF (dentistas). E com avaliação de estrutura física “péssima” em 2 (11,76%) USF (enfermeiro) (Tabela 15).

A ambiência relaciona-se com o ambiente físico em que se desenvolvem as relações de saúde, devendo visar além da arquitetura do espaço, o tempo, os problemas desenvolvidos e os grupos que se inter-relacionarão neste ambiente e propicia a criação de ambientes saudáveis. A ambiência transcende o espaço físico. Quanto maior o nível de importância que for dado à ambiência dentro do SUS, melhores condições de trabalho e atendimento serão criadas (FREITAS *et al.*, 2013, PETEAN; COSTA; RIBEIRO, 2014).

Apesar da estrutura física ter recebido uma boa avaliação no geral, observou-se que ainda existem estruturas físicas com necessidade de reforma, de nova construção, pela falta de espaço e por ter estrutura bem comprometida, deixando em risco as normas da biossegurança e da privacidade.

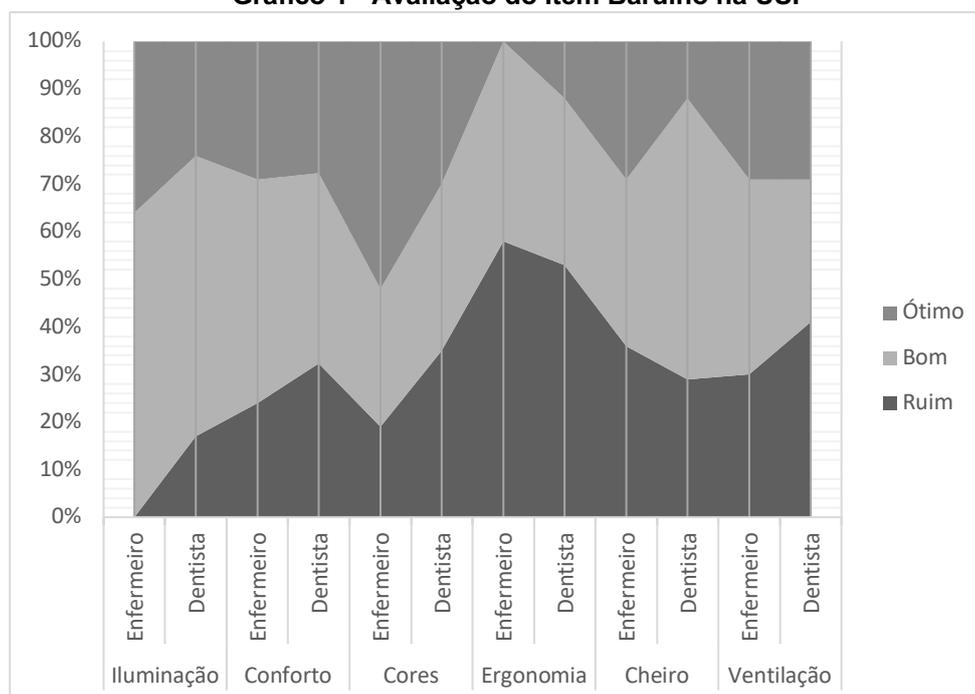
Segundo Lima (2011), a estrutura física inadequada onde funciona a unidade de saúde, dificulta o atendimento com excelência aos usuários, o que reflete em várias as dificuldades na realização do acolhimento.

Para os itens avaliados: iluminação, conforto, ergonomia, cheiro, ventilação e barulho, a ergonomia foi a que obteve um intervalo de índice mais baixo em 10(58,82%) USF (enfermeiro) e em 9 (52,94%) USF (dentistas), o escore foi considerado de “5 a 0” com avaliação “ruim” (Gráfico 1). Os valores do Item da ergonomia foi o mais comprometido na avaliação dos profissionais. Sabendo-se, da importância desse item para um desempenho positivo das atribuições dos profissionais, essa avaliação torna-se um complicador na organização e planejamento dessas ações.

A ergonomia se utiliza de conhecimentos de fisiologia, antropometria e biomecânica, para adaptar as necessidades entre o homem e o seu ambiente de trabalho. Ou seja, utiliza-se de conhecimentos científicos necessários para proporcionar de forma integrada, proteção, conforto, bem-estar e eficácia nas atividades desenvolvidas em diversas áreas. No caso dos ambientes de saúde, a sua atuação visa melhorar a adaptação dos insumos, ferramentas, equipamentos, estações de trabalho, processo de trabalho e a ambiência aos trabalhadores, buscando segurança, produção, conforto e saúde, contribuindo assim para a promoção da qualidade de vida (BORGES, 2015).

A iluminação obteve os melhores índices em 11 (64,71%) USF para os enfermeiros, no escore de “8 a 6” como “boa”. A “ventilação” ficou com o melhor escore em 9 (52,92%) USF com como “boa”, avaliados pelos dentistas (Gráfico 1).

Os valores objetivos como forma, função, cor, textura, ventilação, temperatura, iluminação, sonoridade e simbologia é fundamental para a construção do meio ambiente (BESTETTI, 2014).

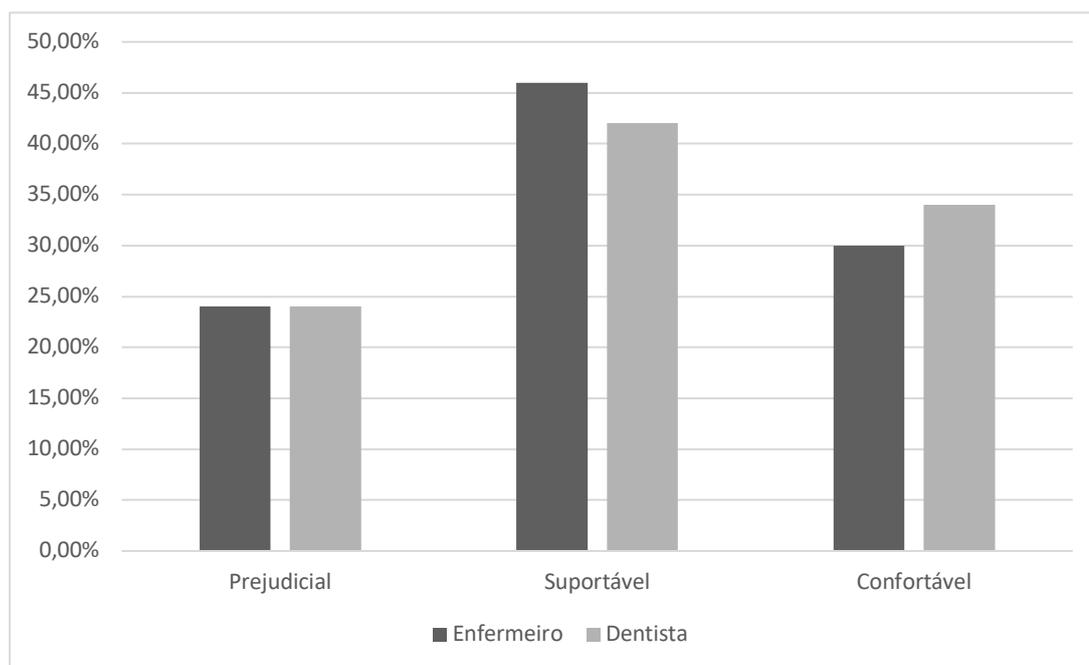
Gráfico 1 - Avaliação do Item Barulho na USF

Fonte: Autora, 2018.

Tabela 15 - Distribuição das variáveis da ambiência segundo os enfermeiros e dentistas entrevistados - 2018.

Estrutura física da USF:				
	Enfermeiro		Dentista	
Variável	N	Percentual	N	Percentual
Ótima	2	11,76%	1	5,88%
Boa	9	52,94%	7	41,18%
Regular	3	17,65%	7	41,18%
Ruim	1	5,88%	2	11,76%
Péssima	2	11,76%		
Total de USF	17	100,00%	17	100,00%
Frequência da limpeza na USF:				
	Enfermeiro		Dentista	
Variável	N	Percentual	N	Percentual
Algumas Vezes	2	11,76%	3	17,65%
Frequentemente	11	64,71%	7	41,18%
Sempre	4	23,53%	6	35,29%
Total de USF	17	100,00%	17	100,00%

Fonte: Autora, 2018.

Gráfico 2 - Avaliação do Item Barulho na USF

Fonte: Autora, 2018.

Na estrutura física das USF tendo os mesmos resultados para enfermeiros e dentistas, pode-se observar que em 13 (76,47%) USF tem a presença da farmácia e sala do ACS, e em 9 USF (52,94%) apresentam sala específica para o desenvolvimento da prática do acolhimento. Em 7 (41,18%) USF apresentam estacionamento, em 5 (29,41) USF espaço externo para desenvolver atividades educativas e em 3 (17,65%) USF tem apenas uma sala para médicos e enfermeiros que usam em sistema de revezamento (Tabela 16).

Pode-se observar que as salas específicas para desenvolvimento da prática do acolhimento e as salas de ACS eram espaços inexistentes ao longo do tempo, e tem-se estruturado nessas USF atualmente. Em contrapartida existem unidades de saúde com necessidade urgente de reparos e reformas ou mesmo novas construções, onde persistem fatores limitantes como a indisponibilidade de sala para os profissionais da equipe. Em 3 (17,65%) USF médicos e enfermeiros necessitam de revezamento na sala para conseguir realizar as atividades cotidianas, desorganizando por completo essa prática do acolhimento, visto que a grande maioria a realiza nos consultórios (Diário de Campo).

Observou-se também, que em apenas 7 (41,18%) USF, dispõe do estacionamento expondo os profissionais a maiores possibilidades de riscos de violência quanto a furtos do seu veículo. A farmácia é um item que presente na USF facilita a vida do usuário e otimiza o serviço na resolutividade, mas ao mesmo tempo, dificulta para muitos profissionais a organização do processo de trabalho no controle dessa medicação, sobrecarregando os técnicos de enfermagem.

A ambiência interfere diretamente no relacionamento entre os profissionais conciliando conflitos entre a equipe, estabelecendo como poder uma dimensão de luta para o empoderamento do espaço físico (GLANZN; OLSCHOWSKY 2017). Há fatores que dificultam ou impedem as relações recíprocas entre trabalhadores e usuários, como estrutura física deficiente, demanda excessiva, precariedade da rede de referência, visão do usuário médico-centrada, vulnerabilidade da população e não entendimento do usuário sobre o acolhimento. Esses fatores permitiram a troca de dádivas egoístas como desafeto, descrença, desconfiança, desrespeito e injustiça (LOPES *et al.*, 2015).

Para os ambientes adaptados a portadores de necessidades especiais, os enfermeiros e dentistas entram em concordância em apenas 3 (17,65%) USF, que possuem “a maioria dos ambientes adaptados” (Tabela16). Um índice baixo para garantir acessibilidade aos portadores de necessidades especiais, muitas vezes impossibilita um atendimento simples pelas limitações de circulação nesses espaços, fazendo com que este grupo necessite se deslocar para policlínicas, distantes da sua residência, invertendo a lógica da Atenção Básica como primeira opção de porta de entrada.

Faltam cuidados com espaços públicos impedindo que pessoas com mobilidade reduzida se desloquem com autonomia (BESTETTI, 2014).

As 16 (94,12%) USF (enfermeiro) e as 17 (100%) USF (dentistas) destacam a necessidade de reparos, sendo o mais comum na estrutura física (alvenaria). A demora para realizar e acionar as equipes de manutenção para realização destes reparos é constante, provocando sentimentos de estresse e angústia para os profissionais. E quando acontece esse reparo, na maioria das vezes, é ineficaz fazendo o problema sanado retornar com o tempo (Diário de Campo).

Uma questão importante referente à consolidação da USF está ligada às condições gerais do espaço físico nessas unidades. Um ambiente terapêutico deve propiciar conforto, bem-estar e a interação entre usuários, família e equipe, proporcionando o acolhimento e o estabelecimento de vínculo entre os envolvidos, que resgata valores de solidariedade, respeito e corresponsabilidade com o outro. Nesse sentido, a qualidade do cuidado está condicionada a confortabilidade do ambiente, à medida que favorece as ações cuidadoras (BRASIL 2010; FERREIRA 2015).

Tabela 16 - Distribuição das variáveis da ambiência (itens da estrutura física, ambientes adaptados, manutenção, construção e reforma) segundo os enfermeiros entrevistados - 2018. (continua)

A estrutura física da USF possui: *				
Variável	Enfermeiro		Dentista	
	N	Percentual	N	Percentual
Sala Médico/Enfermeiro	3	17,65%	2	11,76%
Copa/Cozinha	17	100,00%	17	100,00%
Espaço externo para desenvolver atividades	5	29,41%	5	29,41%
Estacionamento	7	41,18%	7	41,18%
Farmácia	13	76,47%	13	76,47%
Sala de Acolhimento	9	52,94%	5	29,41%
Sala de Curativo	17	100,00%	17	100,00%
Sala de Enfermagem	14	82,35%	15	88,24%
Sala de Esterilização/Expurgo	17	100,00%	17	100,00%
Sala de Médico	14	82,35%	16	94,12%
Sala de Reunião	12	70,59%	8	47,06%
Sala de Vacina	17	100,00%	17	100,00%
Sala do Dentista	17	100,00%	17	100,00%
Sala dos ACS	13	76,47%	8	47,06%
Sanitário para profissionais	17	100,00%	17	100,00%
Sanitário para usuário	17	100,00%	17	100,00%
Recepção	17	100,00%	17	100,00%
Total de USF	17		17	

Tabela 16 - Distribuição das variáveis da ambiência (itens da estrutura física, ambientes adaptados, manutenção, construção e reforma) segundo os enfermeiros entrevistados - 2018.

(conclusão)

Ambiente adaptado para deficientes físicos:				
Variável	Enfermeiro		Dentista	
	N	Percentual	N	Percentual
Em nenhum ambiente	5	29,41%	4	23,53%
Em poucos ambientes	4	23,53%	7	41,18%
Em todos os ambientes	5	29,41%	3	17,65%
Na maioria dos ambientes	3	17,65%	3	17,65%
Total de USF	17	100,00%	17	100,00%
Necessidade de algum reparo na USF				
Variável	Enfermeiro		Dentista	
	N	Percentual	N	Percentual
Não	1	5,88%	1	5,88%
Sim	16	94,12%	16	94,12%
Total de USF	17	100,00%	17	100,00%
Se SIM, necessidade de qual tipo de reparo *				
Variável	Enfermeiro		Dentista	
	N	Percentual	N	Percentual
Na estrutura elétrica	7	41,18%	16	94,12%
Na estrutura física (alvenaria)	16	94,12%	12	70,59%
Na estrutura hidráulica	8	47,06%	11	64,71%
Na estrutura sanitária	9	52,94%	10	58,82%
Total de USF	17		17	
A USF já passou por reforma				
Variável	Enfermeiro		Dentista	
	N	Percentual	N	Percentual
Não	1	5,88%	1	5,88%
Sim	16	94,12%	16	94,12%
Total de USF	17	100,00%	17	100,00%
A USF foi construída para ser uma Unidade de Saúde				
Variável	Enfermeiro		Dentista	
	N	Percentual	N	Percentual
Não	8	47,06%	9	52,94%
Sim	9	52,94%	8	47,06%
Total de USF	17	100,00%	17	100,00%

Fonte: Autora, 2018

Nota:*Algumas perguntas permitem a marcação em mais de 1 item.

Os usuários avaliaram a estrutura física em 8 (47,06%) USF como “regular”, em 6 (35,29%) USF como “boa”. Apenas 2 (11,76%) USF foram avaliadas como “ótima” e 1 (5,88%) USF como “ruim” (Tabela 17).

Observou-se, de acordo com as anotações realizadas, que os usuários se sentem incomodados com a falta de conforto na recepção. Relatam altas temperaturas, espaços reduzidos e a dureza das cadeiras ou assentos a que são submetidos no momento que aguardam (Diário de Campo).

Oliveira e Coriolano-Marinus (2016), apontam que as unidades de saúde não disponibilizam uma estrutura física adequada para realização do acolhimento: espaço pequeno para atender a demanda, ausência ou quantidade insuficiente de assentos para que os usuários aguardem o atendimento, e a não disponibilidade de sala específica para a realização do acolhimento.

Ao mencionarmos ambiência, logo nos remete a humanização através do equilíbrio de elementos que constituem os espaços, levando em conta os fatores que possibilitem o protagonismo e a participação (BESTETTI, 2014). O desconforto do usuário pode ser diminuído de acordo com a arquitetura do espaço físico dos serviços de saúde, podendo promover saúde na proporção que disponibiliza espaços acolhedores tanto aos profissionais quanto aos usuários (GOMES *et al.*, 2014).

Tabela 17 - Distribuição da ambiência nas USF segundo os usuários entrevistados, 2018

Consideração da estrutura física da sua unidade.		
Variável	N	Percentual
Boa	6	35,29%
Ótima	2	11,76%
Péssima	1	5,88%
Regular	8	47,06%
Total de USF	17	100,00%

Fonte: Autora, 2018.

7.2.6 Classificação de Riscos e Vulnerabilidades

A prática do acolhimento com a inserção da classificação de risco garante um acesso com mais equidade. A utilização da classificação de risco ocorre em

13(76,47%) USF apontados pelos enfermeiros, e em 15 (88,24%) USF pelos dentistas, com avaliação dos 3 tipos de riscos (físico, biológico e social) (Tabela 18).

Deve ser utilizado em todos os serviços do SUS com atendimento aos usuários sem discriminação e de forma objetiva, sendo incorporado também nas Estratégias de Saúde da Família (RODRIGUES, 2013; SANTANA, 2011; SILVA, 2014). Além de passar segurança para toda equipe com critérios de avaliação mais precisos e construídos conjuntamente por meio de uma ótica centrada no usuário, são mantidos os princípios que regem o SUS, principalmente o da equidade, priorizando os pacientes que necessitam de atendimento imediato (RONCATO; ROXO; BENITES, 2011). Para Oliveira *et al.* (2017), a utilização da classificação de risco no acolhimento possibilita otimizar o tempo de atendimento daqueles que apresentam maior risco e vulnerabilidades, mantendo um fluxo de atendimento mais resolutivo com foco nas necessidades do usuário. A necessidade de fluxos definidos permite melhor direcionamento dos usuários e otimiza a utilização dos serviços ofertados pela unidade (FEIJÓ, 2010).

Os protocolos de acolhimento são utilizados “sempre” em 7 (41,18%) USF (enfermeiro) e “frequentemente”, em 8 (47,06%) USF (dentistas). Os profissionais afirmam utilizar protocolo para acolhimento com classificação de riscos (Tabela 18).

Estes protocolos são de extrema importância quando avaliados e discutidos com toda equipe para que o usuário possa ser encaminhado de forma resolutiva, rápida e segura para o profissional adequado (SILVA; BOLPATO, 2013).

A importância da construção desse protocolo pela equipe é que se consegue visualizar as situações mais presentes no cotidiano do serviço, e otimizar os encaminhamentos necessários e combinados em equipe de saúde para cada caso previsto (BRASIL, 2013, 2016, SILVA; ROMANO, 2015). Promovendo dessa forma, mais segurança para todos os profissionais que participam desse processo. Com o auxílio deste protocolo o profissional habilitado acolhe o usuário que chega ao serviço de saúde e obtém informações necessárias para utilizar um fluxograma estabelecido pela equipe, por meio da queixa principal deste usuário (OLIVEIRA, 2010).

Os protocolos de acolhimento são “sempre” seguidos no processo de acolhimento em 7 (41,18%) USF relatados pelos enfermeiros, e para dentistas “frequentemente” em 8 (47,06%) USF. Existiu uma discordância do protocolo construído pela equipe de Saúde da Família/Equipe de Saúde Bucal, em 14 (82,35%) USF para os enfermeiros e em 12 (70,59%) USF para os dentistas. Em 11 (64,71%) USF encontrou-se uma concordância dos enfermeiros com os dentistas quanto a inserção da classificação de risco neste protocolo (Tabela 18).

Quanto a capacitação dos profissionais para a classificação de risco os enfermeiros afirmam que em 16 (94,12%) USF e os dentistas em 17 (100%) USF, que os profissionais “não” foram capacitados para tal prática (Tabela 18).

Observou-se, que acerca dessa ferramenta ACCR, as equipes parecem bastante despreparadas no conhecimento e utilização dessa prática. Não existem critérios precisos para esta avaliação e muitos ficaram pensativos e confusos na hora da entrevista sobre este tema, embora admitiram (enfermeiros e dentistas) o uso dessa prática na maioria das USF (Diário de Campo).

Tabela 18 - Distribuição das variáveis da classificação de riscos e vulnerabilidades (utilização do ACCR, riscos avaliados, protocolo, construção do protocolo) segundo os enfermeiros e dentistas entrevistados - 2018.

(continua)

O acolhimento utiliza classificação de riscos e vulnerabilidades				
Variável	Enfermeiro		Dentista	
	N	Percentual	N	Percentual
Não	4	23,53%	2	11,76%
Sim	13	76,47%	15	88,24%
Total de USF	17	100,00%	17	100,00%
Tipos de risco avaliados: *				
Variável	Enfermeiro		Dentista	
	N	Percentual	N	Percentual
Biológico	13	76,47%	15	88,24%
Físico	13	76,47%	15	88,24%
Social	13	76,47%	15	88,24%
NA	4	23,53%	2	11,65%
Total de USF	17		17	

Tabela 18 - Distribuição das variáveis da classificação de riscos e vulnerabilidades (utilização do ACCR, riscos avaliados, protocolo, construção do protocolo) segundo os enfermeiros e dentistas entrevistados - 2018.

(conclusão)				
Frequência em que se segue algum protocolo de acolhimento				
Variável	Enfermeiro		Dentista	
	N	Percentual	N	Percentual
Nunca			3	17,65%
Raramente	1	5,88%	2	11,76%
Algumas Vezes	4	23,53%		
Frequentemente	5	29,41%	8	47,06%
Sempre	7	41,18%	4	23,53%
Total de USF	17	100,00%	17	100,00%
Protocolo construído pela equipe de saúde da família				
Variável	Enfermeiro		Dentista	
	N	Percentual	N	Percentual
Não	3	17,65%	5	29,41%
Sim	14	82,35%	12	70,59%
Total de USF	17	100,00%	17	100,00%
Capacitação dos profissionais para avaliação e classificação de riscos dos usuários.				
Variável	Enfermeiro		Dentista	
	N	Percentual	N	Percentual
Não	1	5,88%	17	100%
Sim	16	94,12%		
Total de USF	17	100,00%	17	100,00%

Fonte: Autora, 2018.

Nota: *Pergunta permite a marcação em mais de 1 item.

A vantagem da utilização da classificação de risco (ACCR) em promover “agilidade e efetividade no acolhimento” é apontada pelos enfermeiros de 17(100%) USF e pelos dentistas em 14(82,35%) USF.

A inserção do acolhimento com classificação de risco viabiliza o processo de tomada de decisão aplicada mais visível e transparente para os profissionais e usuários, torna-se necessário definir como serão usados os recursos limitados para promover os cuidados em saúde (SCHOLZE *et al.*, 2014). A utilização de uma ferramenta direcionadora para realizar a classificação de riscos dos pacientes dará suporte legal ao profissional para avaliar os usuários que procuram os serviços de saúde (SOUZA; TADEU; CHIANCA, 2011).

Apenas em 5 (29,41%) USF os enfermeiros observaram que o uso da classificação de risco pode ocasionar “dificuldades na prática do acolhimento”. Houve

uma concordância dos enfermeiros e dentistas nas 17(100%) USF. quanto a “necessidade de capacitação para os profissionais envolvidos” no acolhimento e que existe uma maior equidade no direcionamento do usuário ao atendimento (Tabela 19). Apesar do acolhimento com classificação de riscos e vulnerabilidades (ACCR) ser executado na atenção básica deixa incertezas, pois demonstra que uma parte significativa das equipes apresentam uma capacidade reduzida de identificação dos diferentes graus de risco e das situações de maior urgência apresentadas pelos usuários, são raros os profissionais capacitados para tal atividade (CLEMENTINO *et al.*, 2017). Com isso, destaca-se a importância da capacitação de todos profissionais para o atendimento com classificação de risco, reconhecendo os saberes e práticas de cada ator neste processo tendo a educação em saúde como base teórica e metodológica fomentada pelo diálogo entre todos profissionais da equipe de saúde (RODRIGUES *et al.*, 2014).

Tabela 19 - Distribuição das variáveis da classificação de riscos e vulnerabilidades segundo os enfermeiros e dentistas entrevistados - 2018.

A classificação de riscos e vulnerabilidades podem ocasionar. *				
Variável	Enfermeiro		Dentista	
	N	Percentual	N	Percentual
Agilidade e maior efetividade no acolhimento	17	100,00%	14	82,35%
Aumento da interação multiprofissional	16	94,12%	17	100,00%
Dificuldade no processo do acolhimento	5	29,41%	1	5,88%
Maior satisfação do usuário	15	88,24%	15	88,24%
Necessidade de capacitação dos profissionais avaliadores	17	100,00%	17	100,00%
Potente mecanismo no auxílio do profissional para melhor direcionamento do usuário	17	100,00%	17	100,00%
Acolhimento com mais equidade	17	100,00%	17	100,00%
Total de USF	17		17	

Fonte: Autora, 2018.

Nota: *Pergunta permite a marcação em mais de 1 item.

7.2.7 Resolutividade

A presença de grupos nas USF segue o padrão recomendado pelo MS para a formação destes. O grupo mais presente nas USF é o de hipertenso e diabético em 11 (64,71%) USF relatados pelos enfermeiros, para os profissionais dentistas não existiu uma concordância com referência a este valor, afirmando ter apenas para 6 (35,29%) USF o mesmo grupo (Tabela 20). Pode-se supor que estes grupos não estejam tão ativos nas USF e passam despercebidos para alguns profissionais, ou mesmo o pouco envolvimento do profissional dentista na participação deste grupo. O grupo de gestante é o segundo mais presente em 8 (47,06%) USF com concordância para os profissionais enfermeiros e dentistas (Tabela 20). Como a gestante é um indicador de saúde importante para os profissionais dentistas no cumprimento de metas do MS, talvez eles sejam mais ativos na participação deste grupo (Diário de Campo).

Os grupos são caracterizados como espaços para muito além da doença, deixando claro que as atividades grupais promovem reflexão acerca dos modos de vida e ultrapassam o foco na doença como rotina, viabilizando agregar outros aspectos da vida (COUTO; SCHIMITH; ARAÚJO, 2013). Os grupos fazem parte de uma rede de cuidados com compartilhamento de vivências e experiências que apostam ser um instrumento bastante efetivo na melhoria da saúde dos envolvidos (MATIAS, 2017).

Para a “discussão ou análise de situações que ocorrem na prática de acolhimento” em 9 (52,94%) USF os enfermeiros e dentistas apontam para uma prática “sempre” ou “frequentemente” utilizada, ocorrendo nas “reuniões administrativas” nas 17 (100%) USF (Tabela 20).

Esta “discussão sobre o tema acolhimento” tem necessidade de ser mais bem avaliada e planejada com envolvimento de todos os profissionais da USF, para que realmente se possa alcançar melhores resultados na prática do acolhimento, do ponto de vista organizacional e de otimização das ações (Diário de Campo).

O acolhimento se desenvolve de forma permanente e necessita de reavaliação contínua (SILVA, 2012). O envolvimento da equipe multiprofissional apresenta uma

resolutividade efetiva no acolhimento, quando os serviços de saúde correspondem as necessidades reais e atuais dos usuários, necessitando de um bom planejamento das ações (COSTA *et al.*, 2014; MICLOS, CALVO; COLUSSI, 2015).

O envolvimento dos grupos de apoio que poderiam dar suporte ao acolhimento para alguma situação mais complexa em 7 (41,18%) USF os enfermeiros e dentistas apontam o NASF como “nunca” presente para estas situações. Embora o número de “sempre” ou “frequentemente” seja maior na avaliação da presença do NASF como apoio em 9 (52,94%) USF pelos enfermeiros e em 7 (41,18%) USF pelos dentistas (Tabela 20).

Pode-se observar que a equipe do NASF tem cobertura específica para algumas USF, ficando outras USF descobertas dessa equipe de apoio, o que gerou uma ausência de participação e um grande descontentamento dos profissionais das equipes de saúde (Diário de Campo). Para o apoio das “coordenações de área” e “coordenações de políticas de saúde” a avaliação foi destacada como “algumas vezes” em 8 (47,06%) USF (enfermeiros e dentistas) e em 7 (41,18%) USF (enfermeiros e dentistas) respectivamente. Deixando esta cobertura para as equipes de saúde com uma avaliação razoável em menos da metade das USF, o que gera insatisfação e descrédito desses profissionais fragilizando esse elo (Diário de Campo).

A equipe profissional e os gestores locais dos serviços têm grandes dificuldades em compreender o que realmente significa o acolhimento e quais são as etapas e estratégias que norteiam esse processo (MOIMAZ *et al.*, 2017).

As modificações de posturas e condutas tem que existir em todo tripé que sustenta essa base dialógica: gestores, profissionais e usuários necessitando desse entendimento como parte de toda relação fundamentada no respeito as competências e atendimento do indivíduo nas singularidades, constituindo a partir dessa percepção uma rede de interações. Esta técnica torna-se institucionalizada no “Ser e Fazer” desses atores envolvidos (BRASIL, 2013; CATARINO, 2013; MACEDO; TEIXEIRA; DAHER, 2011).

Tabela 20 - Distribuição das variáveis da resolutividade (grupos de saúde, discussão do acolhimento e apoio da gestão) segundo os enfermeiros e dentista entrevistados – 2018
(continua)

Os grupos de saúde formados nas USF, aumentam a resolutividade da equipe de saúde em determinadas áreas.

Variável	Enfermeiro		Dentista	
	N	Percentual	N	Percentual
Não	2	11,76%		
Sim	15	88,24%	17	100,00%
Total de USF	17	100,00%	17	100,00%

Os grupos de saúde ativos na USF *

Variável	Enfermeiro		Dentista	
	N	Percentual	N	Percentual
Adolescente	1	5,88%	1	5,88%
Gestante	8	47,06%	8	47,06%
Hipertenso Diabético ^e	11	64,71%	9	52,94%
Idoso	8	47,06%	8	47,06%
Puericultura			1	5,88%
Saúde Mental	4	23,53%	3	17,65%
Outro Grupo	6	35,29%	2	11,76%
Não tem grupo ativo			1	5,88%
Total de USF	17		17	

As equipes de saúde analisam ou discutem alguma situação que acontece no acolhimento

Variável	Enfermeiro		Dentista	
	N	Percentual	N	Percentual
Raramente	1	5,88%	2	11,76%
Algumas Vezes	7	41,18%	5	29,41%
Frequentemente	4	23,53%	5	29,41%
Sempre	5	29,41%	5	29,41%
Total de USF	17	100,00%	17	100,00%

Tabela 20 - Distribuição das variáveis da resolutividade (grupos de saúde, discussão do acolhimento e apoio da gestão) segundo os enfermeiros e dentista entrevistados – 2018
(continua)

Onde é realizado este procedimento de interação (análise ou discussão) do acolhimento *

Variável	Enfermeiro		Dentista	
	N	Percentual	N	Percentual
Com outros profissionais de forma particular	10	58,82%	8	47,06%
No momento do acolhimento com os profissionais envolvidos	14	82,35%	10	58,82%
Outras reuniões de equipe	6	35,29%	4	23,53%
Reuniões administrativas	16	94,12%	16	94,12%
Total de USF	17		17	

Apoio do NASF para a resolução de algumas situações demandadas pelo acolhimento

Variável	Enfermeiro		Dentista	
	N	Percentual	N	Percentual
Nunca	7	41,18%	7	41,18%
Raramente			3	17,65%
Algumas Vezes	1	5,88%		
Frequentemente	4	23,53%	3	17,65%
Sempre	5	29,41%	4	23,53%
Total de USF	17	100,00%	17	100,00%

Apoio da coordenação de área para articulação e agilidade de algumas situações demandadas pelo acolhimento

Variável	Enfermeiro		Dentista	
	N	Percentual	N	Percentual
Nunca	1	5,88%	1	5,88%
Raramente	3	17,65%	4	23,53%
Algumas Vezes	8	47,06%	8	47,06%
				(continua)
Frequentemente	5	29,41%	4	23,53%
Total de USF	17	100,00%	17	100,00%

Tabela 20 - Distribuição das variáveis da resolutividade (grupos de saúde, discussão do acolhimento e apoio da gestão) segundo os enfermeiros e dentista entrevistados – 2018 (conclusão)

Apoio da coordenação das políticas de saúde para articulação e agilidade de algumas situações demandadas pelo acolhimento				
Variável	Enfermeiro		Dentista	
	N	Percentual	N	Percentual
Raramente	3	17,65%	5	29,41%
Algumas Vezes	7	41,18%	7	41,18%
Frequentemente	5	29,41%	4	23,53%
Sempre	2	11,76%	1	5,88%
Total de USF	17	100,00%	17	100,00%

Fonte: Autora, 2018.

Nota:*Algumas perguntas permitem a marcação em mais de 1 item.

Quanto a falta de insumos e medicamentos, existe uma discordância entre os profissionais quanto aos valores, embora concordem com esta falta na maioria das vezes nas USF. Para os enfermeiros a falta de “insumos” e “medicamentos” é destacada em “sempre ou “frequentemente” em 8 (47,06%) USF e 11 (64,71%) USF respectivamente (Tabela 21).

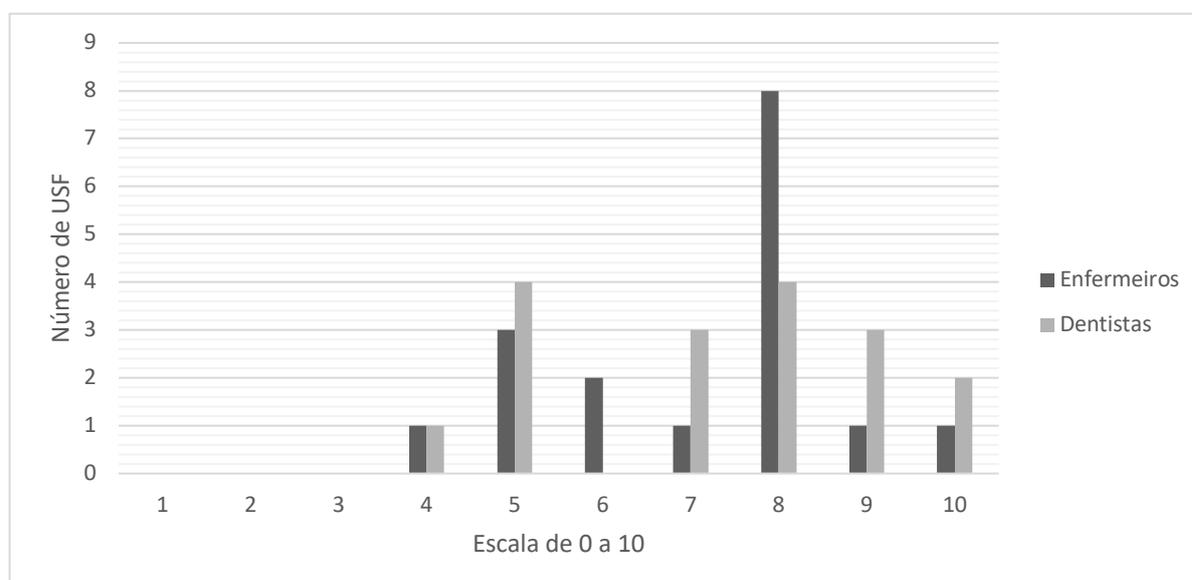
Para os dentistas é apontado como “algumas vezes” em 8 (47,06%) USF, tanto para a falta de insumos quanto para de medicamentos. Demonstrando uma falta significativa que certamente interfere no desempenho do acolhimento, embora alguns resultados pareçam existir contradições. Em algumas USF foram respondidos pelos profissionais enfermeiros e dentistas que existia a falta de insumos e medicamentos (“sempre”, “frequentemente” ou “algumas vezes”) mas que este fato (“nunca ou raramente”) prejudicava o acolhimento (Tabela 21).

Talvez esta percepção por estes profissionais tenha sido interpretada de maneira distorcida, quando afirmavam que a falta de insumos e ou medicamentos não interrompia o processo de acolhimento. Entretanto, não tem como uma falta não prejudicar uma resposta positiva e resolutiva. Pela falta de insumos, muitas vezes não se pode prescrever medicações que só caberiam naquele receituário específico. O mesmo acontece com a falta de medicamento, onde o usuário comprando ou indo há lugares distantes para consegui-los, acarreta em sua vida um prejuízo com estes gastos inesperados e muitas vezes inexistente no recurso financeiro, promovendo uma grande insatisfação nestes indivíduos. O acolhimento sendo realizado com estas

faltas, não se desenvolve com as potencialidades que poderiam estar sendo utilizadas (Diário de Campo).

Na avaliação sobre “os recursos tecnológicos suficientes para satisfazer o desempenho das suas funções” foram destacados como “existentes” em 11 (64,71%) USF (enfermeiros) e 10 (58,82%) USF (dentistas), e “funcionamento da internet como fator de agilidade e maior facilidade para desenvolver suas atribuições” foram destacados como “boa” em 11 (64,71%) USF pelos enfermeiros e 8 (47,06 %) USF pelos dentistas. Foi realizada uma “boa” e “ótima” avaliação em mais da metade das USF (enfermeiros e dentistas) sobre os recursos tecnológicos, estando os escores de 6 a 8 para “boa”, e de 9 a 10 para “ótima” (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Avaliação de Acesso a Internet



Fonte: Autora, 2018.

Para as ações desencadeadas na prática do acolhimento tem-se os resultados bem semelhantes entre enfermeiros e dentistas, destoando em alguns procedimentos como: “encaminhamento para profissionais do NASF”, ou marcação para os profissionais médicos e dentistas (Tabela 21).

Mesmo a marcação para o profissional enfermeiro estando no rol das ações, observou-se que este profissional normalmente não disponibiliza agenda no acolhimento, por fazer seu planejamento muitas vezes de forma diferenciada dos outros profissionais com atuação clínica. Apesar de serem citadas essas informações

como ações desencadeadas no acolhimento, o enfermeiro raramente realiza o agendamento de consultas nesta prática (Diário de Campo).

Embora o comprometimento massivo dos enfermeiros no acolhimento sejam relatados na literatura, de modo controverso foi verificado que as demandas resultantes do acolhimento se davam primordialmente a marcação de consulta na agenda do médico para o usuário, e em seguida na agenda do dentista, e por fim, em situações raras na agenda do enfermeiro (CLEMENTINO *et al.*, 2015).

Outra diferença evidenciada em apenas em 3 USF é a não análise de exames no processo do acolhimento, as vezes também acontece a não solicitação destes exames mesmo quando o profissional está habilitado para realizá-lo naquele momento, mas por questões de regras e pactuações da equipe é necessária a marcação de consulta para este fim (Diário de Campo).

Na necessidade de encaminhamentos dos usuários para outros serviços, “as longas filas de espera” e “vagas insuficientes” para estes serviços ficaram bem evidentes, sendo um motivo que baixa a resolutividade por não fornecer uma resposta positiva durante longos meses e as vezes até anos. O sistema de marcação informatizado para os serviços de referência não possui vagas suficientes, deixando o usuário nessas longas filas de espera virtuais por tempo indeterminado. Esse mecanismo falho da interação das redes da atenção básica demonstra a fragilidade da USF como papel centralizador e organizador dessa rede (Diário de Campo).

A oferta insuficiente ou inexistente de consultas em muitas especialidades é um grande desafio para que os gestores possam garantir o acesso ao atendimento especializado, sendo as possíveis causas dessa dificuldade no acesso: a quantidade de vagas abaixo do normatizado, número de médicos insuficientes, dificuldade de fixação dos médicos no interior, alta dependência do setor privado, redução da participação da União e do Estado na oferta e no financiamento de serviços (SILVA *et al.*, 2017).

Os obstáculos para marcação de consultas com alguns especialistas e a demora na marcação de alguns exames revelam uma descrença no papel ordenador da AB e acabam servindo como justificativa para as tentativas de deslocá-la como porta de entrada do SUS (CAMPOS *et al.*, 2014). Para maior efetividade no

encaminhamento dos usuários para as especialidades se faz necessário transformação na organização desses fluxos burocráticos e com limitações para o atendimento, permitindo dessa forma ultrapassar as barreiras para uma melhor coordenação da integralidade do cuidado (SCHERER *et al.*, 2018).

Para que essa comunicação ocorra de forma exitosa a AB deve exercer a função de coordenação de fluxos e contrafluxos entre os distintos núcleos de atenção, estando organizada de modo resolutivo e corresponsável pela saúde dos indivíduos em qualquer ponto de atenção que estejam sendo atendidos. Por questões de organização ou competência deverá ter a disponibilidade de uma rede de referências de serviços e canais de fluxos que permitam encaminhamentos (BREHMER; VERDI, 2010; MENDES, 2013; CAMPOS *et al.*, 2014).

Os encaminhamentos são “sempre” entregues a usuários na necessidade de encaminhamento para outro serviço em 17 USF (enfermeiros e dentistas). Entretanto, a contra referência foi destacada em mais da metade das USF como “nunca” ou “raramente” recebidas desses usuários que chegam de outros serviços (Tabela 21).

Observou-se que este é um fator desanimador para os profissionais, pois o fazem da maneira correta nos seus encaminhamentos sempre referenciando com muitos detalhes importantes dos usuários, das USF. No entanto não existe reciprocidade de profissionais de outros serviços. Os profissionais das USF se encontram completamente desprovidos destes dados, tendo que contar apenas com relatos informais dos usuários, o que muitas vezes compromete ou dificulta o entendimento destes profissionais, para prosseguir na realização do seu procedimento clínico (Diário de Campo).

Para Mendes (2016), nessas últimas décadas foram percebidos avanços na saúde pública como na descentralização e na regionalização das ações e dos serviços de saúde, proporcionando um maior acesso dos usuários aos serviços de saúde. Entretanto, o grande “desafio atual” é garantir a qualidade da atenção à saúde nos serviços, que será concretizada mediante a demonstração de qualificação nas práticas de atenção ao usuário, humanização no atendimento, equipe qualificada e multidisciplinar, apoio técnico e contínuo dos gestores, estimulação da participação social entre outros.

Neste olhar as USF precisam superar os desafios continuamente vivenciados nos serviços de saúde assim como a descontinuidade e fragmentação no cuidado, a carência de recursos humanos, as condições de trabalho e as barreiras no acesso ao serviço (FARIA, 2014; QUEIROZ, 2008; REZENDE, 2015; ROCHA, 2014; VIEGAS, 2010) Uma forma eficiente de enfrentamento a superação desses obstáculos nos serviços é a capacitação profissional, na discussão e análise de conceitos que proporcionem uma assistência humanizada, com atenção integral, com a modificação na estruturação do processo de trabalho favorecendo sem dúvida a melhoria na qualidade dos serviços públicos (MORAES; BERTOLOZZI; HINO, 2011; SCHIMITH *et al*; 2011; VIEGAS; PENNA, 2013).

Tabela 21 - Distribuição das variáveis da resolutividade (insumos, medicamentos, recursos tecnológicos, internet, atividades do acolhimento, vagas e encaminhamentos) segundo os enfermeiros e dentista entrevistados – 2018

(continua)

Falta insumos (papel, receituário, fichas de encaminhamentos, prontuários, canetas) carimbos) nesta unidade.				
Variável	Enfermeiro		Dentista	
	N	Percentual	N	Percentual
Nunca			1	5,88%
Raramente	2	11,76%	9	52,94%
Algumas Vezes	7	41,18%	7	41,18%
Frequentemente	7	41,18%		
Sempre	1	5,88%		
Total de USF	17	100,00%	17	100,00%
Se ocorre a falta de insumos o acolhimento é prejudicado				
Variável	Enfermeiro		Dentista	
	N	Percentual	N	Percentual
Nunca	4	23,53%	3	17,65%
Raramente	4	23,53%	1	5,88%
Algumas Vezes	6	35,29%	8	47,06%
Frequentemente	3	17,65%	5	29,41%
Total de USF	17	100,00%	17	100,00%
Falta de medicamentos na farmácia da USF ou da Família.				
Variável	Enfermeiro		Dentista	
	N	Percentual	N	Percentual
Raramente			1	5,88%
Algumas Vezes	6	35,29%	9	52,94%
Frequentemente	9	52,94%	7	41,18%
Sempre	2	11,76%		
Total de USF	17	100,00%	17	100,00%

Tabela 21 - Distribuição das variáveis da resolutividade (insumos, medicamentos, recursos tecnológicos, internet, atividades do acolhimento, vagas e encaminhamentos) segundo os enfermeiros e dentista entrevistados – 2018

(continua)

Se ocorre a falta de medicamentos o acolhimento é prejudicado				
Variável	Enfermeiro		Dentista	
	N	Percentual	N	Percentual
Nunca	5	29,41%	2	11,76%
Raramente	2	11,76%	2	11,76%
Algumas Vezes	5	29,41%	7	41,18%
Frequentemente	4	23,53%	2	11,76%
Sempre	1	5,88%	4	23,53%
Total de USF	17	100,00%	17	100,00%
A USF apresenta recursos tecnológicos suficientes para facilitar e satisfazer o desempenho				
Variável	Enfermeiro		Dentista	
	N	Percentual	N	Percentual
Não	11	64,71%	10	58,82%
Sim	6	35,29%	7	41,18%
Total de USF	17	100,00%	17	100,00%
Ações desencadeadas a partir do acolhimento *				
Variável	Enfermeiro		Dentista	
	N	Percentual	N	Percentual
Agendamento para visita domiciliar	8	47,06%	11	64,71%
Avaliação de exames	14	82,35%	13	76,47%
Encaminhamento para outros	7	41,18%	16	94,12%
Encaminhamentos a especialistas	8	47,06%	17	100,00%
Encaminhamentos a outros serviços	4	23,53%	17	100,00%
Encaminhamentos a urgências	7	41,18%	15	88,24%
Encaminhamentos para grupos da	7	41,18%	12	70,59%
Marcação de consultas de cirurgião-	4	23,53%	17	100,00%
Marcação de consultas de enfermagem	7	41,18%	2	11,76%
Marcação de consultas no dia (encaixe)	7	41,18%	17	100,00%
Marcação de consultas para outros	2	11,76%	11	64,71%
Orientação e esclarecimentos de dúvidas	8	47,06%	17	100,00%
Prescrição de medicação	7	41,18%	15	88,24%
Solicitações de exames	7	41,18%	16	94,12%
Marcação de consultas médicas	6	35,29%	4	23,53%
Outros			1	5,88%
Total de USF	17		17	
Na necessidade de encaminhamentos para serviços de outro nível de atenção, as vagas				
Variável	Enfermeiro		Dentista	
	N	Percentual	N	Percentual
Inexistentes para alguns serviços	6	35,29%	3	17,65%
Insuficientes para alguns serviços	13	76,47%	10	58,82%
Longa fila de espera para alguns	17	100,00%	11	64,71%
Total de USF	17		17	

Tabela 21 - Distribuição das variáveis da resolutividade (insumos, medicamentos, recursos tecnológicos, internet, atividades do acolhimento, vagas e encaminhamentos) segundo os enfermeiros e dentista entrevistados – 2018

(conclusão)				
Os encaminhamentos de referências são entregues por escrito para que os usuários				
	Enfermeiro		Dentista	
Variável	N	Percentual	N	Percentual
Frequentemente			1	5,88%
Sempre	17	100%	16	94,12%
Total de USF	17	100,00%	17	100,00%
As contra referências são recebidas por escrito de outros serviços para os profissionais				
	Enfermeiro		Dentista	
Variável	N	Percentual	N	Percentual
Nunca	7	41,18%		
Raramente	8	47,06%	10	58,82%
Algumas Vezes	2	11,76%	6	35,29%
Frequentemente			1	5,88%
Total de USF	17	100%	17	100%

Fonte: Autora, 2018.

Nota:*Pergunta permite a marcação em mais de 1 item.

Os usuários avaliam como “algumas vezes” em 10(58,82%) USF, “sempre” em 4 (23,53%) USF e “frequentemente” em 2 (11,76%) USF a prática do acolhimento atender as suas necessidades. (Tabela 22).

Observou-se que os usuários não sentem que são atendidos de forma resolutiva em suas expectativas no serviço de saúde. Sabe-se, que na maioria dos casos o usuário deseja a vaga de uma consulta primeiramente para o médico, logo em seguida para o dentista. Talvez pelo costume usual do modelo médico centrado e prescritivo que permanecem na prática nos serviços de saúde (Diário de Campo).

A modificação desse processo do trabalho se faz necessário para que as potencialidades dos outros profissionais possam ser mais bem utilizadas e passar credibilidade e vinculação com a população adscrita. O protagonismo desses sujeitos precisa ser trabalhado e estimulado para que se sintam empoderados da sua própria condição de saúde, principalmente no autocuidado.(BRITO; MENDES; SANTOS NETO, 2017; COUTINHO, 2015; GUERREIRO, 2013;) Dessa forma, Medeiros *et al.* (2010) relatam que a resolutividade tem sido sinônimo de solução de problemas na própria USF, pois quando o usuário busca a assistência ele espera respostas concretas para suas demandas e ações efetivas que tragam benefícios e satisfaçam suas necessidades.

Tabela 22- Resolutividade nas USF segundo os usuários entrevistados, 2018

Variável	N	Percentual
Algumas Vezes	11	64,70%
Frequentemente	2	11,76%
Sempre	4	23,54%
Total de USF	17	100,00%

Fonte: Autora, 2018.

7.3 Modelagem Padrão, Modelagem Básica e Modelagem Reduzida) relacionados a cada USF (a partir da descrição de cada dimensão elaborado em tabela)

Antes de estabelecer o tipo de modelagem que cada USF se encontrava foi classificado o tipo de cada dimensão para estas USF. Cada dimensão se portava com 3 opções de avaliação e foi utilizado a técnica da ponderação (Apêndices K, L, M e N).

Os resultados foram calculados de acordo com os dados fornecidos pelos enfermeiros e pelos dentistas, separadamente, respeitando a forma de organização da prática de acolhimento que se apresentava em cada USF (acolhimento multiprofissional e integrado, acolhimento integrado nas demandas mas com exclusão do dentista, acolhimento específico para as demandas de queixas médicas e de enfermagem, acolhimento específico para as demandas de saúde bucal

Então para a prática de acolhimento relatada pelos enfermeiros foram enquadrados na “Modelagem Padrão” 2(11,76%) USF: 7 e 10. Foram classificadas como “Modelagem Básica” em 11 (64,71%) USF: 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 11, 12,13 e 17 e como “Modelagem Reduzida” em outras 4 (23,53%) USF: 6, 14, 15 e 16 (Tabela 24).

Para os dentistas essa prática de acolhimento no qual se encontram inseridos foram encontrados a “Modelagem Padrão” como resultados em 3 (17,65%) USF: 7,10 e 11, se enquadraram como “Modelagem Básica” em 5 (29,41%) USF: 1, 2, 5, 9 e 13 e como “Modelagem Reduzida” em 9 (52,84%) USF: 3, 4, 6, 8, 12, 14, 15, 16 e 17 (Tabela 24).

7.3.1 Modelagem Padrão

As 2 (11,76%) USF: 7 e 10 (enfermeiro e dentista) e mais 1 (5,88%) USF 11 (64,71%) (dentista) foram classificadas para a “Modelagem Padrão” de acordo com as características analisadas na prática do acolhimento. Todas estas USF praticavam um acolhimento multiprofissional e integrado (médico, enfermeiro e dentistas) com demandas de usuários com queixas generalizadas, com uma frequência de 5 dias na semana para esta prática, sem distribuição de fichas e com acesso ilimitado para o usuário no turno do acolhimento. Utilizavam como forma de acesso principal o acolhimento sem dias de marcação para médicos ou dentistas na recepção, proporcionando uma classificação “ampliado” para o acesso e “integrado” para a organização da demanda (Apêndices I e J).

Quando a diretriz do acolhimento desloca o eixo central do médico para uma equipe multiprofissional, responsabilizando-se pela saúde do usuário conjuntamente, possibilita uma transformação na relação entre trabalhador e usuário sendo permeada por parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania (CAMELO *et al.*, 2016). A atenção a saúde desenvolvida com uma equipe multiprofissional e interdisciplinar permite a prestação do cuidado integral revelando-se “um elemento de grande valia”, pois torna essas práticas, em especial a do acolhimento, significativas nas relações afetivas entre os atores envolvidos (GARUZI *et al.*, 2014).

As trocas entre esses vários e diferentes saberes produz “uma nova configuração interna” que se compreendida, gera a possibilidade de atitudes interdisciplinares, promovendo um ambiente de interação, comunicação e troca profissional por meio de informações e conhecimentos (MAIA *et al.*, 2013). Assim, possibilita o fortalecimento das relações de vínculos e corresponsabilização na produção da saúde (CHAGAS; VASCONCELOS, 2013). Para que as necessidades dos usuários sejam satisfeitas de forma integral é imprescindível que a entrada do usuário no serviço ocorra com atitude acolhedora das equipes de saúde e não de forma simplificada e fragmentada de “recepção”, “triagem” ou “acesso” (FALK *et al.*, 2010).

O fortalecimento da equipe de saúde e da ESF como porta de entrada permite estratégias como diminuição das barreiras de acesso e ampliação da resolutividade (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011). Dessa forma, considera-se que as

atitudes e estratégias elaboradas pelos serviços de saúde proporcionem o acesso universal e igualitário dos usuários, estimulando uma adequada interpretação das demandas dialogadas com evidência nas suas necessidades e consequente otimização da oferta (BARBOSA; ELIZEU; PENNA, 2013).

Tenório (2011) observou em pesquisa, que a minoria das USF do Recife realizava 5 turnos para a prática do acolhimento (padrão definido pela gestão SMS Recife), necessitando de melhor conscientização dos profissionais para que usuários tenham a garantia do acesso com a ampliação dos turnos de atendimento. No entanto, Clementino *et al.* (2015), em estudo nacional observou que na frequência de execução do acolhimento durante a semana havia um predomínio da realização de 5 dias, ou seja, todos os dias de funcionamento das unidades de saúde no período da semana (preferencialmente pela manhã).

Estas USF (2, 7 e 11) apresentaram a organização da demanda do usuário na prática do acolhimento com participação de profissionais da equipe: ACS, ASB/TSB e técnico de enfermagem atuante na retaguarda, além dos recepcionistas e porteiros/vigilantes também com envolvimento nesse processo. O acolhimento segue apoiado com atividades educativas geralmente facilitado pelos ACS. Anotações do acolhimento são informatizadas no PEC. Desenvolveram um acolhimento com um turno integral para a escuta qualificada em sistema, onde os profissionais se distribuíam em escalas diárias durante a semana. Logo, sinalizam um tempo maior para esta escuta em ambientes protegidos mantendo a individualidade dos usuários (Diário de Campo).

Na questão do Vínculo, também tiveram a maioria respostas positivas. O acolhimento destas USF era realizado em salas específicas para acolhimento e nos consultórios, nem todas estas USF apresentam salas específicas para acolhimento.

Para que seja alcançada a otimização do acolhimento, deve-se ter o envolvimento de todos da equipe valorizando os colaboradores em suas particularidades, descentralizando as ações e considerando a autonomia dos sujeitos. Dessa forma é possível potencializar a organização e seu direcionamento com otimização dos recursos existentes (COUTINHO, 2015). O acolhimento deve estar presente em todos os momentos de abordagem ao sujeito, pode e deve ser executado

por todos aqueles que compõem o serviço da unidade de saúde independentemente do nível de formação (PENNA; FARIA; RESENDE, 2014).

Nas 2 (11,76%) USF: 2 e 7 não apresentaram estrutura física “ótima”. A USF 2 apresentou estrutura física “regular” e a USF 7 apresentou estrutura física “boa”. E tiveram como classificação para ambiência na ponderação “2” significando “regular”. Na avaliação de classificação de riscos e vulnerabilidades foi utilizada essa classificação no acolhimento e apresentaram o protocolo construído pela equipe (Apêndices I e J).

Existe a constatação que os espaços saudáveis, acolhedores, confortáveis e que respeitam a privacidade, propiciam mudanças no processo de trabalho e se transformam em lugares de encontro entre as pessoas (BRASIL, 2013).

O ambiente e as condições de trabalho implicam na qualidade do acolhimento, pois a qualidade incorpora as variáveis básicas: estrutura, processo e resultado (MOIMAZ *et al.*, 2017). É notório que ambientes desfavoráveis são dificultadores do processo de trabalho no acolhimento, porém as atitudes humanizadas ultrapassam as atividades rotineiras e devem ser encaradas como algo intrínseco à prática profissional (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015). A melhoria das condições de trabalho no SUS está diretamente relacionada à melhoria da qualidade da assistência, mas não se trata de uma relação equivalente (BERTONCINI; PIRES; SCHERER, 2011).

Os protocolos são importantes na definição das competências diagnósticas e terapêuticas. Contribuem para a organização do acesso e a solução mais adequada das necessidades de saúde identificadas na prática assistencial (SANTOS *et al.*, 2012). A utilização desse protocolo estabelece a estratificação das demandas com a finalidade de alterar a organização do atendimento, segundo a ordem de chegada por uma nova lógica baseada no princípio de equidade (SPERONI; MENEZES, 2014). É um recurso destinado a apoiar a qualificação do sistema de saúde, pois possibilita ao usuário o acesso e a um cuidado justo, ampliado e integral (BARALDI; SOUTO, 2011).

Na resolutividade se destacaram com uma classificação “média”. Devido as baixas avaliações pela falta de insumos, medicamentos e apoio de gestão, nas

dificuldades de marcação, encaminhamento de usuário a outro serviço pelo sistema e não recebimento das contra referências (Apêndices I e J).

Há a constatação de que, quando o serviço consegue dar respostas às demandas dos usuários, há maior satisfação de ambos aumentando o poder da resolutividade. A postura adotada pelos profissionais de saúde representa a postura do próprio serviço de saúde que como ente se constitui (GUERREIRO *et al.*, 2013)

O acolhimento é uma diretriz que facilita, dinamiza e organiza o trabalho de forma a apoiar os profissionais a alcançarem as metas dos programas, a melhorarem o trabalho e executarem um bom atendimento, predispondo a resolutividade do problema (CARDOSO *et al.*, 2009). Entretanto, necessita de esforços conjuntos da gestão, profissionais e usuários para que esta meta seja atingida. Quando ocorre de maneira frequente a falta de insumos, escassez de medicamentos para o atendimento e tratamento agem como uma barreira para o bom funcionamento das práticas do cuidado (LIMA *et al.*, 2015).

A resolutividade depende de quem avalia, e do que é avaliado nos serviços de saúde. Está diretamente relacionado à demanda, à satisfação do usuário, às tecnologias dos serviços de saúde, à existência de um sistema de referência e contra referência articulado a acessibilidade dos serviços, a formação dos recursos humanos, as necessidades de saúde da população, a adesão ao tratamento, aos aspectos culturais e socioeconômicos. Em muitos casos, as dificuldades na obtenção de resolutividade se estendem aos serviços aos quais o usuário é encaminhado (ROSA; PELLEGRINI; LIMA, 2011). Assim, em função das necessidades e expectativas dos usuários sobre o serviço, os profissionais de saúde e gestores podem realizar autocrítica de seus processos de trabalho e propor intervenções mais adequadas com atitudes criativas e flexíveis (COSTA *et al.*, 2014).

Uma reflexão que cabe neste momento, é o porquê do dentista da USF 11 estar numa avaliação de tipo de modelagem “Padrão” e a enfermeira e médico junto com o restante da equipe de saúde desta mesma USF não alcançarem este patamar. A enfermeira declarou não fazer uso da classificação de risco, conseqüentemente não inserção da classificação no protocolo. Na ambiência foi prejudicada por haver apenas uma sala para o médico/enfermagem, utilizada em sistema entre outras pequenas diferenças, que na ponderação baixou essa média, mas sua avaliação ficou apenas

em um ponto para alcançar a modelagem “Padrão”. O dentista avaliou com respostas diferentes (Apêndice j).

7.3.2 Modelagem Básica

Nas 11(64,71%) USF: 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 13 e 17 (enfermeiro) e nas 5 (29,41%) USF: 1, 2, 5, 9 e 13 (dentista) foram classificadas para “modelagem Básica” devido as características na prática do acolhimento. A grande maioria das USF apresentam uma prática de acolhimento “fragmentada” com demandas de usuários com queixas específicas para as áreas médicas, de enfermagem e de saúde bucal, com exceção da USF 2 que apresenta organização da demanda” integrada” e da USF 3 como “semi integrada (Apêndices K e L).

As equipes de saúde na atenção básica se encontram fragmentadas na coordenação do cuidado com um desenvolvimento de atividades mecanicistas centradas na quantificação dos atendimentos realizados, caminhando na contramão das diretrizes do AB, que recomenda uma prática centrada nas necessidades de saúde da população (SANTOS, *et al.*, 2014; SANTOS; GIOVANELLA, 2016). A dificuldade de reflexão e de diálogo nas equipes multiprofissionais, leva a uma persistência da lógica firmada na separação entre as disciplinas e seus objetos de intervenção, prejudicando um processo de trabalho mais efetivo (SEVERO; SEMINOTTI, 2010).

Os dentistas apresentam uma fragilidade maior na integralidade das ações com as eSF que ocasiona respostas menos resolutivas às populações. Neste sentido, verifica-se que o processo de trabalho do dentista, privilegia as intervenções clínicas e está vinculado a um modelo onde o usuário é visto de forma fragmentada. Esta situação é agravada quando a ESB se responsabiliza pelo dobro da população atendida, em relação a eSF (ASSANTI; ALONSO, 2016).

A USF 2 apresenta uma equipe multiprofissional e integrada (médico, enfermeiro e dentista) com participação dos ACS, ASB, técnico de enfermagem, recepcionista, porteiro/vigilantes com demandas de queixas generalizadas. Entretanto, apresenta uma estrutura física muito “ruim” e a frequência da prática de acolhimento realizado por 3 dias, entre outras características. Então a ambiência e o

acesso baixaram a pontuação, apesar de apresentar um acolhimento integrado entre a equipe de saúde. A USF: 3 apresenta uma prática de acolhimento que foi chamada “semi integrada” (médicos, enfermeiros) com a participação apenas do técnico de enfermagem na organização da demanda, apresentando estas mesmas demandas de usuários com queixas generalizadas. No entanto, os dentistas e os ACS não participam desse processo e tem apenas 2 dias de frequência semanal para esta prática. Não há distribuição de fichas e o acesso é ilimitado dentro do horário do acolhimento que também acontece durante todo um turno (Apêndices K e L).

Nas outras USF (dentista e enfermeiros) seguem características semelhantes. Com uma frequência de 3 a 4 dias na semana para esta prática, sem distribuição de fichas, mas com limitação de 20 a 30 pessoas apresentando um acesso “limitado”. Utilizavam como forma de acesso principal o acolhimento sem dias de marcação para médicos ou dentistas na recepção (Apêndices K e L).

A negativa do atendimento ao usuário no cotidiano das USF pela limitação do acesso, refere-se à privação do direito à saúde, garantido em conformidade em conformidade com valores éticos e legais (BRHEMME; VERDI, 2010). Na prática assistencial há a constatação de que o acesso na atenção básica é heterogêneo, e permanece precário (TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018). São criadas barreiras de acesso aos usuários com limitações das pessoas ao serviço e restrição da agenda dos profissionais para cuidados de grupos programáticos (BRASIL, 2013). O acesso refere-se à possibilidade da utilização dos serviços quando necessário (MISHIMA *et al.*, 2010).

Ocorrem rotineiramente situações do não atendimento aos usuários na demanda espontânea, por ter ultrapassado o número de pessoas limitadas ao dia, no qual os profissionais da USF orientam procurar os serviços de pronto atendimento, indo contra os princípios do SUS (GOMIDE *et al.*, 2018). O acolhimento no nível primário é destacado como importante estratégia de reorganização do modelo assistencial (DIAS; ARAUJO; CHAGAS, 2016).

A ambiência se apresenta como “ótima” em 3 (17,65%) USF: 5, 8 e 9 (enfermeiros) 1 (5,88%) USF: 9 (dentista), como “boa” em 5 (29,41%) USF: 3, 4, 12, 13 e 17 (enfermeiros), em 2 (11,76%) USF: 1 e 5 (dentistas) e ambiência “ruim” 3 (17,65%) USF: 1, 2 e 11(enfermeiros) e em 1 (5,88%) USF: 2 (dentistas). Ainda

apresentam 2 (11,76%) USF: 8 e 17 com marcação de consultas na recepção com dias específicos para médicos e dentistas, e apesar de terem péssima avaliação no acesso recuperaram na organização da demanda, ambiência e ACCR. Em algumas USF com relação à frequência de execução do acolhimento durante a semana, há o predomínio da realização em cinco dias. Todos os dias de funcionamento das unidades de saúde no período da manhã são desenvolvidas esta prática em salas específicas para acolhimento e consultórios (Apêndices K e L).

Em concordância com este estudo, em algumas USF, a realização da prática do acolhimento, apesar de boa frequência semanal, se limita a atendimentos ocasionais e postura de atendimento as urgências, focado na queixa-conduta e medicalizante (CLEMENTINO *et al.*, 2017).

Anotações estão informatizadas no PEC, além do registro nos livros de acolhimento. Apresentam avaliação de risco “presente” com inserção no protocolo de acolhimento em 6 (35,29%) USF (enfermeiros) e em 4 (23,54%) USF (dentistas) além do ACCR “presente sem a inserção no protocolo de acolhimento” em 3 (17,65%) USF (enfermeiros) e 1 (5,88%) USF (dentistas).

Na resolutividade, as USF se destacam com uma classificação “média”. Devido as baixas avaliações nas faltas de insumos, medicamentos e apoio de gestão nas dificuldades de marcação no encaminhamento de usuário a outro serviço pelo sistema e não recebimento das contra referências.

De fato, existe uma importância de utilizar protocolos para o ACCR com o objetivo maior de padronizar a linguagem para todos os membros da equipe em questão, proporcionando dessa forma uma maior segurança ao profissional de saúde, otimizando as condições de atendimento destinado aos usuários que procuram o serviço (ROSSATO *et al.*, 2018). Para esse fim, se faz necessário o trabalho em equipe, a competência técnica e o bom senso no atendimento aos casos, sabendo-se que existem variadas situações de vulnerabilidade que não possibilitam a definição de condutas padrões (BRASIL, 2011).

7.3.3 Modelagem Reduzida

Nas 4 (23,54%) USF: 6, 14,15 e 16 (enfermeiro) e nas 9 (52,84%) USF: 3, 4, 6, 8, 12, 14, 15, 16 e 17 (dentista) foram classificadas para a “modelagem Reduzida”. Esta modelagem apresenta fragilidades e vulnerabilidades para o desenvolvimento da prática de acolhimento. Nas mesmas 4 (23,54%) USF (enfermeiros) e em 5 (29,41%) USF: 6, 14, 15, 16 e 17 (dentistas) apresentam o acesso com distribuição de fichas e com horários limitados e bastante reduzidos no desenvolvimento desta prática, com uma frequência de acolhimento de 1 a 3 dias na maioria das USF, com dias de marcação específicos para médicos e dentistas na recepção, reduzindo este acesso e organização da demanda fragmentada com escuta de queixas específicas (Apêndices M e N).

Realizam o acolhimento na recepção sendo a primeira escuta, e nos consultórios em um segundo momento.

O acesso que acontece por meio da entrega de fichas ou senhas considerando apenas a ordem de chegada dos usuários, não reconhecendo nem avaliando as prioridades das demandas encontradas em seu território de atuação, desvaloriza a escuta qualificada e acolhedora, que provavelmente fortaleceria as linhas de cuidado relacionadas à prevenção e à promoção da saúde, que são fundamentos relevantes da atenção básica (DUARTE *et al.*, 2017).

Além disso, é importante discutir que a forma de agendamento com dias e/ou horários específicos e com atendimento através de senhas para pegar fila, representam um grande obstáculo no processo de marcação de consultas. Essas condutas praticadas dificultam a humanização no atendimento, ocasionando à possibilidade de formação de filas de longa espera, filas na madrugada e comercialização de lugar ou senhas na fila de espera (DALLAGNOL; LIMA; RAMOS, 2009; RAMOS; LIMA, 2003). O agendamento de consulta com dias e/ou horários específicos apresentam-se como barreiras, que diminuem a oportunidade do usuário acessar o serviço de saúde (SANCHEZ; CICONELLI, 2012). Observa-se, que prevalece o trabalho em saúde no modelo tradicional, centrado na consulta médica por meio da distribuição de fichas para demanda espontânea (CAMELO *et al.*, 2016).

A realização do acolhimento em sala de espera/ recepção, representa um entrave em sua prática, pois o usuário é submetido a uma exposição podendo causar-lhe algum tipo de constrangimento (BREHMER; VERDI, 2010). Esse ambiente não é favorável para uma escuta qualificada do profissional, devido a área ser bastante barulhenta e podendo ocasionar dispersão na atenção do profissional (CHAGAS; VASCONCELLOS, 2013).

A organização da prática do acolhimento de forma fragmentada nas equipes de saúde impossibilita a integração almejada. Existe o isolamento dos profissionais nas salas de atendimento e quando necessário, ocorre o encaminhamento para outro profissional (CARRAPATO; CASTANHEIRA; PLACIDELI, 2018). Quando esta prática se desenvolve de forma desarticulada e pontual pode ser compreendida como uma mera atividade de triagem e descaracterizado de sua principal função; a humanização (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015). Quando o que se espera, na verdade é a realização de um trabalho multiprofissional e interdisciplinar com foco nas necessidades dos usuários a partir de uma escuta qualificada (CLEMENTINO *et al.*, 2017).

As 9 (52,84%) USF (dentistas) não distribuem fichas, mas limitam o número de pessoas. Algumas USF têm até acesso ilimitado, mas dentro de horários reduzidos com uma ou duas horas de duração no processo do acolhimento, antes de começar as atividades clínicas, diminuindo consideravelmente o tempo de uma escuta com qualidade e reduzindo o diálogo com os usuários. Essa escuta, em alguns consultórios odontológicos é desprovida de privacidade, pois estes espaços são compartilhados com mais de uma equipe de Saúde Bucal e não possui divisórias para separar as salas. A maioria das USF não apresentam uma organização definida desse processo, apesar que em algumas destas USF, a frequência do acolhimento é realizada nos 5 dias da semana. Em 2 (11,76%) USF 15 e 17 apresentam também dias específicos para marcação de dentistas.

Quanto a utilização de protocolos, em 2 (11,76%) USF (enfermeiros) não realizam a classificação de risco e nem construíram protocolo com a equipe de saúde. Discutem o processo de acolhimento, “algumas vezes” ou “raramente”, apenas nas reuniões administrativas.

A escuta e o diálogo entre os profissionais e usuários, constituem uma ferramenta essencial para que a “intersubjetividade” entre em ação contra as práticas de fragmentação da assistência e objetivação dos sujeitos, promovendo ações mecanizadas e desumanas, compreendendo que a lógica deve ser contrária, proporcionando uma oferta de serviços que deverá adequar-se às necessidades daquela comunidade, visando então, um atendimento integral dos usuários com garantias dos princípios e as diretrizes do SUS, em busca da melhoria do acesso (BARBOSA; ELIZEU; PENNA, 2013).

Para que a relação do profissional com o usuário alcance a qualidade na assistência, pela subjetividade e pela escuta das necessidades do sujeito é necessário o reconhecimento de responsabilização entre serviços e usuários, viabilizando assim a construção do vínculo que é um componente fundamental para valorizar a assistência (SILVA *et al.*, 2015). A escuta precisa ser responsável com a garantia de um espaço físico com privacidade, para que o usuário se sinta seguro e à vontade tendo garantida sua liberdade de expressão (CHAGAS; VASCONCELOS, 2013).

As unidades apresentam uma estrutura que dificulta implantação do acolhimento em muitas USF, todavia a deficiência na estrutura não se torna elemento impeditivo para esta prática. Os profissionais de saúde se queixam da falta ou a incipiência de espaço físico para o desenvolvimento do acolhimento, o que pode acarretar diminuição do número de turnos disponibilizados para esta prática na unidade de saúde (TENÓRIO, 2011).

Constata-se, poucas equipes da AB possuem ou utilizam algum protocolo para acolhimento. Então, cada profissional interpreta e desenvolve as diretrizes do acolhimento segundo a sua compreensão, o que provoca diferentes reações dos usuários. Nessa perspectiva, em documento oficial do Ministério da Saúde destaca que “há acolhimentos e acolhimentos”, apontando múltiplas perspectivas e intencionalidades por parte de seus atores (ALVES *et al.*, 2014, BRASIL 2011; CLEMENTINO *et al.*, 2017). A utilização de protocolos de estratificação de risco e suas escalas têm impacto importante na qualidade do acesso aos serviços de saúde. Na AB avalia-se a combinação dos riscos e vulnerabilidades com direcionamento na manutenção dos princípios da longitudinalidade, da criação de vínculo, da responsabilização e da gestão do cuidado. É importante, que os profissionais de

saúde tenham clareza quanto ao campo e núcleo de competência de cada um, com a finalidade de acolher, produzir vínculo com os usuários e atender suas necessidades (BRASIL, 2012).

Quanto a discussão do acolhimento nas reuniões administrativas, proporcionam que as equipes de saúde percorram além de um trabalho técnico hierarquizado, encontrando neste espaço um processo que favoreça a interação social entre os profissionais com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, fortalecendo a equipe multiprofissional e empoderando os sujeitos na tomada de decisão (NERY *et al.*, 2009).

Na ambiência, algumas USF apresentaram a avaliação como “ruim”; em 2 (11,76%) USF: 6, 14 (enfermeiro), e 2 (11,76%) USF : 1 e 14 (dentistas) outras como “boa” 1 (5,88%) USF: 15 (enfermeiro) e 5 (29,41%) USF: 4, 6, 12, 15, e 17 (dentistas) e “ótima” 1 (5,88%) USF: 16 (enfermeiro) e 2 (11,76%) USF: 8, 16 (dentista). Existência de salas de médicos /enfermagem em sistema de revezamento em 2 (11,76%) USF: 11, 14 (enfermeiros) (Apêndices M e N).

Na grande maioria das USF não apresentam espaços adaptados para portadores de necessidades especiais. A avaliação dos itens como conforto, ergonomia, ventilação e cheiro, apresentaram baixos escores de intervalo entre “0 a 5”. Todas as USF apresentaram sistema informatizado para registro dos dados do acolhimento no PEC. Na resolutividade também apresentaram uma classificação “baixa” a “média” por não apresentarem grupos ativos ou formação de 1 a 2 grupos nas USF, insuficiência de apoio pela gestão devido as baixas avaliações nas faltas de insumos, medicamentos, nas dificuldades de marcação no encaminhamento de usuário a outro serviço pelo sistema, ou mesmo pelo destaque de vagas inexistentes para alguns serviços e não recebimento das contra referencias (Apêndices M e N).

Apesar de sabermos que nem sempre uma ótima ambiência produz excelentes resultados na atuação do trabalho, tem-se constatado que uma ambiência “ruim” prejudica um bom desenvolvimento no trabalho. Com uma observação pertinente: de que nem sempre essa ambiência possui uma relação direta com o desempenho do trabalho (BERTONCINI; PIRES; SCHERER, 2011).

Nas discussões coletivas com os profissionais das equipes de Saúde da Família, a ambiência tem-se apresentado como um indicador de sofrimento, interferindo diretamente no cotidiano de trabalho. Existe um sentimento de “mal-estar” na qual a percepção ambiental não tem proporcionado espaços acolhedores para a atenção em saúde. Relacionam o ambiente físico com deficiências que interferem no seu trabalho e afetam o bem-estar, avaliando que esse ambiente físico tem prejudicado o conforto da equipe e dos usuários do serviço (GLANZNER; OLSCHOWSKY, 2017).

Em relação à acessibilidade a pessoas idosas, com deficiência ou com dificuldades de ler ou escrever, considera-se que há uma necessidade imediata na requalificação das unidades de saúde, atuando na eliminação de barreiras arquitetônicas e organizacionais para promoção do acesso com equidade, em referência aos dados do censo das USF de Pernambuco (ALBUQUERQUE *et al.*, 2014). Esta situação ocorre por disponibilidade de pouco investimentos nas infraestruturas das unidades básicas e negligência por parte dos gestores em promover ambientes com adequação aos portadores de necessidades especiais. A falta de acessibilidade tem sido uma grande barreira na consolidação do princípio básico que é a universalidade aos pacientes com deficiência (ARAÚJO; MENEZES; SOUSA, 2012; BERNADES; ARAÚJO, 2012).

Em relação à resolutividade da Atenção Básica sabe-se que existem fatores que interferem na qualidade da atenção, como: estrutura física das unidades, processo e gestão do trabalho, capacitação dos profissionais e, em grande medida, acesso a exames e serviços especializados. Indicam fragilidades no que tange à coordenação do cuidado, ao acolhimento com estratificação de risco que têm referências negativas na resolutividade da rede de atenção (ALBUQUERQUE *et al.*, 2014; SILVA *et al.*, 2015). Revelaram-se, entre os profissionais da atenção básica, fragilidades relacionadas à conformação, postura, envolvimento e comprometimento dos profissionais que ao demonstrarem certa dificuldade em incorporar os conceitos de longitudinalidade e coordenação do cuidado, geraram paradoxalmente o aumento da demanda e pouca resolutividade (SILVA; OMANO, 2015).

Quadro 8 - Classificação das modelagens nas USF segundo enfermeiros e dentistas entrevistados 2018

USF	Enfermeiro	Dentista
USF 1	Básica	Básica
USF 2	Básica	Básica
USF 3	Básica	Reduzida
USF 4	Básica	Reduzida
USF 5	Básica	Básica
USF 6	Reduzida	Reduzida
USF 7	Padrão	Padrão
USF 8	Básica	Reduzida
USF 9	Básica	Básica
USF 10	Padrão	Padrão
USF 11	Básica	Padrão
USF 12	Básica	Reduzida
USF 13	Básica	Básica
USF 14	Reduzida	Reduzida
USF 15	Reduzida	Reduzida
USF 16	Reduzida	Reduzida
USF 17	Básica	Reduzida

Quadro 9- Comparação dos tipos de modelagens das práticas de acolhimento nas USF segundo os enfermeiros e dentistas entrevistados 2018

USF	ENFERMEIRO	DENTISTA
USF 10,7	Padrão	Padrão
USF 11		Padrão
USF 1,2, 5,9, 13	Básica	Básica
USF 3,4, 8,11,12,17	Básica	
USF 6,14,15,16	Reduzida	Reduzida
USF 3,4,8,12,17		Reduzida

Houve uma similaridade de resultados para os tipos de modelagens desenvolvidos em algumas USF para os enfermeiros e dentistas. Em 2 (11,76%) USF, pode-se observar a modelagem “Padrão”, em 5 (29,41%) USF para a modelagem “Básica” e em 4 (23,54%) USF para a modelagem “Reduzida” (Quadro 9). Ao analisar

a prática de acolhimento desenvolvida pelos dentistas constata-se que o número de USF na modelagem “Reduzida” é bem maior que a dos enfermeiros que apresentaram o seu maior número de USF na modelagem “Básica”. Talvez, esse resultado ocorra pela avaliação dos enfermeiros a uma prática mais definida em termos de funcionamento como: frequência dos dias, horários, acesso, um fluxo mais definido na organização da demanda onde ocorre uma maior participação dos profissionais da equipe. Enquanto isso, os profissionais dentistas se isolam na sua área específica de saúde bucal, com regras e organização mais indefinidas quanto ao desenvolvimento dessa prática (Diário de Campo).

Compreende-se, que o tipo de modelagem “Padrão” representada como melhor desempenho das equipes de saúde, na questão de organização do trabalho para o desenvolvimento da prática do acolhimento, é encontrada em poucas USF. Entretanto, a modelagem “Reduzida” que incorpora características de fragilidades e vulnerabilidades no desempenho das equipes de saúde para o desenvolvimento da prática do acolhimento é encontrada em número maior de USF (Quadro 8 e 9).

Torna-se notório, que não existe uma uniformidade quanto à prática do acolhimento. Mesmo sabendo que cada serviço tem suas “peculiaridades e individualidades”, faz-se necessário estabelecer padrões organizativos do serviço, embasado em normatizações, sendo fundamental o estímulo a educação permanente (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015). Estes achados corroboram com esta pesquisa.

Diante deste fato, é importante enfrentar o desafio de transformação desta situação para obtenção de melhores resultados na qualidade da atenção pelo serviço de saúde. A USF necessita estar preparada em toda sua logística indo da sua concepção “com uma definição do quê, de quem e em quais circunstâncias irá acolher” bem como das condições de trabalho que ofereçam dignidade e satisfação ao profissional e usuário (SILVA *et al.*, 2014). O acolhimento segue como um desafio na realidade de formação e atuação dos profissionais de saúde no Brasil (NILSON *et al.*, 2018).

Portanto, para o empoderamento do SUS e das práticas de saúde se faz necessário e urgente o aprofundamento do debate em volta da Educação Permanente em Saúde (EPS), como uma política pública implementada em todos os níveis

federativos, possibilitando avanços em saúde e na transformação das práticas educativas dos trabalhadores (PEDUZZI, 2009). A EPS, representa um instrumento que direciona para o desenvolvimento pessoal, social e cultural e está focada nos processos de ensino-aprendizagem, em que o próprio sujeito que aprende é um agente ativo, autônomo e gestor de sua educação (FRANÇA *et al.*, 2017). Parte do pressuposto de que, aprender e ensinar são elementos indissociáveis que permeiam no cotidiano dos serviços e na interação entre os profissionais (MICCAS; BATISTA, 2014). Nesse contexto, a formação dos trabalhadores em saúde é um elemento fundamental para que estes desenvolvam as atividades de forma articulada, centrados em evidências e comprometidos socialmente com a saúde de indivíduos e populações (ALMEIDA FILHO, 2011).

7.4 Identificação das potencialidades e fragilidades do acolhimento segunda as dimensões pesquisadas

Foram analisadas as potencialidades e identificadas as fragilidades no desenvolvimento da prática do acolhimento de acordo com os relatos dos enfermeiros e dentistas. Foi elaborada também uma tabela onde se classificou as potencialidades e as fragilidades do acolhimento por USF, de acordo com cada dimensão pesquisada na prática relatada pelo enfermeiro e pelo dentista (Apêndice j).

As potencialidades destacadas para uma boa prática de acolhimento:

- a) Proporcionar um acesso ampliado e ilimitado ao usuário sem utilização de fichas para fortalecer o vínculo e a qualidade do serviço. Apesar de estar longe do ideal, a partir da implantação do acolhimento, a ampliação do acesso aos serviços de APS foi evidenciada (COELHO; JORGE, 2009; DUARTE JUNIOR; SILVA, 2009; SCHOLZE; SANTANA *et al.*, 2012; TAKEMOTO; SILVA, 2007). A não utilização de fichas e senhas faz com que não haja necessidade dos usuários submeterem a filas na madrugada, diminuindo as chances de exposição destes à violência, baixas temperaturas e inacessibilidade às pessoas com dificuldades de mobilidade (CAMELO *et al.*, 2016). O acesso ampliado sem necessidade de filas, aumenta a criação e ampliação de vínculo nas relações interpessoais na Estratégia de Saúde da Família (VENDRÚSCOLO; BISOGNIN, 2018).

- b) A frequência de atendimento nos 5 dias da semana com agendamento de consulta para os profissionais potencializa o acesso levando a uma maior satisfação do usuário.
- c) As Unidades de Saúde da Família (USF) devem garantir mecanismos, que assegurem a acessibilidade e o acolhimento dos usuários com uma lógica organizacional que otimize este princípio, e construção de estratégias que promovam mudanças na rotina diária dos serviços (BRASIL, 2013).
- d) Em relação a organização da demanda, pode-se observar, que o acolhimento estar apoiado sempre ou frequentemente por ações educativas na recepção, fortalecendo a relação profissional usuário, além de aproveitar esse espaço para a troca de saberes e informações em saúde. Para Medeiros *et al.* (2010), a comunicação entre os atores, profissionais e usuários, deve ser permanente e continuada seja na sala de espera ou demais lugares da unidade não devendo acontecer apenas dentro dos consultórios.
- e) A organização da demanda estabelecida com participação integrada de equipes multiprofissionais na escuta de queixas generalizadas dos usuários, aumenta a integração das equipes de saúde. O trabalho em equipe multiprofissional transforma o modo de gerir a produção de cuidados buscando novas formas de mobilização do coletivo, valorizando a integralidade da atenção em saúde (PEREIRA; RIVERA; ARTMANN, 2013).
- f) O acolhimento desenvolvido em salas “específicas para acolhimento” onde se utilize a equidade no respeito as prioridades e necessidades dos usuários, promove uma melhor compreensão desta prática pelos usuários. Apesar de não ser fundamental é bastante útil e até necessária em alguns tipos de unidades, a presença de um local específico para acolher como a “sala de acolhimento” (BRASIL, 2013).
- g) A escuta qualificada com profissionais que se considerem capacitados para lidar com o subjetivo e particularidades do indivíduo, realizada em local que garanta sigilo e individualidade e sem julgamentos de valor ao usuário, com disponibilidade de tempo suficiente, possibilitando dessa forma os protagonismos dos sujeitos. A escuta qualificada é uma ferramenta potente e proporciona a concretização da integralidade e da equidade (DUARTE *et.al.*, 2017). Deve ser realizada em espaços que visem a confortabilidade, centrada

na privacidade e individualidade dos sujeitos e que possibilite a produção da subjetividade (BRASIL, 2010).

- h) Estabelecimento de um bom vínculo entre os profissionais e usuários é influenciado diretamente pela qualidade do diálogo e da confiança que se estabelece entre os atores. O vínculo é um mecanismo complexo, associado a múltiplas condições interdependentes e de certa forma sinérgica, que se potencializam umas as outras (SANTOS; ROMANO; ENGSTROM, 2018). Possibilita um ambiente de cuidado pela forma como os profissionais interagem com os usuários, na medida que se estabelece conversas em todos os espaços do serviço (SCHWARTZ *et al.*, 2010). O vínculo está estreitamente associado às necessidades de autonomia/autocuidado, pois ao estimular a relação de confiança entre serviço e usuário, possibilita fortalecer potencialidades para o enfrentamento do processo saúde-doença (MORAES; BERTOLOZZI; HINO, 2011).
- i) A presença de uma “ótima” ambiência é caracterizada por uma “boa ou ótima” estrutura física da USF respeitando os espaços necessários para o desenvolvimento das atividades práticas e com espaços adaptados para usuários com necessidades especiais, ambiente limpo e com construção específica para o funcionamento de uma unidade de saúde. A ambiência na saúde relaciona-se ao tratamento dado ao espaço físico, entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve favorecer atenção acolhedora, resolutiva e humana sendo considerada como um fator estruturante para a promoção de conforto e bem-estar, e de acolhimento dos usuários (BRASIL, 2010). Vale ressaltar que a compreensão dos conceitos da ambiência é fundamental para valorização do trabalho em equipe, no momento em que incorpora diretrizes fundamentadas no respeito às diferenças, na construção de vínculos e, demonstrando a necessidade de refinar no cotidiano condutas, que desenvolvam o respeito, a privacidade, a autonomia e a liberdade dos diferentes atores (GARCIA *et al.*, 2015).
- j) Utilização da classificação de risco e vulnerabilidades inseridas em protocolo de acolhimento construído pelas equipes de saúde da família, com profissionais capacitados para este fim, permite um acesso com mais equidade e segurança para os profissionais e usuários. O acolhimento com utilização da classificação

de riscos e vulnerabilidades, permite a melhoria no fluxo do atendimento, oportunizando uma melhor visibilidade do serviço, aumentando a satisfação profissional e do usuário, entretanto para este fim, existe a necessidade de qualificação de todos os envolvidos no processo (ROSSATO *et al.*, 2018).

- k) Para um desempenho melhor na resolutividade pelas equipes de saúde da família, faz-se necessário: a presença de grupos ativos nas USF, apresentar recursos tecnológicos suficiente para o desempenho das funções profissionais, apoio da gestão, apoio do NASF, rede de referências e contra referências com vagas suficientes, interação profissional entre os níveis de complexidade do serviço de saúde e ter a política da educação permanente.

O trabalho com grupos na AB é uma atividade frequentemente realizada e apresenta como foco principal promoção da saúde e prevenção de agravo. Além de facilitar a comunicação entre profissionais e usuários, trazem bons resultados para o vínculo, a integralidade entre a equipe e proporciona a troca de experiência entre os atores envolvidos (GONÇALVES *et al.*, 2017). A resolutividade nos serviços de saúde abrange uma complexidade de ações, entre elas: uma resposta às demandas de saúde de acordo com as necessidades individuais e coletivas, garantia do acesso ao atendimento com acolhimento, vínculo e responsabilização proporcionando uma produção do cuidado integral (OLIVEIRA, 2013).

Apesar das evidências de fragilidade enfrentadas pelas equipes no desenvolvimento das ações de cuidado na AB, não se pode deixar de ressaltar como avanços, a relevância dos esforços praticados no dia a dia do serviço, tanto pelos trabalhadores como pelos usuários. Se busca alternativa para alcançar a resolutividade na saúde por meio da multidisciplinaridade nas atividades do NASF e outras instituições como apoio. Estes esforços são importantes para que se chegue mais próximo de um resultado mais efetivo e satisfatório das necessidades de saúde dos usuários da Estratégia de Saúde da Família, aumentando então, a resolutividade (RIOS; NASCIMENTO, 2017).

E as fragilidades evidenciadas que interferem no desempenho da prática do acolhimento:

- a) Acesso ao serviço por meio de dias específicos e marcação na recepção com utilização de fichas e horários limitados em intervalos curtos. Os usuários

afirmam chegar muitas vezes de madrugada no serviço de saúde, para garantir uma senha de atendimento. No entanto, nem sempre conseguem uma consulta médica, ou mesmo um 'acolhimento' inicial às suas queixas (CAMPOS *et al.*, 2014). Sendo necessário rever essa forma de acesso com dias específicos de marcação ou vagas destinadas nas agendas apenas a grupos programáticos com o intuito de organizar melhor esta demanda, evitando sofrimentos dos usuários desnecessários (BRASIL, 2013). Os usuários avaliam que é necessário realizar avanços e transformações quanto à organização funcional referente ao acolhimento, à disponibilidade para consultas de urgência e as formas de acesso as consultas (FAUSTO *et al.*, 2014; CASTRO, 2009).

- b) Frequência do acolhimento com 3 dias ou menos na semana restringindo o acesso com qualidade e equidade.
- c) O acolhimento “nunca” ou “raramente” ser apoiado por atividades educativas desperdiçando oportunidades e espaços para o desenvolvimento de trocas de informações. Poucos espaços para discussões e fortalecimento do trabalho em equipe são apontados como dificuldades para o desenvolvimento da prática do acolhimento (OLIVEIRA; CORIOLANO-MARINUS, 2014).
- d) Organização da demanda se estabelece com participação fragmentada dos profissionais na escuta de queixas específicas de necessidades dos usuários, favorecendo o isolamento por categorias profissionais dentro do serviço de saúde. A atenção integral é visivelmente desarticulada, no cotidiano dos processos de trabalho das equipes de saúde da AB (DUARTE *et al.*, 2017). Apesar da proposta em reorientar o modelo tecno assistencial por meio da ESF, e das tentativas de se ultrapassar o modelo hegemônico, os profissionais vêm de uma formação que privilegia ações curativas, fragmentadas, mecanizadas, médico centradas (SILVEIRA; VIEIRA, 2009). Tanto os espaços de formação, quanto de atenção a saúde, permanecem fortemente consolidado no modelo biomédico (NILSON *et al.*, 2018). A não compreensão do significado do trabalho em equipe e integralizado implica no comprometimento da qualidade e da eficiência da atenção em saúde, desta forma, é importante que os profissionais compreendam e reflitam sobre o real sentido da palavra equipe (NAVARRO; GUIMARÃES; GARANHANI, 2014). Os dentistas expõem uma fragilidade na integração do trabalho em ações das equipes de saúde da

família, que dificulta ou mesmo impossibilita o alcance de respostas resolutivas aos fatores de risco comuns que as populações adscritas estão expostas. Então, é importante incrementar e discutir iniciativas que proporcionem modificações transformadoras no desenvolvimento do trabalho das ESB dentro do contexto da ESF (ASSANTI; ALONSO, 2016).

- e) A escuta qualificada realizada em curtos períodos com profissionais que não se sintam capacitados para lidar com a subjetividade e individualidade dos usuários e em espaços que não garantam a sua privacidade e a individualidade, fragilizam a confiança e o vínculo entre estes atores. Escutar transcende o ouvir, visto que não são apenas as palavras que penetram em nosso ser, mas todo o sentido posto nelas pela pessoa que fala (BRASIL, 2011). A escuta qualificada apresenta como obstáculos a infraestrutura inadequada e ausência de projetos de ambiência, implicando na acomodação dos usuários e profissionais, na dificuldade de garantir privacidade, impactando os processos de acolhimento e limitando e constringendo os processos de diálogos (SANTOS; SANTOS, 2011).
- f) Estabelecimento fraco de vínculo pela redução de tempo suficiente para um melhor entrosamento dos profissionais e usuários e pela limitação de estratégias criadas para estabelecer essa confiança no diálogo. Para Barbosa e Bosi (2017), torna-se bastante complexa a avaliação desse grau de vinculação apenas com discursos explicitado dos profissionais e usuários, apesar da importância da manifestação de sentimentos de: satisfação, empatia e envolvimento com a outra pessoa, para esta avaliação. Não é algo simples de se estabelecer. O vínculo é apontado como algo supostamente ausente, algo não visto, ou ainda um dever ser. Existem mecanismos no processo de acolhimento que podem ser mais bem avaliados pelo grau de aproximação, confiança, empatia, respeito entre os usuários e profissionais, que propiciam a formação desse vínculo com o serviço de saúde. Na medida que a equipe de saúde passa a enxergar a pessoa e não a sua doença, esta relação se torna mais fortalecida (BRASIL, 2013; CAMPOS *et al.*, 2014; CARNUT *et al.*, 2017; FRANCO; BUENO; MEHRY, 1999, , GUERREIRO *et al.*, 2013). A relação entre os profissionais e as pessoas que usam os serviços de saúde é um tema

- importante no âmbito do SUS e adquire uma linguagem especial na atenção básica pelo uso da palavra vínculo (BRASIL, 2012).
- g) Os profissionais que não gostam de realizar a prática do acolhimento nas USF, interferindo diretamente na relação de empatia com os usuários. O sentimento de insatisfação na organização da produção do trabalho é evidenciado, quando existe a necessidade constante de repensar, planejar, inventar variados mecanismos para suprir a falta de condições na realização de atividades propostas. A condição favorável para realizar um trabalho de qualidade, com uso da criatividade e liberdade é considerada como atitude geradora de prazer, no entanto, o oposto desta situação é considerada geradora de sofrimento. (GLANZNER; OLSCHOWSKY, 2017).
- h) Não utilizar a classificação de riscos e vulnerabilidades não tendo construído o protocolo de acolhimento com a equipe de saúde, proporcionando um acesso sem equidade. Os serviços da AB permanecem organizados de forma burocrática, em que as práticas dos acolhimentos são realizadas por ordem de chegada, sem priorizar o atendimento aos usuários com maior necessidade de atendimento. Assim, destaca-se a importância da implantação do Acolhimento Com Classificação de Risco (ACCR) (SILVA; BARROS; TORRES, 2012). Os profissionais das USF afirmam realizar a estratificação de risco e vulnerabilidade no acolhimento aos usuários, entretanto se auto avaliam sem capacitação para esta atividade. Essa situação demonstra limitação do potencial do acolhimento, como uma ferramenta importante para possibilitar o acesso com equidade. Indicando desse modo que uma parcela significativa das Equipes da Atenção Básica apresenta uma reduzida capacidade de identificação das diferentes gradações de risco para casos de maior urgência apresentados pelos usuários. (ALBUQUERQUE *et al.*, 2014). O acolhimento desenvolvido em muitas unidades básicas de saúde não segue o que está preconizado, tendendo a ocorrer uma divergência entre a prática do acolhimento orientada pelas políticas de saúde e aquela, que de fato é praticada nos serviços (CAMELO *et al.*, 2016; GIRÃO; FREITAS, 2016). Estes achados corroboram com esta pesquisa.
- i) A presença de ambiência “ruim” pela estrutura física deficiente com muitas fragilidades nos espaços para o desenvolvimento de atividades práticas, sem

adaptação para usuários com necessidades especiais e sem construção específica para o funcionamento de uma unidade de saúde.

- j) O desempenho considerado baixa resolutividade nas equipes de saúde ocorre pela ausência de grupos ativos na USF, pelos profissionais de saúde não disporem de recursos tecnológicos suficientes para o desempenho de suas funções, com apoio insuficiente da gestão, com disponibilidade de vagas inexistentes ou insuficientes na rede de referências, com fragilidades de interação entre os profissionais nos diferentes níveis de complexidade de atenção dos serviços de saúde, e insuficiência do desenvolvimento da política de educação permanente.

Constatou-se a necessidade de modificações das práticas em saúde para o fortalecimento do SUS na busca por soluções para ampliar a efetividade e resolutividade dos serviços ofertados pela atenção básica (RODRIGUES *et al.*, 2014).

Existe uma certa urgência em qualificar os trabalhadores para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar e/ou encaminhar os usuários na perseverança de construir o cuidado integral com sua relevância na gestão e avaliação de serviços de saúde (AFFONSO; BERNARDO, 2017).

Quando o acolhimento é bem desenvolvido pela equipe de saúde permite equilibrar a distribuição de responsabilidades entre estes membros, otimizando o planejamento do cuidado continuado, fortalecendo o enfrentamento de dois grandes desafios na atenção básica: melhorar o acesso e a resolutividade de forma mais humanizada aproximando os profissionais, usuários e a gestão (CARLOS *et al.*, 2017).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível analisar neste estudo, as diferentes práticas de acolhimento desenvolvidas nas USF do DS IV. Apresentando em sua grande maioria, uma participação das equipes de saúde nas USF, de forma fragmentada, centrada no modelo biomédico e sem uma participação efetiva multiprofissional e multidisciplinar.

Das práticas de acolhimento, a que incorporou características mais favoráveis e positivas foi a “multiprofissional e integrada com demanda de usuários com queixas generalizadas”, promovendo uma participação mais ativa de todos os integrantes da equipe de saúde favorecendo inclusive, uma melhor compreensão dos usuários sobre esta prática.

Quando analisamos os tipos de modelagens propostos nesta pesquisa, constatou-se, que uma pequena parte das USF se encaixavam no modelo “Padrão”. Sendo a forma mais consciente e organizada, que melhor dispõe dos princípios e diretrizes do SUS, contribuindo para uma prática de acolhimento com mais qualidade e humanização desse processo. As equipes de Saúde da Família apresentaram um maior número de USF enquadrado na modelagem “Básica”, enquanto as ESB se enquadraram na modelagem “Reduzida” em maior números de USF demonstrando que os dentistas precisam estruturar melhor seu acolhimento, a fim de diminuir as fragilidades reveladas nesta modelagem.

O acesso da demanda espontânea no processo do acolhimento possui muitas barreiras, dificultando a organização e planejamento dessa prática. A utilização de fichas, ou mesmo a limitação do número de pessoas, e a prática de marcação de consulta com dias específicos para médicos e dentistas na recepção, colabora fortemente para restringir o acesso, provocar filas pelas madrugadas, aumentando a insatisfação dos usuários e interferindo diretamente no princípio da integralidade e da equidade.

A organização da prática do acolhimento não é bem compreendida pelos profissionais das eSF, que não encontraram caminhos efetivos para driblar o excesso da demanda e oferece soluções que dificultam mais essa aproximação do usuário com o serviço, impactando negativamente na vinculação dessa população à equipe.

O vínculo se encontra na dependência direta de um bom acesso, organização da demanda, seguido de uma escuta com qualidade. Observa-se, que muito frequentemente, a prática do acolhimento realizada nos inícios e finais de turnos não favorece a escuta qualificada devido ao fator limitante do tempo, fragilizando essa interação profissional/usuário, o que gera uma insatisfação coletiva de ambos.

A classificação de riscos e vulnerabilidades permanece no inconsciente das equipes de forma muito subjetiva e individual, não sendo observado um fluxo mais concreto do usuário dentro do serviço, apesar de muitas equipes afirmarem a construção coletiva e utilização dessa ferramenta. Principalmente, no que se refere a ESB, a organização da prática do acolhimento transmite uma ideia de um processo improvisado, confundindo a população. As prioridades no acesso da comunidade parecem não ser levadas sempre em consideração, colocando em risco o princípio da equidade, além da não capacitação generalizada dos profissionais para este fim.

Na ambiência, a estrutura física “ótima” não garantiu uma melhor prática de acolhimento, entretanto as estruturas físicas “ruins ou péssimas” impactaram diretamente na qualidade dessa prática oferecendo muitos entraves no que diz respeito as péssimas condições do espaço físico. Não proporciona satisfação nem das equipes de saúde e nem dos usuários em permanecer por muito tempo nas USF, devido as altas temperaturas, a insuficiência de conforto de forma geral por interferir diretamente na organização dessa prática. A maioria das USF necessitam de adequação dos espaços para tornar possível e seguro a acessibilidade a portadores de necessidades especiais.

Para melhorar a resolutividade necessita-se adequar organização para um nível mais elevado de gestão, desenvolvendo atividades com mais efetividade. Pode-se citar como exemplo a disponibilidade de vagas a outros serviços de referência tornando realmente a AB ordenadora dos fluxos e contra fluxos nos encaminhamentos dos usuários, melhor interação entre os profissionais dos diferentes níveis de atenção, necessidade de mais USF cobertas pela a estrutura do NASF, e maior apoio das coordenações de área e das coordenações de políticas de saúde para que juntos promovam soluções mais concretas, dentro da área de atuação das USF. Nenhuma USF foi classificada com alta resolutividade devido ao relato dessas fragilidades ressaltadas no desenvolvimento da prática do acolhimento.

É importante destacar que estamos em um momento político complexo, com uma grande escassez de financiamentos e muitas reformas que desfavorecem a população no âmbito geral. A atualização da PNAB 2017 deixa muitas dúvidas quanto a uma atuação dos serviços públicos de saúde principalmente da atenção básica, podendo inclusive interferir negativamente no seu potencial de ordenadora da rede de atenção, quando coloca a escolha de “outros arranjos de adscrição com equivalência populacionais distintas” a disposição do gestor municipal e quando utiliza “a carteira de serviços” para delimitar a ofertas de serviços impactando diretamente no princípio da integralidade. Torna-se evidente, que a sobrevivência do SUS e do fortalecimento da atenção básica vai depender da sensibilidade e do envolvimento dos gestores no âmbito da macro e micropolítica.

Vale salientar que esta pesquisa apresentou algumas limitações de informações que poderiam ser complementadas com uma abordagem qualitativa, utilizando um número maior de categorias profissionais na participação da pesquisa, assim como, um número maior na amostragem dos usuários. Poderia se pensar na inclusão de gestores para a obtenção de informações mais completas.

Não restam dúvidas quanto a potência do acolhimento para tornar-se um serviço de saúde mais humanizado com aumento da qualidade da atenção proporcionando a ampliação do acesso com mais equidade. No entanto, faz-se necessário um melhor entendimento e sensibilização dos profissionais usuários e gestores, sobre este dispositivo da política de humanização para o desenvolvimento de uma prática com mais efetividade.

Para este fim, a política da educação permanente torna-se essencial no intuito que os profissionais e gestores sintam-se fortalecidos e empoderados nos princípios e diretrizes do SUS, favorecendo o protagonismo dos usuários. Sendo fundamental, a compreensão da importância desta tríade: gestão, profissionais e usuários para o aumento da qualidade do serviço de saúde pública.

REFERÊNCIAS

- AGRIPINO, N. A. *et al.* Ambiência como estratégia de humanização: experiências na atenção à saúde bucal. In: **Congresso Online - Convibra Gestão, Educação e Promoção da Saúde** (Online) - Universidade federal de Goiás, Goiânia, 2016. Disponível em: <https://www.fefd.ufg.br/n/44966-convibra-congresso-online-de-gestao-educacao-e-promocao-da-saude>. Acesso em: 20 nov. 2017.
- ALBUQUERQUE, M. S. V. *et al.* Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 182-194, out. 2014. Número especial.
- ALMEIDA, E. R. *et al.* Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão. **Revista Panamericana Salud Publica**, Washington, v. 42, out. 2018. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e180/pt/#>. Acesso em: 20 jan. 2018.
- ALMEIDA, F. R. **Humanização da assistência na atenção primária à saúde**. 2015. 26 f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Estratégia Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.
- ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 29, n. 2, p. 84-95, fev. 2011.
- ALVES, M. G. M. *et al.* Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 34-51, out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0034.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2018.
- ANTUNES, M. H.; ROCHA, E. F. Desbravando novos territórios: incorporação da Terapia Ocupacional na estratégia da Saúde da Família no município de São Paulo e a sua atuação na atenção à saúde da pessoa com deficiência – no período de 2000-2006. **Revista Terapia Ocupacional**, São Paulo, v. 3, n. 22, p. 270-278, 2011.
- ARAÚJO, D. B; MENEZES, L. M. B.; SOUSA, D. L. Atenção secundária em saúde bucal e a implementação dos Centros de Especialidades Odontológicas em um estado do Nordeste, Brasil. **Revista Gaucha de Odontologia**, Porto Alegre, n. 60, v.1, p.49-54, 2012.
- ARAÚJO, P. O.A.; ASSIS, M.M.A. Organização da demanda e oferta de serviços na Estratégia de Saúde da Família. **Revista Saúde.Com**, Jequié, v.13, n. 4, p. 994-1002, 2017.
- ARRUDA, C, SILVA D.M.G.V. Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com Diabetes Mellitus. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, n.5, v. 65, p. 758-766, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n5/07.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2017.

ASSANTI, A.A.S; ALONSO, C.M.C Percepção dos dentistas sobre o trabalho em equipe. **Revista Terapia Ocupacional**, Univ. São Paulo, n.27, v.2, p. 216-20, maio/ago. 2016.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e humanização das práticas de saúde. *In*: DESLANDES, S. F. (org.). **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 49-84.

AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 14, n. 35, p. 797-810, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n35/3010.pdf>. Acesso em: 9 jan. 2018.

BARALDI, D. C.; SOUTO, B. G. A. A demanda do acolhimento em uma unidade de saúde da família em São Carlos, **Arquivos Brasileiro da Ciência e Saúde**, São Paulo v. 36, n.1, p.10-17, jun./abril. 2011.

BARBOSA, G. C. *et al.* Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.66, n.1, p.123-127, jan./fev. 2013

BARBOSA, S. P.; ELIZEU, T. S.; PENNA, C. M. M. Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Minas Gerais n.18, v.8, p. 2347-2357, ago. 2013.

BARBOSA, M. I.; BOSI, M. L. M. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. **Revista Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 04, p. 1003-1022, out./dez. 2017.

BARRA, S.A.R.; OLIVEIRA, L.M. O acolhimento na atenção primária à saúde: dispositivo disparador de mudanças na organização do processo de trabalho? **Revista de Atenção Primária a Saúde**, Juiz de Fora, abr/jun; v.15, n. 2, p.126-138, 2012. disponível em: <file:///C:/Users/Bete/Downloads/1451-10495-1-PB.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2017.

BARROS, R. S.;BOTAZZO, C. Subjetividade e clínica na atenção básica: narrativas, histórias de vida e realidade social. **Ciência e Saúde Coletiva** [online].Rio de Janeiro, vol.16, n.11, p.4337-4348, 2011. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a06v16n11.pdf>. Acesso em 10 dez. 2017.

BECK, C.L.C.; MINUZZI, D. O acolhimento como Proposta de Reorganização da Assistência à Saúde: uma análise bibliográfica. **Revista Saúde**, Santa Maria, vol. 34 a, n. 1-2, p 37-43, 2008.

BEHR, E. M. S. Z. Dificuldades nas Práticas do Acolhimento na Unidade Básica de Saúde do Jardim Atlântico – Florianópolis – Santa Catarina. In: PEREIRA, M. F. *et al.* **Coleção Gestão da Saúde Pública: contribuições para a gestão do SUS.** Ed. Fundação Boiteux, Florianópolis, 2013. v. 6.

BERNARDES, L. C. G.; ARAÚJO, T. C. C. F. Deficiência, políticas públicas e bioética: percepção de gestores públicos e conselheiros de direitos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 17, p. 2435- 2446, 2012.

BESTETTI, M.L.T. Ambiência: espaço físico e comportamento. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.3, n. 17, 601-610, 2014

BEZERRA, R. S.; CARVALHO, E. L. Profissionais de saúde e dispositivos de mediação na atenção básica. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.). **Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde.** Rio de Janeiro: CEPESC: IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, p. 149-160, 2011.

BRANCO, S. C. **Texto de estudo (política nacional de atenção básica (pnab): princípios e diretrizes).** Pará: Unasus, 2018.

BRANDÃO, G.C.G; OLIVEIRA, M.A.C. O Trabalho em equipe em Unidade de Saúde da Família (PB). **Revista de Sistema e Computação** [online], Salvador, v. 3, n.5, p.51-62, 2016. Disponível em: <http://www.ufcg.edu.br/revistasaudeeciencia/index.php/RSC-UFCG/article/viewFile/406/260>. Acesso em: 03 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde.** 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Cadernos de Textos. Cartilhas de Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**, 2011^a

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Cadernos de Atenção Básica, n. 28).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 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. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**; manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2011d. 62 p. (Série A Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p. (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1)

BRASIL. **Acolhimento na gestão de trabalho em saúde** / Ministério da saúde- 1 ed.; Brasília: Ministério da Saúde, 2016.32 p.

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

URLEY, A. M. The Listening: the forgotten skill. A self-teaching guide. New York: John Wiley & Sons; 1995. What is listening and what can it do for you?; p. 1-13 in RAIMUNDO, J.S.; CADETE, M.M.M. Escuta qualificada e gestão social entre os profissionais de saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 25, n. 2, 2012.

BRUNELLO M. E. F. *et al.* O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007) **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v.23 n.1. 2010.

CAMELO, M. S *et al.* Acolhimento na atenção primária à saúde na ótica de enfermeiros. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v.29, nº.4, jul/ago, 2016.

CAMPOS, R.T.O. *et al.* Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. Especial, p. 252-264, out. 2014.

CAPAZZOLO, *et al.* **2º Caderno de Apoio ao Acolhimento**: orientações, rotinas e fluxos sob a ótica do risco e vulnerabilidade. Prefeitura Municipal de São Paulo, Secretaria de Saúde de São Paulo, dez. 2010.

CARLOS, I.L. *et al.* Acolhimento e estratégia de saúde da família: relato de experiência **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, n. 27: e-1916, 2017.

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

CARPES, A. D. *et al.* A construção do conhecimento interdisciplinar em saúde **Disciplinarum Scientia**. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 13, n. 2, p. 145-151, 2012.

CARPEZANI, E.M.; SERAPIÃO, M.I. Acolhimento com Classificação de Risco: Avaliando o serviço a partir da demanda de pacientes de uma Unidade de Pronto Socorro no município de Lins/SP. 2017. 86f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação de Enfermagem) - Centro Universitarium Católico Salesiano Auxillium-Lins, 2017.

CARRAPATO, P. J. F. L.; CASTANHEIRA, E. R. L.; PLACIDELI, N. Percepções dos profissionais de saúde da atenção primária sobre qualidade no processo de trabalho **Saude e Sociedade**, São Paulo, n. 27, v. 2, abril/jun. 2018.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.13, n.1, p.105-11, 2005.

CASTANHEIRA, E. R. L. *et al.* QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 935-947, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/11.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2018.

CATARINO, L.C. **Importância do Acolhimento na atenção básica. Governador Valadares -MG**. 2013. 37f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de especialização em Atenção Básica em saúde da Família) -Universidade Federal de Minas Gerais-Governador Valadares, 2013.

CECILIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela Integralidade e Equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009. p.117-130.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CHAGAS, H. M. A.; VASCONCELLOS M. P. C. Quando a porta de entrada não resolve: análise das unidades de saúde da família no município de Rio Branco, Acre. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, vol.22 n.2, abr/jun. 2013.

CHAVES, M.C; MIRANDA, A.S. Discursos de cirurgiões-dentistas do Programa Saúde da Família: crise e mudança de hábitos na Saúde Pública. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.12, n.24, p.153-67, jan./mar. 2008

CLEMENTINO, F. S. *et al.* Acolhimento na atenção básica: análise a partir da avaliação externa do programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (pmaq-ab). **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p. 62-80, 2015.

CLEMENTINO, F.S. *et al.* Acolhimento na Perspectiva do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 21 n 4 p. 323-332, 2017.

COELHO, B. P. A. **Reformulação da clínica a partir de diretrizes para a atenção e gestão na saúde: subjetividade, política e invenção de práticas**. 178f. 2012. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

COELHO, B. P.; COUTO, G.A. O modelo de atenção e gestão em Recife: a dupla tarefa da produção de saúde e da produção de sujeitos no Sistema Único de Saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 44, p. 113-122, maio, 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução n. 466, de 2012**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo seres Humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012.

CORREA. A. C. P. *et al.* Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, 2011.

COSTA, S.M. *et al.* Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Revista Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n. 7, p.2147-2156, jul. 2013.

COSTA, J. P. *et al.* Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 733-743, out-dez. 2014.

COSTA, P. C.P. *et al.* Acolhimento e cuidado de enfermagem: um estudo fenomenológico. **Texto e Contexto Enfermagem**, São Paulo, v.25, n.1, 2016.

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

COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L.de M. Acolhimento na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 514- 524, 2015.

COUTO, L. L. M.; SCHIMITH, P. B.; ARAUJO, M. D. Psicologia em ação no SUS: a interdisciplinaridade posta à prova. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 33, n. 2, p. 500-511, 2013

CUBAS, M.R. *et al.* Avaliação da atenção primária à saúde: validação de instrumento para análise de desempenho dos serviços. **Saúde em Debate** [serial on the internet], Rio de Janeiro, vol. 41, n.113, p.471-485, abr./jun. 2017.

CRUZ L.R, RIBEIRO T.R.L.T 1 (Re)implantação do Acolhimento em uma UBS de Sergipe: relato de experiência. **International nursing congresso-UNIT**, Sergipe, p. 9-12, maio, 2017.

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.

DALL'AGNOL C. M.; LIMA M. A. D. S.; RAMOS D. D. Fatores que interferem no acesso de usuários a um ambulatório básico de saúde. **Revista. Eletrônica de Enfermagem**. [Internet], Goiás, v.11, n.3, p. 674-680, 2009

DE CARLI, R. *et al.* Acolhimento e vínculo nas concepções e práticas dos agentes comunitários de saúde. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n.3, p. 626-632, jul./set. 2014.

DIAS M. P; GIOVANELLA L. Prontuário eletrônico: uma estratégia de coordenação entre a atenção primária e secundária à saúde no município de Belo Horizonte. **Revista Eletrônica Comunicação Informação e Inovação em Saúde** [Internet], Rio de Janeiro, v.7, n.2, 2013.

DIAS, O.V, *et al.* Acesso às consultas médicas nos serviços públicos de saúde. **Revista Brasileira Medicina da Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, n.11, v.38, p.1-13, 2016.

DUARTE, L.A.P. *et al.* Contribuição da Escuta Qualificada para a Integralidade na Atenção Primária. **Revista Gestão e Saúde**, Brasília, v. 08, n. 03, p. 414 – 429, set. 2017.

FACCIN D.; SEBOLD, R.; CARCERERI DL. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. **Revista Ciencia e Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, n.15, v.1, p.1643-52, 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. **Revista Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v.13, n.1, p.4-9, jan./mar. 2010.

FARIAS, M.R. **Análise da integração da equipe de saúde bucal no programa saúde da família**. 2009. 175 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2009.

FARIA, R. S. R. **Acesso no contexto da ESF em um município do Vale do Jequitinhonha-MG**. 2014. 128f - Dissertação (Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

FARIAS M.R, SAMPAIO J.J.C. Papel do cirurgião- -dentista na equipe de saúde da família. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Campinas, v. 59, n.1, p. 109-15, 2011;

FAUSTO, M.C.R. *et al.* O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 1, p. 12-17, set. 2018.

FEIJÓ, V. B. E. R. **Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: análise da demanda atendida no pronto socorro de um hospital escola**. 2010. 112 f. Dissertação (Programa de Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

FERNANDES, C. F; CORDEIRO, B. C. o gerenciamento de unidades básicas de saúde no olhar dos enfermeiros gerentes. **Revista de Enfermagem** (online), Recife, v.12, n.1, p.194-202, jan. 2018.

FERRAZ L. R *et al.* Acolhimento: uma prática real ou mera ideologia? **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v.17, n 2, p.122-130, abr./jun. 2015.

FERREIRA, N. *et al.* Vivência e prática do acolhimento com classificação de risco no setor de urgência e emergência. **Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina**, Universidade do Estado de Mato Grosso, Cáceres, n. 9, p. 31-39, jan/jul. 2018.

FERREIRA, V. L. **As múltiplas faces da gestão: a prática gerencial nos serviços de saúde de Pirai**. 101 f. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

FERREIRA, R.C.; VARGA, C.R.R.; SILVA, R.F. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.14, supl.1, set./out. 2009.

FERTONANI, H.P. *et al.* Modelo Assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n. 6, p.1869-1878, 2015.

FIGUEIREDO, N. E. **Implantação do acolhimento e classificação de Risco em Unidade básica de saúde**: Desafios para o profissional de enfermagem. 2010, 29 fl. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

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. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2 p. 345-353, abr. /jun.1999.

FRANCO, T. B.; FRANCO, C. M. Acolhimento com Classificação de Risco e a Micropolítica do Trabalho em Saúde: A Experiência de Silva Jardim – RJ. **Revista Atenção Primária em Saúde**, Juiz de Fora, v.15, n. 2, p. 227-223, abr./jun. 2012.

FREIRE FILHO, J.R. **Formação interprofissional para o trabalho em equipe: uma análise a partir dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família**. 2014. 147f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

FREITAS, A. C. S. R. V. **Forças Impulsionadoras e Restritas para o Trabalho em Equipe em Unidades Básicas de Saúde da Família**. 2011. 121 f., Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Enfermagem da Universidade de Goiás-Goiânia, 2011.

FREITAS, W. R. S.; JABBOUR, C. J. C. Utilizando estudo de caso(s) como estratégia de pesquisa qualitativa: boas práticas e sugestões. **Estudo e Debate**, Lajeado, v. 18, n. 2, p. 07-22, 2011.

FREITAS, F. D. et al. Ambiente e humanização: retomada do discurso de Nightingale na política nacional de humanização. **Revista Escola Anna Nery** [online], Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.654-660, 2013.

FORTUNA, C. M, *et al.* O acolhimento como analisador das relações entre os profissionais, gestores e usuários. **Revista Escola de Enfermagem**, São Paulo, n.51, 2017.

GARCIA, A. C. P. *et al.* Análise da organização da atenção básica no Espírito Santo: (des)velando cenários. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 221-236, out. 2014.

GARUZI, M. et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 35, n. 2, p.144–9. 2014.

GIANINNI, G.P.S.O **Acolhimento na Estratégia de Saúde da Família: Práticas e conhecimentos dos enfermeiros**. 2016. 86f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) -Universidade Federal do Maranhão, São Luís. 2016

GIGLIO-JACQUEMOT A. **Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários**. 144p. Rio de Janeiro (RJ):editora Fiocruz; 2005

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIRÃO, A. L. A.; FREITAS, C. H. A. Usuários hipertensos na atenção primária à saúde: acesso, vínculo e acolhimento à demanda espontânea. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. 2, p. 1-7, 2016.

GLANZN, C. H.; OLSCHOWSKY, A. A ambiência e sua influência no trabalho de equipes de saúde da família. **Revista Saúde e Desenvolvimento Humano**, Canoas, v.5, n, 1, p. 7- 14. 2017.

GOMES, K.O.*et al.* Atenção Primária à Saúde- A “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, supl.1, p. 881-892, 2011a.

GOMES, M. C. **Percepção dos usuários sobre o acolhimento pela equipe da ESF de Glória de Dourados/ MS**. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Glória de Dourados- MS, 2011b

GOMES, P.G *et al.* A análise do acolhimento na perspectiva das equipes de saúde da família e dos usuários no centro de saúde da família 04 do riacho fundo II, **Revista Atenção Primária em Saúde**, Juiz de Fora, v.17, n. 3, p. 325 - 333. jul./set. 2014.

GONÇALVES, M.R. *et al.* **Desafios da atenção primaria em saúde**. UFRGS, Porto Alegre ,2017, 85 p.

GRANJA, G. F.; ZOBOLI E.L.C.P. Humanização da Atenção Primária à Saúde: Gestão em redes e governança local. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.36, n. 3, p.494-501, 2012.

GUERRERO, *et al.* O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. **Texto contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, Mar. 2013.

GRUCHOUSKEI, F.; ALVES, L.; SCANDELAR, V. **Acolhimento com classificação de risco - um novo modelo para a assistência**. 2011.

http://proficiencia.cofen.gov.br/site/index.php?option=com_content&view=article&id=326:acolhimento-com-classificacao-de-risco-um-novo-modelo-para-a-assistencia&catid=39:blog&Itemid=65. Acesso em: 23 dez. 2017.

ILHA, S. *et al.* - vínculo profissional-usuário em uma equipe da estratégia saúde da família. **Revista Ciência, Cuidados e Saúde**, Maringá, n.13, v.3, p. 556, jul./set. 2014.

JACOWSKI, M. *et al.* Trabalho em equipe: percepção dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, p. 1-9, abr./jun.2016.

JUNGES, J.R. *et al.* O discurso dos profissionais sobre demanda e a humanização. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, n. 3, v. 21, jul./set.2012.

KELL, M. C. G.; SHIMIZU, H.E. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(Supl. 1), p.1533-1541, 2010.

LEITE, R.S. *et al.* Estratégia Saúde da Família versus centro de saúde: modalidades de serviços na percepção do usuário. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.24 n.3, p. 323-329, 2016.

LIMA, E.F.A *et al.* Avaliação da Estratégia Saúde da Família na Perspectiva dos Profissionais de saúde. **Revista Escola. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.275-280, 2016.

LIMA, F.S. *et al.* Exercício da liderança do enfermeiro na estratégia saúde da família. **Revista Pesquisa Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v.8, n.1, jan./Mar. 2016.

LIMA, C.A. *et al.* Relação profissional-usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista. **Revista bioética**, Brasília, v. 22, n.1, p. 152-60, 2014.

LEITE, M. T. *et al.* Gestão do cuidado na estratégia saúde da família: revisão narrativa. **Revista Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, v. 14, n. 48, p. 106-115, abr./jun. 2016

LIMA, W. A. **Implantação do acolhimento nas unidades de estratégia de saúde da família no município de Guapé MG**: mudanças percebidas pelos profissionais atuantes. 2011. 31f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública) - Universidade Federal de Minas Gerais, Formiga, MG, 2011.

LISA, C. I. **O Acolhimento a demanda espontânea na Unidade Básica da Estratégia de Saúde da Família no povoado de São Bento, Maragogi**. 2015.

29f.Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

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

LOPES, A. S. **Acolhimento prescrito x real: uma análise sobre as relações entre trabalhadores e usuários na Estratégia Saúde da Família**. 2014. 120 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

LUZ, A. R. et al. Acolhimento: uma reflexão sobre o conceito e a realidade. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, Brasília, v. 4, n.2, p.353-65, 2013.

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

MAIA, D.B. *et al.* Atuação interdisciplinar na Atenção Básica de Saúde: a inserção da Residência Multiprofissional. **Revista Saúde Transformação Social**, Florianópolis, v. 4, n. 1, p. 103-110, 2013.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MARQUES, G. Q. LIMA, M. A. D. S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Revista Latino Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 13-19, jan./fev. 2007.

MARQUES-FERREIRA, M.L.S; BARREIRA-PENQUES, R.M.V; SANCHES-MARIN, M.J. Acolhimento na percepção dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. v. 14, n 2, **Chía**, Colombia, jun. 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/741/74131358008.pdf>. Acesso: 12 Dez. 2017.

MARTINS, A.R. *et al.* Práticas dos trabalhadores de saúde na comunidade nos modelos de atenção básica do Sul e Nordeste do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n.12 p.2279-2295, dez. 2010.

MARTINS, A. N. *et al.* A inserção do cirurgião – dentista no psf: revisão sobre as ações e os métodos de avaliação das equipes de saúde bucal. **Revista de Iniciação Científica da Universidade**, Vale do Rio Verde, Três Corações, v. 4, n. 1, p. 24-33. 2014.

MARTINS, C. C. **Análise do processo de acolhimento em UBS em Minas gerais tendo preferência o plano diretor da atenção primaria a saúde**. 2012. 162f. Dissertação (Mestrado em saúde pública) -Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de janeiro, 2012.

MASSON, N. *et al.* Acolhimento e vínculo: tecnologias relacionais na produção da saúde. **Revista Brasileira Pesquisa em Saúde**, Vitória, v.17, n, 2, p. 103-110, abr./jun. 2015.

MATIAS, P.S. **Grupos de educação em saúde nas unidades básicas de saúde: concepções de quem faz**. Niterói, RJ. 2017.112 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Ciências do Cuidado em Saúde) - Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2017.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática ou sobre a integralidade. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n. 5, p. 1411-1416, set./out, 2004.

MAZON, L.M. *et al.* Execução financeira dos blocos de financiamento da saúde nos municípios de Santa Catarina, Brasil. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, 2018, v. 42, n.116, p.38-51. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811603>.

MAZZI, R.A.P.; OLIVEIRA, L.Y.Q.; SUNAKOZAWA, L.F. “Confiança e reciprocidade nas relações formais e informais em saúde”, **Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales**, Espanha, jun. 2018. <https://www.eumed.net/rev/cccss/2018/06/confianza-relacoes-saude.html>. Acesso: 12 dez. 2017.

MEDEIROS, A.F. *et al.* Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. **Revista Salud Pública**, Bogotá, v.12, n.3, jun. 2010.

MIELKE, F.B.; OLSCHOWSKY, A. Ações de saúde mental na estratégia saúde da família e as tecnologias em saúde. **Revista Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, p.762-768, out./dez. 2011.

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.

MERHY, E. E. Saúde: **A cartografia do trabalho vivo**. Ed. Hucitec. 3ª Ed São Paulo, 2002.

MERHY, E. E.; Franco, T.B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, Ano XXVII, v.27, N. 65, Set/Dez de 2003.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 71-112.

MIALHE F.L, SILVA C.M.C. A educação em saúde e suas representações entre alunos de um curso de odontologia. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16(Supl. 1), p.1555-1561, 2011.

MICLOS, P.V.; CALVO. M.C.M.; COLUSSI, C.F. Avaliação do desempenho da atenção básica nos municípios brasileiros com indicador sintético. **Saúde em Debate**, [online] Rio de Janeiro, v.39, n.107, p.984-996, 2015.

<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n107/0103-1104-sdeb-39-107-00984.pdf> Acesso: 12 dez. 2017.

MISHIMA S. M, *et al.* A assistência na saúde da família sob a perspectiva dos usuários. **Revista Latino Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.18, n.3, p, 436-43. 2010;

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

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

MONTEIRO, M. M., FIGUEIREDO, V. P. MACHADO, M.F. A. S. Formação do vínculo na implantação do programa saúde da família numa unidade básica de saúde. **Revista Escola de Enfermagem** (online), São Paulo, vol.43, n.2, pp.358-364, 2009. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000200015

MORAIS, I. F. et al. O que mudou nos serviços de saúde com a estratégia saúde da família. **Revista de enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v.13, n.2, p.291-9, 2012.

MORAES P.A, BERTOLOZZI M.R, HINO P. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. **Revista Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 45, n. 1, p.19-25, mar. 2011.

MOREIRA, M.A. D. N et al. Políticas públicas de humanização: revisão integrativa da literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p.3231-3242, 2015.

MOROSINI, M.V.G.; FONSECA, A.F. LIMA, L.D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan./mar 2018.

MOTTA, B.F.B.; PERRUCCHI, J.; FILGUEIRAS, M.S.T. O Acolhimento em Saúde no Brasil: uma revisão sistemática de literatura sobre o tema. **Revista. Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Belo Horizonte, v.17, n.1, jun. 2014.

NAVARRO, A.S.S, GUIMARAES, R. L. S, GARANHANI, M. L. Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Rede de Enfermagem do Nordeste** (online), Fortaleza, n.17, v.1, p.61-8, 2013.

NAVARRO L. M., PENA R. S. A Política Nacional de Humanização como estratégia de produção coletiva das práticas em saúde. **Revista de Psicologia da UNESP**, Assis, v.12, n.1, 2013.

NEVES, C. A. B.; HECKERT, A. L. C. Micropolítica do processo de acolhimento em saúde. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, ano 10, n.1, p.151-168, 2010.

NEVES M, PRETTO, S.M, ELY, H.C. Percepções de usuários e trabalhadores de saúde sobre a implantação do acolhimento em uma unidade de saúde em Porto Alegre-RS, Brasil., **Revista Odontologia**, Araraquara, n.42, v.5, p.364-71, 2013.

NERY S.R, *et al.* Acolhimento no cotidiano dos auxiliares de enfermagem nas Unidades de Saúde da Família, Londrina (PR). **Ciencia e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 14 11, 2009.

NILSON, L. G. **Minicurso: Introdução ao Acolhimento**. Moodle TELESSAUDE. Florianópolis, 2014
<https://pt.scribd.com/document/363112942/curso-introducao-ao-acolhimento-versaofinal-15-05-1>. Acesso: 12 dez. 2017.

NILSON, L.G.*et al.* Acolhimento na percepção de estudantes de medicina **Revista Atenção Primária em Saúde**, Juiz de Fora, n, 21, v.1, p. 6 -20, jan./mar. 2018.

NUNES, E.C.D.; VIANA, P.S. o desafio da interdisciplinaridade para o acolhimento no contexto hospitalar – uma análise sistêmica. **Revista Eletrônica da FAINOR**, Vitória da Conquista, v.10, n.2, p.54-77, jun./ago. 2017.

NUTO S.A.S, *et al.* O acolhimento em saúde bucal na estratégia de saúde da família, Fortaleza-CE: um relato de experiência. **Revista Atenção Primária em Saúde**, Juiz de Fora, v.13, n. 4, p.505-9, 2010.

OLIVEIRA, E. R. A. *et al.* Impacto da implementação do Acolhimento com classificação de Risco para o trabalho dos profissionais em uma Unidade de pronto-atendimento. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 148-156, 2013.

OLIVEIRA JUNIOR J.C; SOUZA M.K.B. A humanização nos serviços da atenção básica de saúde: concepções de profissionais de saúde. **Revista de Enfermagem** (online), Recife, 7(5), p. 4370-7, jun., 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11676>

OLIVEIRA, J.L.C *et al.* Acolhimento com classificação de risco: percepções de usuários de uma unidade de pronto atendimento. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n.1, 2017.

OLIVEIRA, C.V. S.; CORIOLANO-MARINUS, M.W.L. Acolhimento na estratégia saúde da família: uma revisão integrativa. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 2 n. 2, p. 211 - 225, 2016.

OLIVEIRA L. M. L; TUNIN, A. S. M.; SILVA, F.C. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção em saúde. **Revista Atenção Primária em Saúde**, Juiz de Fora.; v.11, n. 4, p. 362-7, 2011.

OLSCHOWSKY A. *et al.* Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: a realidade em Foz do Iguaçu. **Revista Escola de Enfermagem**, São Paulo, v.43, n. 4, p. 781-7, 2009.

PALHETA, R.P; COSTA, R.J. Caminhos da humanização hospitalar em Manaus: os trabalhadores na roda. **Saude e Sociedade**, São Paulo, v.21(Supl. 1), p. 253-264, 2012.

PASHE, D.; PASSOS E. Inclusão como método de apoio para produção de mudanças na saúde: aposta da Política de Humanização da Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 86, p.423-3, 2010.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, E. A. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4541-4548, nov. 2011.

PELISOLI, C. *et al.* Acolhimento em saúde: uma revisão sistemática em periódicos brasileiros. **Estudos psicologia**, Campinas, v.31, nº.2, abr./jun. 2014.

PENNA, C.M.M.; FARIA, R. S. R.; REZENDE, G.P. Acolhimento: triagem ou estratégia para universalização do acesso a atenção á saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 18, nº.4, p,815-822, out./dez.2014.

PEREIRA, A.D *et al.* Atentando para as singularidades humanas na atenção à saúde por meio do diálogo e acolhimento. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.31, n.1, p.55-61, Mar. 2010.

PERREAULT, M. *et al.*, PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL • reflexões críticas à luz da promoção de saúde. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v.1, n. 5, p.159-179, jan./jun. 2016.

PERUZZO, H.M. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n.4, 2018.

PETEAN, E; COSTA, A. L. R. C.; RIBEIRO, R. L. R. repercussões da ambiência hospitalar na perspectiva dos trabalhadores de limpeza. **Revista Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n.3, p. 615-635, 2014.

PIMENTEL, F. C. *et al.* Análise da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário VI, Recife (PE). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2189-2196, 2010.

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 comunicação, saúde e educação**, Botucatu, v.15, n.36, p.185-98, 2011.

PINTO, M. F. R. **Acolhimento na atenção básica: uma proposta de capacitação para profissionais de saúde Volta Redonda..** 2013. 99f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino Ciências da Saúde e do Meio Ambiente) - Universidade Fundação Oswaldo Aranha, Rio de Janeiro, 2013.

PINTO, V.L. **Implantação do acolhimento nas unidades de saúde da família, da microregião 6.1 do distrito sanitário VI, na cidade do Recife**. 2012. 29f. Monografia (Especialização em Saúde Pública-Fiocruz-Instituto Aggeu Magalhães, Recife, 2012.

POERSCH, L.G.; ROCHA, C.M.F.R. Acolhimento sob a perspectiva dos profissionais da saúde da estratégia saúde da família. **Revista Sanare**, Sobral, v.15, n. 2, p.60-67, jun./dez. 2016.

QUEIROZ, E. S.; PENNA, C. M. M. Conceitos e práticas de integralidade no município de Catas Altas-MG. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.15, n.1, p. 62-69, jan./mar. 2011.

QUINDERÉ, P. H. D; JORGE, M. S.B.; FRANCO, T. B. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? **Revista Physis** (online), Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 253-271, 2014.

RAMOS, M. J. M.; BEZERRA, M. I. C.; PAIVA, G. M. Saúde, ambiente e qualidade de vida: reflexões da experiência da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade de Fortaleza-CE. **Cadernos Escola de Saúde Pública do Ceará**, Fortaleza, v.7 supl 2, p.53-65, 2013.

REBELLO, C. M. KOOPMANS, F. F.A, ROMANO, V. F. O acolhimento no processo de trabalho na estratégia da saúde da família: reflexão sobre conceitos. **Corpus et Scientia**, Rio de Janeiro v. 8, n. 3, p. 127-138, dez. 2012.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **Recife em Defesa da Vida: Cartilha para gestores e trabalhadores de saúde**. Recife: Secretaria Municipal de Saúde, 2009.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2011**. Recife: Secretaria Municipal de Saúde, 2011.

RECIFE. Secretaria de Saúde do Recife. **Plano Municipal de Saúde 2014 – 2017**. 1. ed.-Secretaria de Saúde do Recife, 2014

REIS, Vilma. **Contra a reformulação da PNAB – nota sobre a revisão da Política Nacional de Atenção Básica**. [Rio de Janeiro]: Abrasco: Cebes, 2017. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/contra-reformulacao-da-pnab-nota-sobre-revisao-da-politica-nacional-de-atencao-basica/29798/>. Acesso em: 20 jan. 2018.

REZENDE, G. P. **Vínculo na Estratégia Saúde da Família na perspectiva de usuários e profissionais de saúde**. 2015. 100f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

RIBEIRO, J.P.; GOMES, G. C; THOFEHRN, M.B. Ambiência como estratégia de humanização da assistência na unidade de pediatria: revisão sistemática. **Revista Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 48, n.3, p. 530-9, 2014. www.ee.usp.br/reeusp/

RIBEIRO, L. C. C.; ROCHA, R. L.; RAMOS-JORJE, M. L. Acolhimento às Crianças na Atenção Primária à Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2316-2322, dez. 2010.

RIOS, M.O.; NASCIMENTO, M.A.A.N. Produção do cuidado para resolubilidade da estratégia de saúde da família: saberes e dilemas. **Revista de Enfermagem (online)**, Recife, v.11 n. 9, p, 3542-50, set. 2017.

ROCHA, N. B. et al. Conhecimento sobre acolhimento com classificação de risco pela equipe da Atenção Básica. espaço para a saúde. **Revista de Saúde Pública**, Londrina, v. 18, n. 1, p. 72-80, jul. 2017.

RODRIGUES, A. A. A. O, *et al.* Práticas da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família e a construção (des)Construção da integralidade em feira de santana - ba **Revista Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 13, n. 4, p. 476-485, out./dez. 2010.

RODRIGUES, A.P. B *et al.* Concepção da equipe de enfermagem sobre acolhimento com classificação de risco. **Revista de Enfermagem (online)**, Recife, ago./jan, v. 8, n. 8, p. 2626-32, 2014.

RODRIGUES, H. B.; CAVALCANTE, J.H.V. Vivência de escuta qualificada no acolhimento da emergência adulta. **Revista Sanare**, Sobral, V.14 - Suplemento 1 - COPISP – 2015.

RODRIGUES, J. S. M. *et al.* O atendimento por instituição pública de saúde: percepção de famílias de doentes com câncer. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 270-280, 2013.

RODRIGUES, P.H.H. **Acolhimento com Classificação de Risco no SUS**: Inserção de protocolos ou mudança de postura? 2013, 15 fl. Trabalho de conclusão de Curso (Curso técnico de enfermagem Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia,) Porto Alegre, 2013.

RONCATO, A.Z.B.; ROXO, C. O; BENITES, D.F. Acolhimento com classificação de risco na estratégia de saúde da família. **Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v.56 n.4, p, 308-313, out./dez. 2012. Disponível em: <http://www.amrigs.org.br/revista/56-4/1048.pdf>. Acesso em: 15 set. 2018.

ROSA, R. B.; PELEGRINI A. H. W.; LIMA, M. A. D. S. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. (Online), Porto Alegre, v.32, n.2, p.345-351, jun. 2011. <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/94925/000787874.pdf?sequence=1> . Acesso em: 12 dez. 2018.

ROSSATO, K. *et al.* Acolhimento com classificação de risco na estratégia de saúde da família: percepção da equipe de enfermagem **Revista de Enfermagem**, Recife, v.1, n. 8, p.144- 147, jan./mar.2018.

RUDIO, F. V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 1985.

SABADIN, L.F; LODI, C. S. Propostas para a organização prática das ações de saúde bucal na unidade básica de saúde da família. Uma revisão de literatura. **FOL Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep**, v. 23, n. 1, p. 26-36, jan./jun. 2013. <http://dx.doi.org/10.15600/2238-1236/fol.v23n1p26-36>.

SALAZAR B.A.; CAMPOS M.R.; LUIZA V.L. A Carteira de Serviços de Saúde do Município do Rio de Janeiro e as ações em saúde na Atenção Primária no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 783–796, 2017.

SANCHEZ H. F.; DRUMOND, M. M. Atendimento de urgências em uma faculdade de odontologia de Minas Gerais: perfil do paciente e resolutividade. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 59 n.1, p,79-86, 2011.

SANCHEZ, R.M; CICONELLI, R.M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana Salud Publica**, Washington, v.31, n.3, p.260-268, 2012.

SANGLARD-OLIVEIRA C.A *et al.* Atribuições dos técnicos em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais, Brasil. **Ciencia e Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n. 8, p.2453-60, 2013.

SANTANA, M. L. Demanda espontânea e planejamento estratégico situacional no Programa Saúde da Família de Pindamonhangaba. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Florianópolis; v.6(19), p.133-41, abr./jun. 2011.

SANTANA J.C.B, *et al.* Acolhimento em um serviço da Atenção Básica à Saúde de Minas Gerais. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, Divinópolis, v.2, n. 2, p.166-76, 2012.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Estratégia Saúde da Família na coordenação do cuidado em região de saúde na Bahia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n.40, v.108, p. 48-63, 2016

SANTOS, N. M. L.; HUGO, F.N. Formação em Saúde da Família e sua associação com processos de trabalho das Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 4319-4329, 2018.

SANTOS, J. P. **A escuta qualificada - instrumento facilitador no acolhimento ao servidor readaptado**. 2014. 26f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização do curso de gestão em pessoas) - Programa FVG in company, **São Paulo**,2014.

SANTOS, M. F. O; COSTA, S. G. G; FERNANDES, M.G.M. Acolhimento como estratégia para humanizar a relação médico paciente. **Espaço para a Saúde - Revista Saúde Pública**, Paraná, v. 13, n. 1, p. 66-73, 2011.

SANTOS A.M. Organização das Ações em Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família: Ações Individuais e Coletivas Baseadas em Dispositivos Relacionais e

Instituintes. **Revista Atenção Primária em Saúde**, Juiz de Fora, v. 9, n. 2, p. 190-200, 2011.

SANTOS, A.M; OLIVEIRA, A.C.D. **Atenção centrada na pessoa**. Belo Horizonte: Mimeo, 2013, p 7.

SANTOS, J.S. *et al.* **Protocolos clínicos e de regulação**: acesso à rede de saúde. Rio de Janeiro: Elsevier, 1ª ed. Rio de Janeiro, v.1, p.3, 2012.

SANTOS, T. V.C; PENNA, C. M. M. Acessibilidade e resolutividade dos serviços de saúde: perspectivas de usuários e profissionais. **Revista da Faculdade de Ciências Gerenciais de Manhuaçu - Pensar Acadêmico**, Manhuaçu, MG, v. 12, n. 1, p.98-108, janeiro-junho, 2015. Disponível em: <http://pensaracademico.facig.edu.br/index.php/pensaracademico/article/view/213/185>

SANTOS FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B.; GOMES, R.S. A política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.13, supl.1, p. 603-13, 2009.

SANTOS, R. R. *et al.* Influência do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v.18, n.1, p. 130-139, jan./mar, 2016.

SANTOS, I. M. V.; SANTOS A.M. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, Londrina, v. 13, n. 4, p. 703-716, ago. 2011.

SARKIS, L.V. K, A Importância do Acolhimento na Gestão de Saúde: um estudo no Posto de Saúde Prado do Município de Biguaçu/SC. **Coleção Gestão da Saúde Pública**, Santa Catarina, v.4, p.144-158, 2012.

SCARDUA, M.T. **O agente comunitário de saúde na recepção das unidades da atenção primária**. 2015. 77f. Dissertação (Mestrado em saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro. 2015.

SCHERER, C.I. *et al.* O trabalho em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma difícil integração? **Saúde em Debate** (online), Rio de Janeiro, v.42, n.2, p. 233-246. 2018

SCHOLZE, A.S. Acolhimento com classificação de risco para a Estratégia Saúde da Família: a prática em uma unidade docente-assistencial. **Revista Brasileira Medicina Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v.9, n. 31 p. 219-226, abr./jun. 2014.

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, v. 13, n. 31, p. 303-14, 2009.

SEVERO, S.B, SEMINOTTI, N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.1, n.5, p.1685-98, 2010.

SOUZA C.C; TADEU L.F.R, CHIANCA TCM. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional Brasileiro e Manchester. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n.1, p.26-33, jan./fev. 2011

SILVA, P.M, BARROS K. P, TORRES, H.C. Acolhimento com classificação de risco na Atenção Primária: percepção dos profissionais de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v 16, n. 2, p. 225- 231, abr. 2012.

SILVA, J. A.; BOLPATO, M.B. Proposta de implantação do protocolo de acolhimento com avaliação e classificação de risco no setor de emergência do pronto socorro de Barra do Garças- MT. **Revista Eletrônica Interdisciplinar Univar**, Vale do Araguaia, v. 9, n.1, p. 85-9, 2013.

SILVA, K. L. *et al.* Estudos de casos múltiplos: uma estratégia para investigação de saúde e enfermagem. *In*: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 2013, Natal. **Anais**. Natal: Associação Brasileira de Enfermagem – Seção Rio Grande do Norte, 2013.

SILVA S.E.M, MOREIRA M.C.N. Equipe de saúde: negociações e limites da autonomia, pertencimento e reconhecimento do outro. **Ciência e Saúde Coletiva** (online), Rio de Janeiro, v. 20, n.10, p. 3033-42; 2015.

SILVA, M.T.A. *et al.* Implantar o acolhimento na estratégia de saúde da família é viável? **Revista Em Extensão**, Uberlândia, v. 17, n. 1, p. 153-165, jan./jun. 2018.

SILVA, M.A.I. *et al.* Protocolo para acolhimento com avaliação de risco, necessidades e vulnerabilidades. *In*: Protocolos clínicos e de regulação: acesso à rede de saúde, **Elsevier**, Rio de Janeiro, p. 23-48, 2012.

SILVA T. F.; ROMANO, V. F. Sobre o acolhimento: discurso e prática em Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro, **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.363-374, abr./jun. 2015.

SILVA, P. M.; BARROS, K. P.; TORRE, H. C. Acolhimento com classificação de risco na atenção primária percepção dos profissionais de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.12, n.2, p. 225-231, 2012.

SILVA, M.L.; GOMES FILHO, D.L A Percepção dos Usuários sobre a Incorporação da Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v.12, n. 3, p. 369-76, jul./set., 2012.

SILVA, M. T. *et al.* O acolhimento na estratégia de saúde da família é viável? **Em Extensão**, Uberlândia, v. 17, n. 1, p. 153-165, jan./jun. 2018.

SILVA, M.N. P. *et al.* Qualidade do acolhimento na unidade básica de saúde. **Revista de enfermagem** (online), Recife, n. 9, v. 9, p. 9923-8, nov., 2015.

SILVA, J. C, *et al.* Percepção dos residentes sobre sua atuação no programa de residência multiprofissional. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 28, n. 2, p.132-138, 2015.

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. (org.). **Cuidado as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004. p. 241 - 257.

SILVA, M. F. *et al.* Protocolo de avaliação e classificação de risco de pacientes em unidade de emergencial. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 2, p.218-25, mar/abr. 2014.

SILVA L. A; CASOTTI C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, jan. 2013.

SILVEIRA, D. P, VIEIRA A.L.S. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. **Ciência Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, v.1, n.14, p.139-48, 2009.

SILVEIRA E.R, *et al.* Educação em Saúde Bucal Direcionada aos Deficientes Visuais. **Revista Brasileira de Educação especial**, Bauru, v.2, n.21p,289-298 2015.

SCHIMITH M. D. *et al.* Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. **Revista Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p:479-503, 2011.

SOARES NETO, F. M. **acolhimento como processo de qualificação do trabalho da unidade básica de saúde Santa Rita em Governador Valadares-Mg.** Governador Valadares 2014. 30f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Estratégia de Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Governador Valadares, 2014.

SPERONI, A. V.; MENEZES, R. A. Os sentidos do Acolhimento: um estudo sobre o acesso à atenção básica em saúde no Rio de Janeiro. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 380- 385, 2014.

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

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde: Unesco: DFID, 2004.

SOPELETE, M.C; BISCARDE, D.G.S. Acesso aos serviços de saúde na realidade brasileira: sugestões para superação de alguns desafios -Escola de Enfermagem, **Revista Encontro de Pesquisa em Educação**, Uberaba, v. 1, n.1, p. 140-153, 2013.

SOUZA, C.C. *et al.* Classificação de risco em pronto – socorro: concordância entre protocolo institucional Brasileiro e Manchester. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n.1, jan./mar. 2011.

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, 2008.

SOUZA, M. C. *et al.* Necessidades de saúde e produção do cuidado em uma unidade de saúde em um município do Nordeste, Brasil. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 38, n. 2, p.139-148, 2014.

SOUZA M.F, MERCHÁN-HAMANN E. Quinze anos de uma agenda em construção: diálogos sobre o PSF no Brasil. **Ciencia e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14 (Supl. 1), p.1336-1345. 2009.

SOUZA, T.H; ZEFERINO, M.T. e FERMO, V.C. Recepção: ponto estratégico para o acesso do usuário ao sistema único de saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis v. 25, n. 3, 2016.

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. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23 n. 2, fev. 2007.

TENÓRIO, R. M. S. A. **Avaliação do grau de implantação do dispositivo Acolhimento nas unidades de saúde da família da cidade do Recife**. 2011, 90 fl, Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Instituto de Medicina Integral professor Fernando figueira (IMIP), Recife, 2011.

TESSER, C. D; POLI NETO; P.; CAMPOS, G.W. S. Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para equipes de saúde da família. **Ciência e Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. sup.3, p.3615-3624, 2010.

TESSER, C. D; NORMAN, A. H Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Saúde Social**, São Paulo, v.23, n.3, 2014.

TESSER, C.D.; NORMAN. A.H.; VIDAL, T.B.3. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n 1, p. 361-378, set. 2018.

THOMAS, J. R.; NELSON, J. K. **Research methods in physical activity**. 3. ed. Champaign: Human Kinetics, 1996.

TOBAR, F; YALOUR M.R. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

TORRES, H. C.; LELIS, R. B.; Oficinas de formação de profissionais da equipe Saúde da família para a gestão do acolhimento com Classificação de risco. **Ciência e Enfermagem**, Minas Gerais, v.16, n. 2, p. 107 – 113, 2010.

TRINDADE, L.L; PIRES, D.E.P. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. **Texto Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, jan./mar, v. 22, n.1, p. 36-42. 2013.

TURRINI, R. N. T.; LEBRÃO, M. L. CESAR, C. L. G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.3, p. 663-674, mar, 2008.

VASCONCELOS F.N, VASCONCELOS, E.M e DUARTE, S.J. O acolhimento na perspectiva das Equipes de Saúde Bucal inseridas na Estratégia Saúde da Família: uma revisão bibliográfica da literatura brasileira. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 5, n. 3, 2011.

VIACAVA, F *et al.* SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.6, jun. 2018.

VIEGAS, A.P.B; CARMO, R.F., LUZ, M.P. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.24, n.1, p.100-112, 2015.

VIEGAS S. M. F.; PENNA C.M. M. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17 n. 1, p. 133-41, 2013.

VIEIRA DOS SANTOS, I.M; SANTOS A.M. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. **Revista Salud Pública**, Bogotá, v. 13, nº 4, p. 703-716, 2011.

VILELA, S. M. P. **Relato de experiência: o problema da fila numa unidade de saúde**. 2010. 36f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão de Sistema e Serviços de Saúde) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães- Fiocruz - Recife, 2010.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

(Resolução Publicada 510/16 do Conselho Nacional Saúde, que trata de pesquisa com seres humanos e atualiza a resolução 466/12 CNS/CONEP).

NOME DA PESQUISA: A PRÁTICA DE ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. Pesquisa referente ao Mestrado Profissional em Saúde Pública. Sob responsabilidade da pesquisadora Elizabete Maria de Vasconcelos Galindo, orientada pela Professora Dr^a Orientadora: Prof^a Dr^a Islândia Maria Carvalho de Sousa e Co-orientadora: Prof^a Dr^a Márcia Maria Dantas Cabral de Melo. Instituição: Instituto de Pesquisa Aggeu Magalhães-FIOCRUZ;

Prezado(a) Senhor (a) :Estamos convidando-o (a) para participar de uma pesquisa. Você foi selecionado(a), pois representa um dos profissionais ou usuário que participa desta prática do acolhimento. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, ou ainda, com a Fiocruz /PE ou com o serviço de Saúde Municipal de Recife. A pesquisa tem como objetivo: Analisar a prática do acolhimento na Estratégia de Saúde da Família (ESF), a sua colaboração é importante e se trata de aceitar ser entrevistado e falar sobre a sua experiência nos serviços de saúde sobre sua vivência das práticas do acolhimento, respondendo a um formulário de entrevista. Os possíveis riscos desta pesquisa estão relacionados ao desconforto de fornecer informações sobre sua vida pessoal e profissional o que pode ocasionar certos constrangimentos ao senhor(a) porém estes constrangimentos serão atenuados pela liberdade de expor apenas o que deseja. A entrevista será gravada em equipamento digital e posteriormente será transcrita para o material poder ser analisado pela equipe da pesquisa para posterior análise. Ao participar o (a) senhor (a) contribuirá para melhorar a assistência à saúde na Estratégia de Saúde da Família e tem garantido os seguintes direitos:

1. Receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca de todos os procedimentos e benefícios relacionados com a pesquisa;
2. A liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isto traga nenhum prejuízo a sua pessoa;

3. A segurança de que não será identificado em hipótese alguma e que será mantido o caráter confidencial da informação que seja prestada;

Se o (a) senhor (a) concordar em participar, pedimos que assine este papel em duas vias, dizendo que entendeu as explicações e que está concordando.

Uma dessas vias ficará em seu poder e a outra deverá ficar com o pesquisador responsável pela pesquisa.

Consentimento Livre e Esclarecido

Eu _____, após ter recebido todos os esclarecimentos e ciente dos meus direitos, concordo em participar desta pesquisa, bem como autorizo a divulgação e a publicação de toda informação por mim transmitida, exceto dados pessoais, em publicações e eventos de caráter científico. Desta forma, assino este termo, juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do(s) pesquisador (es).

Local: _____ Data: ____/____/_____.

Assinatura do participante

Assinatura do Pesquisado

APÊNDICE B - PRÁTICA DE ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - ENTREVISTA COM O PROFISSIONAL DA USF (FORMULÁRIO PARA ABORDAGEM QUANTITATIVA)

*Obrigatório

1.

Categoria Profissional * *Marcar apenas uma oval.*

- Médico
- Enfermeiro
- Cirurgião-Dentista
- Técnico de Enfermagem
- Auxiliar de Saúde Bucal (ASB)
- Técnico de Saúde Bucal (TSB)
- Agente de Saúde da Família (ACS)

2. Unidade de Saúde da Família (USF) * *Marcar apenas um oval.*

- USF Caranguejo
- USF Sitio Cardoso
- USF Sinos
- USF Emocy Krause
- USF Casarão do Cordeiro
- USF Sitio das Palmeiras
- USF Engenho do Meio
- USF Campo do Banco
- USF Vietnã
- USF Barreiras
- USF Rosa Selvagem
- USF Amaury de Medeiros
- USF Jardim Teresópolis
- USF Skylab
- USF Vila União
- USF Brasilit
- USF Cosme Damião
- USF Cosirof

USF Macaé

USF Sitio Wanderley

3. Sexo *

Marcar apenas um oval.

- Feminino
- Masculino

4. Quanto tempo está no serviço público? *

Marcar apenas um oval.

- 1 a 5 anos
- 6 a 10 anos
- 11 a 15 anos
- Mais de 15 anos

5. Quanto tempo trabalha nessa Unidade de Saúde? * *Marcar apenas um oval.*

- 2 a 5 anos
- 6 a 10 anos
- 11 a 15 anos
- Mais de 15 anos

6. Qual a maior pós-graduação que apresenta? *

Marcar apenas um oval.

- Aperfeiçoamento
- Especialização
- Residência
- Mestrado
- Doutorado
- Pós Doc

Não apresenta Pós-Graduação

7. Esta USF realiza o acolhimento? * *Marcar apenas um oval.*

- Sim *Ir para a pergunta 10.*
- Não

8. Se NÃO, qual o motivo? *

Marque todas que se aplicam.

- A equipe de Saúde da Família (eSF) considera que há falta de espaço físico na ESF.
- Desmotivação da Equipe por questões político administrativas
- A eSF não acredita no acolhimento como forma de organização da demanda
- A eSF se considera despreparada para escuta qualificada

Outro motivo: Especificar

9. Outro motivo de não realizar o acolhimento?

10. O acolhimento no momento se encontra: * Marcar apenas um oval.

- Ativo *Ir para a pergunta 15.*
- Suspenso *Ir para a pergunta 13.*
- Suspenso para algumas categorias profissionais. *Ir para a pergunta 11.*

11. Se suspenso, para quais categorias profissionais? * Marque todas que se aplicam.

- Médico
- Enfermeiro
- Cirurgião-Dentista
- ACS
- Outra Categoria:

Especificar 12. **12. Outra Categoria**

profissional?

13. O motivo da suspensão? *Marque todas que se aplicam.*

- Decisão da Equipe de Saúde da Família
- Decisão pessoal do profissional
- Decisão da categoria profissional em assembleia
- sindical Outro: Especificar

14. Outro motivo de suspensão?

15. Este acolhimento ocorre de forma multiprofissional (Médico, Enfermeiro e Dentistas) onde estes profissionais atendem a demandas generalizadas (queixas médicas, de enfermagem e de saúde bucal)? * *Marcar apenas um oval.*

- Sim
- Não

16. A equipe de saúde bucal realiza o acolhimento APENAS de usuários com queixas de demandas específicas para saúde bucal? * *Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

Acesso e Organização da Demanda

17. O acesso do usuário (demanda espontânea) a esta USF ocorre através de:

* *Marque todas que se aplicam.*

- Acolhimento
- Triagem
- Marcação de consulta na recepção
- Abordagem pelo ACS
- Abordagem pelo ASB
- Abordagem pelo Técnico de Enfermagem
- Outro Especificar:

18 18 Especificar:

19. Como se organiza o acesso do usuário ao acolhimento? *

Marcar apenas um oval.

- Ordem de chegada
- Prioridades de atendimento (pacientes especiais, gestantes, mãe com crianças até 2 anos, lactantes, idosos, pacientes com limitações físicas ou neurológicas)
- Prioridades a pacientes com sofrimento físico e psíquico

Todos estes fatores acima citados são levados em consideração para a organização da demanda

20. Quem realiza a organização da demanda no acesso do usuário? *

Marque todas que se aplicam.

- Recepcionista
- Porteiro/Vigilante
- ACS
- Técnico de Enfermagem
- Outro

21. Como funciona a organização da demanda para o acolhimento? *

Marcar apenas um oval.

- Fichas Limitadas (número de fichas limitadas para o acolhimento). *Ir para a23*
- Fichas Ilimitadas (durante todo o turno). *Ir para a pergunta 23.*
- Limitação por ficha e por horário. *Ir para a pergunta 23.*
- Não utiliza fichas (ordenamento da demanda por chegada/prioridades e limitação por *ir para a pergunta 23.*

Outra: Especificar

22 22 Especificar

23. Qual a quantidade de fichas ou pessoas para o acolhimento:

Marcar apenas um oval.

- 10 Fichas/pessoas *Ir para a pergunta 25.*
- 15 Fichas/pessoas *Ir para a pergunta 25.*
- 20 Fichas/pessoas *Ir para a pergunta 25.*
- 25 Fichas/pessoas *Ir para a pergunta 25.*
- 30 Fichas/pessoas *Ir para a pergunta 25.*
- 35 Fichas/pessoas
- Ilimitada dentro do horário do acolhimento

24. Outra Quantidade:**25. Em quais turnos são realizados este Acolhimento? ***

Marcar apenas um oval.

- Manhã
 Tarde
 Manhã e Tarde

26. Com que frequência é realizado este acolhimento pela eSF? Marcar apenas um oval.

- 1 dia por semana
 2 dias por semana
 3 dias por semana
 4 dias por semana
 5 dias por semana

26. 27. Quais os profissionais que participam deste acolhimento? * Marque todas que se aplicam.

- Médico
 Enfermeiro
 Cirurgião-Dentista
 Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem
 TSB
 ASB
 ACS
 Recepcionista
Porteiro/Vigilante

27. **28. Onde é realizado o Acolhimento?**

- Salas específicas para o acolhimento
- Sala de reunião
- Consultórios
- Recepção

Outro local: Especificar

29 **29. Outro local:**

30. **30. O acolhimento é apoiado por alguma atividade educativa realizada na recepção? * Marcar apenas um oval.**

- Nunca
- Raramente
- Algumas Vezes
- Frequentemente
- Sempre

31. **31. No acolhimento acontece agendamento de consulta clínica para profissionais que atuam na USF? ***

Marcar apenas um oval.

- Sim *Ir para a pergunta 32.*
- Não *Ir para a pergunta 33.*

32. **32. Se SIM, o agendamento de consulta acontece para quais profissionais?**

** Marque todas que se aplicam.*

- Médico
- Enfermeiro
- Cirurgião-Dentista
- NASF
- Outro Profissional

33. **33. Fora o acolhimento existe outra forma de marcação de consulta?**

- Marque todas que se aplicam.*
- Na recepção com dias específicos para médicos
- Na recepção com dias específicos para dentistas
- Na recepção com dias específicos para enfermagem
- Na recepção nos dias de acolhimento
- Na recepção qualquer dia da semana (enfermeiro)
- Através do ACS
- Através do técnico de enfermagem
- Através do ASB/TSB

Não existe outra forma de marcação senão pelo acolhimento

34 **34 Especificar** Outra forma: Especificar

35. **35. No Acolhimento são garantidas vagas para atendimento clínico no dia, aos usuários com necessidades de cuidados imediatos e possíveis na USF? (intercorrências) * Marcar apenas um oval.**

- Nunca
- Raramente
- Algumas Vezes
- Frequentemente
- Sempre

36. **36. Se garante estas vagas, quais profissionais disponibilizam este atendimento? * Marque todas que se aplicam.**

- Médico
- Enfermeiro
- Cirurgião-Dentista
-

Outro Profissional: Especificar

37. 37. Outro Profissional:

38. 38. Onde são anotadas as informações do acolhimento? *Marque todas que se aplicam.*

- Prontuário do paciente
- Livro para o acolhimento
- Prontuário eletrônico do Cidadão
- (PEC). Outro: Especificar

39. 39. Outro meio de anotação:

40 **40. Qual o tipo de acolhimento é desenvolvido na USF?** *Marcar apenas um oval.*

- Acolhimento pela equipe de referência do usuário
- Equipe de acolhimento no dia
- Acolhimento misto (equipe de referência do usuário + acolhimento do dia)
- Acolhimento Coletivo
- O Acolhimento do dia + acolhimento específico para demanda de saúde bucal do dia
- O acolhimento pela equipe de referência do usuário + acolhimento específico para a demanda de saúde bucal do dia
- O Acolhimento do dia + acolhimento específico para a demanda de saúde bucal pela equipe de referência
- O Acolhimento pela equipe de referência do usuário + acolhimento específico para a demanda de saúde bucal pela equipe de referência.
- Acolhimento específico para demanda de saúde bucal

Escuta Qualificada e Vínculo

41. **41. Todos os usuários que chegam a USF espontaneamente tem suas necessidades escutadas e avaliadas?** * *Marcar apenas um oval.*

- Nunca
- Raramente
- Algumas Vezes
- Frequentemente
- Sempre

42. **42. Considera que existe tempo suficiente no acolhimento para uma escuta qualificada?**

*

Marcar apenas um oval.

- Nunca
- Raramente
- Algumas Vezes
- Frequentemente
- Sempre

43. **43. Considera que a escuta qualificada realizada acontece sem julgamento de valor aos usuários? ***

Marcar apenas um oval.

- Nunca
 Raramente
 Algumas Vezes
 Frequentemente
 Sempre

44. **44. Considera-se capacitado para lidar com o subjetivo e as particularidades de cada indivíduo no processo de acolhimento? *** *Marcar apenas um oval.*

Marcar apenas um oval.

- Nunca
 Raramente
 Algumas Vezes
 Frequentemente
 Sempre

45. **45. A escuta qualificada acontece em ambiente que se possa manter a privacidade e a individualidade para garantir o atendimento diferenciado e personalizado do usuário? *** *Marcar apenas um oval.*

- Nunca
 Raramente
 Algumas Vezes
 Frequentemente
 Sempre

46. **46. Quais as estratégias utilizadas na eSF, consideradas promotoras de vínculo? *** *Marque todas que se aplicam.*

- Acesso facilitado a equipe de Saúde da Família
 Visita Domiciliar
 Reuniões com a comunidade
 Consultas clínicas
 Atividades coletivas / ações de saúde

Acolhimento

47. 47. Quais as dificuldades que você considera para a construção de vínculo no acolhimento? *

Marque todas que se aplicam.

- Tempo reduzido na escuta
- Excesso de demanda espontânea
- Excesso de burocratização do serviço
- Acesso dificultado (limitação de senhas, filas de madrugada, sobrecarga de serviços). Dificuldade de compreensão do usuário sobre este serviço

48. 48. Você tem satisfação de participar na realização do acolhimento? * Marcar um oval.

- Nunca
- Raramente
- Algumas Vezes
- Frequentemente
- Sempre

49 49. Sente-se valorizado e respeitado pelos profissionais da equipe no processo do acolhimento? *

Marcar apenas um oval.

- Nunca
- Raramente
- Algumas Vezes
- Frequentemente
- Sempre

50. 50. Sente-se valorizado e respeitado pelos usuários da comunidade no processo do acolhimento? *

Marcar apenas um oval.

- Nunca
- Raramente
- Algumas Vezes
- Frequentemente
- Sempre

Ambiência

51. **51. Você considera a estrutura física da USF?**

** Marcar apenas um oval.*

- Ótima
- Boa
- Regular
- Ruim
- Péssima

52. **52. Considera o ambiente da sua USF limpo? ***

Marcar apenas um oval.

- Nunca
- Raramente
- Algumas Vezes
- Frequentemente
- Sempre

53. **53. Em uma escala de 0 a 10, como avalia os seguintes itens em sua USF? * Marcar apenas um oval por linha.**

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Iluminação	<input type="checkbox"/>										
Conforto	<input type="checkbox"/>										
Cores	<input type="checkbox"/>										
Ergonomia	<input type="checkbox"/>										
Cheiro	<input type="checkbox"/>										
Ventilação	<input type="checkbox"/>										
Barulho	<input type="checkbox"/>										

54. **54. A estrutura física da sua ESF possui: ***

Marque todas que se aplicam.

- Recepção
- Sala de Acolhimento
- Sala de Médico
- 1 Sala Médico/Enfermeiro
- Sala do Dentista
- Sala de Enfermagem
- Sala dos ACS
- Sala de Vacina
- Sala de Curativo
- Sala de Esterilização/Expurgo
- Sala de Reunião
- Copa/Cozinha
- Sanitário para usuário
- Sanitário para profissionais
- Estacionamento

Espaço externo para desenvolver atividades.

Farmácia.

55. **55. A USF é adaptada para pessoas portadoras de necessidades físicas especiais (ex: rampas de acesso, barras de apoio, corrimão, portas com largura adequada para cadeirantes etc)? * Marcar apenas um oval.**

- Em nenhum ambiente
- Em poucos ambientes
- Na maioria dos ambientes
-

Em todos os ambientes

56. **56. Considera que a sua USF apresenta recursos tecnológicos suficientes para facilitar e satisfazer o desempenho da sua atividade? * Marcar apenas um oval.**

- Sim
 Não

- 57 **57. Numa escala de 0 a 10, como avalia o acesso a internet em sua USF, como fator de agilidade e maior facilidade para desenvolver suas funções individuais e multiprofissionais? ***
Marcar apenas um oval.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>										

58. **58. A USF necessita de algum reparo? Marcar apenas um oval.**

- Sim
 Não *Ir para a pergunta 60.*

59. **59. Se SIM, necessita de reparo?**
Marque todas que se aplicam.

- Na estrutura física (alvenaria)
 Na estrutura elétrica
 Na estrutura hidráulica
 Na estrutura sanitária

Seção sem título

60. **60. A USF já passou por alguma reforma? Marcar apenas um oval.**

- Sim
 Não

61. **61. Esta USF foi construída para ser uma Unidade de Saúde? Marcar apenas um oval.**

- Sim
 Não

Classificação de Riscos e Vulnerabilidades

62. 62. O acolhimento realizado nesta USF utiliza classificação de riscos e vulnerabilidades? *

Marcar apenas um oval.

- Sim *Ir para a pergunta 63.*
 Não *Ir para a pergunta 64*

63. 63. São avaliados que tipo de risco? Marcar apenas um oval.

- Físico e biológico
 Social
 Físico, biológico e social

64 64. Segue-se algum protocolo de atendimento? *

Marcar apenas um oval.

- Nunca
 Raramente
 Algumas Vezes
 Frequentemente
 Sempre

65. Este protocolo foi construído pela equipe de saúde da família? *

Marcar apenas um oval.

- Sim
 Não

66. Neste protocolo está inserida a avaliação de riscos e vulnerabilidades? Marcar apenas um oval.

- Sim
 Não

67. Os profissionais que realizam o acolhimento foram capacitados para a classificação de riscos e vulnerabilidades para o usuário? * Marcar apenas um oval.

- Sim
 Não

65. **68. Considera que da classificação de riscos e vulnerabilidades podem ocasionar: * Marque todas que se aplicam.**

- Acolhimento com mais equidade
 Agilidade e maior efetividade no acolhimento
 Aumento da interação multiprofissional
 Maior satisfação do usuário
 Potente mecanismo no auxílio do profissional para melhor direcionamento do usuário
 Dificuldade no processo do acolhimento
Necessidade de capacitação dos profissionais avaliadores

Resolutividade

69. **69. Considere que os grupos de saúde formados nas USF, aumentam a resolutividade da equipe de saúde em determinadas áreas? * Marcar apenas um oval.**

- Sim
 Não

70 **70. Quais os grupos de saúde que estão ativos na ESF?**

** Marque todas que se aplicam.*

- Gestante
- Puericultura
- Adolescente
- Idoso
- Hipertenso e Diabético
- Saúde Mental
- Outro Grupo

Não possui grupo ativo no momento

71. **71. A eSF analisam ou discutem alguma situação que acontece no acolhimento?** *Marcar apenas um oval.*

- Nunca
- Raramente
- Algumas Vezes
- Frequentemente
- Sempre

72. **72. Se ocorre este procedimento de interação onde é realizada a discussão?** *Marque todas que se aplicam.*

- Reuniões administrativas
- Outras reuniões de equipe
- Com outros profissionais de forma particular
- No momento do acolhimento com os profissionais envolvidos

73. **73. Recebem apoio do NASF para a resolução de algumas situações demandadas pelo acolhimento?** *Marcar apenas um oval.*

- Nunca
- Raramente
- Algumas Vezes
- Frequentemente
- Sempre

74. **74. Recebem apoio da coordenação de área para articulação e agilidade de algumas situações demandadas pelo acolhimento?** *Marcar apenas um oval.*

- Nunca
- Raramente
- Algumas Vezes
- Frequentemente
- Sempre

75 **75. Recebem apoio da coordenação das políticas de saúde para articulação e agilidade de algumas situações demandadas pelo acolhimento?** *Marcar apenas um oval.*

- Nunca
- Raramente
- Algumas Vezes
- Frequentemente
- Sempre

76. **76. Ocorre falta de insumos (papel, receituário, fichas de encaminhamentos, prontuários, canetas, carimbos) frequentemente nesta unidade?** * *Marcar apenas um oval.*

- Nunca
- Raramente
- Algumas Vezes
- Frequentemente
- Sempre

77. **77. Se ocorre a falta de insumos o acolhimento é prejudicado?** * *Marcar apenas um oval.*

- Nunca
- Raramente
- Algumas Vezes
- Frequentemente
- Sempre

78. **78. Ocorre falta de medicamentos com frequência na farmácia da USF ou da Família?** *Marcar apenas um oval.*

- Nunca
- Raramente
- Algumas Vezes
- Frequentemente
- Sempre

79. **79. Se ocorre a falta de medicamentos o acolhimento é prejudicado?** *Marcar apenas um oval.*

- Nunca
- Raramente
- Algumas Vezes
- Frequentemente
- Sempre

80. **80. Quais ações desencadeadas a partir do acolhimento?** *Marque todas que se aplicam.*

- Marcação de consultas médicas
- Marcação de consultas de enfermagem
- Marcação de consultas de cirurgião-dentista
- Marcação de consultas para outros profissionais (NASF, outro)
- Marcação de consultas no dia (encaixe)
- Encaminhamento para outros profissionais que atuam na USF
- Encaminhamentos a outros serviços (Universidades, SAD, ONGS etc)
- Encaminhamentos a urgências
- Encaminhamentos a especialistas
- Encaminhamentos para grupos da Unidade de Saúde
- Solicitações de exames
- Avaliação de exames
- Orientação e esclarecimentos de dúvidas
- Prescrição de medicação

Agendamento para visita domiciliar
outros.

81. **81. Na necessidade de encaminhamentos para serviços de outro nível de atenção, as vagas disponíveis são:**

Marque todas que se aplicam.

- Suficientes
- Insuficientes para alguns serviços
- Inexistentes para alguns serviços
- Longa fila de espera para alguns serviços

82. **82. Os encaminhamentos de referências são entregues por escrito para que os usuários cheguem ao serviço?**

Marcar apenas um oval.

- Nunca
- Raramente
- Algumas Vezes
- Frequentemente
- Sempre

83. **83. As contra referências são recebidas por escrito de outros serviços para os profissionais desta USF? Marcar apenas um oval.**

- Nunca
- Raramente
- Algumas Vezes
- Frequentemente
- Sempre

84. **84. Observações:**

**APÊNDICE C - PRÁTICA DE ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA - ENTREVISTA COM O PROFISSIONAL DE SAÚDE BUCAL
(FORMULÁRIO PARA ABORDAGEM QUANTITATIVA)**

*Obrigatório

1. 1. Categoria Profissional * *Marcar apenas um oval.*

- Cirurgião-Dentista
- Auxiliar de Saúde Bucal (ASB)
- Técnico de Saúde Bucal (TSB)

**2. 2. Unidade de Saúde da Família
(USF)** * *Marcar apenas um oval.*

- USF Caranguejo
- USF Sítio Cardoso
- USF Sinos
- USF Emocy Krause
- USF Casarão do Cordeiro
- USF Sítio das Palmeiras
- USF Engenho do Meio
- USF Campo do Banco
- USF Vietnã
- USF Barreiras
- USF Rosa Selvagem
- USF Amaury de Medeiros
- USF Jardim Teresópolis
- USF Skylab
- USF Vila União
- USF Brasilit
- USF Cosme Damião
- USF Cosirof
- USF Macaé

USF Sítio Wanderley

3. 3. Sexo *

Marcar apenas um oval.

- Feminino
 Masculino

4 4. Quanto tempo está no serviço público? *

Marcar apenas um oval.

- 0 a 5 anos
 6 a 10 anos
 11 a 15 anos
 Mais de 15 anos

5. 5. Quanto tempo trabalha nessa Unidade de Saúde? * Marcar apenas um oval.

- 0 a 5 anos
 6 a 10 anos
 11 a 15 anos
 Mais de 15 anos

6. 6. Qual a maior pós-graduação que apresenta? * Marcar apenas um oval.

- Aperfeiçoamento
 Especialização
 Residência
 Mestrado
 Doutorado
 Pós Doc

Não apresenta Pós-Graduação

7. 7. O acolhimento de Saúde Bucal ocorre de forma separada da equipe de Saúde da Família (A eSB APENAS atende aos usuários com demandas de queixas específicas para saúde bucal)? *

Marcar apenas um oval.

- Sim
- Não Após a última pergunta desta seção, ir para a pergunta 10.

8. **8. A Equipe de Saúde Bucal já realizou o acolhimento de forma conjunta com a eSF atendendo a usuários com demandas de queixas generalizada (médicas, de enfermagem e de saúde bucal)?** * Marcar apenas um oval.

- Sim
- Não

9 **9. Qual o motivo da Equipe de Saúde Bucal realizar no momento o acolhimento de forma separada do restante da equipe da Família?** *

Marque todas que se aplicam.

- A Equipe de Saúde Bucal não se sente segura para a escuta das queixas generalizadas (médicas, enfermagem, psicológicas entre outras)
- A Equipe de Saúde Bucal compreende que há uma procura de queixas médicas pelo usuário de forma mais intensa e sente-se perdendo tempo neste acolhimento conjunto (demandas de queixas generalizadas)
- A Equipe de Saúde Bucal compreende que não há uma recíproca no restante da equipe de saúde da família (médico e enfermeiro entre outros) para atendimento de usuários com demandas queixas específicas para a saúde bucal
- A equipe de saúde bucal não se sente valorizada pelo restante da eSF. Outro motivo

Acesso e Organização da Demanda

10. **10. O acesso do usuário (demanda espontânea) a esta USF ocorre através de:** * Marque todas que se aplicam.

- Acolhimento
- Triagem
- Marcação de consulta na recepção
- Abordagem pelo ACS
- Abordagem pelo ASB
-

Abordagem pelo Técnico de
Enfermagem Outro: Especificar

11. **11. Especificar:** *

12. **12. Como se organiza o acesso do usuário ao acolhimento?** * *Marcar apenas um oval.*

- Ordem de Chegada
- Prioridades de atendimento (pacientes especiais, gestantes, mãe com crianças até 2 anos, lactantes, idosos, pacientes com limitações físicas ou neurológicas)
- Prioridades a pacientes com sofrimento físico e psíquico

Todos estes fatores acima citados são levados em consideração para a organização da demanda

13 **13. Quem realiza a organização da demanda no acesso do usuário?**

* *Marque todas que se aplicam.*

- Recepcionista
- Porteiro/Vigilante
- ASB/TSB
- ACS
- Outro

14. **14. Quem realiza o acolhimento de saúde bucal?** * *Marcar apenas um oval.*

- ASB e ou TSB
- Cirurgião-Dentista
- Cirurgião-Dentista, ASB e ou TSB
- Cirurgião-Dentista, ASB e ou TSB e ACS
- Cirurgião-Dentista, Enfermeiro, Médico, ASB, TSB, ACS Outro: Especificar

15. **15. Especificar: ***

16. **16. São utilizadas fichas para o acolhimento de saúde bucal? *** *Marcar apenas um oval.*

- Sim
 Não

17. **17. Como funciona a organização da demanda de saúde bucal para o acolhimento? *** *Marcar apenas um oval.*

- Fichas Limitadas (número de fichas limita). *Ir para a pergunta 19.*
 Fichas Ilimitadas (durante todo o turno). *Ir para a pergunta 19.*
 Limitação por ficha e por horário. *Ir para a pergunta 19.*
 Não utiliza fichas atende a toda demanda de saúde bucal neste dia. *Ir para a pergunta 19.*
 Não utiliza fichas, ordenamento da demanda por chegada/prioridades com limitação do horário. *Ir para a pergunta 19.*
 Outro: Especificar

18 **18. Especificar ***

19. **19. Qual a quantidade de fichas ou pessoas para o acolhimento? *** *Marcar apenas um oval.*

- 05 Fichas/Pessoas *Ir para a pergunta 21.*
 - 10 Fichas/Pessoas *Ir para a pergunta 21.*
 - 15 Fichas/Pessoas *Ir para a pergunta 21.*
 - 20 Fichas/Pessoas *Ir para a pergunta 21.*
 - 25 Fichas/Pessoas *Ir para a pergunta 21.*
 - Ilimitada dentro do horário do Acolhimento *Ir para a pergunta*
21. Outra quantidade: Especificar

20. **20. Outra Quantidade: ***

21. **21. Com que frequência é realizado o acolhimento para as demandas de Saúde Bucal?**

*Marcar apenas um oval. **

- 1 dia por semana
- 2 dias por semana
- 3 dias por semana
- 4 dias por semana
- 5 dias por semana
- de 15 em 15 dias
- 1 vez por mês

22. **22. Em quais turnos são realizados o Acolhimento de Saúde Bucal? ***

Marcar apenas um oval.

- Manhã
- Tarde
- Manhã e Tarde

23 **23. No acolhimento acontece agendamento de consulta clínica para Saúde Bucal? * Marcar apenas um oval.**

- Sim
 Não

24. **24. Fora o acolhimento existe outra forma de marcação de consulta? * Marque todas que se aplicam.**

- Na recepção com dias específicos para dentista
 Na recepção nos dias de acolhimento
 Na recepção qualquer dia da semana
 Através do ACS
 Através do Técnico de Enfermagem
 Através do ASB/TSB
 Não existe outra forma de marcação senão pelo acolhimento

25. **25. No acolhimento são garantidas vagas para atendimento clínico no dia, aos usuários com necessidades de cuidados imediatos e possíveis em Saúde Bucal? (intercorrências)**

*Marcar apenas um oval. **

- Nunca
 Raramente
 Algumas Vezes
 Frequentemente
 Sempre

26. **26. Onde são anotadas as informações do acolhimento? * Marque todas que se aplicam.**

- Prontuário do Paciente
 Livro para o acolhimento
 Prontuário Eletrônico do Cidadão(PEC)
 Outro: Especificar

27. **27. Especificar *** _____

28 28. Qual tipo de acolhimento é desenvolvido nesta USF?

- * Marcar
- Acolhimento pela equipe de referência do usuário. *Ir para a pergunta 30.*
- Equipe de acolhimento do dia. *Ir para a pergunta 30.*
- Acolhimento Misto (equipe de referência do usuário + acolhimento do dia) *Ir para a pergunta 30.*
- Acolhimento coletivo. *Ir para a pergunta 30.*
- Acolhimento específico para demanda de saúde bucal. *Ir para a pergunta 30.*
- Acolhimento do dia + acolhimento específico para demanda de saúde bucal do dia. *Ir para a pergunta 30.*
- Acolhimento pela equipe de referência do usuário + acolhimento específico para demanda de saúde bucal do dia. *Ir para a pergunta 30.*
- Acolhimento do dia + acolhimento específico para demanda de saúde bucal por equipe de referência. *Ir para a pergunta 30.*
- Acolhimento pela equipe de referência do usuário + acolhimento específico para demanda de saúde bucal pela equipe de referência *ir para a pergunta 30.* Outro: Especificar

29. Especificar *

30. O acolhimento é apoiado por alguma atividade educativa realizada na recepção? * Marcar apenas um oval.

- Nunca
- Raramente
- Algumas Vezes
- Frequentemente
- Sempre

Escuta Qualificada e Vínculo

31. Todos os usuários que chegam a USF espontaneamente tem suas necessidades escutadas e avaliadas? * Marcar apenas um oval.

- Nunca
- Raramente
- Algumas Vezes
- Frequentemente
- Sempre

32. Considera que existe tempo suficiente no acolhimento para uma escuta qualificada?

*

Marcar apenas um oval.

- Nunca
- Raramente
- Algumas Vezes
- Frequentemente
- Sempre

33. Considera que a escuta qualificada realizada acontece sem julgamento de valor aos usuários? *

Marcar apenas um oval.

- Nunca
- Raramente
- Algumas Vezes
- Frequentemente
- Sempre

34. Considera-se capacitado para lidar com o subjetivo e as particularidades de cada indivíduo no processo de acolhimento? * *Marcar apenas um oval.*

- Nunca
- Raramente
- Algumas Vezes
- Frequentemente
- Sempre

35. A escuta qualificada acontece em ambiente que se possa manter a privacidade e a individualidade para garantir o atendimento diferenciado e personalizado do usuário? * Marcar apenas um oval.

- Nunca
- Raramente
- Algumas Vezes
- Frequentemente
- Sempre

36. Quais as estratégias utilizadas na eSF, consideradas promotoras de vínculo? * Marque todas que se aplicam.

- Acesso facilitado a equipe de Saúde da Família
- Visita Domiciliar
- Reuniões com a comunidade
- Consultas clínicas
- Atividades coletivas / ações de saúde
- Acolhimento

37. Quais as dificuldades que você considera para a construção de vínculo no acolhimento? *

Marque todas que se aplicam.

- Tempo reduzido na escuta
- Excesso de demanda espontânea
- Excesso de burocratização do serviço
- Acesso dificultado (limitação de senhas, filas de madrugada, sobrecarga de serviços). Dificuldade de compreensão do usuário sobre este serviço

38. Você tem satisfação de participar na realização do acolhimento? * Marcar apenas um oval.

- Nunca
- Raramente
- Algumas Vezes
- Frequentemente
- Sempre

39. Sente-se valorizado e respeitado pelos profissionais da equipe no processo do acolhimento? *

Marcar apenas um oval.

- Nunca
- Raramente
- Algumas Vezes
- Frequentemente
- Sempre

40. Sente-se valorizado e respeitado pelos usuários da comunidade no processo do acolhimento? *

Marcar apenas um oval.

- Nunca
- Raramente
- Algumas Vezes
- Frequentemente
- Sempre

Ambiência

41. Você considera a estrutura física da USF? *

Marcar apenas um oval.

- Ótima
- Boa
- Regular
- Ruim
- Péssima

42. Considera o ambiente da sua USF limpo? *

Marcar apenas um oval.

- Nunca
- Raramente
- Algumas Vezes
- Frequentemente
- Sempre

43. Em uma escala de 0 a 10, como avalia os seguintes itens em sua USF? * Marcar apenas um oval por linha.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Iluminação	<input type="radio"/>										
Conforto	<input type="radio"/>										
Cores	<input type="radio"/>										
Ergonomia	<input type="radio"/>										
Cheiro	<input type="radio"/>										
Ventilação	<input type="radio"/>										
Barulho	<input type="radio"/>										

44. A estrutura física da sua USF possui: * Marque todas que se aplicam.

- Recepção
- Sala de Acolhimento
- Sala de Médico
- Sala de Dentista
- Sala de Enfermagem
- 1 Sala Médico/Enfermeiros
- Sala dos ACS
- Sala de Vacina
- Sala de Curativo
- Sala de Esterilização/Expurgo
- Sala de Reunião
- Copa/Cozinha
- Sanitário para usuário
- Sanitário para profissionais
- Estacionamento
- Espaço externo para desenvolver atividades
- Farmácia

45. A USF é adaptada para pessoas portadoras de necessidades físicas especiais (ex: rampas de acesso, barras de apoio, corrimão, portas com largura adequada para cadeirantes etc)? * Marque todas que se aplicam.

- Em nenhum ambiente
- Em poucos ambientes
- Na maioria dos ambientes
- Em todos os ambientes

46. Considera que a sua USF apresenta recursos tecnológicos suficientes para facilitar e satisfazer o desempenho da sua atividade? * Marcar apenas um oval.

- Sim
- Não

47. Numa escala de 0 a 10, como avalia o acesso a internet em sua USF, como fator de agilidade e maior facilidade para desenvolver suas funções individuais e multiprofissionais? *

Marcar apenas um oval.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>										

48. A USF necessita de algum reparo? * Marcar apenas um oval.

- Sim
- Não *Após a última pergunta desta seção, ir para a pergunta 50.*

49. Se SIM qual tipo de reparo? * Marque todas que se aplicam.

- Na Estrutura Física (alvenaria)
- Na Estrutura Elétrica
- Na Estrutura Hidráulica
- Na Estrutura Sanitária

50. A USF já passou por alguma reforma? * Marcar apenas um oval.

- Sim
- Não

51. Esta USF foi construída para ser uma Unidade de Saúde? * *Marcar apenas um oval.*

- Sim
- Não

Classificação de Riscos e Vulnerabilidades

52. O acolhimento realizado pela Equipe de Saúde Bucal utiliza classificação de riscos e vulnerabilidades? *

Marcar apenas um oval.

- Sim *Ir para a pergunta 53.*
- Não *Ir para a pergunta 54.*

53. Se SIM, são avaliados que tipos de risco? * Marcar apenas um oval.

- Físico e biológico
- Social
- Físico, biológico e social

54. Segue-se algum protocolo para o acolhimento? * Marcar apenas um oval.

- Nunca
- Raramente
- Algumas Vezes
- Frequentemente
- Sempre

55. Este protocolo foi construído pela equipe de Saúde da Família? *

Marcar apenas um oval.

- Sim
- Não

56. Neste protocolo está inserida a avaliação de riscos e vulnerabilidades no tema de saúde bucal? *

Marcar apenas um oval.

- Sim
- Não

57. Os profissionais que realizam o acolhimento foram capacitados para a classificação de riscos e vulnerabilidades para o usuário? * Marcar apenas um oval.

Marcar apenas um oval.

- Sim
 Não

58. Considera que a classificação de riscos e vulnerabilidades podem ocasionar: * Marque todas que se aplicam.

- Acolhimento com mais equidade
 Agilidade e maior efetividade no acolhimento
 Aumento da interação multiprofissional
 Maior satisfação do usuário
 Potente mecanismo no auxílio do profissional para melhor direcionamento do usuário
 Dificuldade no processo do acolhimento
 Necessidade de capacitação dos profissionais avaliadores

Resolutividade

59. Considere que os grupos de saúde formados nas USF, aumentam a resolutividade da equipe de saúde em determinadas áreas? * Marcar apenas um oval.

- Sim
 Não

60. Quais os grupos de saúde que estão ativos na USF? * Marque todas que se aplicam.

- Gestante
 Puericultura
 Adolescente
 Idoso
 Hipertenso e Diabético
 Saúde Mental
 Não tem grupo ativo no momento
 Outro Grupo

61. A eSF analisa ou discute alguma situação que acontece no acolhimento?

** Marcar apenas um oval.*

- Nunca
- Raramente
- Algumas Vezes
- Frequentemente
- Sempre

62. Se ocorre este procedimento de interação onde é realizada a discussão?

** Marque todas que se aplicam.*

- Reuniões administrativas
- Outras reuniões de equipe
- Com outros profissionais de forma particular
- No momento do acolhimento com os profissionais envolvidos

63. Recebem apoio do NASF para a resolução de algumas situações demandadas pelo acolhimento? *

Marcar apenas um oval.

- Nunca
- Raramente
- Algumas Vezes
- Frequentemente
- Sempre

64. Recebem apoio da coordenação de área para articulação e agilidade de algumas situações demandadas pelo acolhimento? *

Marcar apenas um oval.

- Nunca
- Raramente
- Algumas Vezes
- Frequentemente
- Sempre

65. Recebem apoio da coordenação das políticas de saúde para articulação e agilidade de algumas situações demandadas pelo acolhimento? * *Marcar apenas um oval.*

- Nunca
- Raramente
- Algumas Vezes
- Frequentemente
- Sempre

66. Ocorre falta de insumos (papel, receituário, fichas de encaminhamentos, prontuários, canetas, carimbos) nesta unidade? * *Marcar apenas um oval.*

- Nunca
- Raramente
- Algumas Vezes
- Frequentemente
- Sempre

67. Se ocorre a falta de insumos o acolhimento é prejudicado? * *Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Raramente
- Algumas Vezes
- Frequentemente
- Sempre

68. Ocorre falta de medicamentos na farmácia da USF ou da Família? * *Marcar apenas um oval.*

- Nunca
- Raramente
- Algumas Vezes
- Frequentemente
- Sempre

69. Se ocorre a falta de medicamentos o acolhimento é prejudicado? * Marcar apenas um oval.

- Nunca
- Raramente
- Algumas Vezes
- Frequentemente
- Sempre

70. Quais ações desencadeadas a partir do acolhimento? * Marque todas que se aplicam.

- Marcação de consultas médicas
- Marcação de consultas de enfermagem
- Marcação de consultas de cirurgião-dentista
- Marcação de consultas para outros profissionais
- Marcação de consultas no dia (encaixe)
- Encaminhamento para outros profissionais que atuam na ESF
- Encaminhamentos a outros serviços
- Encaminhamentos a urgências
- Encaminhamentos a especialistas
- Encaminhamentos para grupos da Unidade de Saúde
- Solicitações de exames
- Avaliação de exames
- Orientação e esclarecimentos de dúvidas
- Prescrição de medicação
- Agendamento para visita domiciliar.
- Outros.

71. Na necessidade de encaminhamentos para serviços de outro nível de atenção, as vagas disponíveis são: *

Marque todas que se aplicam.

- Suficientes
- Insuficientes para alguns serviços
- Inexistentes para alguns serviços
- Longa fila de espera para alguns serviços

72. Os encaminhamentos de referências são entregues por escrito para que os usuários cheguem ao serviço? * Marcar apenas um oval.

- Nunca
- Raramente
- Algumas Vezes
- Frequentemente
- Sempre

73. As contra-referências são recebidas por escrito de outros serviços para os profissionais desta USF? * Marcar apenas um oval.

- Nunca
- Raramente
- Algumas Vezes
- Frequentemente
- Sempre.

73. 74. Observações:

**APÊNDICE D - PRÁTICA DE ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA - ENTREVISTA COM O USUÁRIO DA ESF - ABORDAGEM
QUANTITATIVA**

*Obrigatório

1. Unidade de Saúde da Família (USF) *

Marcar apenas um oval.

- USF Caranguejo
- USF Sítio Cardoso
- USF Sinos
- USF Emocy Krause
- USF Casarão do Cordeiro
- USF Sítio das Palmeiras
- USF Engenho do Meio
- USF Campo do Banco
- USF Vietnã
- USF Barreiras
- USF Rosa Selvagem
- USF Amaury de Medeiros
- USF Jardim Teresópolis
- USF Skylab
- USF Vila União
- USF Brasilit
- USF Cosme Damião
- USF Cosirof
- USF Macaé
- USF Sítio Wanderley

2. Sexo *

Marcar apenas uma oval.

- Feminino
- Masculino

3. Idade ***4. Quanto tempo reside na comunidade? ***

Marcar apenas um oval.

- 0 a 5 anos
 6 a 10 anos
 11 a 15 anos
 mais de 15

anos

5. Quais profissionais realizam o acolhimento na sua

USF? Marque todas que se aplicam.

- Médico
 Enfermeiro
 Cirurgião-Dentista
 Técnico ou Auxiliar de Enfermagem
 Técnico de Saúde Bucal
 Auxiliar de Saúde Bucal
 ACS

Recepcionista

6. Qual local é realizado o Acolhimento? * Marque todas

que se aplicam.

- Sala específica de acolhimento
 Sala de reunião
 Consultório
 Recepção

Outro

7. Costuma ouvir alguma palestra ou conversa sobre algum tema de saúde realizada na recepção antes de entrar para o acolhimento? Marcar apenas um oval.

- Nunca
 Raramente
 Algumas Vezes
 Frequentemente
 Sempre

8. Quando acontece o acolhimento nesta USF? Marcar apenas um oval.

- 1 dia por semana
 2 dias por semana
 3 dias por semana
 4 dias por semana
 5 dias na semana

9. Qual o turno que acontece o acolhimento?

Marcar apenas um oval.

- Manhã
 Tarde
 Manhã e Tarde

10. Como acontece o acesso ao acolhimento? Marcar apenas um oval.

Fichas Limitadas (número de fichas limitadas para o acolhimento). *Ir para a pergunta*

12.

Fichas Ilimitadas (durante todo o turno). *Ir para a pergunta 12.*

Limitação por ficha e por horário. *Ir para a pergunta 12.*

Não utiliza fichas, apenas listagem de ordenamento por chegada e prioridades *ir para a pergunta 12.*

Não utiliza fichas, ordenamento por chegada/prioridades e por limitação

de horário Outro: especificar. *Ir para a pergunta 11.*

11. Especificar

12. Qual a quantidade de fichas ou pessoas para o acolhimento? *Marcar apenas um oval.*

- 10 Fichas/pessoas *Ir para a pergunta 14.*
- 15 Fichas/pessoas *Ir para a pergunta 14.*
- 20 Fichas/pessoas *Ir para a pergunta 14.*
- 25 Fichas/pessoas *Ir para a pergunta 14.*
- 30 Fichas/pessoas *Ir para a pergunta 14.*
- Ilimitadas dentro do horário de Acolhimento. *Ir para a pergunta 14.*
- Outro: Especificar. *Ir para a pergunta 13.*

13. Especificar

14. Que horas tem que chegar na unidade de saúde para conseguir uma ficha ou atendimento?

Marcar apenas um oval.

- Antes das 06:00 h da manhã. *Ir para a pergunta 16.*
- Entre 06:00 h e 07:00 h da manhã. *Ir para a pergunta 16.*
- Entre 07:00 h e 08:00 h da manhã. *Ir para a pergunta 16.*
- Após as 08:00 h. *Ir para a pergunta 16.*
- Outro horário: Especificar. *Ir para a pergunta 15.*

15. Especificar:

16. Quando tem queixas ou necessidades para saúde bucal pode relatar para qualquer profissional que está realizando o acolhimento ou só com a Equipe de Saúde Bucal? *Marcar apenas um oval.*

- Sim, posso relatar a qualquer profissional do acolhimento
- Não, só no acolhimento com a equipe de Saúde Bucal

17. O acolhimento de Saúde Bucal é realizado de forma separada do restante da equipe?

Marcar apenas uma oval.

- Sim *Ir para a pergunta 18.*
- Não *Ir para a pergunta 26.*

18. Se SIM, quem realiza o acolhimento de Saúde Bucal *Marcar apenas uma oval.*

- Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e ou Técnico de Saúde Bucal (TSB)
- Cirurgião-Dentista
- Cirurgião-Dentista, ASB e ou TSB
- Cirurgião-Dentista, ASB e ou TSB e ACS

19. Qual local é realizado o acolhimento de saúde bucal? *Marcar apenas uma oval.*

- Sala específica de acolhimento
- Sala de reunião
- Consultório
- Recepção
- Outro

20. Em quais turnos são realizados o Acolhimento de Saúde Bucal?

Marcar apenas um oval.

- Manhã
- Tarde
- Manhã e Tarde

21. Que horas tem que chegar na unidade de saúde para conseguir uma ficha ou atendimento para saúde bucal? *Marcar apenas um oval.*

- Antes das 06:00 h da manhã *.Ir para a pergunta 23.*
- Entre 06:00 h e 07:00 h da manhã. *Ir para a pergunta 23.*
- Entre 07:00 h e 08:00 h da manhã.*Ir para a pergunta 23.*
- Após as 08:00 h da manhã.*Ir para a pergunta 23.*
- Outro: Especificar. *Ir para a pergunta 22.*

22. Especificar:

23. Quando acontece o acolhimento de Saúde Bucal? Marcar apenas um oval.

- 1 dia por semana
- 2 dias por semana
- 3 dias por semana
- 4 dias por semana
- 5 dias por semana
- de 15 em 15 dias
- 1 vez por mês

24. Qual a quantidade de fichas ou pessoas para o acolhimento de Saúde Bucal? Marcar apenas um oval.

- 05 Fichas/pessoas *Ir para a pergunta 26.*
- 10 Fichas/pessoas *Ir para a pergunta 26.*
- 15 Fichas/pessoas *Ir para a pergunta 26.*
- 20 Fichas/pessoas *Ir para a pergunta 26.*
- Outro: Especificar *Ir para a pergunta 25.*

25. Outra quantidade:

26. Sente dificuldades de marcação de consultas no acolhimento?

Marcar apenas um oval.

- Nunca
 Raramente
 Algumas Vezes
 Frequentemente
 Sempre

27. Durante o acolhimento qual a consulta que considera mais difícil de marcar? Marque todas que se aplicam.

- Médica
 Enfermagem
 Cirurgião-Dentista
 Encaminhamentos para outro serviço
 Não existe dificuldades para marcação

28. Na sua opinião o que mais dificulta o processo de acolhimento. Marque todas que se aplicam.

- Acesso com limitações por fichas
 Rapidez no tempo do acolhimento
 Falta de interesse e capacitação do profissional de acolhimento
 Dificuldades de marcação de consulta
 Sua necessidade não é atendida na maioria das vezes

29. Todas as vezes que você precisou do serviço da \uSF você foi ouvida no mesmo dia? Marcar apenas um oval.

- Nunca
- Raramente
- Algumas Vezes
- Frequentemente
- Sempre

30. Considera que existe tempo suficiente no acolhimento para revelar suas necessidades? *Marcar apenas um oval.*

- Nunca
- Raramente
- Algumas Vezes
- Frequentemente
- Sempre

31. Sente-se seguro e em ambiente que possa manter sua privacidade e individualidade para revelar suas necessidades no acolhimento? *Marcar apenas um oval.*

- Nunca
- Raramente
- Algumas Vezes
- Frequentemente
- Sempre

32. Sente-se confortável para falar qualquer incomodo ou necessidade no processo de acolhimento? *Marcar apenas um oval.*

- Nunca
- Raramente
- Algumas Vezes
- Frequentemente
- Sempre

33. Qual o profissional que você sente maior educação, interesse e atenção na sua escuta?

Marque todas que se aplicam.

- Médico
- Enfermeiro
- Cirurgião-Dentista
- Técnico ou Auxiliar de Enfermagem
- Técnico de Saúde Bucal
- Auxiliar de Saúde Bucal
- ACS
- Recepcionista

34. Como você observa a estrutura física da sua unidade? *Marcar apenas um oval.*

- Ótima
- Boa
- Regular
- Ruim
- Péssima

35. Nesta ESF são realizadas reuniões da equipe de saúde com a comunidade onde o usuário possa ser ouvido? *Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Raramente
- Algumas Vezes
- Frequentemente
- Sempre

36. Quais os espaços que têm nesta USF que você pode estar participando com sua opinião sobre o serviço de saúde? Marque todas que se aplicam.

- Reuniões com a comunidade
- Reuniões da Gestão com a comunidade
- Ouvidoria
- Caixa de sugestões na recepção
- Não existe nenhum desses espaços

37. Considera que este acolhimento realizado nesta USF atende as suas necessidades? Marcar apenas um oval.

- Nunca
- Raramente
- Algumas Vezes
- Frequentemente
- Sempre

38. Observações

APENDICE E – QUADRO DE DIMENSÕES E SUAS VARIÁVEIS (CONTINUA)

DIMENSÃO	VARIÁVEIS
	Acesso do usuário ao serviço,
	Organização do acesso para o acolhimento
	Quantidades de fichas ou pessoas para o acolhimento
	Turnos do acolhimento
	Frequência de realização do acolhimento
	Agendamento de consulta para profissionais no acolhimento,
	Agendamento de consulta para profissionais da ESF
	Vagas para intercorrências no acolhimento
	Profissionais que garantem vagas para Intercorrências
	Outra forma de marcação de consultas na USF
ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA	Organização da demanda .
	Profissionais que realizam a organização da demanda no acolhimento
	Profissionais que participam do acolhimento
	Local de realização do acolhimento
	Acolhimento apoiado por ação educativa na recepção
	Anotações da demanda do acolhimento
	Tipo de modelagem de acolhimento na USF
ESCUA QUALIFICADA	Usuários com necessidades escutadas e avaliadas
	Tempo suficiente para a escuta do usuário
	Escuta Qualificada sem julgamento de valor
	Capacitado para lidar com o subjetivo e particularidades do usuário
	Escuta em ambiente protegido (sigilo e privacidade)
VÍNCULO	Estratégias promotoras de vínculo
	Dificuldades para construção de vínculo no acolhimento
	Satisfação de participar do acolhimento
	Sentimento de valorização pelo usuário
	Sentimento de valorização pelos profissionais da equipe
CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS	Utilização da Classificação de Riscos e Vulnerabilidades.
	Riscos avaliados.
	Utilização protocolo de acolhimento.
	Protocolo construído pela eSF/ESB.
	Protocolo está inserido a avaliação de Riscos e vulnerabilidades.
	Profissionais capacitados para Classificação de Riscos e Vulnerabilidades.
	Resultados do uso da classificação de riscos e vulnerabilidades

APENDICE E – QUADRO DE DIMENSÕES E SUAS VARIÁVEIS (CONCLUSÃO)

AMBIÊNCIA	Estrutura física da USF.
	Limpeza do Ambiente
	Avaliação dos itens:
	Iluminação
	Conforto
	Cores
	Ergonomia
	Cheiro
	Ventilação
	Barulho
	Avaliação da Estrutura física da USF
	Estrutura Adaptada para portadores de necessidades especiais
	Necessidade de reparo na estrutura do prédio
	Tipo de reparo na estrutura do prédio.
	ESF reformada
	Construída para ser unidade de Saúde.
RESOLUTIVIDADE	Grupos de saúde aumentam a resolutividade
	Grupos de saúde ativos na USF
	eSF/ESB discute e analisa situações do acolhimento
	Local de realização da discussão e análise sobre o acolhimento
	Apoio do Nasf para situações do Acolhimento
	Apoio da coordenação de área para situações do acolhimento
	Apoio da coordenação de políticas de saúde para situações do
	Falta de Insumos na USF
	Falta de insumos prejudica o acolhimento
	Falta de medicamentos na farmácia da USF ou da Família.
	Falta de medicamentos prejudica o acolhimento.
	Ações desencadeadas a partir do acolhimento:
	Marcação de consultas médicas
	Marcação de consultas de enfermagem
	Marcação de consultas de cirurgião-dentista
	Marcação de consultas no dia (encaixe)
	Encaminhamento para outros profissionais que atuam na USF
	Encaminhamentos a urgências,
	Encaminhamentos a especialistas
	Encaminhamentos para grupos da Unidade de Saúde
	Solicitações de exames
	Avaliação de exames
	Orientação e esclarecimentos de dúvidas
	Prescrição de medicação,
	Agendamento para visita domiciliar
	Vagas disponíveis em outros serviços de referência.
	Encaminhamentos de referência entregues ao usuário para
	Encaminhamentos de contra -referência recebidos pelo usuário
	Recursos tecnológicos suficiente para desempenho de funções
	Avaliação da internet

APÊNDICE F - QUADRO DE MODELAGENS SEGUNDO AS DIMENSÕES

Dimensão	Modelagem	Modelagem	Modelagem
	Padrão	Básica	Reduzida
Acesso	Ampliado	Limitado	Restrito
Organização da Demanda	Integrado	Semi Integrado	Fragmentado
Escuta qualificada	Potente	Satisfatória	Insuficiente
Vínculo	Forte	Médio	Fraco
Classificação de Risco e Vulnerabilidades	Presente com inserção no protocolo	Presente Sem Inserção no protocolo	Ausente
Ambiência	Estrutura Ótima	Estrutura Boa	Estrutura Ruim
Resolutividade	Alta resolutividade	Media resolutividade	Baixa resolutividade

**APENDICE G -QUADRO EXPLICATIVO DE CADA DIMENSÃO ENFERMEIROS /
D – DENTISTAS)

ACESSO			
AMPLIADO (66 a 100)			
		*E	**D
Organização do Acesso	Não utiliza fichas (ordenamento da demanda por chegada/prioridades e limitação por horário)	10	10
Quantidade de Fichas/pessoas	Ilimitada dentro do horário do acolhimento	20	20
Frequência do Acolhimento:	5 dias por semana	5	5
O agendamento para consulta com profissionais	Médico, Cirurgião- Dentista e enfermeiro	20	20
Fora o acolhimento outra forma de marcação de consulta:	Não existe outra forma de marcação senão pelo acolhimento	40	40
Disponibiliza vagas para intercorrências no acolhimento	Sempre	5	5
LIMITADO (54 a 65)			
		E	D
Organização do Acesso	Limitação por ficha e por horário	8	8
Quantidade de Fichas/pessoas	De 35 a 30 fichas (Enfermeiro)	15	
	Ou		
	De 15 a 20 Fichas (Dentistas)		10
Frequência do Acolhimento:	4 dias	4	4
O agendamento ocorre para	Médico e enfermeiro ou Medico e Dentista	15	15
Fora o acolhimento outra forma de marcação de consulta:	/ acs/ qualquer dia para enfermeiro/ abordagem , marcação na recepção nos dias de acolhimento	20	20
Disponibiliza vagas para intercorrências no acolhimento	Frequentemente	4	4
	Ou		
	Algumas vezes	3	3
RESTRITO (53 a 41)			
		E	D
Organização do Acesso	Limitação por ficha e por horário	8	8
Quantidade de Fichas/pessoas	20 Fichas (Enfermeiros)	15	
	Ou		
	10 ou 15 Fichas (Enfermeiros)	10	
	10 ou 15 Fichas (Dentistas)		10
	O		
	5 Fichas (Dentistas)		5

**APENDICE G -QUADRO EXPLICATIVO DE CADA DIMENSÃO
(*E – ENFERMEIROS / **D – DENTISTAS) (continua)**

ACESSO (CONTINUA)			
RESTRITO (53 a 41) (CONCLUSÃO)			
		E	D
Frequência do Acolhimento:	1 a 3 dias da semana (Enfermeiros/Dentistas)	3	3
	Ou		
	15 em 15 dias ou 1 mês (Dentistas)	-	2
O agendamento ocorre para	Só Médico ou Só enfermeiro	15	15
Fora o acolhimento outra forma de marcação de consulta:	Dias específicos para médico ou dentista	10	10
Disponibiliza vagas para intercorrências no acolhimento	Raramente	2	
	Ou	ou	
	Nunca	1	
ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA			
INTEGRADA (79 a 100)			
		E	D
Acolhimento apoiado por atividades educativas	Sempre	5	5
Participação dos profissionais no acolhimento. organização da demanda.	Médico, Enfermeiro, Cirurgião Dentista Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem, ACS, Recepcionista, Porteiro/Vigilante .Com atuação no acolhimento de forma multiprofissional e integrada e demandas de	45	45
Organização da demanda do acesso do usuário se dá por:	Prioridades e ordem de chegada	5	5
O Acolhimento é realizado nos seguintes espaços:	Salas específicas acolhimento	10	10
	na recepção (1ª escuta).	5	5
	Total	15	15
Profissionais que organizam a Demanda:	ACS	10	10
	Técnico de Enfermagem	5	5
	Recepcionista	2,5	2,5
	Porteiro/Vigilante	2,5	2,5
	Total	20	20
Anotações das informações do Acolhimento:	Prontuário eletrônico do paciente (PEC)	10	10

**APENDICE G -QUADRO EXPLICATIVO DE CADA DIMENSÃO
(*E – ENFERMEIROS / **D – DENTISTAS) (continua)**

ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA (CONTINUA)			
SEMI INTEGRADA (50 a 78)			
		E	D
Acolhimento apoiado por atividades educativas	Frequentemente	4	4
	Algumas vezes	3	3
Participação dos profissionais no acolhimento. E organização da demanda.	Médico, Enfermeiro, ACS, Recepcionista com atuação fragmentada no acolhimento (semi integrado). Mas acolhe demandas de usuários generalizadas apesar do profissional Cirurgião-dentista está fora desse processo	35	35
Organização da demanda do acesso do usuário se dá por:	Prioridades e ordem de chegada	5	5
O Acolhimento é realizado nos seguintes espaços:	Sala de reunião	5	5
	Consultórios	7	7
	Total	12	12
Profissionais que organizam a Demanda:	ACS	10	10
	Porteiro/vigilante	2,5	2,5
	recepcionista	2,5	2,5
	Total	15	15
Anotações das informações do Acolhimento:	No PEC	5	5
	No livro do acolhimento	1	1
	prontuário do usuário	1	1
	Total:	7	7
FRAGMENTADA (38 a 49)			
		E	D
Acolhimento apoiado por atividades educativas	Raramente	2	2
	Ou		
	Nunca	1	1
Participação dos profissionais no acolhimento. E organização da demanda.	Médico, Enfermeiro, ACS. Com atuação fragmentada no acolhimento e demandas de usuários específicas para cada área de atuação profissional. Ou Cirurgião-Dentista, ASB, TSB e ACS.	25	25

**APENDICE G -QUADRO EXPLICATIVO DE CADA DIMENSÃO
(*E – ENFERMEIROS / **D – DENTISTAS) (continua)**

ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA (CONCLUSÃO)			
FRAGMENTADA (38 a 49) (CONCLUSÃO)			
		E	D
Organização da demanda do acesso do usuário se dá por:	Ordem de chegada	2	2
O Acolhimento é realizado nos seguintes espaços:	Recepção	3	3
	Consultórios	7	7
	Total	10	10
Profissionais que organizam a Demanda:	Porteiro e Vigilante	2,5	2,5
	e ou Recepcionista.	2,5	2,5
	Total	5	5
Anotações das informações do Acolhimento:	Livro para o acolhimento	5	5
ESCUA QUALIFICADA			
POTENTE (60 a 90)			
		E	D
Todos os usuários que chegam a USF são escutados e avaliados	Sempre	5	5
Tempo suficiente no acolhimento para uma escuta qualificada	Sempre	5	5
Escuta qualificada acontece sem julgamento de valor aos usuários	Sempre	5	5
Considera-se capacitado para lidar com o subjetivo e as particularidades de cada indivíduo	Sempre	5	5
A escuta qualificada acontece em ambiente que se possa manter a privacidade e a individualidade:	Sempre	5	5
Quantidade de Fichas/pessoas	Ilimitada dentro do horário do acolhimento	20	20
Frequência do Acolhimento:	5 dias na semana	5	5
Fora o acolhimento outra forma de marcação de consulta:	Não existe outra forma de marcação senão pelo acolhimento	40	40
ESCUA QUALIFICADA			
SATISFATÓRIA (44 a 59)			
		E	D
Todos os usuários que chegam a USF são escutados e avaliados	Frequentemente	4	4
	Ou		
	Algumas vezes	3	3

**APENDICE G -QUADRO EXPLICATIVO DE CADA DIMENSÃO
(*E – ENFERMEIROS / **D – DENTISTAS) (continua)**

ESCUTA QUALIFICADA (CONTINUA)			
SATISFATÓRIA (44 a 59) (CONCLUSÃO)			
		E	D
Tempo suficiente no acolhimento para uma escuta qualificada	Frequentemente	4	4
	Ou		
	Algumas vezes	3	3
Escuta qualificada acontece sem julgamento de valor aos usuários	Frequentemente	4	4
	Ou		
	Algumas vezes	3	3
Considera-se capacitado para lidar com o subjetivo e as particularidades de cada indivíduo	Frequentemente	4	4
	Ou		
	Algumas vezes	3	3
A escuta qualificada acontece em ambiente que se possa manter a privacidade e a individualidade:	Frequentemente	4	4
	Ou		
	Algumas vezes	3	3
Quantidade de Fichas/pessoas	De 35 a 30 fichas (Enfermeiros)	20	----
	De 15 a 25 Fichas (Dentistas)	----	10
Frequência do Acolhimento:	4 dias	4	4
Fora o acolhimento outra forma de marcação de consulta:	acs/ qualquer dia para enfermeiro/ abordagem , marcação na recepção nos dias de acolhimento	15	15
INSUFICIENTE (28 a 43)			
		E	D
Todos os usuários que chegam a USF são escutados e avaliados	Raramente	2	2
	Ou		
	Nunca	1	1
Tempo suficiente no acolhimento para uma escuta qualificada	Raramente	2	2
	Ou		
	Nunca	1	1
Escuta qualificada acontece sem julgamento de valor aos usuários	Raramente	2	2
	Ou		
	Nunca	1	1
Considera-se capacitado para lidar com o subjetivo e as particularidades de cada indivíduo	Raramente	2	2
	Ou		
	Nunca	1	1

**APENDICE G -QUADRO EXPLICATIVO DE CADA DIMENSÃO
(*E – ENFERMEIROS / **D – DENTISTAS) (continua)**

ESCUA QUALIFICADA (CONCLUSÃO)			
INSUFICIENTE (28 a 43) (CONCLUSÃO)			
		E	D
A escuta qualificada acontece em ambiente que se possa manter a privacidade e a individualidade:	Raramente	2	2
	Ou		
	Nunca	1	1
Quantidade de Fichas/pessoas	20 Fichas	15	15
	Ou		
	10 ou 15 Fichas	10	10
Frequência do Acolhimento:	1 a 3 dias na semana	3	3
Fora o acolhimento outra forma de marcação de consulta:	Dias específicos para médico ou dentista	10	10
VÍNCULO			
FORTE (66 a 100)			
		E	D
Satisfação de participar na realização do acolhimento:	Sempre	5	5
Sente-se valorizado e respeitado pelos profissionais da equipe	Sempre	5	5
Sente-se valorizado e respeitado pelos usuários:	Sempre	5	5
Estratégias utilizadas na eSF consideradas promotoras de vínculo:	Estratégia para promotoras de vínculo utilizadas na USF: TODAS; Acolhimento, o acesso facilitado, Visitas domiciliares, Reuniões com a comunidade, Consultas clínicas e Atividades e Ações coletivas de saúde.	10	10
Dificuldades que você considera para a construção de vínculo no acolhimento:	Quando consideram apenas 1 ou 2 (Tempo reduzido na escuta, excesso de demanda espontânea, de Burocratização do serviço, Acesso dificultado, Dificuldade de compreensão desse serviço pelo usuário)	10	10
Quantidade de Fichas/pessoas	Ilimitada dentro do horário do acolhimento	20	20
Frequência do Acolhimento:	5 dias na semana	5	5
Fora o acolhimento outra forma de marcação de consulta:	Não existe outra forma de marcação senão pelo acolhimento	40	40

**APENDICE G -QUADRO EXPLICATIVO DE CADA DIMENSÃO
(*E – ENFERMEIROS / **D – DENTISTAS) (continua)**

VÍNCULO (CONTINUA)			
MÉDIO (45 a 65)			
		E	D
Satisfação de participar na realização do acolhimento:	Frequentemente	4	4
	Ou		
	Algumas Vezes	3	3
Sente-se valorizado e respeitado pelos profissionais da equipe	Frequentemente	4	4
	Ou		
	Algumas Vezes	3	3
Sente-se valorizado e respeitado pelos profissionais da equipe	Frequentemente	4	4
	Ou		
	Algumas Vezes	3	3
Sente-se valorizado e respeitado pelos usuários:	Frequentemente	4	4
	Algumas Vezes	3	3
Estratégias utilizadas na eSF consideradas promotoras de vínculo:	Além acolhimento, 3 ou 4 dessas estratégias (Acesso facilitado, Visitas domiciliares, Reuniões com a comunidade, Consultas clínicas e Atividades e ações coletivas de saúde).	7	7
Dificuldades que você considera para a construção de vínculo no acolhimento:	Quando consideram 3 ou 4 (Tempo reduzido na escuta, Excesso de demanda espontânea, Burocratização do serviço, Acesso dificultado, Dificuldade de compreensão desse serviço pelo usuário).	7	7
Quantidade de Fichas/pessoas	De 35 a 30 Fichas (Enfermeiros)	20	
	De 20 a 25 Fichas (Dentistas)		15
	Ou		
	De 15 a 10 fichas (Dentista)		10
Frequência do Acolhimento:	4 dias	4	4
Fora o acolhimento outra forma de marcação de consulta:	acs/ qualquer dia para enfermeiro/ abordagem , marcação na recepção nos dias de acolhimento	15	15

**APENDICE G -QUADRO EXPLICATIVO DE CADA DIMENSÃO
(*E – ENFERMEIROS / **D – DENTISTAS) (continua)**

VÍNCULO (CONTINUA)			
VÍNCULO FRACO (44 a 35)			
:		E	D
Satisfação de participar na realização do acolhimento	Raramente	2	2
	Ou		
	Nunca	1	1
Sente-se valorizado e respeitado pelos profissionais da equipe	Raramente	2	2
	Ou		
	Nunca	1	1
Sente-se valorizado e respeitado pelos usuários:	Raramente	2	2
	Ou		
	Nunca	1	1
Estratégias utilizadas na eSF consideradas promotoras de vínculo:	Além do acolhimento, 1 a 2 dessas estratégias (Acesso facilitado, Visitas domiciliares, Reuniões com a comunidade, Consultas clínicas e atividades e Ações coletivas de saúde).	5	5
Dificuldades que você considera para a construção de vínculo no acolhimento:	Dificuldades na construção de vínculo no acolhimento: Quando consideram 5 ou mais. (Tempo reduzido na escuta, Excesso de demanda espontânea, de burocratização do serviço, Acesso dificultado, Dificuldade de compreensão desse serviço pelo usuário)	5	5
Quantidade de Fichas/pessoas	20 Fichas	15	15
	Ou		
	10 ou 15 Fichas	10	10
Frequência do Acolhimento:	1 a 3 dias por semana (Enfermeiros/Dentista)	3	3
	Ou		
	15 em 15 dias ou 1 mês (Dentistas)		2
Fora o acolhimento outra forma de marcação de consulta:	Dias específicos para médico ou dentista	10	10

**APENDICE G -QUADRO EXPLICATIVO DE CADA DIMENSÃO
(*E – ENFERMEIROS / **D – DENTISTAS) (continua)**

AMBIÊNCIA			
ÓTIMA (76 a 100)			
		E	D
Estrutura física da USF:	Ótima	10	10
Considera o ambiente da sua USF limpo	Sempre	5	5
Itens avaliados	Iluminação (escore 9 a 10)	4,3	4,3
	Conforto (escore 9 a 10)	4,3	4,3
	Cores (escore 9 a 10)	4,3	4,3
	Ergonomia (escore 9 a 10)	4,3	4,3
	Cheiro (escore 9 a 10)	4,3	4,3
	Ventilação (escore 9 a 10)	4,3	4,3
	Barulho. (escore 0 a 4)	4,3	4,3
		TOTAL	30
Estrutura física da USF: (pontuação 2,0 por item)	Estrutura física da USF presença dos seguintes espaços:		
	Recepção,	2	2
	Sala de Acolhimento,	2	2
	Sala de recepção	2	2
	Sala de medico	2	2
	Sala de enfermeira	2	2
	Sala de Cirurgião-Dentista	2	2
	Sala de ACS	2	2
	Sala de reunião	2	2
	Sala de esterilização/expurgo	2	2
	Sala de curativo	2	2
	Copa/cozinha	2	2
	Sanitários para profissionais e usuários	2	2
	Estacionamento	2	2
	Espaço externo para atividades	2	2
	Farmácia	2	2
	TOTAL	30	30
USF Adaptada pessoas portadoras de necessidades físicas especiais	Todos os ambientes	5	5
USF necessita de Reparo:	Não	10	10
Tipos de Reparo:	Nenhum	-	-
USF foi construída para ser uma Unidade de Saúde	Sim	10	10

**APENDICE G -QUADRO EXPLICATIVO DE CADA DIMENSÃO
(*E – ENFERMEIROS / **D – DENTISTAS) (continua)**

AMBIÊNCIA (CONTINUA)			
BOA (50 a 75)			
		E	D
Estrutura física da USF:	Boa	7	7
	Ou		
	Regular	5	5
Considera o ambiente da sua USF limpo	Frequentemente	4	4
	Ou		
	Algumas vezes	3	3
Itens avaliados (escore 6 a 8)	Iluminação	2,9	2,9
	Conforto	2,9	2,9
	Cores	2,9	2,9
	Ergonomia	2,9	2,9
	cheiro	2,9	2,9
	Ventilação	2,9	2,9
	Barulho	2,9	2,9
	Total:	20	20
Estrutura física da USF: (pontuação 2,0 por item)	Presença dos seguintes espaços: Recepção	2	2
	Sala do Médico	2	2
	Sala de Enfermeira	2	2
	Sala de Cirurgião-Dentista	2	2
	Sala de Reunião	2	2
	Sala de Esterilização/expurgo	2	2
	Sala de Curativo	2	2
	Copa/Cozinha	2	2
	Sanitários para Profissionais	2	2
	Sanitários para Usuário	2	2
	Total:	20	20
USF Adaptada pessoas portadoras de necessidades físicas especiais	A maioria dos ambientes	4	4
USF necessita de Reparo:	Sim	5	5
Tipos de Reparo:	Estrutura: (1 ou 2 reparos) Física, Elétrica, Hidráulica e Sanitária.	5	5
USF foi construída para ser uma Unidade de Saúde	Sim	10	10

**APENDICE G -QUADRO EXPLICATIVO DE CADA DIMENSÃO
(*E – ENFERMEIROS / **D – DENTISTAS) (continua)**

AMBIÊNCIA (CONTINUA)			
RUIM (46 a 49)			
		E	D
Estrutura fisica da USF	Ruim	2	2
	Ou		
	Péssima	1	1
Considera o ambiente da sua USF limpo	Raramente	2	2
	Ou		
	Nunca	1	1
Itens avaliados	Iluminação (escore 0 a 5)	1,5	1,5
	Conforto (escore 0 a 5)	1,5	1,5
	Cores (escore 0 a 5)	1,5	1,5
	Ergonomia(escore 0 a 5)	1,5	1,5
	Cheiro (escore 0 a 5)	1,5	1,5
	Ventilação (escore 0 a 5)	1,5	1,5
	Barulho (escore 9 a 10)	1,0	1,0
	Total:		10
Estrutura fisica da USF:	Presença dos seguintes espaços:		
	Recepção	2	2
	Apenas 1 sala de medico/enfermeira	1	1
	sala de cirurgião-dentista	2	2
	sala de esterilização/expurgo	2	2
	sala de curativo	2	2
	copa/cozinha	2	2
	sanitários para profissionais	2	2
	Sanitários para usuários	2	2
	Total:		15
USF Adaptada pessoas portadoras de necessidades físicas especiais	Em nenhum ambiente	1	1
	Ou		
	Em poucos ambientes	2	2
USF necessita de Reparo:	Sim	5	5
Tipos de Reparo:	Estrutura: (3 ou 4 reparos) Física, Elétrica, Hidráulica ou Sanitária.	3	3
USF foi construída para ser uma Unidade de Saúde	Não	5	5

**APENDICE G -QUADRO EXPLICATIVO DE CADA DIMENSÃO
(*E – ENFERMEIROS / **D – DENTISTAS) (continua)**

RESOLUTIVIDADE			
ALTA (77 a 100)			
		E	D
Os grupos de saúde nas USF, aumentam a resolutividade :	Sim	5	5
Os grupos de saúde que estão ativos na USF:	Grupos Ativos na USF: 4 a 5 grupos ativos.	5	5
A eSF analisam ou discutem alguma situação que acontece no acolhimento:	Sempre	5	5
Onde é realizada a discussão:	Todas Alternativas (Reuniões Administrativas, Outras Reuniões de Equipe, No momento do Acolhimento com os profissionais envolvidos, Com outros profissionais de forma particular)	5	5
Recebem apoio do NASF:	Sempre	5	5
Recebem apoio da coordenação de área :	Sempre	5	5
Recebem apoio da coordenação das políticas de saúde	Sempre	5	5
Ocorre falta de insumo	Raramente ou Nunca	5	5
Se ocorre a falta de insumos o acolhimento é prejudicado:	Sempre ou frequentemente	5	5
Ocorre falta de medicamentos	Raramente ou nunca	5	5
Se ocorre a falta de medicamento o acolhimento é prejudicado:	Sempre ou frequentemente	5	5

**APENDICE G -QUADRO EXPLICATIVO DE CADA DIMENSÃO
(*E – ENFERMEIROS / **D – DENTISTAS) (continua)**

RESOLUTIVIDADE (CONTINUA)			
ALTA (77 a 100) (CONTINUA)			
		E	D
Quais ações desencadeadas a partir do acolhimento?	Ações desencadeadas a partir do acolhimento:	10	10
	Marcação de consultas para médicos		
	Marcação de consultas para enfermeiro		
	Marcação de consultas para cirurgião Dentista		
	Marcação para outros profissionais (NASF		
	Encaminhamentos para outros profissionais da ESF.		
	Encaminhamentos para outros serviços ONG Universidades etc.		
	Encaminhamentos para urgências.		
	Encaminhamentos para especialistas.		
	Encaminhamentos para grupos da ESF		
	Solicitação de exames		
	avaliação de exames		
	Prescrição de medicação quando necessário		
Orientações e esclarecimentos de dúvidas.			
Agendamentos para visitas domiciliares.			
Na necessidade de encaminhamentos para serviços de outro nível de atenção, as vagas disponíveis são:	Suficiente	10	10
Os encaminhamentos são entregues por escritos a usuários: “	Sempre	5	5
As contra-referências são recebidas por escrito de outros serviços	Sempre	5	5
ESF apresenta recursos tecnológicos suficientes para facilitar e satisfazer suas funções:	Sim	10	10
Como avalia a Internet na ESF escala de 0 a 10 :	Internet avaliada “9 a 10”	5	5

**APENDICE G -QUADRO EXPLICATIVO DE CADA DIMENSÃO
(*E – ENFERMEIROS / **D – DENTISTAS) (continua)**

RESOLUTIVIDADE (CONTINUA)			
MÉDIA (41 a 76)			
		E	D
Os grupos de saúde nas USF, aumentam a resolutividade :	Sim	5	5
Os grupos de saúde que estão ativos na USF:	Grupos Ativos na USF: 3 a 2 grupos ativos.	4	4
A USF analisa ou discute alguma situação que acontece no acolhimento:	Frequentemente	4	4
	Ou		
	Algumas vezes	3	3
Onde é realizada a discussão:	Reuniões administrativas	2	2
	No momento do acolhimento com os profissionais envolvidos	1	1
	Com outros profissionais de forma particular	1	1
	Total:	4	4
Recebem apoio do NASF:	Frequentemente	4	4
	Ou		
	Algumas vezes	3	3
Recebem apoio da coordenação de área :	Frequentemente	4	4
	Ou		
	Algumas vezes	3	3
Recebem apoio da coordenação das políticas de saúde	Frequentemente	4	4
	Ou		
	Algumas vezes	3	3
Ocorre falta de insumo	Frequentemente	4	4
	Ou		
	Algumas vezes	3	3
Se ocorre a falta de insumos o acolhimento é prejudicado:	Frequentemente	4	4
	Ou		
	Algumas vezes	3	3
Ocorre falta de medicamentos	Frequentemente	4	4
	Ou		
	Algumas vezes	3	3
Se ocorre a falta de medicamento o acolhimento é prejudicado:	Frequentemente	4	4
	Ou		
	Algumas vezes	3	3

**APENDICE G -QUADRO EXPLICATIVO DE CADA DIMENSÃO
(*E – ENFERMEIROS / **D – DENTISTAS) (continua)**

RESOLUTIVIDADE (CONTINUA)			
MÉDIA (41 a 76) (CONTINUA)			
		E	D
Quais ações desencadeadas a partir do acolhimento?	E desencadeia ações a partir do acolhimento:	5	5
	Marcação de consultas para médico		
	Marcação de consultas para cirurgião Dentista		
	Encaminhamentos para outros profissionais da USF.		
	Encaminhamentos para outros serviços ONG, Universidades.		
	Encaminhamentos para urgências,		
	Encaminhamentos para especialistas,		
	Encaminhamentos para grupos da USF.		
	Solicitação de exames		
	avaliação de exames		
	Prescrição de medicação quando necessário.		
Orientações e esclarecimentos de dúvidas.			
Na necessidade de encaminhamentos para serviços de outro nível de atenção, as vagas disponíveis são:	Insuficientes	2,5	
	longa fila de espera para alguns serviços de referência.	2,5	
	Total:	5	
Os encaminhamentos são entregues por escritos a usuários:	Frequentemente	4	4
	Ou		
	Algumas vezes	3	3
As contra-referências são recebidas por escrito de outros serviços	Frequentemente	4	4
	Algumas vezes	3	3
ESF apresenta recursos tecnológicos suficientes para facilitar e satisfazer suas funções:	Sim	10	10
Como avalia a Internet na USF escala de 0 a 10 :	Internet avaliada "8 a 6"	3	3

**APENDICE G -QUADRO EXPLICATIVO DE CADA DIMENSÃO
(*E – ENFERMEIROS / **D – DENTISTAS) (continua)**

RESOLUTIVIDADE (CONTINUA)			
BAIXA (33 a 40)			
		E	D
Os grupos de saúde nas USF, aumentam a resolutividade :	Não	3	3
Os grupos de saúde que estão ativos na USF:	Grupos Ativos na ESF: 0 a 1 grupos ativos.	2	2
A eSF analisa ou discute alguma situação que acontece no acolhimento:	Raramente	2	2
	Ou		
	Nunca	1	1
Onde é realizada a discussão:	Reuniões administrativas	2	2
Recebem apoio do NASF:	Raramente	2	2
	Ou		
	Nunca	1	1
Recebem apoio da coordenação de área :	Raramente	2	2
	Ou		
	Nunca	1	1
Recebem apoio da coordenação das políticas de saúde	Raramente	2	2
	Ou		
	Nunca	1	1
Ocorre falta de insumo	Sempre	2	2
	Ou		
	Frequentemente	1	1
Se ocorre a falta de insumos o acolhimento é prejudicado:	Nunca	2	2
	Ou		
	Raramente	1	1
Ocorre falta de medicamentos	Sempre	2	2
	Ou		
	Frequentemente	1	1
Se ocorre a falta de medicamento o acolhimento é prejudicado:	Nunca	2	2
	Ou		
	Raramente	1	1

**APENDICE G -QUADRO EXPLICATIVO DE CADA DIMENSÃO
(*E – ENFERMEIROS / **D – DENTISTAS) (conclusão)**

RESOLUTIVIDADE (CONCLUSÃO)			
BAIXA (33 a 40) (CONCLUSÃO)			
		E	D
Quais ações desencadeadas a partir do acolhimento?	Marcação de consultas para médicos	5	5
	Marcação de consultas para cirurgião-Dentista		
	Marcação de consultas para enfermeiro		
	Marcação para outros profissionais (NASF)		
	Encaminhamentos quando necessários para outros profissionais da USF,		
	Encaminhamentos urgências,		
	Encaminhamentos para especialistas,		
	Encaminhamentos para grupos da USF.		
	Solicitação de exames		
	Prescrição de medicação.		
Orientações e esclarecimentos de dúvidas.			
Na necessidade de encaminhamentos para serviços de outro nível de atenção, as vagas disponíveis são:	Vagas inexistente para outros serviços.	1	1
Os encaminhamentos são entregues por escritos a usuários	Raramente	2	2
	Ou		
	Nunca	1	1
As contra-referências são recebidas por escrito de outros serviços	Raramente	2	2
	Ou		
	Nunca	1	1
USF apresenta recursos tecnológicos suficientes para facilitar e satisfazer suas funções:	Não	5	5
Como avalia a Internet na USF escala de 0 a 10 :	Internet avaliada "5 a 0"	2	2

APÊNDICE H - QUADRO DE CÁLCULO DOS VALORES DAS DIMENSÕES

ACESSO	Ampliado	Limitado	Restrito
	66 a 100	54 a 65	41 a 53
ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA	Integrado	Semi integrado	Fragmentado
	79 a 100	50 a 78	38 a 49
ESCUA QUALIFICADA	Potente	Satisfatória	Insuficiente
	60 a 90	44 a 59	28 a 43
VÍNCULO	Forte	Médio	Fraco
	66 a 100	45 a 65	35 a 44
AMBIÊNCIA	Ótima	Boa	Ruim
	76 a 100	50 a 75	46 a 49
CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS	Presente com Inserção no Protocolo	Presente sem Inserção no Protocolo	Ausente
RESOLUTIVIDADE	Alta	Média	Baixa
	77 a 100	41 a 76	33 a 40

**APÊNDICE I - QUADRO DE MÉDIA DE PONDERAÇÃO DOS TIPOS DE
DIMENSÕES**

ACESSO	Ampliado	Limitado	Restrito
	3	2	1
ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA	Integrado	Semi integrado	Fragmentado
	3	2	1
ESCUA QUALIFICADA	Potente	Satisfatória	Insuficiente
	3	2	1
VÍNCULO	Forte	Médio	Fraco
	3	2	1
AMBIÊNCIA	Ótima	Boa	Ruim
	3	2	1
CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS	Presente com Inserção no Protocolo	Presente sem Inserção no Protocolo	Ausente
	3	2	1
RESOLUTIVIDADE	Alta	Média	Baixa
	3	2	1

**APENDICE J – MÉDIA DA PONDERAÇÃO DAS DIMENSÕES DA MODELAGEM PADRÃO SEGUNDO OS ENFERMEIROS
ENTREVISTADOS- 2018**

ENFERMEIROS		Acesso	Organização da Demanda	Escuta Qualificada	Vínculo	Ambiência	ACCR	Resolutividade	Total Pontuação	Tipo de Modelagem
USF 7	Pontuação	3	3	3	2	2	2	2	17	PADRÃO
	Classificação da Dimensão	Ampliado	Integrado	Potente	Médio	Boa	Presente sem ACCR	Média		
USF 10	Pontuação	3	3	3	3	2	3	2	19	PADRÃO
	Classificação da Dimensão	Ampliado	Integrado	Potente	Forte	Boa	Presente	Média		
DENTISTAS		Acesso	Organização da Demanda	Escuta Qualificada	Vínculo	Ambiência	ACCR	Resolutividade	Total Pontuação	Tipo de Modelagem
USF 7	Pontuação	3	3	3	3	2	1	2	17	PADRÃO
	Classificação da Dimensão	Ampliado	Integrado	Potente	Forte	Boa	Ausente	Média		
USF 10	Pontuação	3	3	3	3	2	2	2	18	PADRÃO
	Classificação da Dimensão	Ampliado	Integrado	Potente	Forte	Boa	Presente sem ACCR	Média		
USF 11	Pontuação	3	3	3	3	2	3	2	19	PADRÃO
	Classificação da Dimensão	Ampliado	Integrado	Potente	Forte	Boa	Presente	Média		

**APENDICE K - MÉDIA DA PONDERAÇÃO DAS DIMENSÕES DA MODELAGEM BÁSICA SEGUNDO OS ENFERMEIROS
ENTREVISTADOS- 2018**

USF	Dimensões	Acesso	Organização da Demanda	Escuta Qualificada	Vínculo	Ambiência	ACCR	Resolutividade	Total Pontuação	Tipo de Modelagem
USF 1	Pontuação	3	1	2	2	1	2	2	13	BÁSICA
	Classificação da Dimensão	Ampliado	Fragmentado	Satisfatória	Média	Ruim	Presente sem ACCR	Média		
USF 2	Pontuação	2	3	2	2	1	3	2	15	BÁSICA
	Classificação da Dimensão	Limitado	Integrado	Satisfatória	Média	Ruim	Presente	Média		
USF 3	Pontuação	2	2	2	2	2	3	1	14	BÁSICA
	Classificação da Dimensão	Limitado	Semi Integrado	Satisfatória	Média	Boa	Presente	Baixa		
USF 4	Pontuação	2	1	1	2	2	3	1	12	BÁSICA
	Classificação da Dimensão	Limitado	Fragmentado	Insuficiente	Médio	Boa	Presente	Baixa		
USF 5	Pontuação	2	1	2	2	3	3	2	15	BÁSICA
	Classificação da Dimensão	Limitado	Fragmentado	Satisfatória	Média	Ótima	Presente	Média		

**MÉDIA DA PONDERAÇÃO DAS DIMENSÕES DA MODELAGEM BÁSICA SEGUNDO OS ENFERMEIROS ENTREVISTADOS-
2018 (CONCLUSÃO)**

USF	Dimensões	Acesso	Organização da Demanda	Escuta Qualificada	Vínculo	Ambiência	ACCR	Resolutividade	Total Pontuação	Tipo de Modelagem
USF 8	Pontuação	1	1	2	2	3	2	1	12	BÁSICA
	Classificação da Dimensão	Restrito	Fragmentado	Satisfatória	Média	Ótima	Presente sem ACCR	Baixa		
USF 9	Pontuação	2	1	2	2	3	1	2	13	BÁSICA
	Classificação da Dimensão	Limitado	Fragmentado	Satisfatória	Média	Ótima	Ausente	Média		
USF 11	Pontuação	3	3	3	3	1	1	2	16	BÁSICA
	Classificação da Dimensão	Ampliado	Integrado	Potente	Forte	Ruim	Ausente	Média		
USF 12	Pontuação	1	1	2	2	2	2	2	12	BÁSICA
	Classificação da Dimensão	Restrito	Fragmentado	Satisfatória	Média	Boa	Presente sem ACCR	Média		
USF 13	Pontuação	1	1	1	2	2	3	2	12	BÁSICA
	Classificação da Dimensão	Restrito	Fragmentado	Insuficiente	Médio	Boa	Presente	Média		
USF 17	Pontuação	2	1	2	2	2	3	2	14	BÁSICA
	Classificação da Dimensão	Limitado	Fragmentado	Satisfatória	Média	Boa	Presente	Média		

**APENDICE L - MÉDIA DA PONDERAÇÃO DAS DIMENSÕES DA MODELAGEM BÁSICA SEGUNDO OS DENTISTAS
ENTREVISTADOS- 2018**

		Acesso	Organização da Demanda	Escuta Qualificada	Vínculo	Ambiência	ACCR	Resolutividade	Total Pontuação	Tipo de Modelagem
USF 1	Pontuação	2	1	2	2	2	3	2	14	BÁSICA
	Classificação da Dimensão	Limitado	Fragmentado	Satisfatória	Média	Boa	Presente	Média		
USF 2	Pontuação	2	3	2	2	1	3	2	15	BÁSICA
	Classificação da Dimensão	Limitado	Ampliado	Satisfatória	Média	Ruim	Presente	Média		
USF 5	Pontuação	1	1	1	2	2	3	2	12	BÁSICA
	Classificação da Dimensão	Restrito	Fragmentado	Insuficiente	Média	Boa	Presente	Média		
USF 9	Pontuação	1	1	1	1	3	3	2	12	BÁSICA
	Classificação da Dimensão	Restrito	Fragmentado	Insuficiente	Fraca	Ótima	Presente	Média		
USF 13	Pontuação	2	1	2	1	2	2	2	12	BÁSICA
	Classificação da Dimensão	Limitado	Fragmentado	Satisfatória	Fraca	Boa	Presente sem ACCR	Média		

**APENDICE M MÉDIA DA PONDERAÇÃO DAS DIMENSÕES DA MODELAGEM REDUZIDA SEGUNDO OS ENFERMEIROS
ENTREVISTADOS- 2018**

USF	Dimensões	Acesso	Organização da Demanda	Escuta Qualificada	Vínculo	Ambiência	ACCR	Resolutividade	Total Pontuação	Tipo de Modelagem
USF 6	Pontuação	1	1	2	1	1	3	2	11	REDUZIDA
	Classificação da Dimensão	Restrito	Fragmentado	Satisfatória	Fraco	Ruim	Presente	Média		
USF 14	Pontuação	1	1	1	1	1	3	2	10	REDUZIDA
	Classificação da Dimensão	Restrito	Fragmentado	Insuficiente	Fraco	Ruim	Presente	Média		
USF 15	Pontuação	1	1	2	1	2	1	2	10	REDUZIDA
	Classificação da Dimensão	Restrito	Fragmentado	Satisfatória	Fraco	Boa	Ausente	Média		
USF 16	Pontuação	1	1	1	2	3	1	2	11	REDUZIDA
	Classificação da Dimensão	Restrito	Fragmentado	Insuficiente	Média	Ótima	Ausente	Média		

APENDICE N - MÉDIA DA PONDERAÇÃO DAS DIMENSÕES DA MODELAGEM REDUZIDA SEGUNDO OS DENTISTAS ENTREVISTADOS- 2018

USF	Dimensões	Acesso	Organização da Demanda	Escuta Qualificada	Vínculo	Ambiência	ACCR	Resolutividade	Total Pontuação	Tipo de Modelagem
USF 3	Pontuação	2	1	1	1	1	3	1	10	REDUZIDA
	Classificação da Dimensão	Limitado	Fragmentado	Insuficiente	Fraco	Ruim	Presente	Baixa		
USF 4	Pontuação	1	1	1	1	2	3	1	10	REDUZIDA
	Classificação da Dimensão	Restrito	Fragmentado	Insuficiente	Fraco	Boa	Presente	Baixa		
USF 6	Pontuação	1	1	1	1	2	3	1	10	REDUZIDA
	Classificação da Dimensão	Restrito	Fragmentado	Insuficiente	Fraco	Boa	Presente	Baixa		
USF 8	Pontuação	1	1	1	1	3	3	1	11	REDUZIDA
	Classificação da Dimensão	Restrito	Fragmentado	Insuficiente	Fraco	Ótima	Presente	Baixa		
USF 12	Pontuação	1	1	1	1	2	3	2	11	REDUZIDA
	Classificação da Dimensão	Restrito	Fragmentado	Insuficiente	Fraco	Boa	Presente	Média		
USF 14	Pontuação	1	1	1	1	1	2	2	9	REDUZIDA
	Classificação da Dimensão	Restrito	Fragmentado	Insuficiente	Fraco	Ruim	Presente sem ACCR	Média		

APÊNDICE N - MÉDIA DA PONDERAÇÃO DAS DIMENSÕES DA MODELAGEM REDUZIDA SEGUNDO OS DENTISTAS ENTREVISTADOS- 2018 (conclusão)

		Acesso	Organização da Demanda	Escuta Qualificada	Vínculo	Ambiência	ACCR	Resolutividade	Total Pontuação	Tipo de Modelagem
USF 15	Pontuação	2	1	1	1	2	3	1	11	REDUZIDA
	Classificação da Dimensão	Limitado	Fragmentado	Insuficiente	Fraco	Boa	Presente	Baixa		
USF 16	Pontuação	1	1	1	1	3	3	1	11	REDUZIDA
	Classificação da Dimensão	Restrito	Fragmentado	Insuficiente	Fraco	Ótima	Presente	Baixa		
USF 17	Pontuação	1	1	1	1	2	2	1	9	REDUZIDA
	Classificação da Dimensão	Restrito	Fragmentado	Insuficiente	Fraco	Boa	Presente sem ACCR	Baixa		

**APÊNDICE O - CLASSIFICAÇÃO DAS POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES
NA PRÁTICA DO ACOLHIMENTO DE ACORDO COM AS DIMENSÕES
PESQUISADAS (ENFERMEIROS/DENTISTAS)**

ACESSO					
POTENCIALIDADES	QUANT. USF		FRAGILIDADES	QUANT. USF	
	E	D		E	D
1) Acesso da demanda espontânea através da via principal e predominantemente do Acolhimento	3	2	1) Acesso da demanda através de marcação na recepção com dias específicos para profissionais (médicos e dentistas) respectivamente.	6	3
2) Acesso sem utilização de fichas.	8	9	2) Acesso com utilização de Fichas e de horário.	4	1
3) Números de pessoas para o atendimento de forma ilimitada dentro do horário do Acolhimento.	8	9	3) Limitação do número de pessoas para acesso ao acolhimento.	9	8
4) Frequência do acolhimento 5 dias na semana.	10	8	4) Frequência de 3 ou menos dias no acolhimento.	3	9
5) Agendamento de consultas para profissionais no acolhimento.	17	17	5) Não agendar consultas no acolhimento.	0	0
6) Agendamento para todos os profissionais que utilizam clínica na USF.	3	17	6) Não ocorrer marcação de consultas no acolhimento para quaisquer um dos profissionais que atuam na clínica.	7	0
7) Disponibilidade "Sempre" de vagas no Acolhimento para intercorrências.	15	15	8) Não ocorrer "sempre" disponibilidade de Vagas para intercorrências no acolhimento.	2	2
ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA					
POTENCIALIDADES	QUANT. USF		FRAGILIDADES	QUANT. USF	
	E	D		E	D
1) Acolhimento sempre ou frequentemente ser apoiado por ações educativas na recepção.	3	8	1) Acolhimento "raramente" ou "nunca" ser apoiada por ações educativas.	1	2
2) Demandas de usuários com "queixas generalizadas" no acolhimento.	5	4	2) Demandas de usuários com "queixas" específicas no acolhimento.	12	13
3) Organização da demanda para o acesso do usuário: Utilizando a equidade respeitando todas as prioridades de atendimento.	17	14	3) Organização do usuário realizado só por ordem de chegada sem respeitar as prioridades de atendimento.	0	3
4) Acolhimento com escala diária de profissionais, de forma integrada e multiprofissional na realização do Acolhimento.	4	4	4) Com escala de profissionais durante alguns dias da semana ou escala diária de forma fragmentada com separação do acolhimento por categorias profissionais.	12	12
5) Acolhimento realizado em salas específicas para o acolhimento e na recepção para a primeira escuta.	6	1	5) Acolhimento realizado em consultórios que são compartilhados e sem divisórias.	0	5

ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA (continua)					
POTENCIALIDADES	QUANT. USF		FRAGILIDADES	QUANT. USF	
	E	D		E	D
6)Acolhimento organizado para ser realizado em turnos completos como sistema de plantão. (e não em horários reduzido no começo ou final da manhã).	8	9	6) Limitação por ficha e por horário reduzidos no início ou final de turno.	9	8
7) Organização da demanda de Acolhimento ser realizada por participação integrada de ACS, Recepcionista, Porteiro e Vigilante.	4	4	7) Organização da demanda realizada por apenas Porteiro e vigilantes ou recepcionistas.	1	2
8)Uso exclusivo das anotações da demanda do acolhimento de modo informatizado apenas no prontuário eletrônicos do Cidadão, como o PEC.	2	3	8) Anotações da demanda do acolhimento registrada apenas em livro de acolhimento.	0	0
ESCUA QUALIFICADA					
POTENCIALIDADES	QUANT. USF		FRAGILIDADES	QUANT. USF	
	E	D		E	D
1) Os usuários que chegam a ESF ter suas necessidades “Sempre” escutadas e avaliadas. Levando-se em consideração a frequência do acolhimento nos 5 dias semanais, se o acesso ilimitado nesses dias e o agendamento de consultas ser realizado predominantemente na prática do acolhimento.	3	3	1) Os usuários que chegam a ESF ter suas necessidades “Raramente ou Nunca”, escutadas e avaliadas. Levando-se em consideração (mesmo com avaliações mais positivas) a frequência do acolhimento ser realizado de 1 a 2 dias na semana, acesso de fichas reduzidos de 10 ou menos fichas/ pessoas nesses dias e se tinha outra forma de acesso como marcação na recepção com dias específicos para médicos e dentistas.	5	12
2)Tempo “Sempre” suficiente para uma escuta qualificada (turnos integrais para o acolhimento)	7	4	2)Tempo “Raramente ou Nunca” suficiente para uma escuta qualificada (turno de acolhimento com duração de até 2 horas: início e fim de turno). Levando-se em consideração a frequência do acolhimento ser realizado de 1 a 2 dias na semana, acesso de fichas reduzidos de 10 ou menos fichas/ pessoas nesses dias e se tinha outra forma de acesso como marcação na recepção com dias específicos para médicos e dentistas.	6	5
Levando-se em consideração a frequência do acolhimento nos 5 dias semanais, se tem acesso ilimitado nesses dias o agendamento de consultas ser realizado predominantemente na prática do acolhimento.					
3)Escuta sem julgamentos de valor.	16	17	3)Escuta realizada Raramente ou Nunca sem julgamento de valor.	0	0

ESCUTA QUALIFICADA (continua)					
POTENCIALIDADES	QUANT. USF		FRAGILIDADES	QUANT. USF	
	E	D		E	D
4) Considerarem-se sempre capacitados para lidar com o subjetivo e particularidades dos usuários.	10	10	4) Consideram-se Raramente ou Nunca capacitados para lidar com o subjetivo e particularidades dos usuários.	0	0
5) Privacidade e individualidades sempre garantidas para esta escuta. Levando-se em consideração um ambiente que possam manter o sigilo e a individualidade do usuário	16	10	5) Privacidade e individualidade do usuário Raramente ou Nunca, garantida na escuta. Levando em consideração ambientes que deixam fragilidades para manter sigilo e individualidade do usuário.	1	5
VÍNCULO					
POTENCIALIDADES	QUANT. USF		FRAGILIDADES	QUANT. USF	
	E	D		E	D
1) Satisfação Sempre em realizar o acolhimento.	10	9	1) Satisfação Raramente ou Nunca em realizar o acolhimento.	1	1
2) Sente-se sempre respeitado pelos profissionais da equipe.	14	16	2) Sente-se Raramente ou Nunca respeitado pelos profissionais da equipe.	0	0
3) Sente-se sempre respeitado pelos usuários.	9	13	3) Sente-se Raramente ou Nunca. respeitado pelos usuários.	0	0
4) Estratégia promotoras de vínculo utilizadas na USF: Acolhimento, o acesso facilitado, Visitas domiciliares, Reuniões com a comunidade, Consultas clínicas e Atividades e Ações coletivas de saúde.	11	7	4) Estratégias promotoras de vínculos utilizadas na USF: Além do acolhimento, 1 a 2 dessas estratégias (Acesso facilitado, Visitas domiciliares, Reuniões com a comunidade, Consultas clínicas e atividades e Ações coletivas de saúde).	0	3
5) Dificuldades na construção de vínculo no acolhimento: Quando consideram apenas 1 ou 2 (Tempo reduzido na escuta, excesso de demanda espontânea, de Burocratização do serviço, Acesso dificultado, Dificuldade de compreensão desse serviço pelo usuário).	8	10	5) Dificuldades na construção de vínculo no acolhimento: Quando consideram 5 ou mais. (Tempo reduzido na escuta, Excesso de demanda espontânea, de burocratização do serviço, Acesso dificultado, Dificuldade de compreensão desse serviço pelo usuário).	5	4

CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS E VULNERABILIDADES					
POTENCIALIDADES	QUANT. USF		FRAGILIDADES	QUANT. USF	
	E	D		E	D
1) Utilizar a classificação de risco.	13	15	1) NÃO Utilizar a classificação de risco.	4	2
2) Avaliar de riscos Físicos, biológicos e social.	13	15	2) Não avaliar dos riscos.	4	2
3) Seguir algum protocolo de Acolhimento.	10	10	3) Raramente ou Nunca seguir protocolo de acolhimento:	1	5
4) Construção do protocolo do acolhimento em Equipe.	14	12	4) NÃO construção o protocolo de acolhimento.	3	5
CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS E VULNERABILIDADES (continua)					
POTENCIALIDADES	QUANT. USF		FRAGILIDADES	QUANT. USF	
	E	D		E	D
5) Inserção o ACCR, nesse protocolo.	10	11	5) "NÃO" Inserção o ACCR, nesse protocolo.	7	6
6) Os profissionais serem capacitados para esta ACCR.	1	0	6) Os profissionais NÃO serem capacitados para esta ACCR.	16	17
7) ACCR poder ocasionar: Marcam 6 opções (Menos a "Dificuldades no processo de acolhimento")	11	12	7) ACCR poder ocasionar: Marcam de 1 ou 2 opções (incluindo ou não "Dificuldades no processo de acolhimento")	0	0
AMBIÊNCIA					
POTENCIALIDADES	QUANT. USF		FRAGILIDADES	QUANT. USF	
	E	D		E	D
1) "Ótima" estrutura física da USF.	2	1	1) Apresentar estrutura física da USF, "Ruim ou Péssima"	3	2
2) Ambiente da USF "Sempre" limpo.	3	6	2) Ambiente da USF "Raramente ou Nunca" limpo.	0	1
3) Ótima avaliação dos Itens da USF: (Escore entre "9 a 10") (E no Barulho escore entre "0 e 4")			3) Avaliação dos Itens da USF. (Escore entre "5 a 0") (E no Barulho escore entre "9 a 10")		
Iluminação 9 a 10	6	4	Iluminação 5 a 0	0	3
Conforto 9 a 10	5	4	Conforto 5 a 0	4	6
Cores 9 a 10	9	5	Cores 5 a 0	3	6
ergonomia 9 a 10	0	2	Ergonomia 5 a 0	10	9
cheiro 9 a 10	5	2	Cheiro 5 a 0	6	5
Ventilação 9 a 10	5	5	Ventilação 5 a 0	5	7
Barulho.: 0 e 4	2	1	Barulho 9 a 10	5	6
4) Estrutura física da USF presença máxima dos seguintes espaços:	1	1	4) Estrutura física da USF presença mínima dos seguintes espaços:	3	3

-Recepção,			-Recepção,		
-Sala de Acolhimento,			-Apenas 1 sala de médico/ enfermeira,		
			-Sala de cirurgião-dentista,		
-Sala de médico,			-Sala de reunião ou não,		
-Sala de enfermeira,			-Sala de esterilização/expurgo,		
-Sala de cirurgião-dentista individualizada.			-Sala de curativo,		
-Sala de ACS,			-Copa/cozinha,		
-Sala de reunião,			-Sanitários para profissionais		
-Sala de esterilização/expurgo,			-Sanitários para usuários,		
-Sala de curativo,					
-copa/cozinha,					
AMBIÊNCIA (continua)					
POTENCIALIDADES	QUANT. USF		FRAGILIDADES	QUANT. USF	
	E	D		E	D
-Sanitários para profissionais					
-Sanitários para usuários, estacionamento,					
-Espaço externo para atividades					
- Farmácia					
5)USF adaptada em “todos os ambientes para portadores de necessidades especiais.	5	3	5) USF adaptada para portadores de necessidades especiais: “Em nenhum ambiente” ou “Em poucos ambientes”.	9	11
6) Sem necessidade de reparo na estrutura da USF.	0	0	6) Necessidade de 3 a 4reparos na estrutura da USF.	8	11
7) USF Construída para ser uma Unidade de Saúde.	9	8	7) NÃO foi Construída para ser uma unidade de saúde.	8	9
RESOLUTIVIDADE					
POTENCIALIDADES	QUANT. USF		FRAGILIDADES	QUANT. USF	
	E	D		E	D
1)Considerar que grupo formados na USF aumentam a resolutividade.	15	17	1) Considerar que grupo formados na USF, NÃO aumentam a resolutividade.	1	0
2) Presença de grupos Ativos na USF: 4 a 5 grupos ativos.	4	2	2)Grupos Ativos na USF: De 0 a 1 grupos ativos.	6	8
3)Equipes de Saúde SEMPRE discutir e analisar o processo de acolhimento:	5	5	3)Equipes de Saúde Raramente ou Nunca discutem e analisam o processo de acolhimento.	1	1
4)Realização da interação da discussão do Acolhimento nas:	4	2	4)Espaço que realiza da interação da discussão do Acolhimento apenas nas :	1	5
Reuniões administrativas			Reuniões administrativas.		
Outras reuniões de equipe,					

No momento do acolhimento com os profissionais envolvidos					
Com outros profissionais de forma particular					
5) “Sempre” receber apoio do NASF.	5	4	5) “Raramente” ou “Nunca” receber apoio do NASF.	7	10
6) “Sempre” receber apoio Coordenação de Área.	0	0	6) “Raramente ou Nunca” recebe apoio Coordenação de Área:	4	5
7) “Sempre” receber apoio das políticas de saúde	2	1	7) “Raramente ou Nunca” receber apoio das Políticas de Saúde.	3	5
8) “Nunca ou Raramente” ocorrer falta de insumos:	2	1	8) “Sempre ou Frequentemente” ocorrer falta de insumos.	8	7
RESOLUTIVIDADE					
POTENCIALIDADES	QUANT. USF		FRAGILIDADES	QUANT. USF	
	E	D		E	D
9) Considerar que Sempre ou Frequentemente a falta de insumos prejudica o acolhimento:”	3	5	9)Considerar que a falta de insumos Nunca ou Raramente prejudica o acolhimento: Obs: Quando a EqSF achar que esta falta não prejudica o acolhimento.	8	4
10) “Nunca ou Raramente” ocorre falta medicamentos:	0	1	10) Sempre ou frequentemente” ocorrer falta de medicamentos. “	11	7
11) Considera que “Sempre ou Frequentemente” a falta medicamento prejudica o acolhimento:	4	5	11) Considerar que a falta de medicamentos “Nunca ou Raramente” prejudica o acolhimento.	7	4
12) Ações desencadeadas a partir do acolhimento:	6	4	12)Ações desencadeadas a partir do acolhimento:	0	0
-Marcação de consultas para médicos			-Marcação de consultas para médicos,		
			e		
-Marcação de consultas para enfermeiro,			-Marcação de consultas para enfermeiro –		
			ou		
-Marcação de consultas para cirurgião Dentista			- Marcação de consultas para cirurgião-Dentista.		
-Marcação para outros profissionais (NASF)			-Encaminhamentos quando necessários para outros profissionais da ESF,		
-Encaminhamentos para outros profissionais da USF.			-Encaminhamentos urgências,		
-Encaminhamentos para outros serviços ONG Universidades etc.			-Encaminhamentos para especialistas,		
-Encaminhamentos para urgências.			- Prescrição de medicação quando necessário		
			- Orientações e esclarecimentos de dúvidas.		
-Encaminhamentos para especialistas.					
-Encaminhamentos para grupos da USF					

-Solicitação de exames					
-Avaliação de exames					
-Prescrição de medicação quando necessário					
-Orientações e esclarecimentos de dúvidas.					
-Agendamentos para visitas domiciliares.					
13) Apresentar vaga suficiente na necessidade de encaminhamento.	0	0	13) Na necessidade de encaminhamento as vagas são:	5	3
			-Insuficientes		
			-Vagas inexistente para outros serviços.		
			-Longa fila de espera para alguns serviços de referência.		
RESOLUTIVIDADE (concluso)					
POTENCIALIDADES	QUANT. USF		FRAGILIDADES	QUANT. USF	
	E	D		E	D
14) Os encaminhamentos "Sempre" serem entregues por escritos a usuários.	17	16	14) Os encaminhamentos "Raramente ou Nunca" serem entregues por escritos a usuários:	0	0
15) Os profissionais da USF "Sempre" receber as contra referências pelos usuários por escrito.	0	0	15) "Raramente ou Nunca" receber as contra referências dos usuários por escrito:	15	10
16)A USF apresentar recursos tecnológicos suficientes" para desenvolver suas funções	6	7	16)A USF "NÃO" apresenta recursos tecnológicos "suficientes" para desenvolver suas funções.	10	10
17)Avaliação da Internet: "9 a 10"	2	5	17) avaliação da "Internet 5 a 0"	4	4

ANEXO A- CARTA DE ANUÊNCIA DA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RECIFE



PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo a pesquisadora **Elizabete Maria de Vasconcelos Galindo**, aluna do curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (FIOCRUZ Pernambuco) a desenvolver pesquisa na USF Barreiras, USF Brasilit, USF Campo do Banco, USF Caranguejo, USF Casarão do Cordeiro, USF Cosme e Damiao USF Emocy Krause, USF Engenho do Meio, USF Jardim Teresopolis, USF Professor Amaury de Medeiros/Brega e Chique, USF Roda de Fogo / Cosirof, USF Roca de Fogo / Sinos, USF Sítio Cardoso, USF Sítio das Palmeiras, USF Sítio Wanderley, USF Skylab, USF Victna I e II, do Distrito Sanitário IV, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: "**A prática do acolhimento na Estratégia de Saúde da Família**", sendo orientada por Islândia Maria Carvalho de Souza e coorientada por Marcia Maria Dantas Cabral de Melo.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas das resoluções 469/2 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa

Recife, 11 de abril de 2018

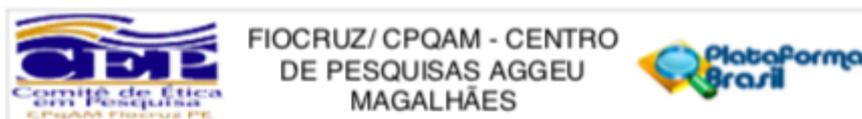
Atenciosamente,


Tullio Romério Lopes Quirino
 Chefe de Divisão de Educação na Saúde

Tullio Romério Lopes Quirino
 Chefe da Div. de Educação na Saúde
 UFES / DEGES / SESAU
 Matr. 100.473-5

Rua Alfredo de Medeiros, 71, Espirito Santo - CEP 52.021-030 - Recife - Pernambuco
 fone: (81) 3355-1707 - CNPJ: 10.365.000/0001-92

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A prática de acolhimento na Estratégia de Saúde da Família

Pesquisador: ELIZABETE MARIA DE VASCONCELOS GALINDO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 88326418.6.0000.5190

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.668.416

Apresentação do Projeto:

Esta pesquisa apresenta como objetivo analisar a prática do acolhimento nas Equipes de Saúde da família. Trata-se de um estudo analítico do tipo estudo de caso, com abordagem mista, partindo de dados quantitativos para dados qualitativos. Será uma pesquisa de campo com dados primários e utilização de entrevistas (profissionais e usuários) que dar-se-á por formulários estruturados e semiestruturados. Será realizado também a observação presencial por meio do diário de campo. A primeira parte do estudo será de abordagem quantitativa onde observar-se-á as características do processo de acolhimento de cada Equipe de Saúde da Família e da visão do usuário sobre este processo e a segunda parte será aprofundada com uma abordagem qualitativa selecionando algumas Equipes de Saúde da Família de acordo com os dados encontrados no primeiro estudo e também com usuários destas unidades, onde se terá uma maior dimensão das potencialidades e fragilidades do processo do acolhimento.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário:

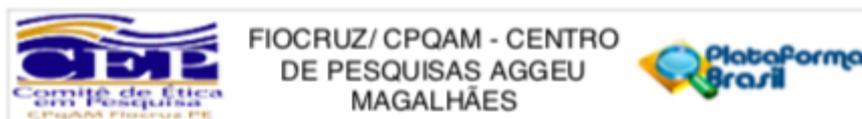
Analisar a prática do acolhimento nas Equipes de Saúde da Família (eSF), Recife, PE.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar a prática do acolhimento a partir das dimensões (ambiência, acesso, classificação de risco e vulnerabilidades, vínculo, escuta

Endereço: Av. Prof. Moraes Rêgo, s/n°	CEP: 50.670-420
Bairro: Cidade Universitária	
UF: PE	Município: RECIFE
Telefone: (81)2101-2639	Fax: (81)2101-2639 E-mail: comiteetca@cpqam.fiocruz.br

Página 01 de 03



Continuação do Parecer: 2.698.416

qualificada, e resolutividade) - Identificar as potencialidades e as fragilidades do acolhimento segundo as dimensões do acolhimento e atores envolvidos.- Construir uma matriz com as tipologias de modelagens de acolhimento de acordo com as potencialidades e fragilidades identificadas para a Estratégia de Saúde da Família do Recife.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto apresenta os riscos e benefícios da pesquisa conforme a Resolução 466/12.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

É um projeto com condições de realização, claramente definido em termos metodológicos e logísticos apresentando mérito científico e social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentadas as declarações e demais documentações exigidas pelo sistema CEP/CONEP.

Recomendações:

Acrescentar ao TCLE o telefone de contato da Pesquisadora Responsável pelo projeto

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O referido projeto, nesta versão, apresenta todas as informações necessárias para compreensão do estudo, da mesma forma foram apresentadas as documentações exigidas pelo sistema CEP/CONEP em atendimento à RES. CNS 466/12.

Considerações Finais a critério do CEP:

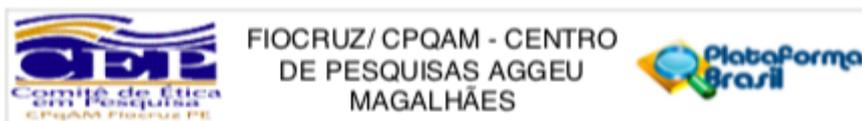
O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	declaracao_participacao.pdf	25/04/2018	Janaina Campos de	Aceito

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-420
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2101-2639 Fax: (81)2101-2639 E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 2.008.418

Outros	declaracao_participacao.pdf	11:16:49	Miranda	Aceito
Outros	declaracao_compromisso_relatorios.pdf	25/04/2018 11:16:24	Janaina Campos de Miranda	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corrigido.docx	25/04/2018 11:15:04	Janaina Campos de Miranda	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1115539.pdf	16/04/2018 20:10:19		Aceito
Outros	cartadeanuencia.pdf	16/04/2018 19:38:38	ELIZABETE MARIA DE VASCONCELOS GALINDO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	16/04/2018 19:36:10	ELIZABETE MARIA DE VASCONCELOS GALINDO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	16/04/2018 19:35:52	ELIZABETE MARIA DE VASCONCELOS GALINDO	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	16/04/2018 19:34:27	ELIZABETE MARIA DE VASCONCELOS GALINDO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 22 de Maio de 2018

Assinado por:
Janaina Campos de Miranda
(Coordenador)

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/n°
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-420
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2101-2639 Fax: (81)2101-2639 E-mail: comiteetca@cpqam.fiocruz.br

ANEXO C – PROJETO DE INTERVENÇÃO

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
MESTRO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA**

ELIZABETE MARIA DE VASCONCELOS GALINDO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AS USF DO DSV, RECIFE:
TIPOLOGIAS DE MODELAGENS DE ACOLHIMENTO PRATICADAS PELAS USF
DO DS IV, DA CIDADE DO RECIFE.**

ELIZABETE MARIA DE VASCONCELOS GALINDO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO:
CONSTRUÇÃO DE UMA MATRIZ COM AS TIPOLOGIAS DE
MODELAGENS DE ACOLHIMENTO PRATICADAS PELAS USF DO DS IV, DA
CIDADE DO RECIFE.**

Projeto de intervenção como contribuição ao município de , oriundo dos resultados da dissertação de mestrado profissional a ser apresentado ao curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto de Pesquisa Aggeu Magalhães /Fundação Oswaldo Cruz.

**RECIFE
2019**

1. INTRODUÇÃO

O acolhimento é um importante dispositivo e diretriz da Política Nacional de humanização (PNH). Visa uma revalorização ética da solidariedade na busca de humanizar as relações entre profissionais, usuário. Possibilita o acesso com mais a equidade, potencializando a escuta qualificada e vínculo entre estes atores. Além de reorganizar o processo de trabalho através de um redirecionamento da demanda espontânea, estimulando uma interação multiprofissional mais fortalecida (CAMPOS; SILVA; SOUZA, 2014; CHAGAS; VASCONCELLOS, 2013; OLIVEIRA; CORIOLANO-MARINUS, 2016).

A Secretaria de Saúde da cidade do Recife em 2009, propôs um Modelo de atenção à saúde denominado: Recife em Defesa da Vida tendo como meta o trabalho em equipe de forma integrada na realização de práticas comuns e da melhoria de uma rede de cuidados. Apresentava algumas diretrizes e entre elas o Acolhimento que estabelecia os seguintes princípios: acesso inteligente, a escuta e construção de vínculos, avaliação de riscos e vulnerabilidades. a resposta positiva, multiprofissionalidade e interdisciplinaridade (RECIFE; COELHO, 2009).

Foi um período de intensos debates e de muita sensibilização da própria gestão, profissionais e usuários para que o acolhimento fosse compreendido como uma ferramenta que viesse a qualificar o serviço. Entretanto, estes encontros para fomentar esta nova prática foi marcado por embates, discussões e muitas resistências dos profissionais que encaravam este processo como uma sobrecarga a mais no processo de trabalho. Havia uma necessidade de ultrapassar essa fase pois o acesso dos usuários aos serviços não acontecia de forma equânime persistindo as filas pela madrugada além da mecanização de atendimento e a desorganização da demanda impedindo um planejamento mais eficiente das atividades práticas nas USF.

Em 2011, essa situação começa a se transformar, com a implantação do Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade(PMAQ) pelo Ministério da Saúde, propõe várias ações focalizadas na qualidade da atenção básica vinculando repasse de recursos à implantação de padrões de acesso e qualidades pelas equipes de Atenção Básica(EAB) inclusive com a inserção do acolhimento valendo 80% desse repasse ou seja a equipe de saúde, que estivesse com o acolhimento funcionando na sua unidade segundo as exigências do MS, receberia um repasse maior. Dessa forma

os profissionais das equipes de saúde sentiram-se motivados diminuindo a resistência e o acolhimento foi considerado praticamente implantado nas ESF (BRASIL, 2011c).

Atualmente tem-se evidenciado inúmeros problemas na atenção básica: falta de recursos humanos, estruturas físicas inadequadas, diminuição do financiamento, disparidades na equivalência de salários por nível e cargo de atuação, redução drástica de capacitações e atualizações dos profissionais e gestores pela rede, maior distanciamento entre profissionais, usuários e gestores entre outros, que contribuem significativamente para desmotivação de todos os atores envolvidos interferindo diretamente na qualidade da assistência

Diante desta realidade os profissionais encontram-se em cenário de degradação das relações de trabalhos em equipe, proporcionando disputas internas pelo poder, contribuindo para aumentar as dificuldades nas pactuações de metas e indicadores. O próprio PMAQ tornou-se fonte de concorrências entre profissionais e gestores deixando a atenção básica em situação de mais vulnerabilidades principalmente na diminuição do financiamento, já que ocorreram não adesões ao programa por parte de algumas categorias profissionais.

Hoje as resistências desses profissionais tão trabalhadas em tempos anteriores, ressurgem com mais rivalidade e força interferindo na organização e planejamento das atividades e práticas de cuidados multiprofissionais entre elas o Acolhimento, que se apresenta descaracterizado e fragmentado na sua essência.

Neste contexto, das mais variadas formas de se realizar o acolhimento e as diferentes compreensões dos atores envolvidos sobre este tema proporcionam uma prática muitas vezes distante do seu objetivo principal caracterizado na Política Nacional de Humanização. Em Recife, o acolhimento vem sendo debatido ainda com muita resistência dos profissionais e sem uma compreensão clara de como ocorre este processo na prática.

2. OBJETIVOS

A finalidade de atingir essa meta é possibilitar as equipes de saúde das Unidades de Saúde da Família do DS IV , do Recife, refletirem e realizarem as mudanças necessárias para o fortalecimento do processo de Acolhimento, compreendendo melhor os tipos de modelagens que praticam, e seus pontos

potencializadores e de vulnerabilidades, proporcionando assim um planejamento e organização da demanda espontânea com um acesso mais equânime e fortalecendo os vínculos entre profissionais e usuários.

2.1 Objetivo Geral:

Construir uma matriz com as tipologias de modelagens de acolhimento de acordo com toda caracterização das dimensões pesquisadas (Acesso, Organização da Demanda, Escuta Qualificada, Vínculo, Classificação de Risco, Ambiência e Resolutividade) e com as potencialidades e fragilidades identificadas para a Estratégia de Saúde da Família do Recife.

2.2 Objetivos específicos

- Proporcionar um aprofundamento de reflexão e discussão sobre o processo de acolhimento praticados nas USF
- Identificar as tipologias de modelagens praticadas nas USF
- Destacar os pontos fortalecedores e de vulnerabilidades em cada modelagem de acolhimento analisada.

3. REVISÃO DE LITERATURA

A base da constituição dos princípios e diretrizes que comandam o SUS, está inserido na Atenção Básica (AB), sendo representado pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), como a principal porta de entrada dos usuários nos serviços de saúde ofertados pelo sistema. A atenção à saúde deve ser direcionada à pessoa, à família e à comunidade, exercendo a integralidade da assistência por via da articulação entre ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação (MORAIS *et al.*, 2012).

O Ministério da Saúde, oficializa o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância da política Nacional de Humanização (PNH) para instrumentalização do SUS; possibilita a reorganização dos serviços a partir da problematização dos

processos de trabalho, evidenciando o protagonismo de todos os sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, além das modificações estruturais no modo de gestão na escuta de decisões coletivas através do favorecimento de espaços democráticos de debates e reflexões. (MITRE; ANDRADE; COTTA 2012)

O acolhimento transforma as práticas rotineiras celebrada pelo tempo, através um novo modelo técnico-assistencial, requisitando assim o fortalecimento da equipe para a conquista de novos conceitos e novas abordagens de saúde para o desenvolvimento de suas funções (BEHR, 2013).

É sugerido uma inversão da lógica na organização dos serviços de saúde por meio do acolhimento, orientando o atendimento no suporte a todas as pessoas que chegam a unidade de saúde, 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 (BRASIL, 2011a; CAMPOS et al., 2009; FRANCO; BUENO; MERHY, 1999)

Analisando o acolhimento na Atenção Básica à Saúde, pode-se compreender que o grande desafio dos profissionais da estratégia da saúde da família é realizar uma recondução do significado do acolhimento limitado a simples pronto atendimento na prática diária e começar a vivenciar este processo como uma estratégia de organização, de modo integrativo e sustentável, que possibilite a superação dos eventos imprevistos e o atendimento à demanda espontânea, proporcionando a elaboração de relações mais dialógicas que possam favorecer a produção de vínculos e a prática da corresponsabilização pelo cuidado (GARCIA et al., 2014).

Nesse sentido, todos os profissionais da equipe de saúde deveriam estar envolvidos na atividade do acolhimento, levando em consideração que a efetivação do mesmo, implica em ações articuladas e envolvimento efetivo dos vários trabalhadores, cada um colaborando com os saberes específicos, todavia centrando

no cuidado do indivíduo a partir do todo. Assim, o acolhimento torna-se produto a partir da vontade dos mais variados atores (BRASIL, 2011b).

Deve-se atentar que não existe uma única ou uma melhor forma de acolhimento, mas diferentes possibilidades permitindo chances de ajustes pelos profissionais de saúde na implementação do acolhimento de forma compartilhada e com possibilidade de conversa buscando o protagonismo dos trabalhadores que compõe a equipe e consolidando o poder de decisão sobre as formas de acolher. Alguns tipos de acolhimento ainda são identificados nas unidades como novas formas de receber e escutar os usuários na Atenção Básica. Alguns arranjos e práticas concretas se afirmam não como um modo correto, mas que pode ser possível para situações semelhantes devendo ser adaptado a outras ou novas realidades com os acordos e combinações primordiais no cotidiano do trabalho em saúde. Desloca a imagem do médico da centralidade como único ator social preparado para resolver as necessidades de saúde. (PINTO, 2013).

Existem variadas possibilidades de modelagens (organização) do acolhimento de forma dialogada e compartilhada onde as experimentações propiciam ajustes de acordo com a realidade de cada local e população. A escolha desses tipos de modelagens vai depender da pactuação estabelecida entre trabalhadores, gestores e usuários. É necessário deixar claro, que os variados tipos de modelagens têm limites e potencialidades, que vai depender de fatores como: o número de equipes da unidade, os profissionais que participam do acolhimento, as particularidades de cada população adscrita, a estrutura física e ambiência da unidade, entre outros. A decisão sobre os modos de acolher a demanda espontânea debatida com a equipe de saúde é fundamental para a sustentabilidade desse tipo de iniciativa, na proporção em que aumenta “as chances de autoria e pertencimento coletivo” (BRASIL, 2013).

Pode-se listar alguns tipos de modelagens utilizadas em diferentes locais: 1) acolhimento pela equipe de referência do usuário - os usuários são recebidos pelos profissionais de sua equipe de referência; um ou mais profissionais de cada equipe realiza a primeira escuta e negocia as ofertas adequadas as necessidades desses usuários; 2) Equipe do acolhimento do dia: Em unidades de saúde com mais de uma equipe, o enfermeiro e o técnico ficam na primeira escuta do acolhimento e o médico na retaguarda e o restante da equipe “não escalada” fica nos atendimentos das suas

demandas programadas; 3) Acolhimento Misto (equipe de referência do usuário+ equipe de atendimento do dia) : Em uma unidade com mais de uma equipe, o enfermeiro de cada equipe acolhe a demanda espontânea de sua área por determinada hora e quantidade de usuários , com o médico na retaguarda para atendimentos de casos agudos da sua área. Quando os limites e horários forem ultrapassados ficarão disponíveis um dos enfermeiros, que atenderá a demanda espontânea e um médico, na retaguarda para casos agudos ambos profissionais para todas as áreas, estando suas agendas disponíveis apenas para este fim. 4) Atendimento coletivo: a primeira escuta da demanda espontânea é realizada por todas as equipes que se reúnem com os usuários neste espaço coletivo realizando escutas e conversas antes do atendimento as demandas programadas (BRASIL, 2013).

Pode-se também, em alguns casos, utilizar-se das uniões de diferentes modelagens. Por exemplo os profissionais da recepção e os ACS podem identificar sinais de maior risco a partir do contato direto com as pessoas na primeira escuta. Assim como os profissionais de saúde bucal podem e devem ser inseridos no processo da escuta qualificada, como também toda a demanda de necessidade de saúde bucal deve ser levada em consideração por todos os trabalhadores no desenvolvimento do acolhimento (BRASIL, 2013; NILSON, 2014;).

Marques-Ferreira, Barreira-Penques e Sanches-Marin (2014), relatam como um grande obstáculo do processo de trabalho, os profissionais de saúde que ainda trabalham de forma isolada e fragmentada, encontrando-se na mesma estrutura física. O Acolhimento não pode ser considerado atividade privada de determinada profissão, é imprescindível o envolvimento, comprometimento e capacitação de todos para que assim a população possa ser recebida com condutas acolhedoras.

Enfim deve-se reconhecer que o acolhimento não pode ser absorvido como um instrumento salvador do serviço saúde. Deve-se ter em mente que os inúmeros problemas de acesso e qualificação do Sistema Único de Saúde, não serão resolvidos apenas com a implementação do acolhimento. Na verdade, não existe nenhuma tecnologia ou política que seja suficiente para dar conta dessas questões de forma independente. É necessário que haja uma conexão com as outras diretrizes e princípios do SUS, como a integralidade, a universalidade, a equidade e o controle social, além do constante investimento financeiro em pesquisa e projetos de extensão

em saúde para a tão desejada melhoria dos serviços de saúde (MOTTA, PERUCCHI e FIGUEIRAS, 2014).

4. MÉTODO

Para o desenvolvimento da técnica de intervenção foram elaboradas as seguintes etapas para idealização da prática.

4.1) Cenário da intervenção

Lugar de Estudo: Recife (Distrito Sanitário IV)

Unidade de Análise: Unidade de Saúde da Família (USF)

A cidade do Recife está subdividida em 08 Distritos sanitários. Este estudo compreenderá o DS IV, onde geograficamente está representado por 12 bairros, no município de Recife. Neste Distrito Sanitário ocorreram os primeiros projetos piloto para a implantação do acolhimento nas Unidades de Saúde da Família (USF). Apresenta 20 ESF distribuídas em toda área do DS IV.

Recife, capital do Estado de Pernambuco, localiza-se no litoral nordestino e ocupa uma posição central, a 800 km das outras duas metrópoles regionais, Salvador e Fortaleza. Apresenta uma superfície territorial de 218,4 km² e limita-se ao norte com as cidades de Olinda e Paulista, ao sul com o município de Jaboatão dos Guararapes, a oeste com São Lourenço da Mata e Camaragibe, a leste com o Oceano Atlântico (RECIFE, 2011).

Com uma composição territorial diversificada: morros – 67%; planícies – 23%; áreas aquáticas – 9%; Zonas Especiais de Preservação Ambientais – 5,5%; a cidade está dividida em 94 bairros aglutinados em 8 Regiões Político-Administrativas RPA's. Para o setor de saúde, cada RPA corresponde a um Distrito Sanitário – DS. Para o setor saúde, cada região corresponde a um Distrito Sanitário. Para o setor saúde, cada região corresponde a um Distrito Sanitário. DS I: corresponde a 11 bairros, DS II : 18 bairros, DS II: 16 bairros, DS IV:12 bairros, DS V: 16 Bairros, DS VI: 05 bairros, DS VII: 13 bairros DS VII: 03 bairros (RECIFE, 2015).

4.2-Universo de estudo

A intervenção será realizada com todas as equipes de saúde da família das USF do DS IV. As equipes de saúde da família são compostas por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, técnico de enfermagem, auxiliar de saúde Bucal (ASB), Técnico de Saúde Bucal (TSB) e Agente Comunitário de Saúde (ACS). Esse distrito é subdividido em 3 microáreas tendo a ideia de realizar 3 encontros para apresentar o resultado das pesquisas para construção dos objetivos propostos. Sendo convidados também os profissionais da Secretaria Executiva de Atenção à Saúde (SEAS) que são os coordenadores das políticas de saúde, os coordenadores de área e a gerência do DSIV.

4.3-Estratégias envolvidas

Serão divididas as equipes de Saúde da Família de acordo com cada microárea. dias agendados e combinados com a Coordenação de Área no mês de julho. Tem-se mensalmente reuniões de saúde por microárea, no DS IV. Essas reuniões são realizadas em auditórios disponíveis normalmente na Policlínica Lessa de Andrade. Será sugerido que em 3 reuniões a pauta seja sobre o Acolhimento para que possa desenvolver a prática intervenção nesse espaço.

- A) Será apresentada a dissertação da Prática do Acolhimento nas USF do DSIV.
- B) Apresentar um filme motivacional sobre interação de equipes (05 minutos)
- C) Discussão sobre a prática de acolhimento realizado nestas USF de acordo com as dimensões estudadas.
- D) Divisão de cada USF, em grupos para que possam analisar e colocar em cartolinas como enxergam a realidade da organização do acolhimento em sua unidade de saúde, segundo as dimensões apresentadas.
- E) Construção de uma matriz conjunta com os profissionais com as práticas de acolhimento desenvolvidas em cada USF
- F) Destacar as potencialidades e fragilidades de cada Acolhimento das USF.
- G) Finalizar com um debate com sugestões de possibilidades conjuntas com os gestores presentes para potencializar o acolhimento.

4.3.1. Recursos disponíveis

Será necessário para o desenvolvimento dessa atividade:

- a) Recursos materiais: Datashow disponível, cartolinas e pinceis atômicos, papel ofício. O auditório da Policlínica Lessa de Andrade.
- b) O tempo dispensado para desenvolver todas estas etapas seriam 4 horas (13:00 as 17:00h)

4.3.2 Processos:

- a) Articular agenda disponível e possível com a Coordenação de Área.
- b) Confirmar o local dessa prática: necessidade de auditório
- c) Preparar convites formais para gerência do DS IV, Coordenação de Área, e grupo de coordenadores das políticas de saúde (SEAS).
- d) Convites para a gerência de Atenção Básica da Prefeitura da Cidade do Recife.
- e) Providenciar uma mesa de lanches para um coffebreak.
- f) Apresentar a dissertação para o grupo envolvido e conduzir toda a prática proposta convidando a coordenação de área e outros atores que queiram participar na condução do debate final.
- g) Apresentar o relatório posterior, sobre toda a prática desenvolvida na intervenção e os resultados e reflexões para Gerência do DS IV e Gerência da Atenção Básica.

5. RESULTADOS ESPERADOS

Apesar de estarmos atualmente vivenciando uma conjuntura política desfavorável e desmotivadora para que os princípios e diretrizes do SUS continuem sendo debatidos e reforçados nas práticas de cuidados, encontraremos uma forma de estimular e empoderar todos os participantes presentes, para importância de continuar na luta pela defesa do SUS, na efetivação da saúde como um direito básico, universal e de qualidade.

Como resultados espera-se uma maior reflexão das equipes de saúde em torno desta matriz construída na medida em que possam compreender e reconhecer melhor o seu tipo de modelagem para uma maior reflexão das potencialidades, das fragilidades e vulnerabilidades que se encontram imbricados na prática de Acolhimento, sugerindo maior envolvimento da gestão, dos profissionais e dos usuários para que possam superar as dificuldades encontradas nesta prática procurando elaborar estratégias que possam ultrapassar essas dificuldades com a finalidade de melhoria da qualidade de atenção.

Que as equipes de Saúde da Família sintam-se motivadas observando experiências exitosas dentro dessa prática, e que consigam compreender melhor, em cada dimensão do acolhimento apresentada, quais as estratégias que possam estar sendo delineadas com o propósito de: melhorar Acesso á demanda espontânea, organizar e planejar seu processo de acolhimento de forma mais efetiva, multiprofissional e integrada, potencializar o vínculo e a escuta qualificada, utilizar a classificação de risco para fortalecer a equidade no acesso e melhorar a resolutividade como um todo.

Que as representações da gestão presentes, também possam refletir quais as dificuldades que as equipes de saúde apresentam, no que não concerne a sua resolutividade e também despertem, dentro do seu poder decisório, para desenvolver algumas ações que venham a otimizar essa prática do acolhimento tão fundamental para uma USF fortalecida.

Criação de uma cartilha ilustrativa sobre o acolhimento com as dimensões pesquisadas ressaltando as características do acolhimento das ESF do DS IV evidenciando os pontos fortalecedores.

6. AVALIAÇÃO

De 3 a 6 meses após a apresentação da matriz, discutir em reunião de micro área juntamente com os profissionais e alguns gestores convidados quais as modificações que puderam ser realizadas no processo de acolhimento e o que melhorou nas dimensões do Acesso, Organização da Demanda, Escuta Qualificada, Vínculo, Classificação de Risco e Ambiência e Resolutividade em cada USF.

Entrega da cartilha do acolhimento a cada representante da USF com 6 meses.

7. REFERÊNCIAS

BEHR, E.M.S.Z. Dificuldades nas Práticas do Acolhimento na Unidade Básica de Saúde do Jardim Atlântico – Florianópolis – Santa Catarina In: PEREIRA, M.F. et al. **Coleção Gestão da Saúde Pública: Contribuições para a gestão do SUS**. Vol. 06, Ed. Fundação Boiteux Florianópolis, 2013.

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, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Cadernos de Atenção Básica, n. 28).

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**; manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. 62 p. (Série A Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p: il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1)

CAMPOS, R.T. O; SILVA, V.J. e F. V. SOUZA. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. Especial, p. 252-264, out. 2014

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; 2009.

CHAGAS, H. M. A.; VASCONCELLOS M. P. C. Quando a porta de entrada não resolve: análise das unidades de saúde da família no município de Rio Branco, Acre. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v..22, n.2, abr/jun. 2013.

COELHO, B. P.; COUTO, G. de A. O modelo de atenção e gestão em Recife: a dupla tarefa da produção de saúde e da produção de sujeitos no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 44, p. 113-122, maio. 2009.

OLIVEIRA, C.V. S.; CORIOLANO-MARINUS, M.W.L. Acolhimento na estratégia saúde da família: uma revisão integrativa. **Saúde em Redes**, Porto Alegre v.2, n.2, p. 211 – 225, 2016.

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.

GARCIA, A. C. P. et al. Análise da organização da atenção básica no Espírito Santo: (des)velando cenários. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 221-236, out. 2014.

MARQUES-FERREIRA, M.L.S; BARREIRA-PENQUES, R.M.V; SANCHES-MARIN, M.J. Acolhimento na percepção dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde, año 14 , v. 14, nº 2 , **Chía**, Colombia , junio. 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/741/74131358008.pdf>

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

MORAIS, I. F. et al. O que mudou nos serviços de saúde com a estratégia saúde da família. **Revista Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza v.13, n. 2, p.291-9, 2012.

MOTTA, B.F.B.; PERRUCCHI, J.; FILGUEIRAS, M.S.T. O Acolhimento em Saúde no Brasil: uma revisão sistemática de literatura sobre o tema. **Revista Sociedade Brasileira de Psicología Hospitalar**, Belo Horizonte v.17 n.1, jun. 2014.

NILSON, L. G. Minicurso: **Introdução ao Acolhimento**. Moodle TELESSAUDE. Florianópolis, 2014.
<https://pt.scribd.com/document/363112942/curso-introducao-ao-acolhimento-versafo-final-15-05-1>. Acesso em 12 nov. 2017.

PINTO, V.L. **Implantação do acolhimento nas unidades de saúde da família, da microregião 6.1 do distrito sanitário VI, na cidade do Recife**. 2012. 29f. Monografia (Especialização em Saúde Pública-Fiocruz-Instituto Aggeu Magalhães, Recife, 2012.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **Recife em Defesa da Vida: Cartilha para gestores e trabalhadores de saúde**. Recife, 2009.

_____, Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão**. 2011. Recife, 2011.

_____, Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife. **Plano Municipal de Saúde 2014 - 2017** / Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife, Recife. Secretaria Executiva de Coordenação Geral, Gerência Geral de Planejamento. _ 1ª. Ed. - Secretaria de Saúde do Recife, 2014