



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

MERILANE RAMOS DA SILVA

**ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO E REPERCUSSÕES DO ACOLHIMENTO NO
PROCESSO DE TRABALHO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
LOCALIZADA EM PERNAMBUCO**

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2024

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA

MERILANE RAMOS DA SILVA

**ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO E REPERCUSSÕES DO ACOLHIMENTO NO
PROCESSO DE TRABALHO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
LOCALIZADA EM PERNAMBUCO**

TCC apresentado ao Curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Professora Dra. Fabiana de Oliveira Silva Sousa

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2024

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Silva, Merilane Ramos da.

Análise da implementação e repercussões do acolhimento no processo de trabalho em uma Unidade Básica de Saúde localizada em Pernambuco / Merilane Ramos da Silva. - Vitória de Santo Antão, 2024.

56 p.

Orientador(a): Fabiana de Oliveira Silva Sousa

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, Saúde Coletiva, 2024.

Inclui referências, anexos.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Acolhimento. 3. Acesso efetivo aos serviços de saúde. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Fluxo de trabalho. I. Sousa, Fabiana de Oliveira Silva. (Orientação). II. Título.

610 CDD (22.ed.)

MERILANE RAMOS DA SILVA

**ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO E REPERCUSSÕES DO ACOLHIMENTO NO
PROCESSO DE TRABALHO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
LOCALIZADA EM PERNAMBUCO**

TCC apresentado ao Curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 09/10/2024.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dra. Fabiana de Oliveira Silva Sousa (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^ª. Dra. Petra Oliveira Duarte (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Alexciane Priscila da Silva (Examinadora Externa)
Secretaria de Saúde da Vitória de Santo Antão-PE

Dedico este trabalho ao Sistema Único de Saúde (SUS), que é símbolo de luta, equidade e compromisso com a saúde do povo brasileiro.

AGRADECIMENTOS

Primeiro, gostaria de expressar minha gratidão a Deus por me permitir chegar a esta etapa final do curso, bem como por me dar força e sabedoria para enfrentar os obstáculos que surgiram ao longo desta jornada acadêmica. Nada seria possível sem Ele.

Agradeço aos meus familiares, especialmente aos meus pais. Eles sempre estiveram ao meu lado em todos os momentos, me apoiando nos estudos e, acima de tudo, me ajudando a alcançar meu sonho.

Além disso, gostaria de agradecer aos professores do curso de Saúde Coletiva que forneceram contribuições significativas em minha formação profissional e em especial a minha professora e orientadora Fabiana, que desde o início aceitou participar desse projeto. Gratidão por toda paciência, dedicação e pelas valiosas orientações que me guiaram ao longo do desenvolvimento deste trabalho.

Gostaria também de agradecer a todos os trabalhadores de saúde, que gentilmente aceitaram participar das entrevistas e forneceram informações essenciais para a construção deste estudo.

Agradeço aos meus amigos de curso, que foram sinônimos de companheirismo e apoio mútuo. Obrigada por cada conhecimento compartilhado, pelos momentos de descontração e por serem esse alicerce que foi essencial ao longo desses quatro anos de graduação.

E, finalmente, agradeço a todos, que direta ou indiretamente, contribuíram para que eu chegasse até aqui.

RESUMO

O acolhimento foi desenvolvido para melhorar e qualificar o atendimento nos serviços de saúde, humanizar o cuidado, melhorar as relações entre profissionais e usuários e aumentar a acessibilidade da população aos serviços de saúde. O objetivo desta pesquisa foi analisar a influência do acolhimento no processo de trabalho da equipe de saúde e na resolutividade das demandas espontâneas em uma Unidade Básica de Saúde localizada no município de Vitória de Santo Antão - PE. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa desenvolvida a partir de entrevistas semiestruturadas com 09 profissionais de saúde. Após análise de conteúdo dos dados, identificaram-se três categorias temáticas: processo de implementação do acolhimento na unidade básica de saúde; efeitos do acolhimento na unidade básica de saúde; desafios e sugestões para fortalecer o acolhimento. Os resultados indicaram que o acolhimento na unidade de saúde estudada melhorou o acesso da população, fortaleceu o vínculo entre usuários e profissionais de saúde e ampliou a resolutividade da atenção às demandas espontâneas. Persistem fragilidades relacionadas à sobrecarga do profissional enfermeiro e a dificuldade da população em compreender sobre o processo de acolhimento ofertado na unidade. A educação permanente em saúde pode ser uma estratégia para implementação de mudanças necessárias na organização e operacionalização do acolhimento na atenção primária à saúde.

Palavras chave: atenção primária à saúde; acolhimento; acesso efetivo aos serviços de saúde; Sistema Único de Saúde; fluxo de trabalho.

ABSTRACT

Reception was developed to improve and qualify care in health services, humanize care, improve relations between professionals and users and increase the population's accessibility to health services. The aim of this research was to analyze the influence of welcoming on the work process of the health team and on the resolution of spontaneous demands in a Basic Health Unit located in the municipality of Vitória de Santo Antão - PE. This is a qualitative study based on semi-structured interviews with 09 health professionals. After analyzing the content of the data, three thematic categories were identified: the process of implementing welcoming at the basic health unit; the effects of welcoming at the basic health unit; and the challenges and suggestions for strengthening welcoming. The results indicated that welcoming at the health unit studied improved access for the population, strengthened the bond between users and health professionals and increased the effectiveness of care for spontaneous demands. Weaknesses persist related to the overload of nurses and the population's difficulty in understanding the welcoming process offered at the unit. Permanent health education can be a strategy for implementing the necessary changes in the organization and operation of reception in primary health care.

Keywords: primary health care; welcoming; effective access to health services; Unified Health System; workflow.

LISTA DE ABREVIACÕES

APS	Atenção Primária à Saúde
CAB	Caderno da Atenção Básica
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
EC	Emenda Constitucional
eAP	Equipe de Atenção Primária
eSF	Equipe de Saúde da Família
eMULTI	Equipe Multiprofissional
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PACs	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PMM	Programa Mais Médicos
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
Unicef	Fundo das Nações Unidas para Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DE LITERATURA	13
2.1 Atenção Primária à Saúde no Brasil	13
2.2 O acolhimento na Atenção Primária à Saúde no Brasil	16
3 OBJETIVOS	19
4 ARTIGO	20
5 CONCLUSÃO	39
REFERÊNCIAS	41
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	44
ANEXO B – NORMAS DE SUBMISSÃO DA REVISTA GESTÃO & SAÚDE	49

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é um modelo de cuidado de saúde adotado por vários países desde a década de 1960. Seu objetivo principal é proporcionar um maior e mais efetivo acesso ao sistema de saúde, além de buscar superar e intervir no modelo de atenção à saúde tradicionalmente curativo, individual e hospitalar para um modelo que priorize a escuta, o cuidado do sujeito e que seja mais preventivo, coletivo, territorializado e democrático (Brasil, 2016).

No Brasil, a APS é definida de acordo com Política Nacional de Atenção Básica - PNAB 2017, como o primeiro ponto de atenção e a principal porta de entrada preferencial dos usuários ao sistema de saúde, que deve organizar os fluxos e contra fluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde, além de, considerar o indivíduo em sua singularidade e inserção cultural, buscando sempre produzir a atenção integral e incorporar as ações de vigilância em saúde (Brasil, 2017).

Criada para ampliar e garantir o direito à saúde, a APS aliada aos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) é essencial para garantir a promoção, proteção e prevenção de doenças e agravos ligados à saúde da população, proporcionando melhorias nos indicadores de saúde, reduzindo a mortalidade materna, abrangendo a cobertura vacinal, além de ofertar maior qualidade de vida aos usuários. Apesar dos inúmeros avanços conquistados ao longo dos anos, a APS vem enfrentando desafios que ameaçam o alcance do seu objetivo de ofertar um atendimento efetivo e resolutivo (Silva; Pellense, 2024).

Um desses desafios está relacionado à melhoria na ampliação e organização do acesso das pessoas que procuram o serviço por livre demanda. Nesse sentido, o acolhimento foi proposto pelo Ministério da Saúde através da Política Nacional de Humanização (PNH) (Brasil, 2013a). Segundo Giordani *et al.*, 2020, o acolhimento pode ser organizado nas seguintes dimensões: mecanismo de ampliação/facilitação do acesso; b) tecnologia de cuidado; e c) dispositivo de organização do processo de trabalho em equipe. Dessa maneira, o acolhimento além de organizar o fluxo de atendimento nos serviços de saúde, atua como tecnologia de cuidado que transita entre acesso de um lado e terapêutica de outro.

O acolhimento é dispositivo que deve ser feito de forma coletiva propiciando uma escuta qualificada e humanizada a todo usuário que procura o serviço de saúde, além de estabelecer relações de confiança, e vínculo entre profissionais e usuários (Melo, M *et al.*,

2022). Entretanto, alguns impasses interferem na efetivação dessa ferramenta na APS, seja pela ausência de estrutura física adequada, seja ainda pela insuficiência de profissionais no serviço, pela falta de qualificação dos mesmos quanto ao acolhimento e também pela falta de conhecimento dos usuários a respeito dessa ferramenta (Coutinho; Barbieri; Santos, 2015; Sousa *et al.*, 2014).

A Atenção Primária à Saúde é considerada uma importante estratégia para reorientação do modelo assistencial no SUS. Considerada como principal porta de entrada, essa rede de serviços tão capilarizada nos territórios municipais precisa ser fortalecida para ofertar cuidado mais integral e resolutivo. Considerando que o acolhimento é uma potente ferramenta para gestão do cuidado à demanda espontânea na APS e que, nos últimos 5 anos, há relativa escassez de estudos publicados sobre essa temática é que desenvolveu-se esse estudo. Diante disso, essa pesquisa buscou responder a seguinte pergunta norteadora: **Como a implementação do acolhimento tem influenciado no processo de trabalho da equipe de saúde e na resolutividade das demandas espontâneas na Unidade Básica de Saúde em estudo?**

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Atenção Primária à Saúde no Brasil

A Atenção Primária à Saúde na perspectiva do SUS é vista como um conjunto de ações destinadas à promoção, proteção, prevenção de agravos e recuperação do paciente, além de ser a principal porta de entrada dos usuários ao sistema de saúde. Em sua totalidade, a APS fornece a população uma variedade de cuidados essenciais sem precisar fazer com que a mesma se desloque a outros serviços em busca de atendimento (Milagres *et al.*, 2022).

Internacionalmente a APS é vista como um instrumento potencializador para a estruturação de uma rede de atenção à saúde focalizada em suprir as demandas advindas da população de forma regionalizada, contínua e sistematizada, incluindo atividades básicas como prevenção, promoção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade (Matta; Marosini, 2008).

Historicamente a ideia de APS surgiu junto com o Relatório Dawson em 1920 no qual foi o primeiro documento a fazer alusão a Atenção Primária à Saúde.

Esse documento foi o marco da ideia de APS como forma de organização dos sistemas nacionais de saúde, no qual se propôs a reestruturação do modelo de atenção à saúde na Inglaterra em serviços organizados segundo os níveis de complexidade e os custos do tratamento (Portela, 2017, p.1).

Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) realizaram a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, no Cazaquistão, em 1978, devido às inúmeras dificuldades enfrentadas pelos países em oferecer uma assistência à saúde digna e que abrangesse toda a população. A conferência marcou o início de uma série de iniciativas de APS em todo o mundo. Os 134 países participantes estabeleceram metas para atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000. Essa política internacional consolidou diretrizes e estabeleceu a atenção primária à saúde como orientação internacional para aumentar a cobertura nos serviços de saúde (Alves; Paivas, 2021).

Diante desse contexto, a Declaração de Alma-Ata reafirmou o significado de saúde como um direito fundamental e uma das metas sociais e mundiais mais importantes. Ela propôs construir uma APS que atendesse de forma regionalizada toda a população envolvendo profissionais de diversas áreas, sejam eles, médicos, enfermeiros, auxiliares, Agente

Comunitário de Saúde com o intuito de oferecer cuidados essenciais de acordo com a necessidade do indivíduo. Dessa forma, a conferência parte do princípio de que é preciso ter um olhar mais humanizado para o contexto social em que se encontram os países mais pobres cuja população vive em extrema vulnerabilidade e, a partir dessa situação, investir nas políticas de saúde que favoreçam e tragam resolutividade das demandas para assim fazer com que o sistema de saúde seja acessível a todos. Com a declaração de Alma-Ata, a APS começou a ganhar cada vez mais visibilidade e tornou-se “fundamental para as reformas sanitárias ocorridas em diversos países, inclusive no Brasil nos anos 80 e 90 do último século” (Matta; Marosini, 2008, p.47).

No Brasil, a APS se consolida de forma mais estruturada nos anos 90, com a criação do SUS através da Constituição de 1988, garantindo aos cidadãos o direito à saúde e estabelecendo um sistema de saúde que aplicasse os princípios e diretrizes formuladas pelo movimento da reforma sanitária (Melo, E *et al.*, 2018). Pouco tempo depois da implementação do sistema de saúde, surgiu o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACs). O PSF, em particular, buscava uma mudança no sistema assistencial priorizando o atendimento aos usuários em sua comunidade e ambiente familiar. Baseando-se nos princípios e diretrizes do SUS, ao longo do tempo foi se consolidando como uma estratégia de fortalecimento do sistema de saúde. No ano 2000, muitos municípios no Brasil já haviam aderido ao PSF, passando a ofertar um novo modelo de atenção e aumentando o acesso e a cobertura da população (Santos; Franco; Souza, 2020).

Em 2006, com a conjuntura do Pacto pela Saúde surge a primeira edição da PNAB que estabeleceu a saúde da família como estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção primária no país, passando a ser denominada Estratégia Saúde da Família (ESF) (Carmo; Silva; Campo, 2023). A despeito disso, com todo arcabouço apresentado pela política, durante sua vigência algumas dificuldades referentes à infraestrutura inadequada das unidades eram relatadas pelos profissionais, além disso, o subfinanciamento que impõe limites no desenvolvimento da APS, e a dificuldade de se conseguir profissionais médicos para compor as equipes se tornava um grande problema (Melo, E *et al.*, 2018). Diante disso, em 2011, outra edição da PNAB foi implementada pela portaria nº 2.488/11 como forma de corrigir erros existentes no modelo assistencial. A nova política teve como objetivo reestruturar as UBS através de reformas e a criação do programa Consultório na Rua, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), além de ser instituído na mesma época o Programa de

Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e o Programa Mais Médico (PMM) (Melo, *E et al.*, 2018).

Em 2017 surgiu a versão mais atual da PNAB regulamentada pela portaria nº 2.436, na qual permanecem mantidos os princípios da universalidade, da integralidade e da resolutividade. Porém, uma das principais mudanças propostas pela PNAB de 2017, especialmente em relação à ESF, com possíveis impactos para a coordenação do cuidado, é o rompimento da prioridade dada à ESF como modelo de organização da APS no país, a diminuição da carga horária semanal dos profissionais e a flexibilização quanto à presença do ACS na composição das equipes, além de trazer um olhar mais clínico, focado na atenção individual (Carmo; Silva; Campo, 2023).

Diante de toda trajetória percorrida pela APS no Brasil, avanços e também desafios se fizeram presentes nessa conjuntura. É fato que a Atenção Primária trouxe impactos positivos a respeito da cobertura e do acesso à saúde da população, reduzindo a mortalidade materna, reduzindo os índices de doenças e agravos, oferecendo cobertura vacinal de qualidade e garantindo cuidados básicos a toda população. “Tais avanços estão ancorados na abrangência da ESF, principal modelo assistencial que ultrapassou a marca de 40 mil equipes em todo o território nacional em 2016” (Facchini; Tomasi; Dilélio, 2018, p.4). É importante ressaltar também que a presença dos profissionais do Programa Mais Médicos (PMM) favoreceu milhões de pessoas, uma vez que, o programa buscou ampliar o atendimento no SUS de forma regionalizada, promovendo a redução da rotatividade dos médicos integração das equipes, e fortalecendo as ações de saúde (Separavich; Couto, 2021).

Contudo, em meio a tantos resultados positivos referente à implementação da APS no país alguns desafios ainda repercutem nesse contexto, visto que, um dos principais entraves para o desenvolvimento efetivo da APS é de fato o desfinanciamento que vem acontecendo ao longo dos anos, principalmente com a aprovação da EC 95/2016 e do Previde Brasil. A insuficiência de recursos financeiros gera problemas como a infraestrutura inadequada das UBS para atender as demandas da população (Rodrigues; Nascimento, 2019). Além disso, a insuficiência de profissionais para compor a ESF e desqualificação dos mesmos se torna um grande obstáculo que dificulta a resolutividade das demandas nas unidades de saúde, repercutindo na perda da qualidade do serviço, onde os mais prejudicados são os próprios usuários que, na maioria das vezes, dependem única e exclusivamente do SUS (Giordani *et al.*, 2020). Diante das dificuldades para garantia de práticas profissionais mais

acolhedoras e humanizadas, o acolhimento foi proposto enquanto uma ferramenta importante para organizar o atendimento à demanda espontânea na APS e ampliar o acesso humanizado no sistema de saúde.

2.2 O acolhimento na Atenção Primária à Saúde no Brasil

O acolhimento é um dispositivo criado para melhorar e qualificar o atendimento nos serviços de saúde. Nesse sentido, essa ferramenta é vista como uma estratégia para reorganização do processo de trabalho entre as equipes, possibilitando a humanização do cuidado e o fortalecimento do vínculo entre profissional e usuário com o objetivo de melhorar o acesso e qualidade da atenção em saúde. Nesse sentido, o acolhimento traz um olhar mais humanizado aos serviços de saúde, onde a escuta atenciosa da demanda do paciente pode resolver grande parte de seus problemas sem precisar fazer com que os mesmos se desloquem para outro nível de atenção em busca de atendimento (Silva; David; Romano, 2020).

A partir desse pressuposto, a PNH, também conhecida como “HumanizaSUS”, foi criada em 2003 pelo Ministério da Saúde (MS), com o objetivo de implementar os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. Além disso, por ser uma política transversal, propôs sua inserção em todas as políticas e programas do SUS. Sua ideia central é descentralizar a relação de poder que existem entre os gestores, trabalhadores e usuários, fazendo com que cada indivíduo seja protagonista do seu cuidado e, conseqüentemente, melhorar a relação de afeto, vínculo e respeito, gerando assim autonomia e corresponsabilidade entre trabalhadores e usuários. É nesse sentido que surge a proposta do acolhimento cujo objetivo é fornecer escuta qualificada ofertada pelos profissionais da saúde às necessidades do usuário, garantindo acesso oportuno desses pacientes às tecnologias adequadas de acordo com cada demanda, ampliando a efetividade das práticas de saúde (Brasil, 2013a).

De acordo com o Caderno da Atenção Básica (CAB) do MS de 2013, é possível dimensionar alguns tipos de acolhimento que podem ser colocados em prática no dia a dia do serviço a depender do local e da demanda da unidade, incluindo:

a) *Acolhimento pela equipe de referência do usuário*: nessa perspectiva os usuários serão acolhidos na sua própria unidade pelo profissional da área, seja ele, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem ou dentista que poderá realizar a primeira escuta do acolhimento. Esse tipo de acolhimento busca construir mecanismos relacionados ao vínculo entre profissional e

usuário e ao processo de escuta qualificada que se estabelece no atendimento e que influencia positivamente no modo de gerir o serviço.

b) *Equipe de acolhimento do dia*: nesse aspecto, para aquelas unidades que possuem mais de uma ESF se estabelece um cronograma e a equipe que fica na linha de frente do acolhimento atende os usuários que chegam por demanda espontânea enquanto os profissionais da outra equipe continuam com suas agendas normais somente atendendo aos casos agudos em situações excepcionais em que a quantidade de pessoas com tal necessidade exceder a capacidade de atendimento da equipe do acolhimento do dia.

c) *Acolhimento misto*: também é um tipo de acolhimento que como o próprio nome já diz, envolve a equipe de referência do usuário em conjunto com a equipe de acolhimento do dia, aqui para aquelas unidades que possuem mais de uma equipe se estipula um determinado quantitativo de pacientes ou um determinado horário onde a equipe escalada realizará o acolhimento por demanda espontânea da sua própria área. Caso esse quantitativo ou horário exceda o previsto, o enfermeiro e o médico que não estão escalados dão suporte atendendo, independentemente da área, as demandas que foram encaminhadas através do acolhimento que excederem a quantidade predeterminada.

d) *Acolhimento coletivo*: aqui o profissional da unidade reúne todos os pacientes que chegam ao serviço por demanda espontânea e realiza o acolhimento, além disso, os profissionais aproveitam para explicarem aos usuários o modo de trabalho da equipe, realizam-se também atividades de educação em saúde. Portanto, para que toda equipe participe do acolhimento coletivo nenhuma agenda poderá ser marcada no primeiro turno. Contudo, existem alguns fatores que limitam o processo de acolhimento coletivo, por ser muito aberto muitas pessoas se sentem constrangidas em falar sobre seus problemas podendo reprimir o procedimento do acolhimento.

Diversas ESF em todo o Brasil relataram muitos avanços na melhoria da qualidade dos serviços a partir da implementação do acolhimento. Como resultado, a efetivação desse dispositivo facilitou o acesso dos usuários às UBS, o que significa que eles não precisam mais esperar horas ou dias por uma consulta, pois agora é possível obter atendimento na própria unidade por agendamento ou por demanda espontânea. Além disso, o acolhimento objetiva qualificar a relação trabalhador-usuário por meio de parâmetros humanitários, de

solidariedade e cidadania e possibilitar o fortalecimento das relações de vínculos e responsabilização na produção da saúde (Melo, M *et al.*, 2022).

Existem vários fatores que impedem que o acolhimento nas unidades de saúde seja feito de forma eficaz, como a falta de uma estrutura adequada para receber os pacientes, pois muitos relatam que o acolhimento é frequentemente feito na recepção, o que causa certo bloqueio para os usuários que não se sentem totalmente confortáveis. Nesse sentido, o processo de acolhimento deve ser realizado em um ambiente mais privado, onde o paciente se sinta confortável para falar (Rodrigues; Nascimento, 2019). A falta de treinamento dos profissionais sobre essa ferramenta é outra questão que dificulta o acolhimento. Muitas vezes as capacitações que deveriam ser feitas com os profissionais antes de se implementar o acolhimento só ocorrem muito tempo depois, o que dificulta a eficácia do serviço. (Giordani, *et al.*, 2020). E por fim, outro fator que interfere nessa perspectiva é a sobrecarga dos profissionais, uma vez que, os enfermeiros são os que mais sentem desgaste no cotidiano do serviço, pelo fato de ainda existir a cultura de que apenas os enfermeiros e médicos devem realizar o acolhimento, quando na verdade qualquer membro da ESF pode desempenhar essa função. (Rodrigues; Nascimento, 2019). É preciso haver uma cooperação, um verdadeiro trabalho coletivo entre as equipes para oferecer aos pacientes um acolhimento qualificado conforme recomendado pela PNH.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar a influência do acolhimento no processo de trabalho da equipe de saúde e na resolutividade das demandas espontâneas na Unidade Básica de Saúde.

3.2 Objetivos Específicos:

- Descrever como se deu o processo de implementação do acolhimento na Unidade Básica de Saúde;
- Analisar a perspectiva dos profissionais da Unidade Básica de Saúde sobre a influência do acolhimento na organização das atividades e na resolutividade das demandas.

4 ARTIGO

O PRESENTE TRABALHO ESTÁ APRESENTADO NO FORMATO DE ARTIGO REQUERIDO PELA REVISTA **GESTÃO & SAÚDE**, CUJAS NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS SE ENCONTRAM EM ANEXO.

ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO E REPERCUSSÕES DO ACOLHIMENTO NO PROCESSO DE TRABALHO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE LOCALIZADA EM PERNAMBUCO

ANALYSIS OF THE IMPLEMENTATION AND REPERCUSSIONS OF RECEPTION ON THE WORK PROCESS IN A BASIC HEALTH UNIT LOCATED IN PERNAMBUCO

ANÁLISIS DE LA IMPLANTACIÓN Y REPERCUSIÓN DE LA ACOGIDA EN EL PROCESO DE TRABAJO EN UNA UNIDAD BÁSICA DE SALUD LOCALIZADA EN PERNAMBUCO

Merilane Ramos da Silva (<https://orcid.org/0009-0001-8725-5246>)
Universidade Federal de Pernambuco

merilane.ramoss@ufpe.br

Fabiana de Oliveira Silva Sousa (<https://orcid.org/0000-0002-4482-3151>)
Universidade Federal de Pernambuco

fabiana.osilva@ufpe.br

RESUMO

O objetivo do artigo foi analisar a influência do acolhimento no processo de trabalho da equipe de saúde e na resolutividade das demandas espontâneas em uma Unidade Básica de Saúde localizada em um município do estado de Pernambuco. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa desenvolvida a partir de entrevistas semiestruturadas com 09 profissionais de saúde. Após análise de conteúdo dos dados, identificaram-se três categorias temáticas: processo de implementação do acolhimento na unidade básica de saúde; efeitos do acolhimento na unidade básica de saúde; desafios e sugestões para fortalecer o acolhimento. Os resultados indicaram que o acolhimento na unidade de saúde estudada melhorou o acesso da população, fortaleceu o vínculo entre usuários e profissionais de saúde e ampliou a resolutividade da atenção às demandas espontâneas. Persistem fragilidades relacionadas à sobrecarga do profissional enfermeiro e a dificuldade da população em compreender sobre o processo de acolhimento ofertado na unidade. A educação permanente em saúde pode ser uma estratégia para implementação de mudanças necessárias na organização e operacionalização do acolhimento na atenção primária à saúde.

Palavras chave: atenção primária à saúde; acolhimento; acesso efetivo aos serviços de saúde; Sistema Único de Saúde; fluxo de trabalho.

ABSTRACT

The aim of this article was to analyze the influence of welcoming on the health team's work process and on resolving spontaneous demands in a Basic Health Unit located in a municipality in the state of Pernambuco. This is a qualitative study based on semi-structured interviews with 09 health professionals. After analyzing the content of the data, three thematic categories were identified: the process of implementing welcoming in the basic health unit; the effects of welcoming in the basic health unit; and the challenges and suggestions for strengthening welcoming. The results indicated that the reception system at the health unit studied improved access for the population, strengthened the bond between users and health professionals and increased the effectiveness of care for spontaneous demands. Weaknesses persist related to nursing overload and resistance from the population. Continuing education in health can be a strategy for implementing the necessary changes in the organization and operation of reception in primary health care.

Keywords: primary health care; welcoming; effective access to health services; Unified Health System; workflow..

RESUMEN

El objetivo de este artículo fue analizar la influencia de la acogida en el proceso de trabajo del equipo de salud y en la resolución de demandas espontáneas en una Unidad Básica de Salud localizada en un municipio del estado de Pernambuco. Se trata de un estudio cualitativo basado en entrevistas semiestructuradas con 09 profesionales de la salud. Después de analizar el contenido de los datos, se identificaron tres categorías temáticas: el proceso de implementación de la acogida en la unidad básica de salud; los efectos de la acogida en la unidad básica de salud; y los desafíos y sugerencias para fortalecer la acogida. Los resultados indicaron que la acogida en la unidad de salud estudiada mejoró el acceso de la población, fortaleció el vínculo entre usuarios y profesionales de salud y aumentó la eficacia de la atención a las demandas espontáneas. Persisten debilidades relacionadas a la sobrecarga de enfermeros y a la dificultad de la población en comprender el proceso de acogida ofrecido en la unidad. La educación sanitaria permanente puede ser una estrategia para implementar los cambios necesarios en la organización y el funcionamiento de la acogida en la atención primaria.

Palabras clave: atención primaria; acogida; acceso efectivo a los servicios sanitarios; Sistema Sanitario Unificado; flujo de trabajo.

1. Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é um modelo de cuidado de saúde adotado por vários países desde a década de 1960. Seu objetivo principal é proporcionar um maior e mais efetivo acesso ao sistema de saúde, além de buscar superar e intervir no modelo de atenção à saúde tradicionalmente curativo, individual e hospitalar para um modelo que priorize a escuta, o cuidado do sujeito e que seja mais preventivo, coletivo, territorializado e democrático⁽¹⁾.

No Brasil, a APS é definida de acordo com Política Nacional de Atenção Básica - PNAB 2017, como o primeiro ponto de atenção e a principal porta de entrada preferencial dos usuários ao sistema de saúde, que deve organizar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde, além de, considerar o

indivíduo em sua singularidade e inserção cultural, buscando sempre produzir a atenção integral e incorporar as ações de vigilância em saúde⁽²⁾.

Criada para ampliar e garantir o direito à saúde, a APS aliada aos princípios doutrinários do SUS é essencial para garantir a promoção, proteção e prevenção de doenças e agravos ligados à saúde da população, proporcionando melhorias nos indicadores de saúde, reduzindo a mortalidade materna, abrangendo a cobertura vacinal, além de ofertar maior qualidade de vida aos usuários. Apesar dos inúmeros avanços conquistados ao longo dos anos, a APS vem enfrentando desafios que ameaçam o alcance do seu objetivo de ofertar um atendimento efetivo e resolutivo⁽³⁾.

Um desses desafios está relacionado à melhoria na ampliação e organização do acesso das pessoas que procuram o serviço por livre demanda. Nesse sentido, o acolhimento foi proposto pelo Ministério da Saúde através da Política Nacional de Humanização (PNH)⁽⁴⁾. Nesse sentido, o acolhimento pode ser organizado nas seguintes dimensões: mecanismo de ampliação/facilitação do acesso; b) tecnologia de cuidado; e c) dispositivo de organização do processo de trabalho em equipe. Dessa maneira, o acolhimento além de organizar o fluxo de atendimento nos serviços de saúde, atua como tecnologia de cuidado que transita entre acesso de um lado e terapêutica de outro⁽⁵⁾.

O acolhimento é dispositivo que deve ser feito de forma colaborativa pela equipe de saúde propiciando uma escuta qualificada e humanizada a todo usuário que procura o serviço de saúde, além de estabelecer relações de confiança e vínculo entre profissionais e usuários⁽⁶⁾. Entretanto, alguns impasses interferem na efetivação dessa ferramenta na APS, seja pela ausência de estrutura física adequada, seja ainda pela insuficiência de profissionais no serviço, pela falta de preparo dos mesmos quanto ao acolhimento e também pela falta de conhecimento dos usuários a respeito dessa ferramenta⁽⁷⁻⁸⁾.

A atenção primária à saúde é considerada uma importante estratégia para reorientação do modelo assistencial no SUS. Considerada como principal porta de entrada, essa rede de serviços tão capilarizada nos territórios municipais precisa ser fortalecida para ofertar cuidado mais integral e resolutivo. Considerando que o acolhimento é uma potente ferramenta para gestão do cuidado à demanda espontânea na APS e que, nos últimos 5 anos, há relativa escassez de estudos publicados sobre essa temática é que desenvolveu-se esse estudo cujo objetivo foi analisar a influência do acolhimento no processo de trabalho da

equipe de saúde e na resolutividade das demandas espontâneas em uma unidade básica de saúde de um município de grande porte de Pernambuco.

2. Método

Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa, realizado em um município de grande porte do interior de Pernambuco. O referido município está localizado a uma distância aproximada de 50 km da capital e conta com uma população residente de 134.084 habitantes⁽⁹⁾.

O município estudado conta com uma ampla rede de atenção primária, constituída por 36 UBS, 57 equipes de saúde da família (eSF), 05 equipes de atenção primária (eAP) e 6 equipes multiprofissionais (eMulti), e possui uma cobertura de APS de aproximadamente 85,82%⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

No momento da coleta dos dados, a Unidade Básica de Saúde (UBS) estudada era a única com o acolhimento implantado nesse município. Essa unidade conta com duas eSF e é composta por: 09 agentes comunitárias de saúde, 02 médicos, 02 enfermeiras, 01 técnico de enfermagem, 01 cirurgiã dentista, 01 técnica de saúde bucal e 03 recepcionista e funciona das 08:00 da manhã até às 21:00 da noite através do Programa Saúde até Mais Tarde.

A coleta de dados foi realizada no período de abril a maio de 2024, através de entrevistas semiestruturadas. Foram entrevistados 09 profissionais que atuam na unidade de saúde estudada que, voluntariamente, aceitaram participar do estudo e que possuíam, pelo menos, seis meses de experiência na referida UBS.

Os profissionais foram convidados a participar da pesquisa, na qual receberam informações detalhadas sobre o objetivo e metodologia do estudo. As entrevistas foram realizadas de modo presencial na UBS em ambiente preservado conforme a disponibilidade de cada profissional. As entrevistas tiveram duração média de 30 minutos e foram gravadas via aparelho celular, por meio de um aplicativo de gravador de voz disponível gratuitamente e posteriormente foram transcritas e analisadas. O roteiro utilizado para realização das entrevistas foi composto por questões sobre: a) formação e trajetória profissional do/a entrevistado/a; b) organização do processo de trabalho na unidade básica de saúde (objetivos atividades e instrumentos/recursos utilizados); c) perspectivas sobre o acolhimento e sua influência no processo de trabalho e resolutividade na UBS.

Os resultados foram analisados com uso da técnica de análise de conteúdo⁽¹²⁾. Foram identificadas 03 categorias temáticas: processo de implementação do acolhimento na Unidade

Básica de Saúde, que corresponde ao resgate histórico do processo de implementação do acolhimento na percepção dos profissionais; repercussões do acolhimento na Unidade Básica de Saúde relacionam-se aos resultados que esse dispositivo proporciona no processo de trabalho da equipe e na atenção aos usuários; desafios e sugestões para fortalecer o acolhimento referem-se às fragilidades que a UBS enfrenta no cotidiano do serviço, bem como sugestões para enfrentar tais adversidades.

A realização da presente pesquisa obedeceu aos preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, foram respeitadas todas as exigências éticas segundo as normas estabelecidas nesta resolução. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE/RECIFE) em 14 de Janeiro de 2024, sob parecer consubstanciado nº 6.612.601. O parecer encontra-se anexado ao trabalho. Para garantia do anonimato das participantes, seus nomes foram substituídos pela letra 'P' seguida de um numeral arábico que indica a ordem das entrevistas.

3. Resultados e Discussões

Foram entrevistados 09 profissionais, incluindo enfermeiras, médica, técnica de enfermagem, recepcionista e agentes comunitárias, sendo todas do sexo feminino, 05 casadas, 03 solteiras, 01 divorciada, com idades entre 25 a 56 anos e com tempo de atuação na unidade de 01 a 32 anos. Em relação aos níveis de escolaridade: 01 estava com graduação em andamento, 01 possui ensino fundamental incompleto, 01 tem ensino médio completo e 06 possuíam graduação, sendo 03 delas com pós-graduação.

Processo de implementação do acolhimento na Unidade Básica de Saúde

O acolhimento como ferramenta para organização do acesso

O acolhimento foi implementado na UBS estudada há 2 anos com a intenção de melhorar a organização do acesso da população à unidade que, devido às altas demandas por atendimento médico e a quantidade limitada de distribuição de fichas para as consultas, enfrentava grandes filas que se iniciavam ainda na madrugada e eram formadas por usuários que buscavam atendimento médico.

(...) o acolhimento ele foi implementado principalmente pela questão das filas né, anteriormente as unidades de saúde inclusive aqui a gente chegava, a unidade abre de oito quando a gente vinha abrir dia de marcação do médico, dia de marcação de dentista o pessoal

dormia aí né, ficava a madrugada fora e quando vinha marcar não tinha ficha pra todo mundo era um quantitativo limitado (...) (P1).

A realidade relatada pelos profissionais é retrato de uma das adversidades vivenciadas por importante parcela da população que ainda não tem a garantia de assistência à saúde. Em muitos municípios, o acesso aos serviços de atenção primária ainda é desafiante devido à permanência de obstáculos relacionados à oferta insuficiente de profissionais devido à escassez de médicos e outros profissionais que resulta na sobrecarga das equipes existentes, aumentando o tempo de espera e reduzindo os atendimentos para a população.

Além disso, as distâncias geográficas, especialmente nas zonas rurais, onde a comunidade precisa percorrer longas distâncias para chegar à unidade, pode ser inviável devido à precariedade das estradas e a ausência de transporte público para realizar o deslocamento da população aos serviços de saúde. Tais aspectos evidenciam as desigualdades existentes que os indivíduos enfrentam para acessar os serviços de saúde, especialmente em virtude da distância. Também contribuem para esse cenário as questões organizacionais que limitam o acesso oportuno da população que muitas vezes estão relacionados à forma como os serviços são planejados, gerenciados e ofertados aos usuários⁽¹³⁾. No caso da realidade estudada, a UBS está localizada em um bairro muito populoso e com perfil de muita vulnerabilidade social. Esse cenário, aliado às fragilidades de gerenciamento na organização do acesso, contribuía para um processo cotidiano de “disputas” por fichas, através de filas que “garantiam” o acesso dos usuários que primeiro chegassem, comprometendo os princípios da universalidade e equidade naquele serviço.

É fato que um dos grandes problemas enfrentados no sistema de saúde de uma forma geral são as filas de espera que dificultam o atendimento dos usuários. Estudos apontam que as unidades de saúde espalhadas pelo Brasil ainda vivenciam esses desafios, no qual os usuários precisam passar a madrugada na frente da unidade, se expondo a todo tipo de riscos, em busca de atendimento e se submetendo a longas esperas em filas⁽¹⁴⁻⁸⁾. Assim, como forma de minimizar as filas e oferecer maior assistência à população, o acolhimento foi implementado na unidade em estudo. A secretaria de saúde do município realizou, juntamente com os profissionais da UBS, algumas reuniões voltadas para a compreensão do que era o acolhimento e como esse dispositivo poderia ser implementado no cotidiano do trabalho da equipe.

Desde do início o pessoal da secretaria de saúde veio muito falar sobre isso, acolhimento, o acolhimento, principalmente com as

receptionistas que é a porta de entrada do posto né, então assim foi algo muito trabalhado durante todo esse período, ainda é pra gente realmente acolher e saber escutar o paciente (P9).

A UBS em estudo foi a primeira a implementar o acolhimento no município com a cooperação dos profissionais e gestores. Nesta unidade, os atendimentos iniciam às 08h00 e se estendem até as 21h00, através do Programa Saúde até mais Tarde. O acolhimento é realizado da seguinte forma: ao chegar na unidade de saúde, o usuário tem seu primeiro contato com a recepcionista que o direciona para as enfermeiras que fazem a escuta e, de acordo com o tipo de demanda, fazem uma orientação ou encaminha-o para consulta com o médico, com a dentista, profissional da eMulti ou outros serviços.

Embora todos os profissionais tenham participado das etapas de educação permanente e implementação do acolhimento, foi possível identificar que há uma centralização do acolhimento nas enfermeiras da unidade. Conforme o Ministério da Saúde, “a atenção à demanda espontânea faz parte das atribuições de todos os trabalhadores da APS” e é muito importante que toda a equipe possa colaborar ativamente na utilização do acolhimento enquanto um dispositivo de gestão do cuidado com vistas à oferta de uma atenção mais equânime e oportuna para população que precisa⁽⁴⁾.

Nesse sentido, é importante que todos os profissionais compreendam o sentido do acolhimento e que o trabalho possa ser realizado em equipe, de forma que os saberes se somem e possam se concretizar em melhoria no acesso e integralidade no cuidado dirigidos à população⁽¹⁵⁾. Nesse sentido, o acolhimento também é reconhecido como “dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe” e sua implementação requer cooperação entre os profissionais para lidar com as demandas da população⁽¹⁶⁾. Convém ressaltar que a equipe deve estar articulada entre si de modo a definir, mesmo que provisoriamente, como os diferentes profissionais poderão participar do acolhimento, por exemplo, estabelecer quais profissionais poderão acolher e oferecer escuta qualificada de cada usuário, como avaliá-lo conforme o risco e a vulnerabilidade, como proceder com o atendimento: se irá encaminhá-lo para consulta médica ou de enfermagem, ou irá agendá-lo para outro dia. Diante disso, é fundamental investir na capacidade técnica da equipe para que todos tenham competência para ofertar a escuta qualificada e humanizada de qualidade para aqueles que procuram atendimento na unidade de saúde.

Desafios vivenciados pela equipe na implementação do acolhimento

No início, a unidade teve certa dificuldade pelo fato de a oferta ser um pouco menor que a demanda. Mas, com o funcionamento de duas equipes e a implantação do Programa Saúde Até Mais Tarde, a oferta de atendimentos aumentou. Os profissionais relataram que, no momento em que esta pesquisa foi realizada, os usuários que chegam à unidade procurando atendimento vão ter suas demandas atendidas.

É, inicialmente era o número de vagas para atendimento, aí depois a gente, graças a Deus, está com dois médicos, duas enfermeiras né, a gente funciona até nove horas da noite, então a gente conseguiu e tá conseguindo, e tá tentando, atender da melhor forma possível que as pessoas não fiquem sem atendimento pra o que elas estão precisando no momento (P4).

Outro desafio muito relatado pelos profissionais está relacionado à necessidade de construir junto à comunidade a compreensão e aceitação do novo modelo de atendimento ofertado na unidade, uma vez que os pacientes ainda têm receio de chegarem na unidade e não conseguirem atendimento.

Com base nas narrativas dos participantes, é possível perceber que a população ainda desconhece o verdadeiro significado do acolhimento e as atribuições que esse dispositivo proporciona. Dessa maneira, apesar dos esforços de todos os profissionais, principalmente dos ACS, em informar e educar a população sobre esse novo modelo de atendimento prestado na unidade, ainda persiste certa dificuldade em relação à compreensão e cooperação da comunidade com o processo do acolhimento.

A aceitação da comunidade, porque eles diziam que não ia dar certo e que ele ia chegar aqui não ia conseguir mais vaga. Teve uma certa resistência, mas a gente continuou firme, os agentes de saúde caiu para educar mesmo o povo né, pra eles se convencerem né, que ia dar certo que eles iam conseguir atendimento (...) (P3).

(...) Mas, a nossa maior dificuldade ainda hoje é eles compreenderem isso que não precisam tá enfrentando fila pra marcação (...) (P1).

Diante desse contexto, o comportamento da população frente a esse cenário relatado pelos participantes pode ser reflexo de diversas circunstâncias, tais como experiências pregressas que foram negativas e/ou frustrantes nos serviços de saúde e, por essa razão, desenvolvem uma resistência quanto às mudanças na organização do acesso e funcionamento da UBS. Muitos usuários possuem uma visão muito influenciada pelo modelo tradicional de

saúde, cujo foco é a doença, e a atenção é médico-centrada, dificultando o trabalho dos profissionais em operacionalizar o acolhimento numa perspectiva mais ampliada e equânime⁽¹⁷⁾.

Cabe ainda refletir sobre os processos de educação em saúde com vistas a mudar um “imaginário popular” que não é algo rápido e pontual. Afinal, historicamente e culturalmente, a população está acostumada com um “modo de funcionamento” dos serviços de saúde onde o acesso é difícil, penoso, onde as pessoas precisam “disputar” as poucas vagas e a própria ideia de ficha enquanto “passaporte” para conseguir o atendimento que precisam, sendo essa uma realidade muito antiga e disseminada em vários municípios. Mudar essa compreensão e experiência não é fácil. Por isso, é tão importante o investimento em educação popular em saúde para os usuários, com o intuito de construir reuniões como espaços de debates com a comunidade para escutá-los e discutir o processo de acolhimento realizado na unidade com o objetivo de criar estratégias para promover um atendimento mais eficiente e humanizado.

A participação popular nesses momentos de reuniões com a equipe é crucial para identificar os problemas e priorizar as questões de maneira mais justa, democrática e participativa, estimulando a criação de políticas voltadas para a promoção da saúde como direito universal⁽¹⁸⁾. Nessa direção, para alterar esse cenário atual, é preciso haver solidariedade entre profissionais e usuários, no sentido de que os profissionais entendam as angústias e os diferentes critérios de urgência construídos legitimamente por parte dos usuários, e estes, por sua vez, compreendam o esforço da equipe em organizar o acesso de modo a garantir a melhor qualidade no cuidado a todos⁽¹⁶⁾. Tal ação deve ser executada de maneira contínua e sistemática, através de espaços coletivos entre profissionais e usuários, no qual a equipe poderá explicar à população o modo de funcionamento da unidade, bem como realizar atividades de educação em saúde.

A importância da educação permanente na implementação do acolhimento

Uma etapa considerada muito importante pelos profissionais foi o processo de formação que aconteceu antes da implementação do acolhimento na unidade, no qual uma equipe de gestores da secretaria de saúde trouxe a proposta para os trabalhadores da UBS e

através de uma série de reuniões, eles puderam compreender o que era acolhimento, e como eles deveriam proceder com cada demanda.

Teve várias reuniões com a gente, ela trouxe para cá o projeto, ela mostrou na televisão a tela como é que a gente deveria fazer, o que era uma demanda espontânea, o que era uma urgência, o que era pra atender na hora, ela explicou a gente umas três vezes ou mais (P2).

Os relatos dos profissionais evidenciam a importância da gestão de saúde de construir processos de educação permanente com foco nas necessidades de aprendizagem dos profissionais e com o objetivo de mudar aspectos da realidade dos serviços, como foi o caso da experiência de implementação do acolhimento na UBS estudada. A educação permanente tem como premissa a articulação entre os diferentes sujeitos em um ponto de vista multiprofissional e interdisciplinar⁽¹⁹⁾. Dessa maneira, é importante enfatizar a relevância da uma cogestão e do apoio institucional para fortalecer a compreensão crítica e protagonismo dos trabalhadores. Através espaços e estratégias mais dialogadas entre trabalhadores, gestores e usuários é possível refletir sobre o processo de trabalho e a assistência nos serviços de saúde, construir mudanças e organizar fluxos de atendimento enquanto estratégia de transformação de práticas de saúde⁽²⁰⁾

Dessa forma, fica evidente o quanto essas etapas de capacitações são importantes para o desenvolvimento dos profissionais com o intuito de prepará-los para executarem um serviço de qualidade. No entanto, convém ressaltar que alguns estudos apontam que essas capacitações, muitas vezes, ocorrem de maneira tardia nas unidades e os profissionais acabam aprendendo a acolher na “marra”⁽¹⁷⁾. A realidade da UBS estudada revelou-se diferente, pois as atividades de formação da equipe foram reconhecidas como um facilitador do processo de implementação do acolhimento. Vale a pena ressaltar que é preciso investir permanentemente na formação dos trabalhadores para que possam acolher e fornecer escuta qualificada da melhor forma possível para todos os usuários que procurarem o atendimento⁽²¹⁾.

Repercussões do acolhimento na Unidade Básica de Saúde

Satisfação dos profissionais e usuários

Os profissionais relataram estar satisfeitos com a repercussão do acolhimento junto à população. Segundo os participantes, o atendimento passou a ser mais resolutivo e se sentiam satisfeitos em poder solucionar a demanda do paciente em tempo hábil.

(...) A gente é muito resolutivo na verdade né, isso é importantíssimo porque eu como ACS pegava demanda encontrava lá e muitas vezes eu não via resolutividade, então a gente fica frustrado, no trabalho, a gente sabe que a comunidade é uma comunidade marginalizada, uma comunidade muito pobre, carente de tudo, então assim, não resolver o problema deles é uma coisa que frustra a gente como profissional, então hoje a gente enfrenta pouquíssima resistência em relação a isso. (P4).

O acolhimento quando implementado nos serviços de saúde proporciona resultados como estes mencionados pelos participantes, uma vez que, esse dispositivo busca oferecer aos pacientes e também aos profissionais uma atenção mais resolutiva e equânime, e processos de trabalho mais cooperativos e efetivos, o que pode gerar maior satisfação para ambos.

(...) resolutividade do quadro a satisfação deles saberem que de certa forma foram ouvidos, muitas vezes o paciente chegou aqui com nada físico é muito questão mental então a gente consegue escutar esse paciente consegue encaminhar, consegue ter uma boa resolutividade (...) (P1).

A resolução das demandas foi algo bastante exemplificado em todas as falas da equipe, ao afirmarem que, por meio do acolhimento, da escuta qualificada e humanizada, estão conseguindo resolver as necessidades dos usuários e, como resultado, a população tem demonstrado satisfação. Nesse sentido, o acolhimento também pode influenciar positivamente na confiança e vínculo da comunidade em relação aos profissionais e ao serviço de saúde e assim fortalecer a resolutividade do cuidado⁽⁶⁾.

Fortalecimento do vínculo entre profissionais e usuários e da longitudinalidade do cuidado

O acolhimento também fortalece o vínculo entre população e profissionais de saúde e isso é importantíssimos para a qualidade do cuidado na APS. A equipe relata que consegue perceber esse vínculo, principalmente as agentes comunitárias de saúde que, muitas vezes, são as primeiras profissionais a acolher os usuários, representando quase que a porta de entrada ao serviço de atenção primária à saúde.

Sim sim, percebi sim, os agentes de saúde já tem um bom vínculo que a gente tá na casa dele né, todo mês praticamente não de todos que a gente não consegue passar todo mês porque todo mundo tá com excesso de família né, mas principalmente como a equipe daqui interna eles têm mais confiança em cada um (...) (P3).

As agentes comunitárias de saúde exercem um papel muito importante, atuando como uma espécie de ponte entre a comunidade e os serviços de saúde. Nessa direção, a confiança que os usuários depositam nas ACS ao abrirem suas casas e relatarem seus problemas de saúde, colabora para que as demandas sejam solucionadas, assegurando a continuidade da relação agente-comunidade⁽¹⁷⁾. Além disso, o vínculo entre profissional-usuário proporciona diversos benefícios que repercutem na concretização de atributos da APS, como primeiro acesso, longitudinalidade e cuidado integral⁽²²⁾.

As agentes comunitárias de saúde são muito importantes no sistema de saúde para garantir um modelo de atenção primária à saúde mais comunitária e capilarizada no território e fortalecendo-a como serviço de saúde de primeiro contato para a população. A inserção da ACS no território é essencial para desenvolver uma série de atividades para a população adscrita e promover saúde naquele espaço, contribuindo para a redução de morbidades mais frequentes na comunidade⁽²³⁾. Partindo desse princípio de fortalecimento/qualificação, o acolhimento é um grande potencial para garantir que a APS tenha acesso universal, que nenhum usuário volte sem algum tipo de resposta para sua necessidade de saúde.

Quando há um bom vínculo da população com os serviços de APS, é possível construir um cuidado mais longitudinal. Esse efeito foi relatado pelos participantes, pois o acolhimento proporcionou mudanças no que se refere à equipe fazer um maior acompanhamento dos pacientes. Tais mudanças contribuem de modo significativo para a satisfação dos usuários, que por sua vez se sentem valorizados, além de estabelecerem uma relação de confiança com a equipe, facilitando na comunicação e no desfecho do quadro clínico do paciente.

(...) o paciente já vem triado e também eu vejo um paciente que não tá tão esperando a meses uma ficha, uma senha pra ser atendido pelo médico, então é muito melhor eu consigo até marcar a volta do paciente, então eu atendo um paciente com ansiedade por exemplo, eu consigo com um mês, um mês e meio tê-lo de volta na consulta pra gente conversar e acompanhar tratamento, então eu consigo acompanhar mais de perto cada paciente (P8).

Na fala destacada acima, é possível observar a importância de se ter um acompanhamento contínuo dos pacientes em prol da qualidade de vida dos mesmos. A longitudinalidade permite uma série de benefícios a favor dos usuários, dos quais, conhecer o paciente, seu contexto familiar e social, comportamentos, hábitos e problemas de saúde, possibilitará um melhor planejamento de cuidados e intervenções adequadas para a população⁽²⁴⁾.

Desafios e sugestões para fortalecer o acolhimento

É importante destacar que, embora alguns profissionais da unidade tenham relatado que todos da equipe conseguem realizar acolhimento, foi percebido que há uma centralidade na enfermagem. Muitos profissionais podem até realizar o acolhimento enquanto atitude humanizada, mas a escuta qualificada e as decisões ficam centralizadas na enfermagem.

(...) então aqui na nossa unidade a gente tem o acolhimento em diversas áreas, o agente de saúde faz o acolhimento, a recepcionista faz o acolhimento, o médico pode fazer o acolhimento, o dentista, todos os profissionais, os técnicos, então a gente teve algumas reuniões que antecederam a implantação do acolhimento para que todos os profissionais pudessem ter essa visão né essa sensibilidade do acolher. (P4).

(...) No iniciozinho a gente fez até uma escala pra fazer escuta só que hoje pela questão da demanda mesmo hoje a gente não consegue, aí a depender como chega o paciente aí a gente chama ele né para essa salinha ou a recepcionista ou uma da gente, agente de saúde ou a técnica e tem essa escuta e pede para ela aguardar para passar pela enfermeira (...) (P3).

(...) hoje eu enquanto profissional eu não consigo atuar tanto no acolhimento, o que eu falo assim no acolhimento da unidade em si, eu consigo atuar no meu acolhimento, mas quando começou a ser implementado aqui eles queriam que, por exemplo, que cada dia digamos pegasse duas horas de cada turno para um profissional fazer o acolhimento (...). (...) Mas meio que o acolhimento da unidade geral tá focado realmente nas enfermeiras (...) (P7).

Em relação à prática do acolhimento, a PNH define a importância de realizar uma abordagem integral e multidisciplinar para incentivar a colaboração entre os diferentes profissionais que compõem a ESF para o pleno funcionamento do acolhimento no cotidiano do serviço de saúde, com o intuito de realizar uma escuta qualificada com o envolvimento de toda equipe nesse processo⁽⁴⁾. Assim, é possível afirmar que ainda há certa distância entre o

que está preconizado na política (normativo) e o que de fato acontece no acolhimento realizado na unidade (realidade). O formato de acolhimento operacionalizado na unidade estudada tem gerado uma sobrecarga no processo de trabalho das enfermeiras, uma vez que são responsáveis pela escuta e triagem de toda demanda espontânea, além de realizar as demandas agendadas (pré-natal, puericultura, prevenção, etc.) e coordenação da equipe de ACS.

(...) Pra nós profissionais ainda há uma sobrecarga muito grande principalmente pra enfermagem né porque a gente fica responsável pelas demandas agendadas que nós também temos nunca houve fila de espera porque a gente consegue sempre ter lá na agenda os dias puericultura, pré-natal prevenção, visita, planejamento e entre esses atendimentos a gente sempre tem que tá acolhendo, então assim tem dia que eu tenho dez crianças mas eu atendo mais quinze acolhimentos, quinze demandas espontânea, então assim é bem cansativo entendesse, a sobrecarga é bem grande, porém é como nas reuniões diziam mas não é vocês apenas que ficam responsáveis, mas a questão é que tudo vem pra gente, por mais que a gente fale pra dentista, pra agente de saúde é algo que os próprios pacientes já dizem eu quero falar com a enfermeira (...) (P1).

Segundo relatos dos próprios profissionais, os usuários preferem ser acolhidos pela enfermeira ou pelo médico. Esse fato também é citado em alguns estudos que abordam que muitos usuários preferem que o acolhimento seja realizado pelos enfermeiros em função da sua resolutividade⁽²¹⁾. Essa ‘preferência’ da população pode ser reflexo do predomínio do modelo biomédico no imaginário social e na organização dos serviços de saúde. Essa dificuldade pode demonstrar a necessidade da equipe refletir mais sobre o seu processo de trabalho e da gestão investir na educação permanente dos trabalhadores, organizando espaços periódicos para discussões acerca do acolhimento realizado e dos desafios vivenciados pela equipe.

Sugestões de aprimoramento do acolhimento

No final das entrevistas, foi perguntado aos participantes se teriam alguma sugestão para o aprimoramento do acolhimento ofertado na unidade e as respostas apontam para a importância do monitoramento e avaliação dos resultados da implementação desse dispositivo na UBS.

Pronto o que eu acho que deve ser feito é essa avaliação, eu acho que a gente como equipe e o próprio pessoal da secretaria de saúde que foi quem veio né com essa estratégia pra colocar aqui dentro da

unidade, a gente precisa parar e avaliar, dentro da proposta de acolhimento o que é que a gente evoluiu ,o quê que a gente não evoluiu, o quê que a gente precisa melhorar; envolver todos os os profissionais de dentro da unidade né, desde dos gerais aos médicos, eles tem que tá a pá, então a gente tem que falar um linguajar só a gente tem que tratar bem as pessoas porque é por eles que a gente tá aqui né (P4).

(...) ver como é que os pacientes veem esse acolhimento acho que seria algo importante também ver a mudança que eles perceberam, do que poderia melhorar dos casos a noite também seria bem importante pra aperfeiçoamento (P8).

Os profissionais reconhecem a importância da avaliação dos resultados da implementação do acolhimento e da satisfação da população. Essa preocupação dos profissionais em receberem um feedback das práticas desenvolvidas para melhorar o cuidado à população revela a implicação deles com o sentido do trabalho em saúde, produzir cuidado para melhorar a qualidade de vida da população. É necessário que os gestores de saúde invistam em estratégias que viabilizem a realização da avaliação e monitoramento no cotidiano do trabalho em saúde, preconizando processos participativos com os distintos sujeitos interessados na melhoria da atenção à saúde: usuários, profissionais e gestores.

Por outro lado, a fala dos profissionais também evidencia certa lacuna na realização do monitoramento/avaliação no acolhimento que a equipe realiza. Tal fato está relacionado à descontinuidade do processo devido à rotatividade, seja de trabalhadores da assistência ou até mesmo da gestão, sendo uma realidade ainda presente no SUS. Alguns estudos têm identificado a necessidade de fortalecer as ações de monitoramento/avaliação nos serviços de saúde, reforçando a necessidade de criar mecanismo para aperfeiçoar as práticas de monitoramento e avaliação incorporadas no dia a dia de gestores e profissionais para que essas condutas não sejam apenas vinculadas à obrigação de prestação de contas, mas sim de ações firmemente pautadas em aprimorar ainda mais a assistência ao cuidado ofertado à população⁽²⁵⁾.

No serviço de saúde, as ações de monitorar e avaliar são consideradas como uma etapa essencial e tem a responsabilidade de analisar as políticas e/ou programas implementados no âmbito do SUS para garantir o cumprimento de seus objetivos⁽²⁶⁾. Com base no que traz o “Manual para a organização da atenção primária” publicado em 1999 pelo Ministério da Saúde, é de responsabilidade dos gestores desenvolver mecanismos que pressupõem a criação de ações para a elaboração de rotina, normas e fluxos de controle e avaliação. Essa publicação já demonstrava a importância da participação e cooperatividade

dos profissionais e gestores no processo de planejamento, desenvolvimento e na avaliação das ações dos serviços voltados para a APS. Infelizmente essas ações de monitoramento são bastante frágeis entre a gestão e os profissionais devido a diversos fatores, dos quais é importante destacar que a falta de comunicação e a ausência de planejamento fazem parte desse contexto de fragilização⁽²⁷⁾.

4. Considerações Finais

Este estudo identificou, a partir da percepção de profissionais de saúde, que a implementação do acolhimento na unidade de saúde estudada melhorou o acesso da população, fortaleceu o vínculo entre usuários e profissionais de saúde e ampliou a resolutividade da atenção às demandas espontâneas. Apesar disso, persistem algumas fragilidades relacionadas à operacionalização do acolhimento no dia a dia do serviço, como a sobrecarga do profissional enfermeiro e a dificuldade da população em compreender sobre o processo de acolhimento ofertado na unidade que são reconhecidos pelos profissionais como obstáculos a serem superados. Para tanto, pode-se utilizar a educação permanente em saúde para garantir que as ações estabelecidas pelo Ministério da Saúde sejam executadas de maneira eficiente, podendo também os profissionais utilizar-se das reuniões de equipe como espaço para discutir acerca do seu processo de trabalho para implementar mudanças que forem necessárias.

O fato de este estudo ter sido realizado em uma única UBS limita a generalização de seus resultados. Apesar disso, acredita-se que as reflexões provocadas a partir da realidade estudada podem corroborar com o conhecimento científico já produzido sobre a temática estudada e fornecer subsídios para tomada de decisão com vistas a produzir melhorias no acolhimento e resolução da demanda espontânea na APS.

Considerando a necessidade de produção de novos conhecimentos científicos sobre o acolhimento na APS, sugere-se a realização de novos estudos baseados na percepção dos usuários e gestores como forma de ampliar a compreensão acerca desse dispositivo, seus resultados e obstáculos para efetiva implementação.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Acolhimento na Gestão e o trabalho em saúde. Brasília; 2016. [citado em 2024 jul. 16]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_gestao_trabalho_saude.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 02, Anexo XXII, de 28 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. [citado em 2024 jul. 16]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html.
3. Silva RPF, Pellense MC da S. Avaliação da qualidade do acesso na Atenção Básica em uma região de saúde do Rio Grande do Norte. Rev. Ciênc. Plural [Internet]. 2024 [citado em 2024 ago. 14];10(1):1-16. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/34861>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. 1 ed. 1 reimpr. Brasília; 2013. [citado em 2024 jul. 16]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folhetto.pdf.
5. Giordani JMA, Amaral Júnior OL, Hugo FN, Hilgert JB. Acolhimento na atenção primária à saúde: revisão sistemática e metassíntese. Rev. APS [Internet]. 2020 [citado em 2024 out. 14];23(1):1-19. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2020.v23.16690>.
6. Melo MVS, Forte FDS, Brito GEG, Pontes MLF, Pessoa TRRF. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: análise de sua implantação em município de grande porte do nordeste brasileiro. Interface (Botucatu) [Internet]. 2022 [citado em 2024 jul. 16]; 26 Supl. 1: 1-13. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.220358>.
7. Coutinho LRP, Barbieri AR, Santos MLM. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. Saúde debate [Internet]. 2015 [citado em 2024 jul. 16]; 39 (105):514-24. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/p6vvLB8N6CbmLZFF4SXdxXS/>.
8. Sousa, FOS, Medeiros, KR, Gurgel Júnior, GD, Albuquerque, PC. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2014 [citado em 2024 jul. 16];19(4):1283–1293. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.01702013>.
9. IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Brasileiro de 2022. Rio de Janeiro: IBGE; 2022 [citado em 2023 jul. 16]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/vitoria-de-santo-antao/panorama>.
10. CNES- Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2024. [citado em 2023 jul. 16]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>.
11. Brasil. Ministério da saúde. E-Gestor Atenção Primária à Saúde; 2024. [citado em 2023 jul. 16]. <https://egestorab.saude.gov.br/>.
12. Bardin L. Análise de Conteúdo [Internet]. Lisboa: Edições 70; 1997. [citado 18 ago 2023]. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7684991/mod_resource/content/1/BARDIN_L_1977_Analise_de_conteudo_Lisboa_edicoes_70_225.20191102-5693-11evk0e-with-cover-page-v2.pdf.
13. Oliveira DMS, Santos RC, Sousa FOS, Albuquerque PC, Santos MOS, Gurgel IGD. Barreiras de acessibilidade à atenção básica em assentamento em Pernambuco, Brasil, sob a ótica de camponesas, profissionais de saúde e gestão. Cad. Saúde Pública

- [Internet]. 2022 [citado em 2024 out. 15]; 38(10):e00072322. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/SGSD9chMg7RCYhrk5V6d4Sq/abstract/?lang=pt>.
14. Camelo MS, Lima LR, Volpe CRG, Santos WS, Rehem TCMSB. Acolhimento na atenção primária á saúde na ótica dos enfermeiros. *Acta paul enferm* [Internet]. 2016 [citado em 2024 jul. 16];29(4):1-6. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/appe/a/Rw6chsq5Hn3J3hFGYWdqBkD/abstract/?lang=pt>.
 15. Silva TF, Ramos TCS, Nascimento VF, Silva PHS, Vaz IF. Percepção dos profissionais de saúde sobre a relevância do acolhimento para a gestão do cuidado na Atenção Primária à Saúde. *Sustinere* [Internet]. 2023 [citado em 2024 jul. 16]; 11(2):1-19. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/sustinere.2023.72728>.
 16. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica n. 28. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Acolhimento à demanda espontânea. [citado em 2024 jul. 16]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28_v1.pdf.
 17. Baião BS, Oliveira RA, Lima VVPC, Matos MV, Alves KAP. Acolhimento humanizado em um posto de saúde do Distrito Federal, Brasil. *Rev APS* [Internet]. 2014 [citado em 2024 jul. 16];17(3):291-302. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-737670>.
 18. Macedo JFS, Oliveira PR. Potencialidades da reunião de equipe no território: um relato de experiência de uma residente de Medicina de Família e Comunidade no Rio de Janeiro. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2023 [citado em 2024 out. 16]; 8(45):1-15. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3878>.
 19. Ferreira L, Barbosa JSA, Esposti CDD, Cruz MM, Educação Permanente em Saúde na atenção primária: revisão integrativa da literatura. *Saúde debate* [Internet]. 2019 [citado em 2024 jul. 16];43(120):1-17. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3wP8JDq48kSXrFMZqGt8rNQ/>.
 20. Calderon DBL, Verdi MIM. Cogestão e processo de intervenção de apoiadores da Política Nacional de Humanização (PNH) Interface (Botucatu) [Internet]. 2014 [citado em 2024 out. 16]; 18 Supl. 1: 1-12. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/vb6gLM8bvY8Qkjt3q8hMHD/>.
 21. Gomes GP, Moulaz ALS, Pereira DL, Sá GB, Chaveiro ND, Santos TR. 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. *Rev APS* [Internet]. 2014 [citado em 2024 jul. 16];17(3):325-333. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15192>.
 22. Lachtim AS, Freitas GL, Lazarini WS, Marinho GL, Horta ALM, Duarte ED, et al. Vínculo e acolhimento na Atenção Primária à Saúde: potencialidades e desafios para o cuidado. *TEMPUS* [Internet]. 2023 [citado em 2024 jul. 17];16(4):87-97. Disponível em: <https://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/3060>.
 23. Dias MNF. Olhar do Agente Comunitário de Saúde para a sua prática profissional: entre o trabalhador e o trabalhador prescrito. *TN* [Internet]. 2022 [citado em 2024 jul. 17];20(43):01-27. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/trabalhonecessario/article/view/55269>.
 24. Kessler M, Lima SBS, Weiller TH, Lopes LFD, Ferraz L, Eberhardt TD, et al. Logitudinalidade do cuidado na atenção primária: avaliação na perspectiva dos usuários. *Acta paul enferm* [Internet]. 2019 [citado em 2024 jul. 17];32(2):186-93. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/appe/a/BFN6xzjDDQgk6qcGQY5PbpH/>.

25. Carvalho ALB, Shimizu HE. A institucionalização das práticas de monitoramento e avaliação: desafios e perspectivas na visão dos gestores estaduais do Sistema Único de Saúde (SUS). Interface (Botucatu) [Internet]. 2017 [citado em 2024 jul. 17]; 21(60): 23-33. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/psZYjYj9yWZ4CcGCSNgZCMx/>.
26. Sousa AN. Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para a sua consolidação. Saúde em Debate [Internet]. 2018 [citado em 2024 set. 16];42:(1):1-13. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/289-301/>.
27. Teston LM, Mendes A, Carnut L, Louvison M. Desafios da avaliação em saúde no SUS na percepção dos trabalhadores do estado do Acre. Physis: Revista de Saúde Coletiva [Internet]. 2021 [citado em 2024 ago. 14];31(1):1-22. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312021310127>

5 CONCLUSÃO

Este estudo identificou, a partir da percepção de profissionais de saúde, que a implementação do acolhimento na unidade de saúde estudada melhorou o acesso da população, fortaleceu o vínculo entre usuários e profissionais de saúde e ampliou a resolutividade da atenção às demandas espontâneas. Apesar disso, persistem algumas fragilidades relacionadas à operacionalização do acolhimento no dia a dia do serviço, como a sobrecarga do profissional enfermeiro e a dificuldade da população em compreender sobre o processo de acolhimento ofertado na unidade que ainda são reconhecidos pelos profissionais como obstáculos a serem superados. Para tanto, pode-se utilizar a educação permanente em saúde para garantir que as ações estabelecidas pelo Ministério da Saúde sejam executadas de maneira eficiente, podendo também os profissionais utilizarem-se das reuniões de equipe como espaço para discutir acerca do seu processo de trabalho para implementar mudanças que forem necessárias.

A implementação do acolhimento nas UBS representa um grande desafio para a gestão devido a diversos fatores que os impedem de fornecer práticas de serviços mais acolhedoras e humanizadas para a comunidade. Tais dificuldades se relacionam à ausência de estrutura adequada nas unidades de saúde para assegurar maior privacidade aos pacientes, escassez de recursos humanos que podem gerar conflitos entre os trabalhadores de saúde, que tendem a prestar um atendimento mais técnico deixando o acolhimento em segundo plano, e a falta de capacitações adequadas para que os profissionais possam oferecer uma escuta qualificada e um atendimento humanizado aos usuários, dentre outros fatores que impedem a implementação deste dispositivo nos serviços de saúde.

Diante de todos esses impasses vivenciados no sistema de saúde, a gestão precisa atuar de forma incisiva nesses aspectos, estabelecendo ambientes mais acolhedores que proporcionem mais privacidade e conforto aos pacientes, construir junto com as equipes de saúde momentos de diálogos com o intuito de refletir sobre a relevância da empatia no cuidado, priorizando o atendimento humanizado e investir na educação permanente dos trabalhadores de saúde com ênfase nas práticas de acolhimento.

No entanto, é evidente que o acolhimento tem a capacidade de transformar as práticas de saúde, oferecendo à população um serviço mais equânime e resolutivo, desde que consigamos vencer os obstáculos que nos impedem de implementar tais medidas. Considerando que o acolhimento na referida unidade foi implementado há 2 anos, cabe refletir através dos resultados encontrados neste estudo a expansão desse dispositivo para as

outras unidade de saúde com o intuito de levar possibilidades de mudanças práticas dos serviços de saúde.

O fato de este estudo ter sido realizado em uma única UBS limita a generalização de seus resultados. Apesar disso, acredita-se que as reflexões provocadas a partir da realidade estudada podem corroborar com o conhecimento científico já produzido sobre a temática estudada e fornecer subsídios para tomada de decisão com vistas a produzir melhorias no acolhimento e resolução da demanda espontânea na APS.

Considerando a necessidade de produção de novos conhecimentos científicos sobre o acolhimento na APS, sugere-se a realização de novos estudos baseados na percepção dos usuários e gestores como forma de ampliar a compreensão acerca desse dispositivo, seus resultados e obstáculos para efetiva implementação.

REFERÊNCIAS

- ALVES, F. A. P.; PAIVA, C. H. A. Entre a ausência em Alma-Ata e o Prevsáude: a atenção primária à saúde no ocaso da ditadura. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 643-659, jul./set. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/QqML439W38WtsMgMsNy67wj/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 13 de ago. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica n. 28**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Acolhimento à demanda espontânea. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf. Acesso em: 13 de jun. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: HumanizaSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 20 de Mai. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 02, Anexo XXII, de 28 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 16 de jul. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento na Gestão e o trabalho em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_gestao_trabalho_saude.pdf. Acesso em: 5 de ago. 2024.
- CARMO, A. D. N.; SILVA, S. L. A.; CAMPOS, E. M. S. Análise temporal de indicadores da Estratégia Saúde da Família sob o olhar da Política Nacional da Atenção Básica. **Cad. Saúde Pública**, [Internet], v. 39, n. 8, e00042523, ago. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT042523>. Acesso em: 13 de ago. 2024.
- COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. M. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: Revisão integrativa. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 514-524, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/p6vvLB8N6CbmLZFF4SXdxXS/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 23 de jun. 2023.
- FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 208-223, set. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/TmzJ4T4MkCxFxbpxTFXJsd/>. Acesso em: 23 de jul. 2023.
- GIORDANI, J. M. A.; AMARAL JÚNIOR, O. L.; HUGO, F. N.; HILGERT, J. B. Fatores associados à realização de acolhimento pelas equipes da Atenção Básica à Saúde no Brasil, 2012: um estudo transversal. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 29, n. 5, p. 1-10, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/chHXL4VJJTbxLNGfmDj4j3x/?lang=pt>. Acesso em: 27 de jun. 2023.

MATTA, G. C.; MAROSINI, M. V. G. Atenção Primária à Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (org). Dicionário Educação Profissional da Saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 44-49. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>. Acesso: 14. ago. 2023.

MELO, E. A, MENDONÇA, H. M.; OLIVEIRA, J. R.; ANDRADE, G. C. L. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 38- 51, set. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Vs4dLSn6T43b6nPBCFg8F3p/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 de jul. 2023.

MELO, M. V. S, FORTE, F. D. S.; BRITO, G. E. G.; PONTES, M. L. F.; PESSOA, T. R. R. F. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: análise de sua implantação em município de grande porte do nordeste brasileiro. **Interface (Botucatu)**, Paraíba, v. 23, supl.1, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/8thwsNytgVR5RrVgnbZrHmR/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 27 de jun. 2023.

MILAGRES, A. G, MOCELIN, G.; LIMA, A. S.; HALAL, G. M. C. E.; CARNEIRO, M.; KRUG, S. B. F. Atuação dos enfermeiros no acolhimento à demanda espontânea em Estratégia Saúde da Família. **Research, Society and Development**, [Internet], v. 11, n. 2, e14511225689, jan. 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/25689/22397/298963>. Acesso em: 9 de ago. 2024.

PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 255-276, abr. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/GRC4bkWgdyGnGfvczDByNh/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 04 de out. 2023.

RODRIGUES, J. S. F.; NASCIMENTO, R. C. S. Acolhimento na Atenção Básica: uma revisão da literatura. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Bahia, v. 43, sulp.1, p. 169-181, jan./mar. 2019. Disponível em: <http://rbasp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3223/2631>. Acesso em: 30. Mai.2023.

SANTOS, S. G.; FRANCO, D. S. C. S.; SOUZA, L. F. D. A importância da enfermeira na educação permanente do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na Estratégia de Saúde da Família (ESF). **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 12, p. 98517-98533, dez. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n12-369>. Acesso em: 13 de ago. 2024.

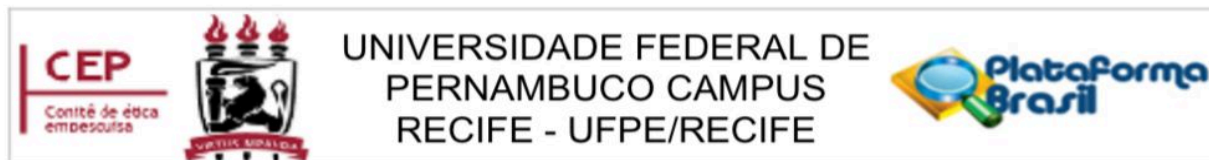
SEPARAVICH, M. A.; COUTO, M. T. Programa Mais Médicos: revisão crítica da implementação sob a perspectiva do acesso e universalização da atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [Internet], v. 26, p. 3435-3446, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/yXM6mFq3xDhBPNQCpGRDpBv/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 de ago. 2024.

SILVA, R. P. F.; PELLEENSE, M. C. S. Avaliação da qualidade do acesso na atenção básica em uma região de saúde do Rio Grande do Norte. **Revista Ciência Plural**, [Internet], v. 10, n. 1, p. 1-16, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2024v10n1ID34861>. Acesso em: 5 de ago. 2024.

SILVA, T. F.; DAVID, H. M. S. L.; ROMANO, V. F. Análise do acolhimento a partir das relações na Atenção Básica no município do Rio de Janeiro. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 10, p.1-18, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2326](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2326). Acesso em: 16 de ago. 2024.

SOUSA, F. O. S, MEDEIROS, K. R.; GURGEL JÚNIOR, G. D.; ALBUQUERQUE, P. C. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, [Internet], v. 19, n. 4, p. 1283-1293, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.01702013>. Acesso em: 27 de jul. 2024.

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O ACOLHIMENTO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MAUÉS NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO-PE: ANÁLISE DO PROCESSO DE TRABALHO E RESULTADOS

Pesquisador: Fabiana de Oliveira Silva Sousa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 75695723.4.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.612.601

Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa da graduanda MERILANE RAMOS DA SILVA, do Curso de Saúde Coletiva do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco (CAV-UFPE) para o Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) da Universidade Federal de Pernambuco, sob orientação da Profa. FABIANA DE OLIVEIRA SILVA SOUSA (CAV-UFPE).

A problemática abordada é a implantação do processo de acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde do município de Vitória de Santo Antão, sua análise e resultados. A pesquisadora destaca o acolhimento como “dispositivo criado para melhorar e qualificar o atendimento nos serviços de saúde” (PROJETO, p. 10) e o situa “como essencial para a organização do processo de trabalho” (PROJETO, p. 6), além de potencial elemento na efetivação da Política Nacional de Humanização alicerçada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Igualmente, destaca a fundamental importância da Atenção Primária à Saúde na “promoção, proteção e prevenção de doenças e agravos que pode acometer a saúde” (PROJETO, p. 8) no raio de ação dos territórios referenciados.

“Trata-se de um estudo de caso único com níveis de análise múltipla, cuja finalidade é analisar a influência do acolhimento no processo de trabalho da equipe de saúde e na resolutividade das demandas espontâneas na unidade de saúde do Maués por meio da abordagem mista, qualitativa- quantitativa” (PROJETO, p. 15), guiado pela pergunta “a implementação do acolhimento tem influenciado no processo de trabalho da equipe de saúde e na resolutividade das demandas

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.740-600

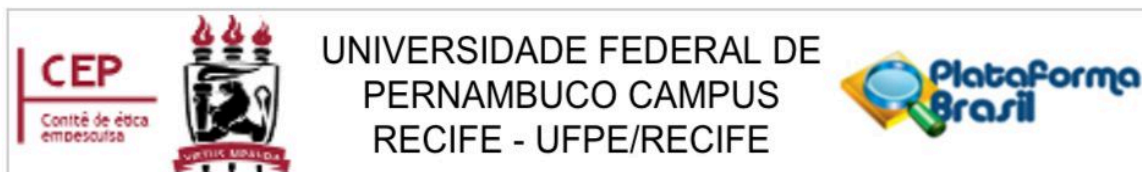
UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

Fax: (81)2126-3163

E-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 6.612.601

espontâneas na Unidade Básica de Saúde do Maués?" O estudo será realizado na Unidade Básica de Saúde do Maués, localizada no município de Vitória de Santo Antão, Pernambuco, a qual "conta com uma equipe de saúde da família composta por: 5 agentes comunitárias de saúde, 1 médica, 1 enfermeira, 1 técnico de enfermagem, 1 cirurgiã dentista, 1 técnico de saúde bucal e 1 recepcionista" (PROJETO, p. 15). Foram definidos os seguintes procedimentos metodológicos: realização de entrevista semiestruturada com profissionais que compõem a equipe da UBS e coleta de dados secundários no e-SUS APS do município, tendo como foco a coleta de dados em relatórios de acolhimento nos atendimentos de demanda espontânea.

Quanto à amostra, está previsto o número de 11 respondentes; número total de profissionais da equipe da UBS. A análise dos dados qualitativos será empreendida utilizando a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin; a análise dos dados quantitativos seguirá a técnica da abordagem descritiva.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Analisar a influência do acolhimento no processo de trabalho da equipe de saúde e na resolatividade das demandas espontâneas na Unidade Básica de Saúde do Maués.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar o perfil dos usuários que procuram a Unidade Básica de Saúde por demanda espontânea;
- Descrever como se deu o processo de implementação do acolhimento na Unidade Básica de Saúde;
- Analisar a perspectiva dos profissionais da Unidade Básica de Saúde sobre a influência do acolhimento na organização das atividades e na resolatividade das demandas.

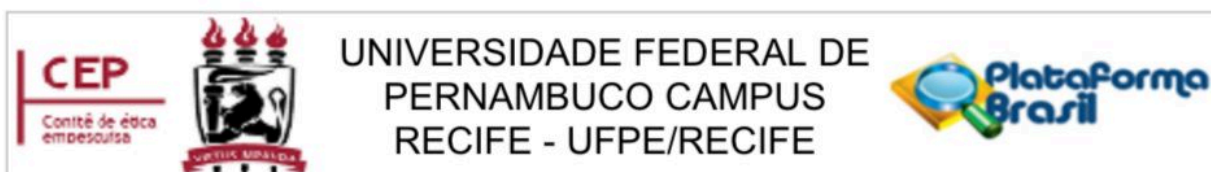
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram devidamente apresentados os riscos e benefícios do estudo, bem como descritas as medidas a serem adotadas para garantir os princípios éticos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo assume relevância e pertinência, considerando-se a importância de estudos referentes à

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 6.612.601

assistência à saúde, sobretudo na qualificação do atendimento prestado à população usuária do SUS. Ademais, o estudo pode resultar em contribuição para o aprimoramento dos processos de trabalho na APS e favorecer o alcance de maior resolutividade do cuidado. O Projeto situa o processo de contrarreforma do SUS e os limites e desafios das restrições orçamentárias à existência do Sistema e aos processos de trabalho cotidiano das equipes no atendimento às necessidades da população, mas também destaca a capacidade de agência da equipe ante a implementação do dispositivo de acolhimento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos obrigatórios foram apresentados:

1. Folha de Rosto assinada.
2. Formulário de Informações Básicas do Projeto – Plataforma Brasil – revisado.
3. Projeto detalhado com CRONOGRAMA, ORÇAMENTO e ROTEIRO DA ENTREVISTA - revisado.
4. Currículo Lattes da docente - pesquisadora principal e orientadora do PIBIC
5. Currículo Lattes da graduanda - membro da equipe de pesquisa.
6. Carta de Anuência – Secretaria de Municipal de Saúde de Vitória de Santo Antão.
7. TCLE para maiores de 18 anos.
8. Termo de Compromisso e Confidencialidade.
9. Carta de Resposta às pendências do Parecer anterior.
10. Declaração de Autorização para Uso de Dados.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

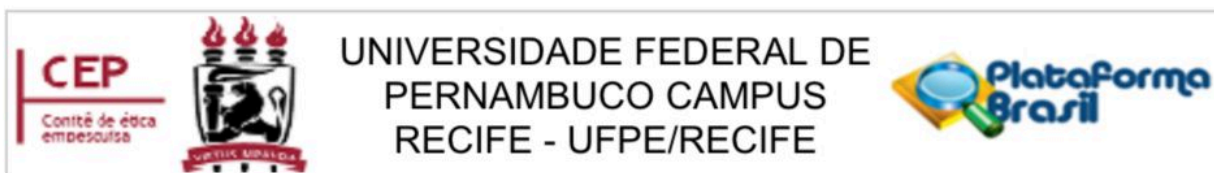
As pendências apontadas no Parecer anterior foram devidamente atendidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Conforme as instruções do Sistema CEP/CONEP, ao término desta pesquisa, o pesquisador tem o dever e a responsabilidade de garantir uma devolutiva acessível e compreensível acerca dos resultados encontrados por meio da coleta de dados a todos os voluntários que participaram deste estudo, uma vez que esses indivíduos têm o direito de tomar conhecimento sobre a aplicabilidade e o desfecho da pesquisa da qual participaram.

Informamos que a aprovação definitiva do projeto só será dada após o envio da NOTIFICAÇÃO

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 6.612.601

COM O RELATÓRIO FINAL da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final disponível em www.ufpe.br/cep para enviá-lo via Notificação de Relatório Final, pela Plataforma Brasil. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado. Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2243338.pdf	11/01/2024 18:52:02		Aceito
Outros	carta_resposta.pdf	11/01/2024 18:51:44	Fabiana de Oliveira Silva Sousa	Aceito
Outros	Autorizacao.pdf	11/01/2024 18:51:25	Fabiana de Oliveira Silva Sousa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_pesquisa.docx	11/01/2024 18:50:18	Fabiana de Oliveira Silva Sousa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	10/11/2023 16:01:51	Fabiana de Oliveira Silva Sousa	Aceito
Outros	Lattes_Merilane.pdf	10/11/2023 15:57:40	Fabiana de Oliveira Silva Sousa	Aceito
Outros	Lattes_Fabiana.pdf	10/11/2023 15:57:23	Fabiana de Oliveira Silva Sousa	Aceito
Outros	Carta_anuencia.pdf	10/11/2023 15:57:10	Fabiana de Oliveira Silva Sousa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_Confidencialidade.pdf	10/11/2023 15:56:36	Fabiana de Oliveira Silva Sousa	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRosto.pdf	10/11/2023 15:56:09	Fabiana de Oliveira Silva Sousa	Aceito

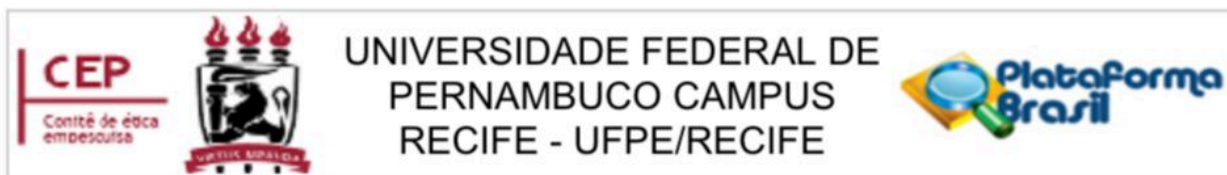
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 6.612.601

RECIFE, 14 de Janeiro de 2024

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br

ANEXO B – NORMAS DE SUBMISSÃO DA REVISTA GESTÃO & SAÚDE

Diretrizes para Autores

FORMATAÇÃO DO MANUSCRITO

Os textos devem ser preparados por até **04 autores** e devem digitados usando-se:

- Formato Microsoft Word;
- Papel tamanho A4;
- Espaçamento 1,5 entre linhas em todo o texto;
- Fonte Times New Roman, tamanho 12;
- Margens inferior e laterais de 2cm e superior de 3cm.
- O texto deve conter entre 11 a 15 páginas, incluindo as as Referências.

INSTRUÇÕES PARA O PREPARO DOS MANUSCRITOS

O artigo deverá conter no mínimo 11 e no máximo 15 páginas, incluindo título, resumo, conteúdo em si, quadros, tabelas, gráficos, ilustrações, notas, referências, anexos e apêndices.

Página de identificação: No documento para avaliação deve conter apenas o título do artigo (máximo de 16 palavras) em português, inglês e espanhol, sem abreviaturas e siglas. A sequência de apresentação do mesmo deve ser iniciada pelo idioma em que o artigo estiver escrito. Se for baseado em relatório de pesquisa, tese ou dissertação, monografia de final de curso, indicar o título, ano e instituição onde foi apresentada.

Atenção: Deve ser apresentado no *documento suplementar*, em alinhamento justificado, conciso, informativo; nome(s) completo de até **04 autor(es)**, indicando no rodapé da página a formação universitária, titulação, a função que exerce(m), a instituição a qual pertence(m), títulos e formação profissional, endereço para troca de correspondência, incluindo e-mail e telefone para contato. Solicitamos que seja incluído o ORCID de todos os autores ao submeter o artigo no portal da Revista. (Documentos suplementares: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/copyrightNotice>)

Resumo: Deve ser apresentado na primeira página do trabalho **com no mínimo 150 e no máximo 200 palavras**, nas versões em português, inglês (abstract) e espanhol (resumen), na mesma sequência do título, em espaçamento simples, fonte Times New Roman 12.

Atenção: *Não serão aceitos resumos títulos destacados com objetivo, método, resultados e conclusão.*

Palavras-chave: Ao final de cada resumo devem ser apontados de 3 a 5 palavras-chave, em Português (Descritores), Espanhol (Descriptores), e Inglês (Key words), conforme os “Descritores em Ciências da Saúde” da Biblioteca Virtual em Saúde (<http://decs.bvs.br/http://decs.bvs.br/Â>), que permitam identificar o assunto do trabalho.

Introdução: Apresentação e delimitação do assunto tratado, os objetivos da pesquisa e outros elementos necessários para situar o tema do trabalho. Os objetivos do texto devem especificar de maneira clara e sucinta a finalidade da pesquisa/trabalho, com detalhamento dos aspectos que serão. Os objetivos, se pertinentes, podem ser definidos como gerais ou específicos a critério do autor.

Revisão da Literatura: Levantamento selecionado da literatura sobre o assunto que serviu de base investigação do trabalho proposto. Proporciona os antecedentes para a compreensão do conhecimento atual sobre um assunto e esclarece a importância do novo estudo. Em algumas áreas, já existe a tendência de limitar a revisão apenas aos trabalhos mais importantes, que tenham relação direta com a pesquisa desenvolvida, priorizando as publicações mais recentes. Quando não houver necessidade de um capítulo para a Revisão da Literatura em função da extensão histórica do assunto, ela poderá ser incluída na Introdução, caso seja **ensaio teórico ou artigos de revisão**.

Métodos: Descrição completa dos procedimentos metodológicos que permitam viabilizar o alcance dos objetivos. Devem ser apresentados: dados sobre o local onde foi realizada a pesquisa, população estudada, tipo de amostra, variáveis selecionadas, material, equipamentos, técnicas e métodos adotados para a coleta de dados, incluindo os de natureza estatística.

Resultados: Devem ser apresentados de forma clara e objetiva, sem interpretações ou comentários pessoais, podendo para maior facilidade de compreensão, estarem acompanhados por gráficos, tabelas, figuras, fotografias, etc.

Discussão: Deve restringir-se aos dados obtidos e aos resultados alcançados, enfatizando os novos e importantes aspectos observados e discutindo as concordâncias e divergências com outras pesquisas já publicadas.

Conclusão: Corresponde aos objetivos ou hipóteses de maneira lógica, clara e concisa, fundamentada nos resultados e discussão, coerente com o título, proposição e métodos.

Citações: Para citações “ipsis literis” de referências deve-se usar aspas na sequência do texto. As citações de falas/depoimentos dos sujeitos da pesquisa deverão ser apresentadas em letra tamanho 12, em estilo itálico e na sequência do texto.

Notas de rodapé: Deverão ser indicados por asterisco, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável.

Tabelas, figuras ou gráficos: A elaboração das tabelas deve seguir as "Normas de Apresentação Tabular" estabelecidas pelo Conselho Nacional de Estatística e publicadas pelo IBGE (1993), **limitadas ao máximo de cinco no total**. Quando a tabela for extraída de outro trabalho, a fonte original deve ser mencionada logo abaixo da mesma.

Apêndices e anexos: Devem ser evitados, conforme indicação da norma NBR 6022.

Fotos: Serão publicadas exclusivamente em P&B, sem identificação dos sujeitos, a menos que acompanhadas de permissão por escrito de divulgação para fins científicos.

Agradecimentos: Contribuições de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho como assessoria científica, revisão crítica da pesquisa, coleta de dados entre outras, mas que não preencham os requisitos para participar de autoria, devem constar dos "Agradecimentos", no final do trabalho, desde que haja permissão expressa dos nomeados. Também poderão ser mencionadas, as instituições que deram apoio, assistência técnica e outros auxílios.

Errata: Após a publicação do artigo, se os autores identificarem a necessidade de uma errata, deverão enviá-la aos editores da Revista imediatamente e de preferência por e-mail.

Referências: São limitadas a **18**, exceto nos artigos do tipo "**ensaio teórico**", numeradas consecutivamente na ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Devem ser normalizadas de acordo com Estilo Vancouver, norma elaborada pelo International Committee of Medical Journals Editors (<http://www.icmje.org>). Devem ser identificadas no texto por números arábicos sobrescritos e entre parênteses, sem espaços da última palavra para o parênteses. Ao fazer a citação sequencial de autores, separe-as por um hífen, devendo ser indicados o primeiro e o último, ex.: (1-4) ; quando intercalados, os números deverão ser separados por vírgula, ex.: (1-2,4). A lista apresentada no final do trabalho deve ser numerada de forma consecutiva e os autores mencionados de acordo com a sequência em que foram citados no texto, sem necessidade do número entre parênteses. As URLs para as referências devem ser informadas quando possível. **Ex:** 1. Scherer MDA, Pires D, Schwartz Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2009 Aug [cited 2020 July 31] ; 43(4): 721-725. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000400020&lng=en.
 http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000400020.

Obs.: A veracidade das referências é de responsabilidade dos autores. Referências não contempladas nos exemplos descritos não serão aceitas.

Artigos em periódicos

a) Artigo padrão

Estrutura: Autores. Título do artigo. Título do periódico. Ano de publicação; Volume (Número): Páginas.

Exemplos:

Calil AM, Pimenta CAM. Conceitos de enfermeiros e médicos de um serviço de emergência sobre dor e analgesia no trauma. Rev Esc Enferm USP. 2000;39(1):325-32.

Jocham HR, Dassen T, Widdershoven G, Halfens R. Quality of life in palliative care cancer patients: a literature review. J Clin Nurs. 2006;15(9):1188-95.

Artigo com mais de 6 autores

Ao listar artigos com mais de seis (06) autores, usar a expressão et al após o sexto autor.

Exemplo:

Eller LS, Corless I, Bunch EH, Kemppainen J, Holzemer W, Nokes K, et al. Self-care strategies for depressive symptoms in people with HIV disease. J Adv Nurs. 2005;51(2):119-30.

b) Instituição como autor

Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. Hypertension. 2002;40(5):6(7)9-86.

c) Sem indicação de autoria

Best practice for managing patients' postoperative pain. Nurs Times. 2005;101(11):34-(7).

d) Volume com suplemento

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004;20 Supl 2:190-8.

e) Fascículo com suplemento

Glauser TA. Integrating clinical data into clinical practice. *Neurology*. 2002;58(12Â Suppl (7)):S6-12.

Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996;4(2 Supl):15-25.

f) Volume em parte

Milward AJ, Meldrum BS, Mellanby JH. Forebrain ischaemia with CA 1 cell lossÂ impairs epileptogenesis in the tetanus toxin limbic seizure model. *Brain*. 1999;122(Pt 6):1009-16.

g) Fascículo em parte

Rilling WS, Drooz A. Multidisciplinary management of hepatocellular carcinoma. *J Vasc Interv Radiol*. 2002;13(9 Pt 2):S259-63.

h) Fascículo sem volume

Ribeiro LS. Uma visão sobre o tratamento dos doentes no sistema público de saúde. *Rev USP*. 1999;(43):55-9.

i) Sem volume e sem fascículo

Outreach: bringing HIV-positive individuals into care. *HRSA Careaction*. 2002Â Jun:1-6.

Livros e monografias

a) Autor pessoal

Cassiani SHB. Administração de medicamentos. São Paulo: EPU; 2000.

b) Organizador, editor, coordenador como autor

Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH, organizadoras. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. 3ª ed. São Paulo: Ícone; 2005.

c) Instituição como autor e publicador

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. A Coordenação Nacional DST/AIDS. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília; 2003.

d) Capítulo de livro, cujo autor não é o mesmo da obra

Kimura M, Ferreira KASL. Avaliação da qualidade de vida em indivíduos com dor. In: Chaves LD, Leão ER, editoras. *Dor: 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem*. Curitiba: Maio; 2004. p. 59-(7)3.

e) Capítulo de livro, cujo autor é o mesmo da obra

Moreira A, Oguisso T. Profissionalização da enfermagem brasileira. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. Gênese da profissionalização da enfermagem; p. 23-31.

f) Trabalho apresentado em evento (Anais, Programas, etc.)

Peduzzi M. Laços, compromissos e contradições existentes nas relações de trabalho na enfermagem. In: Anais do 53º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2001 out. 9-14; Curitiba. Curitiba: ABEn-Seção-PR; 2002. p. 16(7)-82.

g) Dissertações e teses

Maia FOM. Fatores de risco para o óbito em idosos [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Freitas GF. Ocorrências éticas de enfermagem: uma abordagem compreensiva da ação social [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Barros S. Concretizando a transformação paradigmática em saúde mental: a práxis como horizonte para a formação de novos trabalhadores [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004.

h) Documentos legais

Brasil. Lei n. (7).498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 26 jun. 1986

Seção 1, p. 1.

São Paulo (Estado). Lei n. 10.241, de 1(7) de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, 18 mar. 1999. Seção 1, p. 1.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Diário Oficial da União, Brasília, 23 fev. 2006. Seção 1, p. 43-51.

i) Dicionários e obras de referência similares

Steadman's medical dictionary. 26th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 119-20.

Souza LCA, editor. Dicionário de administração de medicamentos na enfermagem 2005/2006: AME. 4ª ed. Rio de Janeiro: EPUB; 2004. Metadona; p. 556-(7).

Materiais em formato eletrônico

a) Monografia em formato eletrônico

Prado FC, Ramos J, Ribeiro do Valle J. Atualização terapêutica: manual prático de diagnóstico e tratamento [CD-ROM]. São Paulo: Artes Médicas; 1996.b) Artigos de periódicos

Johnson BV. Nurses with disabilities. Am J Nurs [serial on the Internet]. 2005 [cited 2006 sept 2(7)];105(10):[about 1 p.]. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=Pager&DB=pubmedhttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=Pager&DB=pubmed>

Braga EM, Silva MJP. Como acompanhar a progressão da competência comunicativa no aluno de enfermagem. Rev Esc Enferm USP [periódico na Internet]. 2006 [citado 2006 set. 28]; 40(3):[cerca de (7) p]. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/258.pdf>

c) Dissertações/teses

Baraldi S. Supervisão, flexibilização e desregulamentação no mercado de trabalho: antigos modos de controle, novas incertezas nos vínculos de trabalho da enfermagem [tese na Internet]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005 [citado 2006 set. 29]. Disponível em: [http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/\(7\)/\(7\)136/tde-20062006-144209/http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/\(7\)/\(7\)136/tde-20062006-144209/](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/(7)/(7)136/tde-20062006-144209/http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/(7)/(7)136/tde-20062006-144209/)

TIPOS DE TEXTOS:

Editorial: A responsabilidade do(s) editor(es).

Artigos de Pesquisa.

Artigos teóricos-empíricos: manuscritos que se caracterizam como a finalização de várias etapas da pesquisa científica. Devem apresentar: introdução, objetivo, metodologia, resultados, discussão, conclusão, referências.

Ensaio teórico: discussão de determinado tema, relevância **teórica** e científica, com base **teórica** em livros, revistas, artigos publicados. O texto deve sugerir uma linha de argumentação a ser adotada e defendida pelo(s) autor(es).

Artigos Originais: Manuscritos que se caracterizam como a finalização de várias etapas da pesquisa científica. Relatórios de pesquisas originais de todos os tipos (desenhos e métodos) e em qualquer área/campo de conhecimento (prática, pesquisa de campo, ensino, prestação de serviços e de avaliação, de gestão). Devem apresentar: introdução, objetivo, metodologia, resultados, discussão, conclusão, referências.

Artigos de Revisão: Estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões.

AValiação:

Tempo para avaliação: 60 dias.

Tempo para publicação: 60 dias.

Data de publicação: Último dia dos meses - Janeiro, Maio e Setembro.

[Formulário de avaliação utilizado pelos avaliadores.](#)

PARA O ENVIO DE TRABALHOS, É NECESSÁRIO:

[Carta de Encaminhamento:](#)

[Declaração de Responsabilidade:](#)

[Declaração de Direitos Autorais:](#)

[Ficha de Identificação do Trabalho:](#)

[Declaração de Participação na Elaboração do Manuscrito](#) (deve ser enviada em formato .docx)

Cadastro de todos os autores no sistema, incluída a identificação Orcid, link para o curriculum na plataforma lattes (autores brasileiros), indicação da última filiação institucional; indicação da titulação máxima;

Arquivo do texto em formato word, sem identificação alguma de autoria, no texto ou nas propriedades do arquivo.

Artigos Originais

Manuscritos que se caracterizam como a finalização de várias etapas da pesquisa científica. Relatórios de pesquisas originais de todos os tipos (desenhos e métodos) e em qualquer área/campo de conhecimento (prática, pesquisa de campo, ensino, prestação de serviços e de avaliação, de gestão). Devem apresentar: introdução, objetivo, metodologia, resultados, discussão, conclusão, referências.

Reports of original research of all types (i.e. all designs and methods) and in any field (i.e. practice, education, service delivery and evaluation, management)

Declaração de Direito Autoral

Declaro que o presente artigo é original, não tendo sido submetido à publicação em qualquer outro periódico nacional ou internacional, quer seja em parte ou em sua totalidade. Declaro, ainda, que uma vez publicado na **Revista Gestão & Saúde** editada pela **Universidade de Brasília**, o mesmo jamais será submetido por mim ou por qualquer um dos demais coautores a qualquer outro meio de divulgação científica.

Através deste instrumento, em meu nome e em nome dos demais coautores, porventura existentes, cedo os direitos autorais do referido artigo à **Revista Gestão & Saúde** e declaro estar ciente de que a não observância deste compromisso submeterá o infrator a sanções e penas previstas na Lei de Proteção de Direitos Autorias (Nº9609, de 19/02/98).

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.