

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO
DIVISÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE E EDUCAÇÃO

DANIELY MACHADO LOURENÇO ROSSMANN

A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA SOBRE O ACOLHIMENTO: INTERFACE COM OS
ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Ribeirão Preto
2025

DANIELY MACHADO LOURENÇO ROSSMANN

A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA SOBRE O ACOLHIMENTO: INTERFACE COM OS
ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde e
Educação da Universidade de Ribeirão
Preto para obtenção do título de Mestre em
Saúde e Educação.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Fernanda
Bergamini Vicentine.

Ribeirão Preto
2025

Ficha catalográfica preparada pelo Centro de Processamento
Técnico da Biblioteca Central da UNAERP

- Universidade de Ribeirão Preto -

ROSSMANN, ~~Daniely~~ Machado Lourenço, 1978-

R837a

A percepção dos profissionais de uma unidade de saúde da família sobre o acolhimento: interface com os atributos da atenção primária à saúde / ~~Daniely~~ Machado Lourenço Rossmann. -- Ribeirão Preto, 2025.
85 f. il. color.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Fernanda Bergamini Vicentine.

Dissertação (Mestrado em Mestrado em Saúde e Educação) - Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), Ribeirão Preto, 2025.

1. Acolhimento. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Equipe de Saúde. 4. Estratégia Saúde da Família. 5. Humanização. I. Título.

CDD 610.7361

DANIELY MACHADO LOURENÇO ROSSMANN

A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA SOBRE O ACOLHIMENTO: INTERFACE COM OS ATRIBUTOS DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

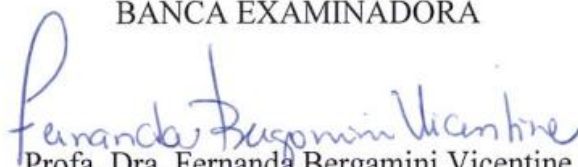
Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde e
Educação da Universidade de Ribeirão
Preto para obtenção do título de Mestre em
Saúde e Educação.

Área de Concentração: Ensino de Ciências da Saúde

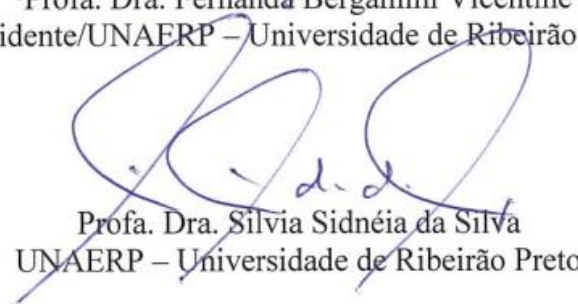
Data da defesa: 28 de março de 2025

Resultado: Aprovada

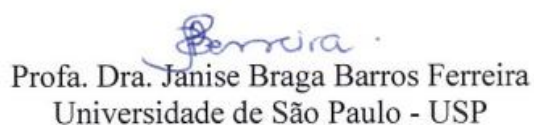
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Fernanda Bergamini Vicentine
Presidente/UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto



Prof. Dra. Silvia Sidnéia da Silva
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto



Prof. Dra. Janise Braga Barros Ferreira
Universidade de São Paulo - USP

Ribeirão Preto
2025

Dedico esta dissertação aos profissionais da Atenção Primária à Saúde, em especial, aos que atuam na Estratégia Saúde da Família, que não medem esforços a ofertar atendimento de qualidade e humanizado aos usuários e suas famílias.

Dedico também aos usuários dos serviços de saúde e suas famílias que confiam a nós o cuidado de sua saúde e compartilham suas vivências, nos proporcionando aprendizado diário.

AGRADECIMENTOS

Meus sinceros agradecimentos a todos que contribuíram direta ou indiretamente para a construção e desenvolvimento desta dissertação:

à minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Fernanda Bergamini Vicentine pelos estudos, ensinamentos, disponibilidade, cuidado, comprometimento e dedicação em me conduzir nesta jornada;

à Prof.^a Dr.^a Silvia Sidnéia da Silva pelo incentivo à produção científica, orientações e auxílios prestados;

à Prof.^a Dr.^a Janise Braga Barros Ferreira pelas contribuições e pelo cuidado durante as Bancas de Qualificação e de Defesa;

a todos os professores do Mestrado em Saúde e Educação por toda a vivência, pelos ensinamentos, aprendizados e crescimento proporcionados;

aos profissionais da Unidade de Saúde em que atuo, por contribuir com a realização da pesquisa e pelas vivências e trocas de experiências diárias;

ao meu esposo e filhos pelo incentivo, apoio e compreensão;

aos pacientes e suas famílias que confiam os cuidados de suas demandas a mim e me motivam diariamente a ser uma profissional cada vez mais humanizada e qualificada.

“A persistência é o caminho do êxito.”

Charles Chaplin

RESUMO

ROSSMANN, D. M. L. A percepção dos profissionais de uma Unidade de Saúde da Família sobre o acolhimento: interface com os atributos da Atenção Primária à Saúde. 85 páginas. Defesa (Mestrado Profissional em Saúde e Educação), Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto – SP, 2025.

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, com análise de conteúdo na vertente temática, cujo objetivo foi analisar a percepção dos profissionais de uma Unidade de Saúde da Família sobre o acolhimento e a relação com os atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde. Foram entrevistados oito participantes, eleitos por sorteio, utilizando-se um roteiro semiestruturado. As entrevistas foram audiogravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra, sendo posteriormente, organizadas em um *corpus*, o qual passou pelas etapas de pré-análise e análise. Identificaram-se quatro núcleos de sentido: "Acolhimento e atributos da APS", "Capacitação sobre acolhimento", "Conhecimento e implementação do acolhimento" e, "Cultura de utilização dos serviços de saúde". Os resultados, em síntese, mostraram que os participantes conhecem os preceitos do acolhimento conforme a sua política, ao mencionarem termos como escuta, humanização do cuidado, vínculo, identificação das reais demandas dos usuários. Houve menções desta diretriz, reconhecida em atividades extramuros e oportunizando espaços para educação popular. Porém, na rotina do serviço, foi associada ao atendimento de usuários de demanda espontânea, por meio de triagem, em um espaço físico, por uma categoria profissional específica e dá nome à vaga em estrutura de agenda médica. Depoimentos reportaram a necessidade de capacitação para melhorias do acolhimento. Identificaram-se relatos que evidenciam o modelo centrado no médico. Os quatro atributos essenciais da APS foram relacionados à prática do acolher, legitimando o acesso, a integralidade, a longitudinalidade e a coordenação do cuidado no processo de produção de saúde. Os achados podem ter relação com o protocolo municipal que normatiza o direcionamento de fluxo dos usuários de demanda espontânea, utilizando a nomenclatura acolhimento. Conclui-se que apesar da ciência sobre os termos relacionados a esta temática em consonância com a política nacional, em sua prática há um enfoque ao atendimento dos usuários que buscam o serviço sem agendamento prévio. Neste sentido, pretende-se, como produtos do Mestrado Profissional, propor mudança na estrutura da agenda e ofertar ações de educação permanente abordando acolhimento e interprofissionalidade, orientadas para gestão em relação ao processo de trabalho.

Palavras-chave: Acolhimento. Atenção Primária à Saúde. Equipe de Saúde. Estratégia Saúde da Família. Humanização.

ABSTRACT

ROSSMANN, D. M. L. The perception of professionals in a Family Health Unit about user embracement: interface with the attributes of Primary Health Care. 85 pages. Defense (Professional Master's Degree in Health and Education), University of Ribeirão Preto, Ribeirão Preto – SP, 2025.

This is a descriptive study, with a qualitative approach, with content analysis in the thematic aspect, aimed at analyzing the perception of professionals from a Family Health Unit about user embracement and the relationship with the essential attributes of Primary Health Care. Eight participants were interviewed, chosen by lottery, using a semi-structured script. The interviews were audio-recorded and later transcribed in full, and later organized into a corpus, which went through the pre-analysis and analysis stages. Four core meanings were identified: "User Embracement and attributes of Primary Health Care," "Training on User Embracement," "Knowledge and implementation of User Embracement," and "Culture of health service utilization". The results, in summary, showed that the participants know the precepts of user embracement according to their policy, when mentioning terms such as listening, humanization of care, bonding, identification of the real demands of users. There were mentions of this guideline being recognized in extramural activities and providing spaces for popular education. However, in the service routine, it was associated with the care of users with spontaneous demand, through triage, in a determined physical space, by a specific professional category and gives the name to the vacancy in the medical schedule structure. Testimonies reported the need for training to improve user embracement. Reports were identified that demonstrate the physician-centered model. The four essential attributes of Primary Health Care were related to the practice user embracement, legitimizing access, comprehensiveness, longitudinality and coordination of care in the health production process. The findings may be related to the municipal protocol that regulates the flow of users with spontaneous demands, using the term user embracement. It is concluded that despite the science on the terms related to this topic in line with national policy, in practice there is a focus on serving users who seek the service without prior appointment. In this sense, the aim, as products of the Professional Master's Degree, is to propose changes in the structure of the agenda and offer continuing education actions addressing user embracement and interprofessionality oriented towards management in relation to the work process.

Keywords: User Embracement. Primary Health Care. Health Team. Family Health Strategy. Humanization.

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPP-SMS	Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CFB	Constituição Federal Brasileira
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DRS	Departamento Regional de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NOAS-SUS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde do SUS
NOB-SUS	Normas Operacionais Básicas do SUS
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SF	Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 JUSTIFICATIVA	16
1.2 OBJETIVOS	17
1.2.1 Objetivo Geral	17
1.2.2 Objetivos Específicos	17
2 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS	18
2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	18
2.2 ATENÇÃO BÁSICA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	20
2.3 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA ...	24
2.4 ACOLHIMENTO	27
3 PERCURSO METODOLÓGICO	30
3.1 NATUREZA DO ESTUDO	30
3.2 LOCAL DO ESTUDO	30
3.3 UNIVERSO DO ESTUDO E PARTICIPANTES	31
3.4 COLETA DE DADOS	32
3.4.1 Instrumentos de Coleta de Dados	32
3.4.2 Procedimento de Coleta dos Dados	32
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	33
3.6 ANÁLISE DE RISCOS E BENEFÍCIOS PARA POPULAÇÃO ESTUDADA	34
3.7 ASPECTO ÉTICO EM PESQUISA COM SERES HUMANOS	35
3.8 CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO OU ENCERRAMENTO DA PESQUISA	35
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
4.1 CONHECIMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DO ACOLHIMENTO	37
4.2 ACOLHIMENTO E ATRIBUTOS DA APS	44
4.2.1 Acesso de primeiro contato	45
4.2.2 Integralidade	46
4.2.3 Longitudinalidade	47
4.2.4 Coordenação do cuidado	49
4.3 CAPACITAÇÃO SOBRE ACOLHIMENTO	50
4.4 CULTURA DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	51
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
REFERÊNCIAS.....	57

APÊNDICES 62
ANEXOS 80

APRESENTAÇÃO

Sou Daniely Machado Lourenço Rossmann, primogênita de José Carlos e Dalva. Nasci aos 19 dias do mês de fevereiro do ano de 1978, na cidade do Rio de Janeiro e vivi quatro décadas no Estado do Espírito Santo. Desde a infância manifestava o desejo de ser médica e poder ajudar as pessoas. Sou casada há 17 anos e mãe de 4 filhos. Médica, formada na Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), em 2004. Especialista em medicina de família e comunidade, atuante na Estratégia de Saúde da Família, no Sistema Único de Saúde, há 20 anos. No ano de 2018 mudei para São Paulo, com a família, em virtude de convocação de concurso público, mantendo-me neste Estado até hoje. Nos últimos seis anos tenho atuado no ensino médico, sendo dois anos e seis meses na preceptoria de residência de medicina de família e comunidade e três anos e três meses na graduação com a disciplina de medicina de família e comunidade em uma universidade privada do município de Ribeirão Preto. Nestes anos de atuação na área do ensino, mantive concomitantemente minhas atividades como médica de equipe de Estratégia Saúde da Família, perseverando, desde a formação, neste cargo. Pelo fato de a Atenção Primária à Saúde ser o campo de atuação predominante e ser a porta de entrada principal dos usuários no Sistema Único de Saúde, o ato de acolher estes indivíduos e procurar atender às suas demandas, são motivos de frequentes reflexões nesta jornada de trabalho. Busco constantemente avaliar as formas de aplicação do acolhimento pelas equipes no cotidiano do trabalho e seus reflexos nos cuidados de saúde da população. Assim, o acolhimento foi eleito como temática desta dissertação, tentando compreender a percepção dos profissionais de saúde, de uma Unidade de Saúde da Família, quanto a este dispositivo e sua interface com os atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A assistência à saúde dos indivíduos, em seus diversos contextos, deve ser realizada pelos profissionais de forma a garantir um cuidado humanizado, integral e resolutivo, utilizando-se de instrumentos como o acolhimento, o qual constitui uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH). A prática do acolhimento legitima as necessidades de saúde do usuário por meio de escuta qualificada, propiciando acesso a tecnologias necessárias às demandas trazidas, permitindo atendimento com prioridades considerando gravidade, risco e vulnerabilidade e construindo relações de confiança e vínculo entre a equipe e a população (Brasil, 2013; Brasil 2017).

Neste trabalho foi utilizado o contexto da Atenção Primária à Saúde (APS). Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017), os termos Atenção Básica (AB) e APS seriam considerados similares, atribuindo aos dois os mesmos princípios e diretrizes. No desenvolvimento deste estudo empregou-se o termo APS, devido ao referencial teórico eleito para embasar esta pesquisa (Starfield, 2002).

A APS é o ponto de primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, traduzindo-se em porta de entrada. Caracteriza-se pelos atributos essenciais e derivados. Os derivados são constituídos pelas orientações comunitária, familiar, e a competência cultural (Starfield; Xu; Shi, 2001). Os essenciais são atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. A atenção ao primeiro contato relaciona-se ao acesso do usuário no serviço de saúde e ao uso deste a cada nova demanda, enquanto a longitudinalidade presume o cuidado ao longo do tempo. A integralidade implica em garantir que o indivíduo perpassasse por todos os pontos de atenção em saúde necessários. A coordenação da atenção consiste em integrar todos os serviços relacionados à saúde independentemente de onde tenham sido recebidos (Starfield, 2002). Neste estudo foram utilizados os atributos essenciais da APS, uma vez que compõem os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Dentre os possíveis modelos de APS, a Estratégia Saúde da Família (ESF), é considerada o plano preferencial de sua reorganização e consolidação no Brasil, atuando em consonância com os princípios do SUS. Sua característica é o trabalho em equipe, sendo a equipe de Saúde da Família (eSF) composta, minimamente, por médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de

saúde; podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias, cirurgião dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal (Brasil, 2017).

Neste sentido, a ESF é considerada o cenário ideal para a prática do acolhimento. Em 2015, foi implantado o "Protocolo de Acolhimento da Demanda Espontânea" em Ribeirão Preto, com intuito de uniformizar o atendimento nas unidades de APS, sendo revisado e atualizado em 2019, 2022 e 2024. Este instrumento norteia e sistematiza o atendimento dos que buscam a unidade sem agendamento prévio, considerando dados como queixas, sintomas, sinais de alerta e vulnerabilidades, direcionando o fluxo para atendimento pelo enfermeiro ou médico, para atendimento médico ou para equipe multidisciplinar com vistas a atendimento imediato em sala de urgência. Este atendimento deve ser executado por equipe multidisciplinar, em consonância com as atribuições estabelecidas neste protocolo para cada categoria profissional, buscando garantir aos indivíduos o direito de acesso ao serviço de saúde, com resolutividade, vínculo e a responsabilização dos trabalhadores no processo de trabalho (Ribeirão Preto, 2024).

Apesar de o arcabouço teórico deste protocolo municipal considerar o acolhimento tal qual a PNH e compreender este dispositivo como prática a ser realizada em todas as relações de cuidado, o enfoque dado é ao atendimento dos usuários que buscam o serviço de saúde fora do dia de agendamento. Outra condição é a denominação acolhimento como vaga em estrutura de agenda de atendimento, referindo-se ao atendimento da demanda espontânea.

No entanto, entende-se o acolhimento como um dispositivo a ser exercido em todas as oportunidades de atendimento aos usuários, no decorrer de todas as etapas do processo de trabalho. Capaz de gerar o estabelecimento de relações de aproximações entre as pessoas de forma humanizada, solidária, respeitosa, firmando vínculo entre profissional e usuário e desenvolvendo o senso de responsabilização pelos problemas de uma determinada população (Matumoto, 1998).

O ato de acolher efetuando a escuta ativa é indispensável na rotina de serviço na APS, devido potencialidades como: humanização do serviço, construção de vínculo, qualificação do cuidado, organização do fluxo, resolução das demandas e reconhecimento do usuário como protagonista no processo de produção de saúde (Brasil, 2010).

Neste sentido, a temática estudada pode ser interpretada de diversas formas pelos trabalhadores da USF, impactando o processo de produção de saúde das

equipes de APS. A compreensão e a prática da equipe em relação ao acolhimento podem estar relacionadas ao conhecimento dessa diretriz, podendo ser limitado ao protocolo municipal de atendimento para demandas espontâneas ou ser vista como uma política pública de saúde. Além disso, essa compreensão pode ser influenciada pelo entendimento das atribuições comuns a todos os membros da equipe, conforme as recomendações da PNAB, e até mesmo estar concernente à cultura do modelo biomédico, que tem uma perspectiva centrada no médico.

Por esta razão, esta pesquisa discorre a respeito da percepção do acolhimento e a sua interface com os atributos da APS. Além disso, existe uma implicação sobre a temática, pois a pesquisadora atua como profissional de uma eSF em uma USF de Ribeirão Preto/SP, experienciando um acolher focado no encaminhamento do usuário para o médico.

Por entender o acolhimento enquanto um dispositivo que tem o potencial de humanizar e qualificar as práticas de saúde, como os profissionais da USF o percebem e praticam no contexto da ESF e quais as suas interfaces com os atributos da APS?

1.1 JUSTIFICATIVA

A pesquisadora, que atua em uma USF como médica de uma das equipes de ESF e, em sua vivência na prática diária, experimenta ações voltadas ao modelo biomédico e, portanto, centradas na figura do médico, as quais a fazem refletir sobre como ocorre o acolhimento neste cenário, quando se depara com atendimentos a usuários cujas demandas poderiam ter sido sanadas por outros componentes ou membros da unidade de saúde.

A USF, geralmente, é o serviço de atenção à saúde mais próximo da comunidade, sendo o local de acesso preferencial dos indivíduos e, portanto, sendo procurada pelas mais diversas necessidades, gerando um amplo espectro de demandas, desde burocráticas a questões de urgências, as quais podem ser resolvidas por categorias profissionais que não somente o médico, conforme prevê a PNAB, aprovada pela Portaria número 2436 de 21 de setembro de 2017.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Compreender, na perspectiva dos profissionais de uma USF, a percepção do acolhimento no cotidiano do serviço.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Compreender o significado atribuído pelos profissionais da USF ao dispositivo acolhimento;
- Identificar ações mencionadas pelos profissionais da USF que correspondam ao acolhimento;
- Identificar desafios mencionados em relação ao acolhimento;
- Associar os achados com os atributos da APS;
- Identificar as necessidades de implementação ou melhoria em relação ao acolhimento na USF.

2 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A evolução das políticas públicas de saúde relaciona-se diretamente com as situações política-social-econômica brasileiras, não podendo dissociá-las. O período entre 1964 e 1985, foi marcado por um período de ditadura, com forte centralização do Estado no âmbito Federal e por planos de desenvolvimento que impactaram nos cenários econômicos e social do país. A seguir será descrito um breve histórico sobre a evolução da política de saúde no Brasil (Sousa, 2014).

A partir de 1964, o modelo liberal-privatista consolidou-se no cenário da medicina previdenciária, somente dispondo de acesso a atendimento médico, os segurados da Previdência Social e seus beneficiários. Entretanto, este “benefício previdenciário” ainda não garantia o direito pleno à assistência em saúde. O “benefício” era excludente, gerava filas, promovendo grande insatisfação popular. Os cidadãos não-segurados eram atendidos em serviços previdenciários, ou conveniados, apenas em casos de urgência ou emergência, na condição de “indigentes”. Assim o descontentamento progrediu, fomentando iniciativas políticas e organizando a população em movimentos sociais voltados para a garantia do direito à saúde (Narvai, 2022).

Na década de 1970, foi dado início à organização do Movimento Social pela Reforma Sanitária, pois neste período de ditadura militar, os investimentos na saúde eram escassos. Foram fundados, em 1976, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e em 1979, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), instituições estas que contribuíram com as reformas da saúde. Este movimento expandiu-se, com reuniões de pesquisadores, gestores de saúde e movimentos sociais, e em 1980 foi criado o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) (Moreira *et al.*, 2018).

Este movimento social ao ganhar força no país, deu início a luta pela “universalização da atenção à saúde”, a qual foi aprovada em 1986, enquanto uma diretriz presente no Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde. Esta conferência foi um marco para a orientação do processo de mudança da saúde no Brasil, reunindo diferentes segmentos da sociedade e possibilitando a participação de grande número de pessoas, que possuíam direito a voz e poder de voto para orientar o destino do

setor saúde. Elencaram como temas prioritários: saúde como direito do cidadão e dever do Estado, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento da saúde. Foram apresentados objetivos políticos da conferência em relação à Constituinte, que mais tarde seriam aplicados ao texto da Constituição Federal Brasileira (CFB) de 1988 (Freire; Araújo, 2015).

Conforme Giovanella *et al.* (2019), ao assegurar a relação entre os aspectos econômicos, sociais e de condições ambientais como determinantes saúde-doença, a CFB de 1988 determinou “saúde como direito de todos e dever do Estado”. Assim, há 34 anos, foi criado no país, um sistema público universal de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS).

Sua regulamentação ocorreu por meio das “Leis Orgânicas da Saúde”, a Lei 8.080/1990 e a Lei 8.142/1990. Esta última, promulgada três meses após a primeira, define a participação da comunidade na gestão do SUS, além de tratar das transferências de recursos intergovernamentais. Em termos de alicerce jurídico que auxiliou a colocar em prática os Princípios e Diretrizes deste sistema de saúde tem-se: as Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB-SUS) entre os anos de 1993 a 1996; as Normas Operacionais de Assistência à Saúde do SUS (NOAS-SUS) de 2001 a 2002; a PNAB de 2006 cujas reedições ocorreram nos anos de 2011 e 2017; o Pacto pela Saúde em 2006; o Decreto nº 7.508/2011 e a Portaria nº 4.279/2018 do Ministério da Saúde (MS) sobre as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e as Portarias de Consolidação das normas do SUS em 2017 (Falk; Rosa, 2022).

O SUS possui princípios e diretrizes que devem nortear e organizar o processo de trabalho nos serviços de saúde, devendo ser de conhecimento de todos os trabalhadores que atendem diretamente a população. Devem ser legitimadas nas ações cotidianas, como no acolhimento aos usuários e suas demandas de saúde, promovendo humanização do atendimento e acesso da população ao serviço. Quanto aos princípios, estes estão ordenados em: éticos (universalidade, equidade e integralidade) e organizativos (hierarquização, descentralização, regionalização e participação popular) (Solha, 2014).

Em se tratando dos princípios éticos, a universalidade viabiliza acesso a todos, sem discriminação, e contínuo aos serviços de saúde, acolhendo os usuários, propiciando vínculo e a corresponsabilização pela atenção às suas demandas. A integralidade consiste no conjunto de serviços que atendam às necessidades da população adscrita, como promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos,

cura, reabilitação, redução de danos e cuidados paliativos. A equidade reconhece as diferenças nas condições de vida e saúde e conforme as necessidades das pessoas, considerando diferenciações sociais e atendendo à diversidade. Quanto aos princípios organizativos, a descentralização é a passagem da gestão do sistema para os estados e, principalmente, para os municípios, sendo presumida as ações intersetoriais e organização em RAS, com enfoque nas necessidades locorregionais, a ser executada de forma colaborativa entre os entes federados, a fim de cuidar das desigualdades e das diversidades econômicas e financeiras entre eles. A regionalização e hierarquização pressupõe a organização do sistema em pontos de atenção da RAS e sua organização com fluxos e referências estabelecidos, tendo a APS como cerne e comunicadora desta rede. A participação popular institucionalizada garante a criação de espaços para a participação dos usuários, a orientação comunitária e competência cultural no cuidado, ampliando autonomia do cuidado à saúde das pessoas e coletividades do território (Brasil, 2017).

A política de saúde vigente divide os serviços em: APS/AB (porta de entrada do sistema, baixa densidade tecnológica e foco na promoção e prevenção), atenção secundária (maior nível tecnológico e mais especialistas) e atenção terciária (alto nível tecnológico, muito especializado, atenção hospitalar). Em cobertura e população assistida, o SUS é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde do mundo. É por meio da operacionalização dos seus princípios que a população pode ser cuidada de forma integral, universal e equitativa. Ainda existem alguns desafios a serem vencidos, mas avanços vêm sendo conquistados para uma saúde qualificada (Moreira *et al.*, 2018).

2.2 ATENÇÃO BÁSICA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Há uma discussão constante a respeito da terminologia ideal para designar o primeiro ponto de atenção à saúde, sendo uma tendência internacional do uso do termo “Atenção Primária” e no Brasil esta discussão ganha relevância. O governo brasileiro em 2006, por meio da PNAB, oficializou a expressão “Atenção Básica” (AB) passando a denominar assim suas secretarias e documentos oficiais (Mello; Fontanella; Demarzo, 2009).

A seguir, será descrita uma sucinta revisão das conceituações do termo “AB”, adotado pelo Governo Federal, desde a primeira PNAB até a última revisão de suas

diretrizes em 2017. As PNABs foram aprovadas e instituídas por Portarias do MS e têm como propósito estabelecer as diretrizes para a organização e o funcionamento da “AB” no Brasil (Brasil, 2017).

A primeira PNAB foi instituída por meio da Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, e reforça uma das características principais da “AB”, ser o contato preferencial dos usuários e principal porta de entrada no sistema de saúde. Sendo conceituada como:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (PNAB, 2006, ANEXO)

A PNAB revisada pela Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011, acrescenta a necessidade de que toda demanda de saúde dos indivíduos seja acolhida:

Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. (PNAB, 2011, ANEXO I)

Neste sentido, mas tendo a APS enquanto categoria em seu referencial teórico, Starfield (2002) a define como o ponto de atenção que consiste no primeiro contato dos usuários com o serviço de saúde, acolhendo as suas demandas, abordando os problemas mais comuns na comunidade. Utiliza-se de tecnologias de baixa densidade, sendo desenvolvida através do trabalho em equipe. Deve ter enfoque nos indivíduos e nas populações em vez de suas enfermidades, sendo responsável por ofertar ações de prevenção, cura e reabilitação, através de uma atenção longitudinal e centrada na pessoa. Pressupõe que faça a coordenação do cuidado e o racionamento do uso de todos os recursos, sejam básicos ou especializados, com vistas à promoção, conservação e melhorias da saúde. Segundo a autora (Starfield, 2002), a APS possui quatro atributos essenciais, que se relacionam entre si de alguma

forma, que são: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, coordenação do cuidado e integralidade.

O atributo acesso de primeiro contato corresponde ao primeiro local que o indivíduo busca quando tem uma demanda referente a um comprometimento de sua saúde ou necessita de encaminhamento para especialista. A longitudinalidade caracteriza-se pelo cuidado regular e consistente viabilizado por meio da criação de vínculo usuário-profissional, sendo assim para sua efetivação fazem-se necessárias ofertas adequadas de serviço e fixação dos profissionais na unidade de saúde. O atributo coordenação do cuidado refere-se a garantia da atenção ao usuário por intermédio de integração dos serviços que atendam suas necessidades nos diferentes pontos de atenção da rede de saúde. A integralidade é o atributo que envolve ações de natureza biopsicossocial do processo saúde-doença por meio de práticas de promoção, prevenção, cura, reabilitação e atenção nos diferentes níveis de complexidade (Janke *et al.*, 2020).

Esses atributos configuram a base do sistema de saúde brasileiro e estabelece o trabalho dos demais níveis de atenção. Definição e características estas, utilizadas também nas conceituações de AB nas PNABs datadas de 2006 e 2011. Em sua última revisão, por intermédio da Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017, a PNAB integra o termo “familiar” na definição de “AB”, fazendo menção ao cuidado não só dos indivíduos, mas de suas famílias, levando em consideração o contexto social, cultural e familiar aos quais os usuários estão inseridos conferindo uma atenção integral e longitudinal aos cuidados em saúde. A PNAB 2017 assim define a “AB”:

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (PNAB, 2017, ANEXO XXII)

Com o decorrer dos anos, foram necessárias avaliações e reestruturações desta política a fim de melhorar a assistência à saúde da população brasileira, ficando estabelecidos e reforçados os princípios e as diretrizes a serem operacionalizados na “AB”, conforme PNAB 2017: universalidade, equidade e integralidade como princípios; e regionalização e hierarquização, territorialização, população adscrita, cuidado

centrado na pessoa, longitudinalidade, coordenação do cuidado, ordenação da rede e participação comunitária como diretrizes.

O sistema de saúde brasileiro foi fundamentado no relatório Dawson, datado do ano de 1920, no qual o autor propôs uma rede de saúde baseada em diferentes pontos de atenção, sendo o mais básico o centro de serviços primários. O que devia ser sustentado pelo ponto de atenção secundário, composto por especialistas que forneciam atenção através de consultas e este, por sua vez, era apoiado pelo ponto de atenção terciário constituído pelos hospitais-escola voltados para os cuidados às doenças incomuns e com maiores complicações. Neste relatório, Dawson apresentou os conceitos de regionalização e hierarquização dos sistemas de saúde, operando do mais simples para o maior nível de densidade tecnológica, por meio de serviços domiciliares que auxiliavam os centros de saúde do ponto de atenção primário. Em 1978, na declaração de Alma-Ata, o termo “Primary Health Care” se afirmou e foi traduzida como:

Cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automediação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade (Henrique, 2018, p 20).

A elaboração da APS em Alma-Ata contemplou três componentes essenciais que hoje estão presentes e são relevantes no sistema de saúde público brasileiro: a universalidade do acesso e primeiro ponto de contato do sistema de saúde; indissociabilidade da saúde do desenvolvimento econômico-social, reconhecendo-se os determinantes sociais; e a participação comunitária (Giovanella, 2018).

No Brasil, o termo APS surgiu em documentos oficiais durante a VII Conferência Nacional de Saúde, em 1980, na qual o diretor-geral da OMS e o Ministro de Saúde brasileiro destacam que a APS é o caminho para mudar a saúde no Brasil. Nos documentos do MS, o termo “atenção primária” aparece no documento “O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde”, em 2000, no entanto as expressões atenção primária, assistência primária, ações de primeiro nível de assistência e atenção básica são apresentados como sinônimos (Henrique, 2018).

Conforme Gusso e Machado (2019), o termo “AB” foi estabelecido no Brasil visto que, no período em que se criavam o Departamento de Atenção Básica e o Piso de Atenção Básica, a palavra “primária” era compreendida como algo depreciativo, para “pobres”.

A última revisão da PNAB no ano de 2017, considera os termos “AB” e APS, equivalentes, nas atuais concepções, associando a ambos seus princípios e diretrizes. Apesar desta compreensão e entendendo que a definição dos termos técnicos se faz necessária para a redação de textos científicos, definiu-se APS como termo a ser utilizado neste trabalho, dado o seu reconhecimento nacional e internacional, e devido a utilização de referencial teórico baseado em Starfield (2002).

2.3 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Saúde da Família (SF) é reconhecida pela PNAB (2017), como estratégia prioritária de ampliação, qualificação e estabelecimento da APS no país, norteador suas ações pelos princípios e diretrizes do SUS. Considera o indivíduo em seus contextos familiar, social e cultural, ofertando atenção de forma integral, por intermédio de ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução de danos. Prima por resolutividade, sendo, preferencialmente, o contato inicial do usuário com a RAS. As equipes de Saúde da Família (eSF) são responsáveis pela população de um território definido, devendo planejar ações conforme perfil e necessidades da comunidade, considerando aspectos ambientais, históricos, demográficos, geográficos, econômicos, sanitários, sociais e culturais das áreas de abrangências pelas quais são responsáveis. Atuam em Unidade de Saúde realizando consultas, visitas domiciliares, reuniões de equipe e grupos de atividades com a comunidade, favorecendo a participação comunitária no espaço da saúde (Brasil, 2017).

Conforme Andrade *et al.* (2017), a ESF sendo um dos componentes da RAS, articula com os demais pontos de atenção, visando garantir atenção integral aos indivíduos e suas famílias. Pesquisas desenvolvidas no Brasil, evidenciam que a ESF possui atributos mais fortalecidos de APS. As eSF são multiprofissionais, sendo compostas minimamente por: médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. A partir de 2004, por meio do Programa Brasil

Sorridente, foi inserida na eSF, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista e auxiliar/ técnico em saúde bucal.

A ESF teve sua implementação propondo-se a desenvolver uma nova ótica em relação à APS, substituindo o modelo biomédico por novas práticas de atenção e cuidado. Suas práticas são desenvolvidas por equipes multiprofissionais, baseadas em atribuições específicas e comuns a todos os componentes da equipe. As ações prioritárias são a proteção e promoção à saúde dos indivíduos e suas famílias, em todas as fases de suas vidas, de forma a garantir cuidado integral e contínuo. A ESF ao incorporar e legitimar os princípios do SUS, desenvolve atividades voltadas para três esferas - usuário, família e território - sendo estas: visitas domiciliares, reuniões de equipe; atendimentos a urgência/ emergência e doenças crônicas não transmissíveis; acompanhamento de grupos específicos, como pré-natal e puericultura; assistência ao adoecimento por causas sanitárias, psicossociais, econômicas e culturais; além de acolher a população adscrita ao território (Brasil, 2017; Motta; Siqueira-Batista, 2015).

Conforme Silveira (2018), a nomenclatura equipe, na Unidade Básica de Saúde (UBS) e USF, engloba coordenação, técnicos administrativos, auxiliares de serviços gerais, vigilantes, farmacêuticos ou outros profissionais que trabalham no serviço, ainda que de fato não sejam componentes da eSF. No contexto da ESF, trabalhar em equipe é um dos maiores desafios, podendo ser considerado tanto uma potência quanto uma adversidade. Dentre os quesitos necessários para um satisfatório trabalho em equipe, pode-se destacar: ter conhecimento a respeito das competências e atribuições de cada categoria profissional; atuar pautado em uma postura ética, buscando boas relações pessoais; reuniões de equipe bem estruturadas, com vistas ao planejamento e organização semanal das ações; ações de liderança sobre o resultados do trabalho em equipe da APS, qualificando a assistência aos usuários e famílias e dedicação ao serviço, aprendendo a lidar e superar os conflitos inerentes ao trabalho em grupo.

As equipes multiprofissionais na ESF, em suas práticas de produção de saúde, devem empenhar-se para atuar de forma interprofissional, adotando essa abordagem como movimento de trabalho. De acordo com Ribeiro (2022), preza-se pela interprofissionalidade na ESF enquanto um modo de agir fundamental para alcançar a integralidade no cuidado. Esta ação ocorre quando trabalhadores de diferentes

formações compartilham seus saberes a fim de desenvolver o trabalho em equipe e atuar em um mesmo propósito por meio de relações solidárias recíprocas.

Como o processo de cuidados na APS é centrada no usuário, fazem-se necessárias troca de conhecimentos e efetiva comunicação entre os profissionais das equipes. Para fortalecimento da interprofissionalidade, existem estratégias como a educação interprofissional e a prática colaborativa. A educação interprofissional, propicia a troca de conhecimentos entre as diferentes formações, uns com os outros, sobre os outros e entre si. As práticas colaborativas ocorrem quando diferentes membros da equipe prestam assistência, baseada na integralidade, aos usuários e suas famílias, com parceria, interdependência das ações e relações horizontais de poder. Determinados fatores favorecem a interprofissionalidade e a construção de práticas colaborativas, sendo estes: comunicação eficiente com escuta ativa de variadas opiniões; reuniões de equipe periódicas e com planejamento das ações; tempo prolongado de trabalho da equipe com fortalecimento do vínculo entre os profissionais; disposição para o trabalho e valorização dos profissionais da equipe (Fumagalli *et al.*, 2025).

A ESF é o cenário onde o acolhimento, a todos que acessam o serviço, deve ser preferencialmente executado. Para que sua prática seja executada com qualidade, garantindo integralidade do cuidado, determinadas condições inerentes aos componentes das equipes são essenciais. Matumoto (1998), em seu estudo, identificou algumas competências e habilidades necessárias aos profissionais das equipes, que favorecem o desenvolvimento da prática do acolhimento, sendo descritas a seguir. Primeiramente, o amadurecimento, devido experiências de vida e profissional, faz com que o trabalhador se conscientize dos seus papéis, de suas necessidades e dos contextos em que se estabelecem as relações, tornando-as mais produtivas. Considerou também que a satisfação com o trabalho, principalmente quando a formação e a função contratada são correspondentes, como fator que favorece a disposição quando ele participa do acolhimento do usuário. Caso se identifique com uma função diferente da que ele tem que executar, sua disponibilidade para interagir com o usuário e o acolher poderá estar comprometida. Outro aspecto que propicia a produção do acolhimento, pelo profissional, é a identificação com o que ele executa e o estabelecimento em que trabalha, assim procurará relacionar-se com os que buscam o serviço de saúde. E a valorização do profissional, pela gestão e equipe, favorece a sua disponibilidade em praticar o acolhimento. O trabalhador de

saúde tem o poder e a responsabilidade de definir o curso que o usuário seguirá dentro da unidade de saúde, pois é ele quem decide que ações serão executadas.

2.4 ACOLHIMENTO

Pautadas em princípios e diretrizes do Sistema de Saúde, que se destacam por ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação, com a finalidade de proporcionar uma assistência integral à saúde da população. As proposituras do MS, têm sido elaboradas com vistas a promover cuidado qualificado aos usuários, aperfeiçoamento do SUS e enfrentar os desafios do cotidiano. Entre estas, está o modo de acolhida aos usuários de saúde no cotidiano dos serviços (Brasil, 2010).

Entre as proposituras, em 2003, o MS instituiu a PNH, denominada HumanizaSUS, para que fossem colocados em prática os princípios do SUS, na rotina dos serviços de saúde, tencionando transformações nas formas de gerir e desempenhar o cuidado, produzir e promover saúde. Esta política estimula a interlocução entre gestores, trabalhadores e usuários, com vistas a elaboração de ações conjuntas que reorganizem as relações de poder, trabalho e afeto. Os quais estão vinculados às atitudes e práticas desumanizadoras que limitam a autonomia e a corresponsabilidade, tanto dos profissionais de saúde em seus processos de trabalho, como dos usuários em relação ao cuidado de si mesmos (Brasil, 2013; Lopes *et al.*, 2021).

A PNH traz o acolhimento como uma de suas diretrizes mais importantes, do ponto de vista ético, estético e político. Ético no que tange o engajamento com o reconhecimento do outro, acolhendo-o nas suas diferenças, sentimentos, expectativas, experiências e modo de viver. Estético, devido elaboração de estratégias nas relações e encontros do dia a dia com respeito a dignidade humana. E político, em decorrência do comprometimento necessário advindo da equipe em envolver-se nestas relações diárias com os indivíduos, propiciando protagonismos nos mais diversos encontros (Silva *et al.*, 2018).

Esta diretriz pode também ser vista como uma ferramenta tecnológica, quando se considera a tecnologia como um “conjunto de meios ou atividades através dos quais o homem procura mudar ou manipular o seu ambiente” (Figueiredo, 1989, p.23).

Neste sentido, direciona a prática da escuta, estimulando a construção de vínculo e garantindo o acesso com resolutividade (Lopes *et al.*, 2021).

Dessa maneira, a diretriz do acolhimento, no processo de produção de saúde, pode ser considerada como uma tecnologia leve, a qual coloca em evidência a forma como deve ser efetivada a implantação do SUS, tendo sido proposta como dispositivo de mudança. Deve estabelecer relações de aproximação entre os indivíduos de modo humanizado, resgatando a solidariedade, o respeito e possibilitando vínculo e acesso aos serviços. Além disso, para sua prática, requer que normas e rotinas do serviço sejam flexibilizadas, uma vez que seu foco é o usuário e a resolução dos seus problemas (Matumoto, 1998).

Assim, a prática de fato do acolhimento permite à equipe de saúde identificar a particularidade das demandas dos indivíduos, sendo essencial para a sua prática a realização de uma escuta qualificada, o compromisso e o vínculo entre os profissionais e os usuários. Desta forma, tem a potencialidade de mudar o processo de trabalho, reorganizar os serviços de saúde, ampliar a resolutividade do cuidado e proporcionar melhorias na relação da equipe com os usuários, famílias e comunidade. Sendo considerado uma ferramenta para qualificar as ações de cuidado no território (Januário *et al.*, 2023).

Neste sentido, o ato de acolher deve ser realizado por todos os profissionais do serviço de saúde, em todos os setores de atendimento, por meio de uma sequência de ações e atitudes que constituem o processo de trabalho. Para sua execução se pressupõe uma reorganização das práticas de cuidado, com mudança de postura dos trabalhadores, os quais são corresponsáveis pela saúde da população do território adscrito. O ato de acolher não deve se resumir em recepcionar a população na porta de entrada dos serviços, para que não se transforme em um "pronto-atendimento humanizado". Este dispositivo deve gerar a transição do eixo central no médico para a equipe multiprofissional (Fracolli; Zoboli, 2007).

Na atualidade, faz-se necessário tensionar o significado do acolhimento na APS, em virtude da temática, neste cenário, agregar discursos e práticas diversas e, por vezes, divergentes. A prática do acolhimento tem assumido um caráter predominantemente clínico, centrado em queixas, tendendo a seguir um curso pontual, pouco resolutivo, dificultando vínculo, prejudicando autonomia do usuário (Fracolli; Zoboli, 2007). As perspectivas a respeito do acolhimento envolvem diferentes sentidos que devem convergir para uma vertente de conceito ampliado de

saúde e integralidade do cuidado, uma vez que o ato de acolher deve perpassar todos os tipos de ações em saúde como a promoção, a prevenção, a cura e a reabilitação (Melo *et al.*, 2022; Silva; Romano, 2015).

A Secretaria de Saúde, do município onde transcorreu este estudo, sistematizou a atenção aos usuários que buscam as unidades de APS, sem agendamento prévio, por meio do documento intitulado "Protocolo de Acolhimento à Demanda Espontânea na APS " (2024), sendo este atualizado no ano de 2024.

Este protocolo municipal estabelece a recepção como primeiro local de contato do indivíduo com a equipe da USF. Assim, todos os usuários que adentrarem o serviço deverão se direcionar à recepção, para escuta inicial, identificação e atualização de cadastro. Os agendados serão encaminhados imediatamente para atividade da agenda, os de demanda espontânea que necessitam de atendimento específico serão referenciados para o setor (vacina, farmácia, sala de curativo, sala de medicação, odontologia) e os que não buscaram a USF para um atendimento específico, serão encaminhados para a equipe de referência para “acolhimento”, realizado pelos auxiliares/ técnicos de enfermagem, que realizarão escuta ativa, avaliação das queixas, evolução, sinais e sintomas, sinais de alarme, vulnerabilidades, sinais vitais e preencherão o instrumento do acolhimento, direcionando este usuário para o enfermeiro ou médico da eSF responsável, objetivando a resolução das demandas da população assistida (Ribeirão Preto, 2024).

Percebe-se divergência entre o conceito de acolhimento, proposto pelo MS e o protocolo municipal, que leva este termo em seu título, pois enfatiza o atendimento da demanda espontânea. Assim como em outros estudos, a prática do acolhimento tem sido apontada como um grande desafio, uma vez que pode ser mal compreendida no processo de trabalho, sendo interpretado de variadas formas. Sua introdução, por meio de protocolos, em serviços de saúde, não necessariamente significa que a execução do cuidado será centrada no indivíduo. Sua prática pode ser voltada somente como organização para triagem e para encaminhamentos de casos (Melo *et al.*, 2022).

Frente a esse cenário desafiador, esta pesquisa tem como objetivo compreender a percepção do acolhimento pelos profissionais de saúde e sua correlação com os atributos da APS. Bem como elaborar um produto que traduza o conceito do MS em instrumento que direcione e auxilie a implementação da prática do acolhimento na APS.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 NATUREZA DO ESTUDO

Trata-se de estudo descritivo, de abordagem qualitativa, com análise de conteúdo na vertente temática, realizado com oito participantes das diversas categorias que atuam na USF José Paulo Pimenta de Mello em Ribeirão Preto. A metodologia foi escolhida para a realização desta pesquisa por buscar compreender, em profundidade, a percepção dos profissionais de saúde a respeito do acolhimento na rotina de trabalho neste serviço (Knauth; Victora, 2019). O estudo descritivo, de abordagem qualitativa, viabiliza analisar as respostas dos participantes ao roteiro semiestruturado (APÊNDICE I), formulado pela pesquisadora e aprimorado com as sugestões da Banca de Qualificação.

Conforme Yin (2016), a abordagem qualitativa possibilita que os participantes respondam livremente, sem limitações e não se sintam inibidas por estarem em seu ambiente de atuação cotidiana. Representa as opiniões e perspectivas dos indivíduos, colaborando com revelações sobre conceitos existentes ou em progresso.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

Ribeirão Preto é integrante e pólo de referência do Departamento Regional de Saúde (DRS) XIII, localizado na região nordeste do Estado de São Paulo e composto por 26 municípios, fazendo parte da Região de Saúde do Aquífero Guarani. Distante 313 quilômetros da capital, possui população residente de 698.642 pessoas, conforme censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2022.

O sistema de saúde de Ribeirão Preto está estruturado em cinco Distritos de Saúde (Norte, Sul, Leste, Oeste e Central), sendo cada constituído por serviço de pronto atendimento 24 horas e unidades de atenção primária como Unidade Básica de Saúde (UBS) e/ou Unidade de Saúde da Família (USF) (Ribeirão Preto, 2021).

Conforme os Relatórios Anuais de Gestão (2014-2023), da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, em 2014, o município contava com 26 UBS, 15 USF e 34 eSF cadastradas. O Plano Municipal de Saúde (2018-2021) definiu como meta em 2021, 55 eSF cadastradas, sendo o resultado neste ano de 51 equipes, atingindo 92,73% da meta. A Programação Anual de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde,

na diretriz número 1, que trata da ampliação do acesso e qualidade dos serviços da atenção primária, estipulou metas para aumento de cobertura da população pelas equipes ESF de 30% em 2024 e 40% em 2025, tendo como indicador base o ano de 2020 que contava com 23,55% de cobertura. Pela Lei Complementar 141/2012, o município tem até 30/03 do seguinte ano para emitir parecer sobre o relatório de gestão, acredita-se que por este motivo não estava disponível no sítio oficial da prefeitura até o momento de finalização deste trabalho.

Em Ribeirão Preto, em consonância com a PNAB, foi identificada a necessidade de busca de equilíbrio entre a qualidade de atendimento e a demanda para os trabalhadores da saúde, portanto foi adotada a organização da população que deverá ser atendida por cada equipe ESF, sendo estabelecido um máximo de 3.500 pessoas cadastradas. Atualmente o município apresenta 51 eSF implantadas, representando 25% de cobertura na ESF e desses, 85% da população possui cadastro no e-SUS, havendo previsão de expansão da cobertura pela ESF, no quadriênio 2022-2025, contemplando 40% da população (Ribeirão Preto, 2021).

A pesquisa foi realizada na Unidade de Saúde da Família José Paulo Pimenta de Mello, localizada no distrito leste de Ribeirão Preto, cujo território adscrito tem uma população total de 12.648 pessoas. Esta USF possui 4 equipes de ESF que somadas dão cobertura a 100% da população do território, sendo cada uma composta por médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde; além de 2 equipes de saúde bucal, compostas por cirurgião dentista e auxiliar de saúde bucal, que conferem cobertura à população de 2 equipes de ESF. A USF conta com outras categorias profissionais em seu corpo técnico como farmacêuticos, recepcionistas e auxiliares de serviços gerais.

3.3 UNIVERSO DO ESTUDO E PARTICIPANTES

A USF onde transcorreu a pesquisa possuía um total de 59 profissionais. Foram escolhidos, por meio de sorteio, oito trabalhadores, sendo um representante de cada categoria profissional: agente comunitário de saúde, auxiliar de enfermagem, auxiliar de saúde bucal, cirurgião dentista, enfermeiro, farmacêutico, médico e recepcionista.

Previamente a pesquisadora conversou com o corpo técnico da USF, sobre a pesquisa e o sorteio dos participantes, este efetuado mediante a presença da

supervisora da unidade de saúde. Todos os sorteados foram convidados e concordaram em participar do estudo de maneira voluntária.

Os participantes foram identificados, utilizando-se os termos P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7 e P8.

3.4 COLETA DE DADOS

3.4.1 Instrumentos de Coleta de Dados

As entrevistas foram realizadas a partir do roteiro semiestruturado (APÊNDICE I), aplicado pela pesquisadora aos trabalhadores da USF onde transcorreu a pesquisa.

Por se tratar de estudo com abordagem qualitativa, o roteiro foi formulado por experiência profissional da pesquisadora, pelos referenciais teóricos do acolhimento, da ESF, e de atributos da APS. Este instrumento foi aprimorado por meio de sugestões advindas dos membros da banca de Qualificação.

3.4.2 Procedimento de Coleta dos Dados

Neste estudo, a coleta de dados obedeceu a seis etapas, na seguinte ordem: contato com a supervisora da USF, conversa com o corpo técnico da USF, sorteio dos participantes, convite de participação da pesquisa aos sorteados, disponibilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e realização da entrevista.

Inicialmente, a pesquisadora contratou de forma presencial a supervisora da USF, explicando sobre a intenção de desenvolver um estudo naquele serviço de saúde, cujo assunto abordado seria o acolhimento e a percepção dos componentes das equipes de ESF com relação a esta temática, correlacionando com os atributos da APS. Concomitantemente foi solicitada a permissão de uso de um período da agenda, de uma hora por semana, para realização da entrevista em sala reservada.

Após o exame de qualificação e aprimoramento do projeto, a pesquisadora reuniu os profissionais de saúde da USF, para explicar sobre a pesquisa, o tema abordado, os critérios de inclusão e exclusão, a utilização de sorteio para a escolha dos participantes e sobre a participação voluntária.

O critério de inclusão adotado foi o tempo de atuação, devendo o participante trabalhar, na USF onde ocorreu o estudo, por um período igual e/ou superior a seis

meses, para que o participante tivesse tempo de conhecer a USF. Os critérios de exclusão consistiram na não concordância do profissional em participar da entrevista e caso o profissional sorteado estivesse em período de férias, licença prêmio ou afastamento por licença saúde que ultrapassasse o tempo das entrevistas.

Realizou-se o sorteio de um representante de cada categoria profissional como método de escolha dos participantes deste estudo, conforme o critério de inclusão. O profissional sorteado recebeu um convite por escrito, deixando-o livre para concordar ou não com a participação da entrevista ou de interromper sua participação no estudo em qualquer fase da pesquisa, sem quaisquer penalizações. Aos que concordaram em participar do estudo, foi disponibilizado o TCLE, em duas vias. Não houve necessidade de realização de novo sorteio, pois todos os profissionais sorteados concordaram em participar da pesquisa.

A entrevista foi realizada face a face, na própria USF, devido familiaridade (Gil, 2021), do pesquisador e dos participantes com o local, em sala que foi reservada previamente para aplicação do roteiro semiestruturado, mediante consentimento dos entrevistados através de leitura e assinatura do TCLE.

Caso o profissional não desejasse ser entrevistado na USF, seria respeitada a escolha de outro local reservado, desde que se mantivesse assegurado o sigilo das informações coletadas. Todos os participantes concordaram em participar da entrevista na USF.

A entrevista seguiu roteiro semiestruturado contendo perguntas abertas para compreensão da percepção do acolhimento pelos profissionais de saúde (APÊNDICE I), sendo áudiogravada para posterior transcrição na íntegra, garantindo o resguardo das informações obtidas. Foram alcançados o número de oito entrevistados, sendo realizada uma entrevista em média a cada dez dias, em virtude da pesquisadora ser parte do corpo técnico desta Unidade devendo cumprir o cronograma de atividades semanais, sendo esta etapa cumprida em um período de três meses.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise de conteúdo consiste no estudo das comunicações por intermédio de um conjunto de técnicas, utilizando-se de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, que permitam a inferência de conhecimentos relacionados às condições de produção e recepção das mensagens. Possui diferentes

fases que sumariamente serão agrupadas em três pontos centrais: pré-análise; exploração dos dados coletados e o trato dos resultados, a inferência e a interpretação (Bardin, 2020).

A análise dos dados foi efetuada no período de dezembro de 2024 aos primeiros sete dias de março de 2025. Os dados coletados foram áudiogravados e, posteriormente, transcritos na íntegra, sendo organizados um *corpus*, o qual passou pelas etapas de pré-análise e análise.

A pré-análise constituiu-se na fase de organização, e foi efetuada por meio da leitura flutuante do material, sendo cumpridas as regras: da exaustividade, pois foram considerados todos os elementos do material; da representatividade, a qual a amostra foi uma parte representativa do universo inicial; da homogeneidade, uma vez que os documentos foram homogêneos, obedecendo critérios precisos de escolha; e a regra da pertinência, adequando do material ao objetivo que fomentou a análise (Bardin, 2020). Após aplicação destas regras, foi constituído um *corpus*.

A fase de análise consistiu na exploração do material, procedendo com operações de codificação, sendo determinadas as unidades de registro, obtidas através de recortes no texto, e assim nomeados os núcleos de sentido. Posteriormente realizou-se o tratamento dos resultados obtidos, a inferência e interpretação, sendo esta última baseada em referenciais teóricos escolhidos. Conforme orienta essa metodologia, foram registradas as frequências dos núcleos de sentido (Bardin, 2020).

3.6 ANÁLISE DE RISCO E BENEFÍCIOS PARA A POPULAÇÃO ESTUDADA

Esta pesquisa realizou uma abordagem a respeito da temática acolhimento e, portanto, não ocorreram procedimentos invasivos ou potencialmente lesivos, direcionados ao participante ou a qualquer outro indivíduo. Como risco, entende-se que os participantes poderiam ter algum tipo de desconforto ao responderem a entrevista, sendo este aspecto cuidado durante todo o processo de coleta. Caso o profissional não desejasse participar da pesquisa não o seria imputado qualquer tipo de constrangimento ou punição.

Após compreender como os profissionais da USF percebem o ato de acolher e as correlações com os atributos da APS, este estudo pode oportunizar ações de capacitações em cenário de Educação Permanente com vistas a melhorias ao

acolhimento, qualificando o cuidado e otimizando a resolutividade das demandas trazidas pelos usuários e comunidade que buscam este serviço de saúde.

3.7 ASPECTO ÉTICO EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

Inicialmente foi realizado contato, via e-mail, com a Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (CAPP- SMS), indicando o local de desenvolvimento da pesquisa com vistas a autorização para a coleta de dados.

Após autorização da coleta de dados pela CAPP- SMS, o estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Instituição de Ensino onde a pesquisadora cursou a pós-graduação *stricto sensu*, sendo aprovado em 13/06/2024 (CAAE 78805324.2.000.5498; Parecer nº 6.886.727), conforme prevista pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que trata de pesquisas envolvendo seres humanos.

Por se tratar de pesquisa que envolve seres humanos foi disponibilizado aos participantes o TCLE, documento que consta a justificativa, os objetivos e os procedimentos que foram empregados, explicando sobre possíveis riscos e benefícios da participação no estudo e garantindo o sigilo e a privacidade em todas as fases da pesquisa. O participante poderia esclarecer possíveis dúvidas bem como dispor de tempo que julgasse necessário para tomada de decisão autônoma. O TCLE foi composto por duas vias, sendo uma destas fornecidas aos participantes (Conselho Nacional de Saúde, 2016).

A fim de cumprir as normativas do CEP, as gravações das entrevistas estão mantidas em local seguro, no "Google Drive", com acesso por meio de senha pessoal, por cinco anos.

3.8 CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO OU ENCERRAMENTO DA PESQUISA

A pesquisa somente seria suspensa diante da percepção de algum risco ou danos aos sujeitos da pesquisa ou diante de outro estudo que tenha os mesmos propósitos ou apresente superioridade metodológica.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

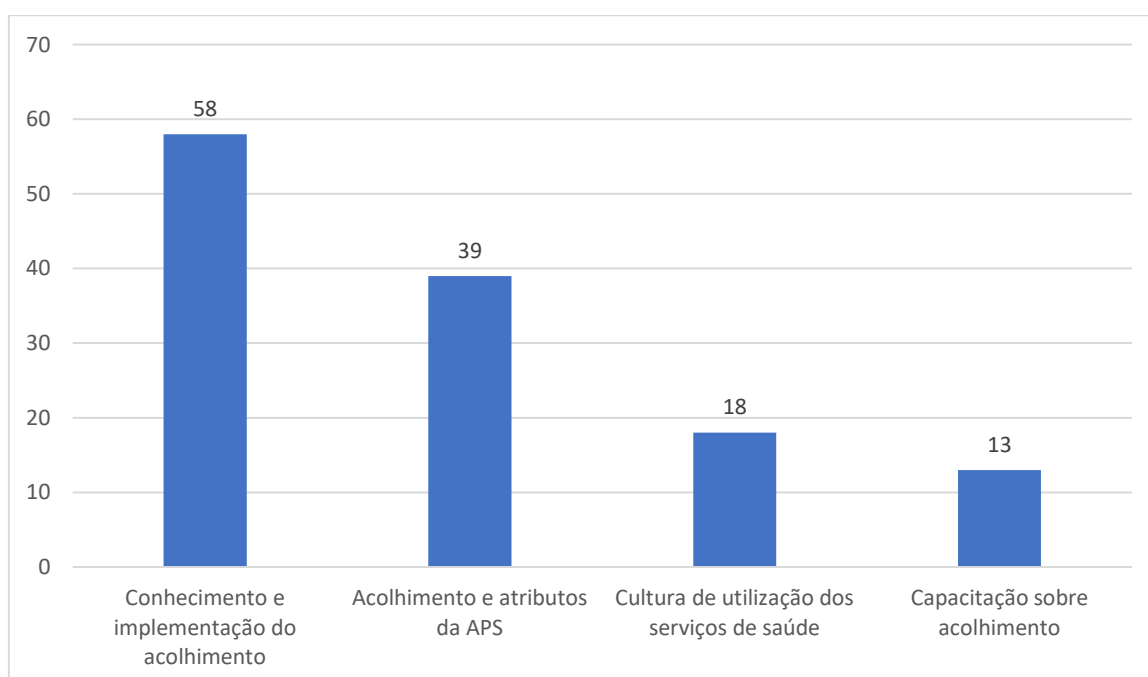
As entrevistas foram realizadas entre os meses de outubro a dezembro do ano de 2024, contemplando os oito trabalhadores sorteados, que compõem a equipe técnica da USF onde ocorreu o estudo.

À época, os participantes tinham entre 28 e 62 anos de idade (média: 52,2; mediana: 55,5). O tempo de atuação em USF variou de 4 a 25 anos (média: 13,7; mediana: 12,0). Referente ao nível de escolaridade, cinco (62,5%) possuíam curso superior completo e destes, dois (40%) cursaram duas graduações, sendo as formações nas seguintes áreas: (1) cirurgião dentista, (1) enfermagem, (1) farmacêutico/ fisioterapia, (1) medicina, (1) biomedicina/biologia.

Foram identificados, a partir da análise das entrevistas, quatro núcleos de sentido, sendo estes: "Acolhimento e atributos da APS", "Capacitação sobre acolhimento", "Conhecimento e implementação do acolhimento" e, "Cultura de utilização dos serviços de saúde".

Observa-se no gráfico 1, que o núcleo de sentido mais prevalente foi o "Conhecimento e implementação do acolhimento", representado por 58 (45,3 %) respostas, e o menos frequente foi "Capacitação sobre acolhimento" com 13 (10,2%) respostas.

Gráfico 1 – Distribuição das respostas por núcleos de sentido.



A seguir será apresentado cada um dos núcleos de sentido mencionados no gráfico 1.

4.1 CONHECIMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DO ACOLHIMENTO

Em relação ao núcleo de sentido “conhecimento e implementação do acolhimento” foi encontrada a relação desta diretriz ao atendimento de demanda espontânea, compreendido como uma triagem, conforme pode ser observado nas falas abaixo:

O acolhimento, eu acho que é a gente conseguir é... absorver aquela demanda que... não tá programada, que é uma demanda que... a gente não tava prevista. Eu acho que a gente conseguir lidar com o inesperado. (P2)

Eu consigo ver de duas maneiras, tá? Tem o acolhimento da demanda espontânea, com o protocolo do acolhimento, [...] dá pra gente colocar o acolhimento da demanda espontânea na unidade básica de saúde é... também como um braço aberto, mas não é só isso, né? [...] Porque quando ela é feita por enfermeiros, ela pode ser uma classificação de risco, mas quando ela é feita por outro profissional da enfermagem, ela é um direcionamento de fluxo. Na verdade, assim, uma avaliação, uma... uma escuta qualificada da queixa e uma vontade né?! de resolver o problema. Então, tem vários caminhos para resolver o problema e de ser acolhedor. (P8)

Ver as queixas do paciente e tentar fazer uma triagem para ver se há necessidade dele passar hoje pelo médico ou dali outro dia, conforme a situação do paciente. (P1)

Estas percepções sobre o acolhimento refletiram, em suma, uma prática dirigida aos usuários que acessam a USF sem ter uma consulta agendada para aquele dia, por intermédio de triagem das queixas, sinais, sintomas e vulnerabilidade. Este achado pode ter correlação com o Protocolo Municipal de Acolhimento à Demanda Espontânea na APS (Ribeirão Preto, 2024), pois este define e normatiza o fluxo de atendimento dos indivíduos que buscam o serviço espontaneamente.

Neste mesmo sentido, houve uma correlação do termo acolhimento com vaga de consulta da demanda espontânea na agenda do profissional médico, transpondo o conhecimento sobre o acolhimento para a prática:

Antes eu achava que as vagas não eram todas... usadas, as vagas de acolhimento todas usadas só para acolhimento. Principalmente depois de mudança de enfermagem eu notei diferença. (P2)

Duarte *et al.* (2017) consideraram ser evidente que as práticas de produção de saúde, baseadas em um modelo assistencial médico hegemônico, terá um fluxo assistencial voltado para consulta médica.

Em contrapartida, entende-se que o acolhimento está fundamentado na escuta ampliada e resolutiva. Tem como propósitos a abordagem integral dos indivíduos e a universalização do acesso aos serviços de saúde. Quando configurado como triagem ou ao ser resumido em uma classificação de atendimentos clínicos, pode comprometer o atendimento integral e humanizado (Penna; Faria; Rezende, 2014).

Em consonância com o estudo anterior, Giordani *et al.* (2021), mencionam que o processo de trabalho em saúde que mais se aproximaria do acolhimento preconizado no Brasil, seria a classificação de risco. Entretanto, esta não é identificada como acolhimento, mas sim como triagem ou protocolo de classificação de acesso a um determinado serviço de saúde. Pereira *et al.* (2022), reconhecem este dispositivo como disparador de novos sentidos para a produção do viver, não devendo se resumir somente a ordenação de fluxos e a providências imediatas sobre queixa-conduta.

Não foi mencionado nos depoimentos sobre a prática de acolher os indivíduos que entram na USF para consulta agendada, evidenciando que o acolhimento contempla parcialmente a população que utiliza este serviço. Pode-se deduzir que a introdução deste dispositivo em serviços de saúde, não necessariamente significa uma reorientação da execução do cuidado centrada no indivíduo. Determinadas concepções fazem com que sua aplicação seja voltada somente como organização para triagem e para encaminhamentos de casos (Melo *et al.*, 2022).

Os autores Silva e Romano (2015), no artigo, convocam os leitores a uma reflexão, quanto a fazer o acolhimento, seja no atendimento agendado, seja na demanda espontânea em UBS. O essencial deste dispositivo é receber e escutar todas as pessoas que procuram o serviço de saúde durante seu horário de funcionamento (Andrade *et al.*, 2017).

Foram mencionados o acolher como procedimento de triagem, realizado pelos auxiliares/ técnicos de enfermagem, em um espaço físico na USF, como pode se observar:

Ela tá com algum problema de saúde e [...]eu não sei exatamente o que é, encaminho a pessoa ou pros auxiliares, aí eles definem o que vai ser feito, né? É... Uma pessoa chega [...]com uma dor de cabeça, né? Vamos encaminhar então essa pessoa, aí os auxiliares olham[...] ou encaminham pro médico ou então marcam uma consulta(médica) pra um outro dia, né? (P7)

É...eu acho que ainda está meio que engatinhando né? porque... é... realmente é um processo longo, até que, como aqui, é feito pelos técnicos e auxiliares (de enfermagem), como protocolo nosso da Prefeitura orienta né? Com direcionamento de fluxo. (P8)

Acho que os auxiliares de enfermagem mesmo, para fazer essa triagem assim. Eu penso neles porque eles estão ali na maior... como eu posso dizer, é um lugar onde tem mais porta aberta, que os pacientes já até sabem, ali bate na porta, fala com eles, eles conseguem fazer essa triagem do que é importante, do que não é. (P2)

Entretanto, entendendo que o trabalho em saúde é um processo, pode-se interpretar que o ato de acolher também é um processo, que não deve se restringir a um espaço físico na unidade de saúde, como mencionado a seguir, ou ser executado somente por uma categoria profissional. Trata-se de toda situação de atendimento do indivíduo que adentra ao serviço, podendo ser realizado por todos os componentes da equipe, seja no desenvolvimento de práticas individuais ou coletivas (Matumoto, 1998).

Quando eu estou lá (sala onde é realizado o acolhimento da demanda espontânea) é feito acolhimento, mas eu fico pouco lá. Eu acho que não é feito um acolhimento como deve ser feito, mais assim, por cima. (P1)

Mello *et al.* (2022) reconhecem que a prática do acolhimento não deve se restringir a um espaço físico, a um horário, ou a uma categoria profissional. Nesta vertente, Duarte *et al.* (2017) discorrem que o conceito de acolhimento é amplo, não sendo definido por um espaço ou um local, mas como uma postura ética, sem hora determinada, sem categoria profissional específica. Não se trata de uma triagem, mas uma ação que deve acontecer em todas as fases do processo de trabalho da unidade de saúde.

Outros entrevistados entendem o acolhimento como espaço para realizar educação em saúde, como visto nas frases a seguir:

Explicar, fazer um trabalho de educação em saúde para dizer para as pessoas o que é a saúde da família, como é que ela funciona, qual é a história do vínculo, porque tem que ser com determinada equipe, não pode ser com a outra equipe, porque que ela precisa receber o agente comunitário, e quais são as pessoas que vão viver no... nesse meio dela né? Então, os membros da equipe. (P8)

Porque assim, aí a gente dá mais atenção ainda, por causa que aí você tem que orientar a pessoa sobre o... como funciona o funcionamento da unidade, para quê que serve [...] quê que o médico atende, que muitas vezes um vem e fala assim: eu quero passar pelo GO. A gente tem que explicar que não existe ginecologista, que o médico, o médico que é médico da família, da família inteira, o médico atende ela vai atender ela, a mãe dela, o pai dela, como um todo. (P1)

Pereira *et al.* (2022) discorrem sobre o acolhimento como uma das mais importantes e atuais ferramentas para informação da população. Silva *et al.* (2018) citam o acolhimento como instrumento de educação em saúde, viabilizada por meio da escuta e troca de saberes entre profissionais e população.

De outra forma, observou-se algumas falas que trouxeram a diretriz do acolhimento como uma oportunidade de humanizar o atendimento dos usuários que buscam a USF espontaneamente:

Tem que ter a visão do funcionário, que ele tem de ajudar outra pessoa, sendo acolhida. Quando ele chegar a começar a ter essa visão que ele pode ajudar, com força, a mãe, pai, irmão dele acolhido, a esse paciente que está, que você não conhece, que não é nada seu, vai estar acolhido. Você vai resolver o problema do paciente...sem medicação, sem nada e ser um amigo desse paciente. (P5)

Às vezes a gente está andando pela unidade e o paciente aborda e a gente ouve, a gente tenta ajudar. É... né, o profissional desse setor, eu estou, ah espera aí que eu vou ver onde está. Só aí eu já também acho que é uma forma de acolhimento. Não é... Eu acho que toda hora que você não ignora o que o paciente está te falando, é uma forma de acolhimento. (P4)

Na pesquisa de Mello *et al.* (2022), que abordou sobre a implantação do acolhimento em uma USF, os profissionais também reportaram a correlação do acolhimento com a humanização. Como por exemplo, no restabelecimento da dignidade humana, proporcionado por meio de escuta, realizada pelos trabalhadores, demonstrando interesse em priorizar e resolver as necessidades dos usuários. O acolhimento, como dispositivo de humanização, oferta maior acesso aos serviços da unidade, responsabiliza todos da equipe pelo cuidado e satisfação dos usuários, por intermédio de mudanças das práticas de produção de saúde.

Trata-se, desta forma, de uma ferramenta que consolida a humanização das práticas de saúde. É compreendida como um conjunto de medidas, posturas e atitudes dos profissionais, de forma a garantir confiança. Pressupõe respeito e solidariedade (Silva *et al.*, 2018).

Em consonância com a visão humanística descrita anteriormente, alguns entrevistados expressaram conhecer e utilizar a escuta na prática do acolher, exemplificado nas falas:

A prática do acolhimento eu acho que é um momento, assim, de nós escutarmos as queixas que a população nos traz né?! (P3)

Aí eu vou fazer uma escuta ativa, então de certa forma estou acolhendo aquele paciente. (P4)

Ó a partir do momento que eu chego em uma casa, que eu visito uma pessoa, que eu sento, converso, procuro ouvi-la, né? As suas enfermidades, suas queixas, ou até mesmo quando a pessoa conta a sua vida, eu já estou acolhendo essa pessoa, não é? A partir desse momento é o acolhimento. (P7)

Nesta perspectiva, Giordani *et al.* (2021) discursam sobre a humanização do cuidado no processo de acolher, quando o profissional se dispõe a escutar, dar atenção e ter empatia com o usuário. Consideraram os pressupostos da PNAB (2017), na acepção que as equipes devem receber e ouvir de forma qualificada, de modo universal e sem exclusões, todos que acessam o serviço. A escuta, traduz-se em um sentido afetivo, quando os profissionais a exercem com atenção e interesse em resolver as necessidades dos usuários. Assim, o ouvir, no ato do acolher, ofertando uma resposta afirmativa, que seja capaz de suprir a maioria das demandas trazidas pelos usuários, humaniza as práticas de produção de saúde.

Em relação a atribuição do acolhimento houve divergência, pois uma parte dos entrevistados entendeu que se trata de um trabalho a ser realizado pelos membros da equipe, conforme pode ser observado nas frases a seguir, enquanto outros compreendem que esta prática deve ser incumbência de uma categoria específica, como visto nas falas anteriores.

Todos, todos, toda a unidade. Porque a unidade de saúde da família é um trabalho em equipe. Então você não pode designar só uma pessoa. Tem que ser o trabalho da equipe. (P6)

Na verdade, eu acho que seria a responsabilidade da equipe como um todo. Porém, por questões de demanda de serviço, de agenda, fica restrita geralmente ao profissional técnico. (P3)

Januário *et al.* (2023) mencionam que ações de acolhimento, centralizadas em uma categoria profissional, fragiliza e fragmenta os processos de trabalho em saúde. Neste sentido, os pesquisadores, Coutinho, Barbieri e Santos (2015) descrevem que toda a equipe deve estar envolvida no processo de acolher, não devendo ser restrito somente a um profissional de saúde.

A divergência encontrada nas entrevistas também pode ser esclarecida pela PNAB (2017), que em seu capítulo I (item 4, subitem 4.1), trata das atribuições comuns aos membros da equipe que atuam na APS. Dentre estas atribuições, é determinado que todos os componentes da eSF participem do acolhimento dos usuários, promovendo um atendimento humanizado.

Ainda no sentido de direcionar o acolhimento exclusivamente a um profissional, destaca-se a categoria médica, por sua centralidade histórica no modelo do sistema de saúde brasileiro. Como pode ser observado nas entrevistas, que trouxeram menções a um modelo biomédico:

Tecnicamente, deveria ser o médico. Porque tem várias incisões no acolhimento que o médico sabe direcionar. [...]Então o médico estudou e leva aquilo, ó, funciona desse jeito, eu quero que seja feito desse jeito, para dar uma assessoria melhor para o... Porque, afinal de contas, quem depois tem de responder, né? Eles falam que não, mas é o médico que tem de responder. Esse acolhimento...que que realmente está havendo. (P5)

A formação do auxiliar e técnico ainda traz muito arraigado aquela história dos encaixes (em consulta médica) e a história de... talvez de não valorizar seu próprio trabalho. Então, eles ...eles acabam meio que pedindo por favor para o médico fazer o atendimento. [...]Então, até naquela história que o médico, por exemplo, não concorda que... determinado paciente foi direcionado como amarelo, ele precisa voltar no auxiliar e: ó nesse caso não é amarelo porque pode ser feito isso, isso, isso, isso. E o auxiliar ainda não está muito acostumado a fazer isso, né? Usam muito pouco o enfermeiro, então ainda tem...ainda é muito focado na consulta médica. Acha que consulta médica vai resolver tudo. (P8)

Perante as queixas eu comunico a quem deve, qual médico, que que ele acha. Se eu ver que há necessidade dele passar hoje pelo médico, aí eu vou atrás do médico e converso com o médico. Vai da possibilidade (necessidade de avaliação médica). (P1)

Na contramão destas percepções, Lopes *et al.* (2021), descrevem que a aplicação do acolhimento tem como propósito substituir o modelo biomédico hegemônico de atenção à saúde, centrado no profissional médico, por modelo centrado nos usuários, reconhecendo-os como protagonistas no processo de construção do seu cuidado. Deve estar pautado em uma relação de respeito trabalhador-usuário e de resolutividade de demandas pela equipe. A PNAB (2017) reforça este conceito de protagonismo, indicando práticas de cuidado de forma individualizada, com vistas a ajudar as pessoas na obtenção de conhecimento, aptidões e competências, assim, emponderando-as a tornarem-se confiantes e determinadas a gerir e tomar decisões sobre suas próprias saúdes.

Em uma revisão sistemática de literatura, Giordani *et al.* (2021), expressam quanto ao acolhimento ser um espaço de diálogo entre os profissionais e os usuários, suplantando o modelo biomédico, centrado no médico. Também detectaram a existência de dúvidas a respeito da participação de todos os trabalhadores de saúde do serviço no ato de acolher os indivíduos. Mesmo que o profissional médico seja o escopo dos usuários, o acolhimento realizado pela equipe de saúde viabiliza que estes serviços sejam campo de práticas e saberes compartilhados.

Além disso, foi encontrada uma alusão ao acolhimento em momentos de participação comunitária na USF estudada, como em grupos de atividade física, tabagismo e outros grupos voltados para a população do território, possivelmente por considerar o contato ao longo do tempo, dos usuários com os componentes da equipe, podendo ser observada no depoimento:

O PIC (Programa de Integração Comunitária/atividades físicas orientada por um educador físico no ambiente externo da USF). É uma atividade física, mas é um acolhimento. O professor está em contato com as pessoas, né? Vocês quando fazem os grupos (equipe de saúde da família), vocês fazem o acolhimento ali, né? Na feliz idade (grupo comunitário). O grupo de tabagismo, eles estão fazendo o acolhimento, né? Eu percebo muito nesses grupos que são feitos aqui na unidade. (P7)

Como o acolhimento é uma diretriz da PNH, que legitima os princípios do SUS por meio de suas aplicações na prática, este depoimento pode ser articulado com a PNAB (2017). Esta política, no capítulo I (item 4; subitem 4.1), estabelece que o cuidado integral à saúde da população adscrita, deve ser realizado prioritariamente na UBS, mas, se necessário, pode ser estendido ao domicílio e a espaços

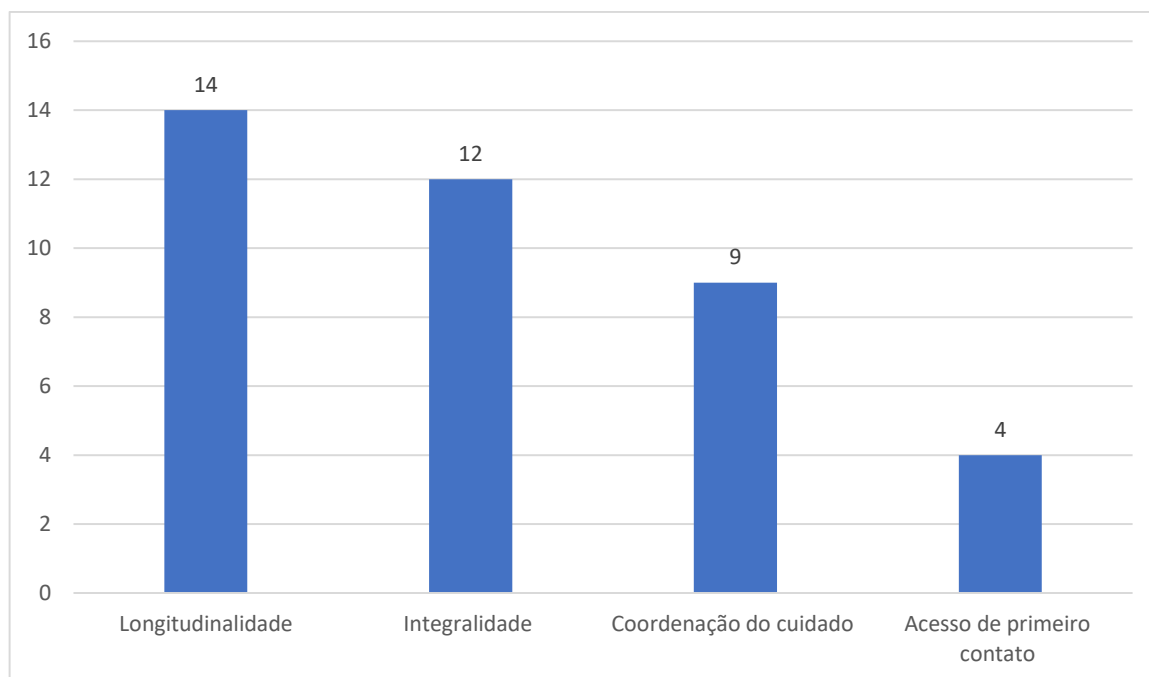
comunitários. Também foi encontrado no estudo de Coutinho, Barbieri e Santos (2015), a menção de que o acolhimento pode ser executado em ambientes de atividades extramuros.

4.2 ACOLHIMENTO E ATRIBUTOS DA APS

No núcleo de sentido "Acolhimento e atributos da APS", foram reportados os quatro atributos essenciais: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, representados no gráfico 2.

Observa-se no gráfico 2 que o atributo essencial mais prevalente foi a longitudinalidade (14, 35,9%), e o menos frequente, o acesso de primeiro contato (4; 10,2%).

Gráfico 2 – Atributos da APS reportados no núcleo de sentido "Acolhimento e atributos da APS"



Esses quatro atributos da APS no tocante à relação da prática do acolhimento serão demonstrados a seguir.

4.2.1 Acesso de primeiro contato

Foi apontada a importância de acolher os usuários no primeiro contato destes com o serviço, como oportunidade de orientar a dinâmica de funcionamento da unidade e de ofertar ambiente favorável para expressão das necessidades, nas seguintes falas:

Nesse primeiro contato, quando a pessoa não sabe, nunca esteve aqui na unidade, é muito importante. E quando a pessoa chega aqui, que eles falam, ó o agente comunitário estará lá na sua casa para estar fazendo um cadastro. [...]. E quando a pessoa vem aqui, olha, é...eu já vi gente mostrando a unidade para paciente. Ó, aqui é a farmácia. Eu mesma já fiz isso. Ó, aqui vai a farmácia. A vacina é aqui na entrada do posto. Você não tem que entrar na unidade, pelo lado de fora. Tem a gerente. Se você precisar de alguma coisa nós temos as enfermeiras, nós temos as equipes, a gente explica. Na casa, a gente explica tudo isso e quando a gente encontra alguém aqui que vem pela primeira vez a gente faz isso também. (P7)

É... como diz o ditado, é a primeira impressão é a que fica. Então, eu acho que é o primeiro canal de comunicação é onde o paciente vai se sentir é... livre para falar o que quer, é... das suas necessidades, o quê que ele está buscando. (P4)

A relação mencionada pelos participantes encontra respaldo na literatura, que aponta que o primeiro contato no serviço de saúde, sendo bem realizado, por meio da escuta ativa, possibilita uma boa impressão e satisfação do usuário com relação ao serviço de saúde (Januário *et al.*, 2023).

Em outra perspectiva, o entrevistado identifica que o acolhimento pelos profissionais da USF promove acesso, por ser este serviço de saúde a porta de entrada do sistema de saúde:

Porque esse usuário precisa da informação e o acesso às vezes mais fácil é pelos profissionais que estão na unidade de saúde, de onde ele tem que ir, como ele tem o acesso, como que ele tem que fazer. (P4)

Apesar de ter sido o atributo com a menor frequência entre as respostas dos participantes, Andrade *et al.* (2017), discorrem que a ESF é o cenário em que o usuário tem o primeiro contato com o serviço, sendo porta de entrada preferencial do sistema de saúde e, por isso, diretamente relacionado ao acesso. Em consonância Figueira *et al* (2021), menciona a APS como principais porta de entrada dos usuários e núcleo de articulação com toda a RAS.

4.2.2 Integralidade

A escuta do usuário foi reportada por alguns participantes como prática capaz de proporcionar a integralidade do cuidado dos indivíduos que buscam a USF, conforme os relatos:

Porque, a partir do momento do bom acolhimento, de uma boa escuta, você consegue saber o que realmente acontece com o paciente, se o paciente realmente necessita do serviço, dos profissionais e assim por diante. (P3)

Você ouvindo, a escuta, te faz entender, porque às vezes ele não está conseguindo transmitir realmente o que ele quer, mas você consegue interpretar ouvindo todo o contexto, toda a história dele. (P6)

Eu tinha uma professora, que é a minha guru até hoje né? [...] E ela sempre diz que o nosso melhor instrumento de trabalho é o ouvido. [...] eu acho que a escuta é o principal ponto que você tem para isso né? Para você saber o que é que ele precisa, como ele precisa, dividir isso com a sua equipe. (P8)

Januário *et al.* (2023), trazem como um dos resultados da sua pesquisa, que o acolhimento se efetiva por meio da escuta qualificada. Escuta esta que valoriza as necessidades do usuário, proporcionando resolutividade do cuidado. Corroborando esta percepção, o estudo de Duarte *et al.* (2017), identifica a escuta qualificada como uma das estratégias do acolhimento, considerando uma ferramenta valiosa para viabilizar a operacionalização da integralidade durante os atendimentos aos usuários.

Essa identificação das reais demandas dos indivíduos durante o acolhimento, pode também ser realizado pelos integrantes da equipe em diversos cenários, como nos domicílios, garantindo dessa forma a equidade, conforme a seguinte declaração:

Eu acho que é através do acolhimento que é feito isso, né? É conversando com as pessoas, no caso do agente comunitário, nas visitas, conversando com as pessoas, sabendo das suas necessidades, que isso aí é o acolhimento, que nós vamos saber né? o que vai ser feito com ele. (P7)

Santos *et al.* (2013) encontraram como resultado de pesquisa, que o acolher na visita domiciliar fortalece o vínculo entre equipe e usuários. Este vínculo possibilita os profissionais a entenderem as necessidades dos usuários e suas famílias e contribuem para que o cuidado seja realizado de forma integral.

Um entrevistado mencionou que o acolhimento dos usuários pela equipe, quando praticado com qualidade e de forma humanizada, propicia a identificação de reais necessidades, promovendo resolutividade e legitimando o atributo integralidade:

Mas se não for feito um acolhimento decente, o que eu falo decente, de humanizado, saber qual foi o problema do paciente, esse paciente vai retornar com a mesma queixa e não vai resolver. Um acolhimento bem feito, ele vai né?! Se sentir satisfeito né?! [...] Feito um bom acolhimento, ele vai para casa, resolvido o problema né?! (P5)

Em contraposição, o relato de um participante que remete a dispensa do usuário na prática do acolhimento, traduz uma incerteza quanto à integralidade da atenção:

Porque assim, tem casos que a gente dispensa que não é serviço nosso dispensar, entendeu? (P1)

Com relação a este depoimento, foi encontrado no estudo de Coutinho, Barbieri e Santos (2015), que o exercício do acolhimento pode se resumir a atendimentos pontuais e de urgências. Esta prática pode acarretar limitação de acesso ao serviço e atenção voltada para queixa-conduta.

Na mesma direção, a pesquisa de Silva *et al.* (2018), que buscou considerar os sentidos do acolhimento, discorre que a prática deste dispositivo não deve se limitar à identificação de riscos ou urgências. Também considera que o acolhimento é diferente de triagem, pois esta última elege quem pode ou não ser atendido, não considerando as demandas dos usuários.

4.2.3 Longitudinalidade

O cuidado ao longo do tempo dos indivíduos é possível de ser realizado quando se estabelece uma relação de confiança e vínculo usuário/equipe de saúde, sendo o acolhimento um instrumento de importante relevância na construção desta relação, como visto nos relatos dos participantes:

Então, às vezes, é no acolhimento que a gente consegue fazer esse vínculo, consegue ver a história do paciente, consegue entender um pouco daquele contexto. (P2)

Porque eu acho que o paciente que é bem acolhido acaba confiando mais na equipe, logicamente acaba aderindo melhor a proposta da equipe em relação à saúde dele. (P3)

Figueira *et al.* (2021), em revisão de literatura, identificaram nos estudos que o desenvolvimento de uma relação de confiança entre os profissionais e usuários, por meio da prática do acolhimento, possibilita o vínculo e a longitudinalidade.

Na mesma linha das falas que relacionaram a prática do acolhimento a uma determinada categoria profissional, alguns entrevistados correlacionaram a construção de vínculo dos usuários com os auxiliares de enfermagem, pois são estes profissionais que, na prática da USF, iniciam o processo de acolhimento dos que procuram a unidade por demanda espontânea:

Eu acho que ele cria...cria mesmo vínculo, ele cria confiança no... auxiliar de enfermagem, no técnico é... assim, na minha experiência né? [...]Eles já sabem qual auxiliar procurar, eles procuram pelo nome, eles sabem com quem conversar, quem é que vai resolver isso. Então essa vinculação eu acho de... extrema importância. (P8)

Porque, de certa forma, determinados profissionais (auxiliares de enfermagem) que ficam encarregados desse acolhimento, né? E aí muitas vezes acaba sendo uma referência pro paciente quando ele vem na unidade. (P3)

Penna, Faria e Rezende (2014), consideram que o vínculo pode ser construído quando os profissionais possuem interesse pelas falas dos usuários. Desta forma disponibilizam tempo para atenção e escuta qualificada destes, ocasionando proximidade com o profissional de saúde. A satisfação dos usuários pela assistência recebida, proporciona melhor vinculação à USF e possibilidade de cuidado ao longo do tempo.

Neste sentido, o acolhimento é um dispositivo capaz de gerar o estabelecimento de relações de aproximações entre as pessoas de forma humanizada, solidária, respeitosa, firmando vínculo entre profissional e usuário e desenvolvimento do senso de responsabilização pelos problemas de uma determinada população (Matumoto, 1998).

A prática do acolhimento foi associada ao atributo longitudinalidade, visto os relatos dos participantes que, por meio de um cuidado a longo prazo, torna-se viável o reconhecimento das necessidades dos usuários:

Porque você conhece mais a história do paciente, conhece mais... Se ele vir numa segunda, numa terceira vez, você já vai estar sabendo mais ou menos do que é, do que se trata, a história dele, da família, o contexto; porque as vezes ele tem uma queixa só, mas se você sabe o contexto, você vai entender melhor aquela queixa, então sem dúvidas. (P6)

Que até você captar todo o que é o problema do paciente, leva tempo para você saber. (P5)

Foi reportada também a possibilidade de a equipe de saúde acolher o indivíduo, permitindo a execução de atenção longitudinal e garantindo que os usuários impossibilitados de frequentar a USF sejam acolhidos. Respeitando, desta forma, o princípio da equidade.

É principalmente o usuário que é mais assim é... domiciliado, acamado, né? É... por exemplo, as enfermeiras estão sempre indo em visita, ou vocês os médicos também têm os dias das visitas, né? [...] É uma relação muito importante do acolhimento com o paciente e a unidade saúde. (P7)

Esta menção corrobora com a pesquisa de Santos *et al.* (2013), que encontrou como um dos resultados, a visita domiciliar como um instrumento de acolhimento, permitindo à equipe acompanhar e formar vínculo ao longo do tempo com seus usuários.

Entretanto, uma parte dos entrevistados referiu não visualizar relação entre o acolhimento e a longitudinalidade, e foi reportada a necessidade de melhorias da equipe no processo de escuta nas práticas de trabalho, como descritas a seguir:

Eu acho que na prática ainda falta muito, porque muitas vezes no decorrer do...do vínculo daquele paciente na unidade, há um certo descaso dos profissionais, muitas vezes, em ouvir. [...] às vezes eu sinto que interfere. É uma correlação tanto alguns casos positivos, [...]vai ter um tratamento a longo prazo melhor, vai cuidar da sua saúde melhor. Quanto negativo também. (P4)

4.2.4 Coordenação do cuidado

A prática do acolhimento oportuniza o fornecimento de informações, também necessária à coordenação do cuidado dos usuários, podendo ser observado abaixo:

Ah eu gostaria de saber onde é a farmácia do alto custo então... Se eu fizer um acolhimento ali, uma ausculta (escuta), eu vou conseguir ajudá-lo direcionando para ir na farmácia fora daqui. (P4)

Em concordância com este resultado, foi reportado que para o exercício do acolhimento faz-se necessário escutar e fornecer as respostas mais adequadas aos que buscam o serviço. Deve-se orientar, o usuário e a família quanto a outros serviços de saúde na rede de atenção à saúde, como continuidade da assistência e estabelecer articulações com estes serviços (Brasil, 2010).

No mesmo sentido, alguns entrevistados reconheceram este dispositivo como um espaço para explicar sobre a rede de atenção à saúde:

Tudo é orientação, né? Às vezes, o paciente chega aqui, ele não sabe como se trata, não sabe como funciona a atenção secundária, não sabe o que que tem aqui, o que que não é aqui. Isso tudo é orientado no acolhimento. (P6)

Então, eu acho que...o acolhimento pode fazer também esse trabalho de ensinar mesmo como usar o SUS, quais são os lugares que ele precisa procurar, em que momentos, e a importância que existe dele não procurar o médico só, o atendimento na verdade, só naquela hora que ele tem algum sintoma. (P8)

4.3 CAPACITAÇÃO SOBRE ACOLHIMENTO

Neste núcleo de sentido foi constatado que cinco participantes (62,5%) tiveram alguma modalidade de capacitação sobre a temática pesquisada enquanto três (37,5%) relataram nunca ter tido essa oportunidade.

Foi identificado por alguns entrevistados a necessidade de qualificação dos profissionais da USF com vistas ao aprimoramento da prática do acolhimento, conforme as respostas a seguir:

Eu acho que é sempre ou participar de cursos ou de conversas é... onde se é discutido o acolhimento é... experiência com pessoas que já têm um perfil de acolhedor né?! Para que possa sensibilizar em todas as pessoas a importância dessa escuta do paciente, de entender os problemas que cada um tem no seu dia a dia. (P3)

Eu acho que tem necessidade de ter um bom... conversa com o nível técnico né? orientação melhor né? sobre acolhimento. (P5)

Ensinar isso para a sua equipe, capacitar o agente comunitário, por exemplo, a perceber esse tipo de coisa no domicílio e também fazer esse tipo de acolhimento. (P8)

Também entendo que isso é educação permanente. Não tenho outra coisa para falar sobre isso né? porque é uma das coisas que eu sempre achei muito importante. E educação permanente no sentido da educação do dia a dia, da conversa do dia a dia, do entendimento da equipe no dia a dia. (P8)

Neste sentido, Duarte *et al.* (2017) consideram relevante investir na preparação dos profissionais de saúde, visto que a maioria destes, tiveram uma formação voltada para ações curativas.

Figueira *et al.* (2021), mencionam sobre a necessidade de formação dos profissionais de saúde, em organização do processo de trabalho multiprofissional e em articulação com outros pontos da RAS. Este aprimoramento contribuiria em mudanças nas práticas, favorecendo o acolhimento, o vínculo e a autonomia dos indivíduos.

4.4 CULTURA DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Neste núcleo de sentido, os entrevistados descreveram a cultura de usuários em faltar as consultas e exames agendados, utilizando a USF para demandas de urgência, buscando resolução imediata de suas necessidades com consequente aumento da demanda espontânea, sobrecarregando as vagas de consulta médica do dia:

Muitas vezes é paciente que não gosta de vir na consulta certa, muitas vezes eles não quer ir na UPA, principalmente na minha área. Muitos vêm aqui porque não tem nem condição de ir na UPA. (P1)

Normalmente eles procuram a gente porque querem uma coisa meio que de imediato, assim. E se a gente tem vaga, a gente consegue ofertar e se a gente consegue suprir essa necessidade dele. (P2)

Corroborando a última fala supracitada, a pesquisa de Silva e Romano (2015), observou a prática do acolhimento em dois serviços de saúde, sendo constatado, que os usuários acessavam a unidade espontaneamente, desejando que suas demandas fossem resolvidas de imediato. Assim, foi evidenciado que a busca aos serviços de saúde, de forma espontânea, devia-se ao desconhecimento dos usuários quanto à dinâmica dos serviços.

Em consonância com a percepção anteriormente descrita, os participantes mostraram em seus depoimentos a percepção de que há tendência dos usuários em buscar de forma espontânea a USF em detrimento de agendar consulta, utilizando-se das vagas de consulta de demanda espontânea da agenda médica para resolver questões de rotina e de encaminhamento para outros pontos da rede de atenção à saúde:

A gente faz um acolhimento do paciente, tá a fim de seguir o tratamento, eu acho que dá certo. Mas tem muito paciente que não vem. Ele tem consulta, ele não vem. Vem a hora que ele quer. E aí ele quer passar pelo médico. (P1)

Sim, muitas vezes eles vêm só porque precisam as vezes de um encaminhamento para a psiquiatria. Então eles precisam passar num acolhimento para a gente entender o que está acontecendo e fazer um encaminhamento, ou pedir algum exame. (P2)

Em relação ao que os profissionais interpretaram sobre os usuários, foi reportada a potencialidade do acolhimento para tentar mudar a cultura de utilização do serviço de APS, podendo ser visto nos relatos a seguir:

Então às vezes é mais a educação do paciente entender o que que é um acolhimento, o que que é um encaixe porque as vezes eles querem resolver a vida no acolhimento, mas eles já foram avisados que era um acolhimento. Então, eu acho que é principalmente o paciente nesse caso. (P2)

Eu acho que precisa de ter uma educação tanto do paciente, de repente ter... abrir para treinamentos, assim... falar né?! para o paciente ver o que é também a rotina do profissional. (P4)

É...eu acredito que é a longo prazo educar o paciente mesmo, porque se a gente trabalha com prioridade do agendamento a gente não pode estender o número de atendimentos de urgência. Eu acho que a tendência é educar o paciente como funciona o atendimento, porque a longo prazo ele vai passando a entender como funciona. (P6)

Educar o paciente. Educar ele como que deve funcionar a Unidade de Saúde da Família. Para eles e muitos pacientes aqui. Educação em muitas coisas, que nem a coleta de sangue, porque ele não pode faltar, depois vem... eu tenho consulta tanto dia, tenho que faltar[...] então, seria uma educação assim, só se fizer, começar a fazer um tipo que nem faz essa reunião de hipertenso ou coisa, e começar a fazer uma educação, mas eles não vão vir. Esse é o problema da população. (P1)

Em se tratando de educação popular em saúde, a APS constitui ambiente favorável, visto que neste ponto de atenção é esperada a participação dos usuários na construção do vínculo e do cuidado em saúde. Estas ações educativas deveriam estimular autonomia e construção de possibilidades terapêuticas, influenciando no processo saúde-doença (Fittipaldi *et al.*, 2021).

Do conhecimento à implementação do acolhimento, os participantes revelaram, em seus depoimentos, características desta diretriz conforme preconizado pela PNH, como utilização da escuta ativa, humanização do atendimento, identificação das reais necessidades dos indivíduos, oportunidade de criar espaços para a educação da população, contribuindo para a autonomia dos usuários, e a participação de todos os membros da equipe nas práticas de produção de saúde. Por outro lado, mencionaram aspectos da prática do acolhimento que a PNH sugere que sejam modificados, tais como ser executada por uma categoria profissional específica, em um espaço físico definido, um modelo de atenção centrado no médico e atendimento voltado para triagem configurando ação pontual. Entretanto, embora algumas menções estejam em desacordo com as recomendações da PNH, os relatos dos aspectos sugeridos por esta política, auxiliaram relacionar essa prática aos atributos essenciais da APS, demonstrando que o acolhimento é um fator que contribui para o alcance destes atributos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme os relatos dos participantes, foram identificadas duas vertentes quanto à percepção do acolhimento: possuem um conhecimento sobre este dispositivo conforme preconizado pela PNH, quando mencionam termos como escuta, humanização do cuidado, responsabilidade de todos os profissionais, vínculo e identificação das reais demandas dos usuários. E, em direção contrária, a implementação deste dispositivo foi reportada como atendimento aos usuários de demanda espontânea, por meio de uma triagem exercida por uma categoria profissional específica, em um espaço físico definido, ou seja, na sala do acolhimento.

O modelo biomédico, centrado na figura do médico, foi interpretado em algumas falas, contrapondo-se aos propósitos do acolhimento, de mudança do eixo biomédico para um trabalho em equipe interprofissional, possibilitando o compartilhamento de saberes e experiências no ambiente de trabalho e qualificando a assistência.

Também foram encontradas nas entrevistas concepções do acolhimento diferenciadas daquelas que estão descritas com maior frequência na literatura, como a percepção do acolhimento como espaço de educar a população, e como prática de participação comunitária na USF. Não foram encontrados artigos que nomearam o termo acolhimento enquanto vaga de agenda dos profissionais, em horário pré-estabelecido, como se utiliza no município estudado. A nomeação acolhimento atribuído a um horário fixo na agenda médica, referindo-se à vaga destinada aos usuários de demanda espontânea, possibilita à equipe associar este termo como uma consulta médica e contradiz o sentido mais amplo do acolhimento.

O estabelecimento de protocolo de atendimento de usuários que buscam o serviço sem agendamento prévio, denominando-o de acolhimento, parece relacionar-se à compreensão da equipe de que o conceito de acolher é baseado em direcionar fluxo, reduzindo a responsabilidade do restante da equipe em relação a esta diretriz. Compreende-se que a organização do fluxo desse tipo de demanda é essencial para a estruturação do serviço, porém o ato de acolher é mais amplo. Ao resumir o acolhimento a um processo de trabalho conduta-queixa, torna o modelo biomédico ainda imperante no serviço, podendo comprometer a resolução das demandas dos usuários.

Esta diretriz da PNH tem conceito amplo, devendo ser praticado em todas as fases do trabalho, acolhendo a todos que adentram o serviço, executado por todos os profissionais que compõe a equipe de saúde. O acolhimento à demanda espontânea é uma das possibilidades deste dispositivo, não devendo ser resumido somente à esta ação.

Os quatro atributos da APS puderam ser identificados nas falas dos participantes, traduzindo que o acolhimento legitima, na prática, os princípios e diretrizes do SUS no cenário da ESF, ainda que a equipe compreenda o acolhimento como triagem.

Entretanto, percebe-se as potencialidades da equipe quanto a implementar o acolhimento, em consonância com a PNH, uma vez que possuem um conhecimento prévio de suas concepções, e alguns participantes referiram, ser necessário capacitar a equipe quanto ao tema, intencionando melhorias na prática.

Uma vez que o acolhimento seja praticado o mais próximo da sua essência, centrado no usuário, por meio de uma escuta ativa exercida por todos os componentes da equipe, buscando se interessar em compreender e resolver as demandas trazidas pelos usuários, de forma interprofissional, os atributos da APS serão fortalecidos e legitimados no processo de produção de saúde deste serviço.

Assim como todo o estudo, com abordagem qualitativa, os resultados encontrados limitam-se à realidade da USF participante. Tem-se como contribuição deste trabalho, o apontamento das fragilidades e dos desafios a serem enfrentados para a implementação do acolhimento de fato.

Neste sentido, a pesquisadora apresenta duas propostas que favoreceriam o aprimoramento da implementação do acolhimento, qualificando o atendimento prestado à população do território adstrito desta USF.

Na primeira proposta, a pesquisadora promoverá capacitações em oficina para o serviço, sobre esta temática, em espaços de educação permanente na própria USF, com vistas a estimular a inserção da prática do acolhimento, em um sentido mais amplo, seguindo os preceitos da PNH, contemplando acolher todos os usuários que acessam o serviço de forma interdisciplinar.

A segunda proposta consiste em enviar à Secretaria Municipal de Saúde, uma solicitação de substituição do termo “acolhimento” na agenda médica, tendo como embasamento as concepções deste termo apontadas pela PNH. Assim, a sugestão seria a utilização do termo “demanda espontânea”, visto que na APS os atendimentos

estão organizados em demandas programadas, com agendamento prévio e demanda espontânea.

As propostas estão disponíveis nos Apêndices VI e VII.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L. O. M de. *et al.* A Estratégia Saúde da Família e o SUS. *In*: ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. **Rouquayrol - Epidemiologia e saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: Editora MedBook, 2017, p. 557-577.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 5 ed. Lisboa: Editora: Edições 70, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br>>. Acesso em: 27 nov. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510**, de 07 de abril de 2016. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br>>. Acesso em: 11 maio 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. Disponível em: < https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/estrategia-saude-da-familia/legislacao/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf/view>. Acesso em: 09 set 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/estrategia-saude-da-familia/legislacao/politica-nacional-atencao-basica-2012.pdf/view>>. Acesso em: 09 set 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. HumanizaSUS: **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 16p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_fo lheto.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. 5. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 44 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Acolhimento_praticas_producao_saude.pdf>. Acesso em: 24 ago 2023.
- BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 24 ago. 2023.
- COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. DE M. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 514–524, 2015.

DIAS, R. B.; NOGUEIRA, F. P. S. Trabalho em equipe. *In*: GUSSO, G; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. **Tratado de medicina de família e comunidade**: princípios, formação e prática. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. v. 1. p. 340-349.

DUARTE, L. P. A. *et al.* Contribuição da Escuta Qualificada para a Integralidade na Atenção Primária. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 08, n. 3, p.414 – 429, 2017.

FALK, J. W.; ROSA, R. S. O sistema de saúde no Brasil. *In*: DUNCAN, B. B. *et al.* **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2022. p. 13-21.

FERREIRA, L. M. *et al.* Educação popular em saúde bucal e integração ensino-serviço-comunidade no contexto da Atenção Primária à Saúde: um relato de experiência. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 26, p.e262340205, 2023.

FIGUEIRA M. C. S., CALDAS L. P., Pereira J. A. *et al.* Longitudinalidade na atenção primária à saúde: revisão integrativa da literatura. **Revista Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, 2021, v. 13, p. 1381-1387.

FITTIPALDI, A. L. M., O'DWYER, G., HENRIQUES, P. Educação em saúde na atenção primária: as abordagens e estratégias contempladas nas políticas públicas de saúde. **Revista Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 25, p. e200806, 2021.

FRACOLLI, L. A; ZOBOLI, E. L. P. Acolhimento: uma tecnologia para a assistência. *In*: SANTOS, S. M. R. C. de M. A. da S. **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. Barueri: Manole, 2007, p. 372-392.

FREIRE, C.; ARAÚJO, D. P. **Política Nacional de Saúde** - Contextualização, Programas e Estratégias Públicas Sociais. Rio de Janeiro: Érica, 2015, p. 16-25.

FUMAGALLI, I. H. T. *et al.* Práticas colaborativas interprofissionais em espaços coletivos de unidades de Saúde da Família. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 29, p. e240076, 2025.

GIL, A. C. **Como fazer pesquisa qualitativa**. São Paulo: Atlas, 2021.

GIORDANI, J. M. D. A; UNFER, B.; MERHY, E. E.; HILGERT, J. B. Acolhimento na atenção primária à saúde: revisão sistemática e metassíntese. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 23, n. 1, p. 7-25, 2021.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n 8, p. e00029818, 2018.

GUSSO, G.; MACHADO, L. B. M. Atenção Primária à Saúde. *In*: GUSSO, G; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. **Tratado de medicina de família e comunidade**: princípios, formação e prática. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. v. 1. p. 27-36.

HENRIQUE, F. Atenção básica em saúde: Brasil e Santa Catarina. *In*: PAES JUNIOR, A. J. O. *et al.* **Manual ACM de terapêutica em medicina de família e comunidade**. 4 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018. p. 15-31.

KNAUTH, D. R.; VICTORA, C. Orientações básicas para pesquisa qualitativa. *In*: GUSSO, G; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. **Tratado de medicina de família e comunidade**: princípios, formação e prática. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. v. 1. p. 563-570.

JANUÁRIO, T. G. F. M. *et al.* Escuta e valorização dos usuários: concepções e práticas na gestão do cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p. 2283–2290, 2023.

JANKE, G. F., RIBEIRO, T. S., FARAONI, A. G., VIANA, A. L. Atributos da Atenção Primária à Saúde nos cuidados às pessoas com condições crônicas. **Revista Saúde e Pesquisa**, Paraná, v.13, n.3, p. 537-546, 2020.

LOPES, J. R. S.; SILVA, S. C.; FIDALGO, C. L.; SIMÃO, L. A.; FERREIRA, M. S.; CASTELAR, M.; SALLES, C. Acolhimento como tecnologia em saúde: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, Curitiba, v. 4, n. 2, p. 172-183, 2021.

MATUMOTO, S. **O ACOLHIMENTO**: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-14012009-164720/pt-br.php>>. Acesso em: 21/09/2024.

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. **Revista Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 26, p. e2203358, 2022, Supl. 1.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção básica e atenção primária à saúde: origens e diferenças conceituais. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 204-213, 2009.

MOREIRA, T. C. *et al*; **Saúde coletiva**. Porto Alegre: Editora SAGAH, 2018, p. 75-84.

MOTTA, L. C. DE S.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Estratégia Saúde da Família: Clínica e Crítica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 39, n. 2, p. 196–207, abr. 2015

NARVAI, P. C. **SUS**: uma reforma revolucionária. Para defender a vida. 1 ed. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2022.

PENNA, C. M. de M., FARIA, R. S. R., REZENDE, G. P. Acolhimento: Triagem ou estratégia para universalidade do acesso na atenção à saúde? **Revista mineira de enfermagem**, Belo Horizonte, v.18, n.4, p. 815-822, 2014.

PEREIRA, S. C. *et al.* Acolhimento às famílias durante a vacinação infantil na atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 1-17, 2022.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. **Dados populacionais**. Disponível em: <<http://www.intranet.ribeiraopreto.sp.gov.br/secretarias/saude/saude-bi.php>>. Acesso em: 19 out 2023.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Ribeirão Preto 2022-2025**. Ribeirão Preto: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2021. 207 p. Disponível em: <<https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/pdf/saude171202306.pdf>>. Acesso em: 19 out 2023.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. **Protocolo Acolhimento da demanda espontânea e direcionamento defluxo na atenção primária à saúde**. Ribeirão Preto: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2023. 42 p. Disponível em: <<https://www.transerp.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/pdf/saude723202305.pdf>>. Acesso em: 10 set 2023.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Acolhimento à Demanda Espontânea na Atenção Primária à Saúde**. Ribeirão Preto: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2024. 52 p. Disponível em: <<https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/pdf/saude723.pdf>>. Acesso em: 01/02/2025

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatórios de gestão**. Disponível em: <<https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/dps/relatorios-de-gestao>>. Acesso em: 10 jan 2024.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Programações anuais de saúde**. Disponível em: <<https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/dps/programacao-anual>>. Acesso em: 01/02/2025.

RIBEIRO, A. A. *et al.* Interprofissionalidade na atenção primária: intencionalidades das equipes versus realidade do processo de trabalho. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 26, p. e20210141, 2022.

SANTOS, S. A. S. *et al.* The domiciliary visit as a practice of reception in the medical program of Family/ Niterói. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 3698-3705, 2013.

SILVA, T. F.; DAVID, H. M. S. L.; CALDAS, C. P.; MARTINS, E. L.; FERREIRA, S. R. O Acolhimento como estratégia de vigilância em saúde para produção do cuidado: uma reflexão epistemológica. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 4 dez, p. 249-260, 2018.

SILVA, T. F.; ROMANO, V. F. Sobre o Acolhimento: discurso e prática em Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.363-374, 2015.

SILVEIRA, J. P. M. O trabalho em equipes no contexto da Atenção Primária à Saúde. *In*: PAES JUNIOR, A. J. O. *et al.* **Manual ACM de terapêutica em medicina de família e comunidade**. 4.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018. p. 129-134.

SOLHA, R. K. T. **Sistema Único de Saúde - Componentes, Diretrizes e Políticas Públicas**. Rio de Janeiro: Érica, 2014, p. 22-43.

SOUSA, M. F. de. A Reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 8, n. 1, p. 11-16, 2014.

STARFIELD, B.; XU, J.; SHI, L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **The Journal of Family Practice**; v. 50, n. 2, p.161-175, 2001.

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

YIN, R. K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**. Porto Alegre: Artmed, 2016.

APÊNDICE I

Roteiro Semiestruturado:

Nome:
Idade:
Gênero:
Categoria profissional:
Ano que se formou na sua categoria profissional?
Tempo de atuação em USF:
Você já participou de alguma capacitação ou formação sobre o acolhimento? Se sim, comente sobre (<i>quando, local, duração</i>).
Como você definiria a prática do acolhimento?
Considera que é feito acolhimento nesta USF?
Quais as ações de acolhimento que você identifica nesta USF?
Quem é, ou deveria ser, o responsável pelo acolhimento e por quê?
Qual sua percepção sobre o papel do acolhimento no primeiro contato da pessoa com o serviço de saúde?
Você consegue identificar a relação entre a prática do acolhimento e a vinculação do usuário à USF? (longitudinalidade)
Você consegue identificar a relação entre a prática do acolhimento e o cuidado do usuário ao longo do tempo? (longitudinalidade)
Você consegue relacionar a prática do acolhimento e o direcionamento do usuário dentro da rede de serviço de saúde? (coordenação do cuidado)
Você vê alguma relação sobre a prática de acolhimento e a possibilidade de identificar as reais necessidades de saúde do usuário? (integralidade)
Quais são os principais desafios que você identifica para realizar o acolhimento nesta USF?
Quais são as suas sugestões para superar os desafios apontados para realizar o acolhimento nesta USF?

APÊNDICE II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Convido você a participar da pesquisa cujo título é “A Percepção dos Profissionais de uma Unidade de Saúde da Família sobre o Acolhimento: Interface com os Atributos da Atenção Primária à Saúde”, desenvolvida pela discente de Mestrado Profissional em Saúde e Educação, Daniely Machado Lourenço Rossmann, sob a orientação da docente e pesquisadora da Universidade de Ribeirão Preto, a Prof.^a. Dr.^a Fernanda Bergamini Vicentine. A seguir disponibilizo as informações pertinentes à pesquisa e à sua participação.

Eu, _____

RG.: _____

Telefone: _____

Residente à Rua/Av. _____

_____,
concordo em participar da pesquisa supracitada, após estar absolutamente esclarecido(a) dos propósitos desta.

1 JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

Esta pesquisa busca compreender como os profissionais de saúde da USF José Paulo Pimenta de Mello percebem e/ou aplicam o Acolhimento, da demanda dos usuários, como processo de trabalho a partir dos relatos dos participantes; além de identificar os desafios que possam ser mencionados em relação ao ato de acolher os usuários e avaliar quanto a necessidade de melhoria ou implantação do Acolhimento, conforme a PNH, na USF onde será desenvolvido o estudo.

Ao encerramento deste estudo a pesquisadora poderá realizar, como produto, capacitações a respeito do Acolhimento, de acordo com a PNH, aos profissionais que compõem o corpo técnico da USF José Paulo Pimenta de Mello. Se necessário, a pesquisadora poderá propor à coordenação da Atenção Básica do Município de Ribeirão Preto e à supervisora desta instituição de saúde, ações conjuntas para

melhoria ou até a implementação da prática do Acolhimento em consonância com a PNH.

2 OBJETIVOS DA PESQUISA

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender, na perspectiva dos profissionais de uma USF, a percepção do acolhimento no cotidiano do serviço.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Compreender o significado atribuído pelos profissionais da USF ao dispositivo acolhimento;
- Identificar ações mencionadas pelos profissionais da USF que correspondam ao acolhimento;
- Identificar desafios mencionados em relação ao acolhimento;
- Associar os achados com os atributos da APS;
- Identificar as necessidades de implementação ou melhoria em relação ao acolhimento na USF.

3 LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo será realizado com os profissionais que atuam na USF José Paulo Pimenta de Mello situada em Ribeirão Preto no Estado de São Paulo. As assinaturas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e as coletas de dados serão efetuadas na própria USF situada à Rua Professor Stefano Baruffi, número 1639, no Bairro Jardim Anhanguera na cidade citada anteriormente.

4 PROCEDIMENTOS A QUE VOCÊ SERÁ SUBMETIDO

Você participará de uma pesquisa, direcionada aos profissionais que atuam na USF José Paulo Pimenta de Mello na cidade de Ribeirão Preto. O instrumento de pesquisa a ser utilizado será uma entrevista com roteiro semiestruturado com o intuito de analisar a prática do Acolhimento aos usuários pelos profissionais de saúde. A aplicação deste instrumento de pesquisa será efetuada pela pesquisadora e ocorrerá na própria USF onde você atua, em um único encontro, em sala reservada para preservar as informações e manter o sigilo, sendo o período para realização da

entrevista determinado previamente pela supervisora da USF. A pesquisadora o/a entrevistará, fazendo perguntas abertas deixando-o (a) livre para respondê-las, sem limitações e sem ações ou falas que possam inibir seu relato.

5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa cujo tema abordado é o Acolhimento e tem como título “A percepção dos profissionais de uma Unidade de Saúde da Família sobre o acolhimento: interface com os atributos da Atenção Primária à Saúde”, assim não ocorrerão procedimentos invasivos ou potencialmente lesivos, direcionado a você ou a qualquer outro indivíduo. No entanto, por tratar-se de informações pessoais e de caráter sigiloso, o seu consentimento livre e esclarecido faz-se necessário

Antes de iniciar a entrevista, serão disponibilizadas todas as informações referentes à participação na pesquisa. Ao concordar em participar deste estudo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deverá ser lido e assinado pelo participante, o qual receberá uma cópia deste termo contendo as assinaturas dos pesquisadores responsáveis e seus contatos.

Caso não desejar participar desta pesquisa não o será imputado qualquer tipo de constrangimento ou punição. Ao participante será garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo.

Ressalta-se que a participação neste estudo é voluntária, portanto, não havendo qualquer tipo de remuneração. Caso surjam dúvidas ou desejar esclarecer dúvidas com relação a este estudo, você poderá contactar com os pesquisadores em qualquer momento através de seus contatos (e-mail) disponibilizados no final deste documento.

6 OUTRAS INFORMAÇÕES

Todos os procedimentos desenvolvidos durante a realização desta pesquisa ocorrerão em conformidade com as Resoluções nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que trata de pesquisas envolvendo seres humanos e nº 510 de 07 de abril de 2016, a qual dispõe a respeito de normas aplicáveis em pesquisas cujas metodologias envolvam utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou que tenham a possibilidade de acarretar riscos maiores que os existentes na vida cotidiana. Portanto, é garantida ao

participante, a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo, sendo assegurada a privacidade dos sujeitos.

Será mantida a confidencialidade. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros profissionais, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. Será garantido à (o) Sr.^a ou Sr. o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa.

Comprometemo-nos a utilizar os dados somente nesta pesquisa.

Não há despesas para a participação em qualquer fase do estudo, mas também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Quaisquer dúvidas de sua parte poderão ser dirimidas junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Ribeirão Preto, pelo telefone: 36036915.

Ribeirão Preto, ____/____/____

Assinatura do participante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste indivíduo para a participação deste estudo.

Prof.^a Dr^a Fernanda Bergamini Vicentini (Pesquisadora orientadora)

RG: 43940447-2

CPF: 309505198-04

Email: fbergamini@unaerp.br

Daniely Machado Lourenço Rossmann (Pesquisadora responsável)

RG: 64.982.759-4

CPF: 080587747-90

Email: drossmann@unaerp.br

Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP)

Av. Costábile Romano, n. 2201, Bairro Ribeirânia, Ribeirão Preto – SP
Fone: (16) 3603-6840 e 3603-6887.

APÊNDICE III**SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA AO
SECRETÁRIO DA SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO – SP****COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE PROJETOS DE PESQUISA DA SECRETÁRIA
MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO- SP****Ilma. Sra. Jane Aparecida Cristina**

Secretária de Saúde de Ribeirão Preto/SP

Ribeirão Preto, 10 de agosto de 2024

Venho pelo presente solicitar autorização para a realização do Projeto de pesquisa intitulado: “A percepção dos profissionais de uma Unidade de Saúde da Família sobre o acolhimento: interface com os atributos da Atenção Primária à Saúde”, a ser desenvolvido pela mestranda Daniely Machado Lourenço Rossmann, do Curso de Mestrado Profissional em Saúde e Educação, tendo como orientadora a Prof.^a Dr.^a Fernanda Bergamini Vicentine, para apreciação deste Comitê.

As atividades serão desenvolvidas em Ribeirão Preto, na Unidade de Saúde de Família José Paulo Pimenta de Mello.

Atenciosamente,

Daniely Machado Lourenço Rossmann - Pesquisadora

APÊNDICE IV

Ilma. Sr.^a Prof.^a Dr.^a Adriana Aparecida Lopes
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da UNAERP
Universidade de Ribeirão Preto – Campus Ribeirão Preto

Ribeirão Preto, 10 de agosto de 2024

Venho pelo presente encaminhar o Projeto intitulado: “A percepção dos profissionais de uma Unidade de Saúde da Família sobre o acolhimento: interface com os atributos da Atenção Primária à Saúde”, a ser desenvolvido pela mestrande Daniely Machado Lourenço Rossmann, do Curso de Mestrado Profissional em Saúde e Educação, tendo como orientadora a Prof.^a Dr.^a Fernanda Bergamini Vicentine, para apreciação deste Comitê.

As atividades serão desenvolvidas em Ribeirão Preto, na Unidade de Saúde de Família José Paulo Pimenta de Mello.

Atenciosamente,

Daniely Machado Lourenço Rossmann - Pesquisadora

APÊNDICE V

DECLARAÇÃO DA PESQUISADORA

Ribeirão Preto, 10 de agosto de 2024

Eu, Daniely Machado Lourenço Rossmann, na condição de pesquisadora responsável por este projeto, sendo orientada pela Prof.^a Dr.^a Fernanda Bergamini Vicentine, DECLARO que:

1. Assumo o compromisso de zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações;
2. As informações obtidas no desenvolvimento deste trabalho serão utilizadas apenas para atingir o objetivo previsto na pesquisa;
3. Os dados serão coletados no banco de dados disponibilizado pela Instituição hospitalar onde está proposto o estudo e me responsabilizo pelo arquivo e sua guarda, após o uso;
4. Não há qualquer acordo restritivo à divulgação pública dos resultados, após autorização da Instituição onde ocorrerá o estudo, bem como do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP);
5. Comunicarei ao CEP da suspensão ou do encerramento da pesquisa, caso essa condição se configure necessária no processo de realização do estudo proposto;
6. Cumprirei os termos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde;
7. O CEP será comunicado em caso de efeitos adversos da pesquisa.

Atenciosamente,

Prof.^a Dr.^a Fernanda Bergamini Vicentine – Pesquisadora responsável - orientadora
CPF: 309.505.198-04
RG: 43.940.447-2

Daniely Machado Lourenço Rossmann - Pesquisadora
CPF: 080.587.747-90
RG: 64.982.759-4

APÊNDICE VI

PROPOSTAS DE CAPACITAÇÕES SOBRE O TEMA ACOLHIMENTO NA USF JOSÉ PAULO PIMENTA DE MELLO E SUGESTÃO DE ADEQUAÇÃO DO USO DO TERMO ACOLHIMENTO NA ESTRUTURA DA AGENDA DE ATENDIMENTO

Daniely Machado Lourenço Rossmann
Prof.^a Dr.^a Fernanda Bergamini Vicentine

Título: Propostas de capacitações sobre o tema acolhimento na Unidade de Saúde da Família (USF) José Paulo Pimenta de Mello e sugestão de adequação do uso do termo acolhimento na estrutura da agenda de atendimento da unidade estudada.

Tipo de proposta: Proposta de capacitações sobre o tema acolhimento, nos períodos de Educação Permanente, para aprimoramento desta diretriz nas práticas de produção de saúde da USF. Proposta de sugestão de mudança do uso do termo acolhimento para o termo demanda espontânea, na estrutura da agenda de atendimento.

Coordenador: Daniely Machado Lourenço Rossmann

E-mail: drossmann@unaerp.br

Fone / Contato: (27) 98116. 3121

1 Proposta

Área de conhecimento: Saúde.

Início e Término Previsto: as capacitações serão realizadas nos períodos de Educação Permanente que ocorrem na USF nas últimas sextas-feiras de cada mês. Pretende-se iniciar a partir de 30 dias da defesa da dissertação do Mestrado Profissional, portanto no mês de abril de 2025, encerrando em setembro de 2025, já contabilizado o mês de férias da pesquisadora. A proposta que sugestiona a

substituição do uso do termo acolhimento na estrutura da agenda de atendimento, será enviada à Secretaria de Saúde de Ribeirão Preto, ao término das capacitações na USF.

Formato das atividades de Educação Permanente: as capacitações serão realizadas com apresentações expositivas e por meio de oficinas participativas para estimular a corresponsabilidade dos componentes da equipe na construção do aprendizado.

Número de Oficinas: as capacitações serão ministradas em 5 oficinas, descritas a seguir: 1-Apresentação da Dissertação do Mestrado Profissional: A percepção dos profissionais de saúde de uma Unidade de Saúde da Família sobre o acolhimento: interface com os atributos da Atenção Primária à Saúde; 2- Acolhimento conforme a Política Nacional de Humanização (PNH); 3- Atributos da Atenção Primária à Saúde (APS); 4- Trabalho interprofissional; 5- Oficina participativa para fomentar a implementação do acolhimento conforme a PNH.

Carga Horária: A carga horária das oficinas será de 2 horas/mês, uma vez que a Educação Permanente é mensal.

Local de Realização: USF José Paulo Pimenta de Mello.

2 Justificativa

O estudo realizado na USF José Paulo Pimenta de Mello, evidenciou que os profissionais têm um conhecimento prévio sobre acolhimento, conforme a PNH, no entanto, a implementação desta diretriz tem como enfoque apenas o atendimento dos usuários que buscam o serviço sem agendamento prévio. Esta percepção leva a permanência do uso do modelo biomédico e leva ao entendimento que a prática do acolher deve ser realizada por categorias profissionais específicas. Alguns participantes reportaram como sugestões de melhoria para a prática desta diretriz, capacitações sobre a temática. Percebeu-se, no estudo, o termo acolhimento reduzido à vaga de consulta de demanda espontânea, em agenda de atendimento. A fim de corrigir esta distorção, será sugerida a substituição do termo acolhimento como vaga em estrutura da agenda de atendimento.

3 Fundamentação teórica

A PNH foi criada em 2003 pelo Ministério da Saúde, e teve como objetivo de legitimar os princípios e diretrizes do SUS, nas práticas dos serviços de saúde. O acolhimento, diretriz desta política nacional, busca validar as demandas trazidas pelos usuários, por meio de uma escuta qualificada (Brasil, 2013).

O acolhimento trata-se de uma postura ética, portanto não tem local, horário ou profissional específico para executá-lo. Desta forma, esta diretriz é diferenciada de uma triagem, pois não é uma etapa do processo, mas uma postura a ser praticada em todos os locais e momentos do serviço de saúde (Brasil, 2010).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017) considera a Estratégia Saúde da Família (ESF) como principal plano de ampliação e estabelecimento da APS do país. Sua principal característica é o trabalho em equipe, sendo esta responsável por uma população de um território adscrito. Esta política determina que as equipes devem receber e acolher todos os usuários que buscam o serviço, de forma universal e sem exclusões.

A APS, constitui a principal porta de entrada do sistema de saúde e caracteriza-se pelos seguintes atributos essenciais: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. A atenção ao primeiro contato, traduz-se no acesso do usuário no serviço de saúde ao uso deste quando possui novas demandas, enquanto a longitudinalidade é o cuidado ao longo do tempo. A integralidade assegura que os usuários tenham acesso aos pontos de atenção pelos quais necessitam. A coordenação do cuidado significa a integração de todos os serviços de saúde pelos quais o usuário recebeu cuidados (Starfield, 2002).

4 Objetivos

4.1 Objetivo Geral: capacitar os profissionais de saúde sobre a temática acolhimento na vertente da PNH.

4.2 Objetivos Específicos:

- Explicar sobre o acolhimento em conformidade com a PNH;
- Explicar os atributos essenciais da APS;
- Discutir sobre o trabalho interprofissional;
- Identificar os desafios para a prática do acolhimento, conforme a PNH, na rotina do serviço da USF;

- Construir coletivamente formas de implementação do acolhimento na USF;
- Adequar o termo acolhimento na estrutura da agenda de atendimento.

5 Detalhamento da Proposta

As capacitações na USF José Paulo Pimenta de Mello serão executadas pela pesquisadora, sendo utilizados os horários voltados para a Educação Permanente neste serviço e terão duração de 2 horas em cada encontro mensal. Serão realizadas em formato de oficinas, utilizando-se de metodologias ativas de ensino, a fim de que os profissionais sejam protagonistas na construção dos seus aprendizados.

Os temas a serem discutidos nas oficinas serão:

1. Apresentação da Dissertação do Mestrado Profissional: “A percepção dos profissionais de saúde de uma Unidade de Saúde da Família sobre o acolhimento: interface com os atributos da Atenção Primária à Saúde”.

- Apresentação da pesquisa, objetivos, resultados e produtos aos profissionais de saúde da USF José Paulo Pimenta de Mello;
- Orientações sobre as próximas capacitações e suas correlações com os achados da pesquisa.

2. Acolhimento conforme a PNH:

- Apresentação da PNH e suas diretrizes;
- Apresentação do acolhimento e seus conceitos em consonância com a PNH;
- Dinâmica em grupo: Grupos serão formados e a cada grupo será entregue uma situação fictícia na USF. Os participantes deverão identificar se as práticas de acolhimento foram aplicadas ou não nestas situações, fazendo uma reflexão crítica sobre a importância deste dispositivo nas práticas de rotina da USF.

3. Atributos da APS:

- Apresentação da APS como porta de entrada do serviço;

- Apresentação dos atributos da APS com enfoque nos atributos essenciais;
- Dinâmica em grupo: Grupos serão formados e a cada grupo será entregue uma situação fictícia na USF. Os participantes deverão identificar a presença ou ausência dos atributos essenciais da APS nestas situações, fomentando uma reflexão crítica sobre a qualificação do serviço quando estes atributos estão presentes no serviço.

4. Trabalho interprofissional:

- Discussão sobre a importância do trabalho interprofissional no cenário da ESF.
- Dinâmica em grupo: Realização de dinâmica com o grupo que sensibilize quanto a importância de atuar em equipe em prol de um objetivo comum.

5. Oficina participativa para fomentar a implementação do acolhimento conforme a PNH:

- Discutir em grupo sobre a prática do acolhimento realizada na USF;
- Correlacionar com os conceitos de acolhimento discutidos nas capacitações anteriores;
- Dinâmica em grupo: Grupos serão formados e cada grupo deverá identificar os desafios/ dificuldades na implementação do acolhimento na USF. Após, os grupos deverão listar sugestões para superar os desafios apontados e assim refletir sobre a implementação nas práticas diárias do serviço;
- Acordar com a equipe a alteração do termo “acolhimento” utilizado na agenda para “demanda espontânea”.

Quanto à proposta de alteração do termo acolhimento para demanda espontânea na estrutura da agenda de atendimento, será enviada para a Secretaria Municipal de Saúde, após a finalização das oficinas e em consonância com os acordos construídos com a equipe.

6 Relação Ensino, Pesquisa e Extensão

As propostas descritas neste documento seguem o propósito da Dissertação do Mestrado Profissional em Saúde e Educação, onde foi analisada a percepção do acolhimento pelos profissionais da USF José Paulo Pimenta de Mello e suas correlações com os atributos da APS, sendo identificadas, sumariamente, a implementação desta diretriz correlacionada ao atendimento da demanda espontânea e o uso do termo acolhimento em estrutura da agenda de atendimentos, levando a uma compreensão da diretriz como vaga de consulta.

7 Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. HumanizaSUS: **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 16p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. 5. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 44 p.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

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

APÊNDICE VII

Relatório: Acolhimento na Atenção Primária à Saúde conforme Política Nacional de Humanização

Destinatário: Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto

Remetente: Daniely Machado Lourenço Rossmann

1 Introdução

Este relatório foi desenvolvido baseando-se nos resultados de dissertação do Mestrado Profissional em Saúde e Educação, intitulada “A percepção dos profissionais de uma Unidade de Saúde da Família sobre o acolhimento: interface com os atributos da Atenção Primária à Saúde”, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Fernanda Bergamini Vicentine. Esta pesquisa foi desenvolvida, entre 2024 e 2025, na Unidade de Saúde da Família (USF) José Paulo Pimenta de Mello, e teve como objetivo analisar a percepção dos profissionais sobre o acolhimento e a relação com os atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde (APS).

2 Objetivos do Relatório

2.1 Geral

Discutir sobre a prática do acolhimento, em cenário de APS, em consonância com a Política Nacional de Humanização (PNH).

2.2 Específicos

- Reafirmar a importância do trabalho em equipe;
- Reafirmar o acolhimento como postura ética a ser adotada pela equipe;
- Discutir a respeito da atenção centrada no usuário;
- Discutir quanto a possibilidade de mudança do termo acolhimento em estrutura de agenda do profissional de saúde.

3 Acolhimento na vertente da PNH

A PNH foi instituída em 2003, pelo Ministério da Saúde, com vistas a legitimar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), na rotina dos serviços de saúde, tendo como uma de suas diretrizes, o acolhimento (Brasil, 2013). Esta diretriz não se traduz em um espaço físico ou se restringe a serviço de triagem, e não deve ser fixada enquanto um horário em agenda médica de atendimentos, mas consiste em uma postura ética, direcionada aos usuários que adentram o serviço, devendo ser executada por todos os profissionais da equipe, em todos os momentos de produção de saúde. Faz-se necessário que a equipe tenha interesse em resolver as demandas trazidas pelos usuários, buscando identificá-las por meio de uma escuta qualificada (Brasil, 2010; Brasil, 2017).

É necessário que o ato de acolhida não se resuma a recepção da demanda espontânea, mas que ocorra em toda e qualquer situação de encontro do usuário com o serviço de saúde, contribuindo para construção do vínculo dos indivíduos com a equipe (Brasil, 2010).

4 Resultados da pesquisa

Em síntese, foram identificadas duas vertentes quanto à percepção do acolhimento pelos profissionais da USF: possuem conhecimento sobre este dispositivo conforme preconizado pela PNH, evidenciado quando mencionam termos como escuta, humanização do cuidado, responsabilidade de todos os profissionais, vínculo e identificação das reais demandas dos usuários. E em direção contrária, no tocante à implementação deste dispositivo, foi reportada como atendimento aos usuários de demanda espontânea, por meio de uma triagem exercida por uma categoria profissional específica, em um espaço físico determinado, ou seja, na sala do acolhimento, com direcionamento de fluxo predominantemente centrado no profissional médico. Também foi citado o termo acolhimento enquanto vaga de agenda dos profissionais, em horário pré-estabelecido.

Os quatro atributos da APS puderam ser identificados nas falas dos participantes, traduzindo que o acolhimento contribui para a aplicabilidade, na prática, dos princípios e diretrizes do SUS no cenário da ESF, ainda que a equipe compreenda o acolhimento como triagem.

5 Proposta

Diante dos resultados encontrados, pode haver uma correlação da percepção do acolhimento como triagem de usuários que buscam a USF sem agendamento prévio, em virtude da orientação contida no "Protocolo de Acolhimento da Demanda Espontânea" e a denominação acolhimento como vaga em estrutura de agenda de atendimento, referindo-se à demanda espontânea. Compreende-se que a organização do fluxo desse tipo de demanda é importante para a estruturação do serviço, porém o ato de acolher tem um sentido mais amplo.

Considerando o acolhimento enquanto prática humanizada, centrada no usuário, a ser executada pelos componentes da equipe, a todos os usuários que buscam o serviço, seja por demanda programada ou espontânea, durante todos os momentos de processo de trabalho, venho por meio deste relatório, sugerir a substituição da nomenclatura “acolhimento” da estrutura da agenda dos profissionais de saúde.

A nomeação “acolhimento” como vaga de demanda espontânea, possibilita uma limitação da compreensão e aplicabilidade desta diretriz, pela equipe, aos usuários que buscam a USF sem agendamento prévio. Desta forma, na prática, há uma tendência deste dispositivo resumir-se a um processo de triagem, baseado em atendimento queixa-conduta, aumentando o risco de assistências pontuais, médico-centradas.

Atualmente a Secretaria Municipal nomeia “consulta saúde” a vaga, na estrutura da agenda dos profissionais, para os usuários de demanda programada. Para garantir o atendimento da demanda advinda dos usuários que acessam a USF de maneira espontânea, sugeriria substituir o termo “acolhimento” por “consulta demanda espontânea”.

6 Considerações finais

O dispositivo acolhimento quando executado por toda a equipe, com compromisso de resolver as demandas, e ofertado a todos que adentram o serviço de saúde, dignifica, humaniza e qualifica o atendimento aos usuários, uma vez que fortalece os princípios do SUS e propicia o alcance dos atributos da APS. Entretanto,

a restrição do termo acolhimento à demanda espontânea e a vaga em agenda vai na contramão das recomendações advindas do MS.

Desta forma, em consonância com o compromisso social do Mestrado Profissional de desenvolver pesquisas que promovam transformação e aprimoramento das práticas de produção em saúde, bem como a atuação da Secretaria Municipal de Saúde na implementação de políticas públicas de saúde, este relatório buscou contribuir para a qualificação do cuidado em saúde da população do município, bem como evitar possíveis confusões relacionadas ao uso do termo acolhimento na rotina das unidades de saúde da APS.

7 Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. HumanizaSUS: **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 16p.

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

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

ANEXO I

APROVAÇÃO DA COMISSÃO DA PREFEITURA



Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto
Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde

Página: 54



OFÍCIO 428/2024 – CAPP
LSK/lsk

Ribeirão Preto, 09 de fevereiro de 2024.

Prezada senhora,

Informo que a Coordenação da Estratégia Saúde da Família e a supervisora da Unidade de Saúde da Família José Paulo Pimenta de Mello - USF Jardim Zara manifestaram concordância com a realização do projeto de pesquisa.

Assim a Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa manifesta parecer de viabilidade para o desenvolvimento do projeto de pesquisa "A percepção dos profissionais de uma Unidade de Saúde da Família sobre a prática do acolhimento" sob a responsabilidade da pesquisadora Daniely Machado Lourenço Rossmann e da orientadora Profa. Dra. Giovanna Cabral Doricci.

Informo que a pesquisa somente poderá iniciar com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente, devendo a pesquisadora informar via e-mail com antecedência o serviço e combinar melhor data para início da pesquisa.

Fica consignada a liberdade desta Secretaria em retirar o seu parecer de viabilidade, em qualquer fase da pesquisa, sem que isso lhe traga prejuízo ou responsabilização de qualquer ordem.

Solicito que a pesquisadora encaminhe à Secretaria Municipal da Saúde o Relatório Final ao encerrar a pesquisa.

Cordialmente,

Lauren Suemi Kawata
Presidente da Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa da
Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto

PROFA. DRA. GIOVANNA CABRAL DORICCI
UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO – UNAERP
NESTA

Comissão de Avaliação Projeto de Pesquisa
Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto /SP
e-mail: capp.saude@rp.ribeiraopreto.sp.gov.br



Assinaturas do documento

"Ofício viabilidade nº428 - Giovanna"



Código para verificação: **AGW6UXNM**

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



LAUREN SUEMI KAWATA (CPF: 311.XXX.678-XX) em 09/02/2024 às 13:58:13 (GMT-03:00)

Emitido por: "SolarBPM", emitido em 01/07/2022 - 09:40:12 e válido até 01/07/2122 - 09:40:12.

(Assinatura do sistema)

Para verificar a autenticidade desta cópia, acesse o link

<https://ribeiraopreto.solarbpm.softplan.com.br/atendimento/conferenciaDocumentos> e informe o processo **PMRP 2024/001351** e o código **AGW6UXNM** ou aponte a câmera para o QR Code presente nesta página para realizar a conferência.

ANEXO II

APROVAÇÃO DO CEP

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO
PRETO - UNAERP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: "A percepção dos profissionais de uma Unidade de Saúde da Família sobre a prática do acolhimento".

Pesquisador: DANIELY MACHADO LOURENCO ROSSMANN

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 78805324.2.0000.5498

Instituição Proponente: Universidade de Ribeirão Preto UNAERP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.886.727

Apresentação do Projeto:

As informações para elaboração do presente parecer foram elencadas com base na apresentação dos seguintes documentos: Justificativa da ausência do TCLE, folha de rosto, cronograma, e projeto detalhado.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender, na perspectiva dos profissionais de uma USF no município de Ribeirão Preto, o que é o acolhimento aos usuários que buscam a unidade de saúde e as ações que podem ser identificadas no cotidiano do serviço.

Objetivo Secundário:

Compreender o significado atribuído pelos profissionais da USF ao dispositivo "acolhimento"; Identificar ações mencionadas pelos profissionais da USF que correspondam ao acolhimento; Identificar desafios mencionados em relação ao acolhimento; Levantar necessidades de implantação ou melhoria em relação ao acolhimento na USF.

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco C

Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380

UF: SP **Município:** RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3603-7709 **Fax:** (16)3603-7709 **E-mail:** cetica@unaerp.br

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO
PRETO - UNAERP



Continuação do Parecer: 6.886.727

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos, o projeto de pesquisa afirma que a pesquisa abordará o tema de acolhimento e não ocorrerão procedimentos invasivos ou potencialmente lesivos, direcionado ao participante ou a qualquer outro indivíduo. Afirma ainda que caso o indivíduo não desejar participar da pesquisa não o será imputado qualquer tipo de constrangimento ou punição.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa intitulado: *“A percepção dos profissionais de uma Unidade de Saúde da Família sobre a prática do acolhimento”* é um levantamento epidemiológico da percepção dos profissionais da saúde a respeito de acolhimento de pacientes em unidades de saúde. Segundo o projeto de pesquisa todos os procedimentos desenvolvidos durante a realização do estudo ocorrerão em conformidade com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que trata de pesquisas envolvendo seres humanos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto: devidamente preenchida.

Orçamento: devidamente apresentado.

Cronograma: devidamente apresentado.

Recomendações:

Verificar a lista de inadequações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O TCLE precisa ser melhor reformulado. Não foi assinado pelos pesquisadores. As folhas que não tem a assinatura devem estar rubricadas. Não há descrito os dados do CEP/UNAERP.

Dados do comitê de ética:

Telefone: (16) 36037709

E-mail: cetica@unaerp.br

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco C

Bairro: RIBEIRANIA

CEP: 14.096-380

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3603-7709

Fax: (16)3603-7709

E-mail: cetica@unaerp.br

**UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO
PRETO - UNAERP**



Continuação do Parecer: 6.886.727

Local de Atendimento: Bloco C e Sala 8

Ele deve ser paginado pois há mais de uma página, ex: 1/3, 2/3, 3/3. A resolução 510/2016 do CNS deve ser citada.

Todas as pendências foram atendidas pelos pesquisadores obedecendo a Resolução 466/12 e Resolução 510/16 do CNS.

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto de pesquisa está aprovado e obedece a Resolução 466/12 do CNS e Resolução 510/16 do CNS. De acordo com a Resolução 466/2012, no item XI.2 d, cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar o relatório final de sua pesquisa ao Sistema CEP/CONEP. Além do relatório final, caso o estudo seja interrompido ou cancelado, é de responsabilidade do pesquisador comunicar ao CEP esta suspensão ou cancelamento. Para que estas comunicações sejam feitas, o pesquisador deve inicialmente acessar o modelo de relatório disponibilizado por esse CEP, preenchê-lo e assiná-lo adequadamente. Após o preenchimento e assinatura, o relatório deve ser encaminhado ao CEP em formato PDF através do envio de uma notificação pela Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2297188.pdf	27/05/2024 23:24:21		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MSE_Daniely.pdf	27/05/2024 23:22:39	DANIELY MACHADO LOURENCO ROSSMANN	Aceito
Declaração de concordância	Oficio_Viabilidade_n428.pdf	07/04/2024 00:32:17	DANIELY MACHADO	Aceito

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco C
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3603-7709 **Fax:** (16)3603-7709 **E-mail:** cetica@unaerp.br

**UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO
PRETO - UNAERP**



Continuação do Parecer: 6.886.727

Declaração de concordância	Oficio_Viabilidade_n428.pdf	07/04/2024 00:32:17	LOURENCO ROSSMANN	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa_Daniely_MSE.pdf	07/04/2024 00:29:24	DANIELY MACHADO LOURENCO ROSSMANN	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Pesquisa_Daniely.pdf	07/04/2024 00:20:48	DANIELY MACHADO LOURENCO ROSSMANN	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 13 de Junho de 2024

Assinado por:
ADRIANA APARECIDA LOPES
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco C
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-7709 **Fax:** (16)3603-7709 **E-mail:** cetica@unaerp.br