

ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA: ANÁLISE A PARTIR DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)

Francisco de Sales Clementino^{1*}, Luciano Bezerra Gomes², Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna³, Emanuella de Castro Marcolino⁴, Janaina Pessoa Araújo⁵, Thainá Vieira Chaves⁶

1. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS). Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

*Correspondência: Rua João Machado, 412, Ap. 204, Prata – Campina Grande, PB, Brasil. E-mail:

fclementino67@yahoo.com.br.

2. Departamento de Promoção da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). João Pessoa, PB, Brasil.

3. Departamento de Nutrição. UFPB. João Pessoa, PB, Brasil.

4. Programa de Pós-Graduação. Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Campina Grande, PB, Brasil.

5. Prefeitura Municipal de Campina Grande. Campina Grande, PB, Brasil.

6. Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica do Ministério da Saúde (PMAQ-AB).

RESUMO

O acolhimento propõe a reorganização dos serviços de saúde e das relações entre trabalhadores e usuários com base na escuta qualificada, responsabilização mútua, compromisso com a resolutividade e o trabalho multiprofissional e interdisciplinar. Na Atenção Básica, mostra-se como importante elemento de concretização da ampliação do acesso dos usuários a assistência à saúde. O presente artigo objetiva analisar o acolhimento prestado na Atenção Básica, em âmbito nacional, a partir dos resultados da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Estudo transversal com foco nos dados da avaliação externa do PMAQ-AB, realizada em 17.482 equipes de Saúde da Família aderidas ao programa. Em cada equipe da Atenção Básica, um profissional do ensino superior respondeu ao “módulo II”, e quatro usuários responderam ao “módulo III” do instrumento de avaliação externa aplicados por avaliadores externos, em versão digital por meio de *tablets*. Para análise dos dados, utilizou-se o programa estatístico SPSS. Conforme dados coletados, o acolhimento encontra-se implantado em 77% das Unidades de Atenção Básica, sendo o Enfermeiro o profissional com maior envolvimento nas ações de acolhimento. Cerca de 70% das equipes declararam realizar avaliação de risco e vulnerabilidade durante o acolhimento, embora apenas 43,9% delas relataram terem sido capacitadas para esta ação. Desse modo, por mais que a prática do acolhimento seja afirmada, sua concretização requer a interação de diversos aspectos, sobretudo, a alteração na micropolítica da produção de saúde nos serviços da Atenção Básica.

Palavras-chave: Atenção Básica, Acolhimento, Acesso aos Serviços de Saúde.

USER EMBRACEMENT IN PRIMARY CARE: ANALYSIS FROM EXTERNAL EVALUATION OF THE PROGRAM TO IMPROVE ACCESS AND QUALITY OF PRIMARY CARE (PMAQ-AB)

ABSTRACT

The user embracement concept proposes the reorganization of the health services and of the relations between workers and users based on qualified listening, mutual accountability, and commitment to solving multidisciplinary and interdisciplinary work. In Primary Care, this concept turns out to be an important element so as to expand

access to health care. This article aims to analyse the user embracement offered in primary care, nationwide, from the external evaluation results of the Program for Improving Access and Quality of Primary Care. Cross-sectional study focused on data from the external evaluation of this program, held in 17,482 family health teams adhered to the program. In each team of Primary Care, a professional from higher education responded to the "Module II" and four members responded to the "Module III" of the external evaluation instrument applied by external evaluators in digital format through their tablets. For data analysis, the SPSS statistical program was used. According to the data collected, the user embracement is implanted in 77% of Primary Care Units; being the nurse the professional who shows greater involvement in the host actions. About 70% of the teams reported performing risk assessment and vulnerability during the reception; although only 43.9% of them reported having been trained for this action. In this way, in order to make the user embracement concept really effective, its implementation requires the interaction of several aspects, especially the change in the micro-production of health in Primary Care services.

Keywords: Primary Care, Reception, Access to Health Services.

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF), ao se organizar em um novo modelo assistencial na constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), tem a finalidade de reestruturar e reorganizar a Atenção Básica em Saúde no Brasil. É compreendida como uma resposta de reorganização da prática assistencial que diverge do modelo curativista, tomando por base novos embasamentos e critérios, dentre esses, o potencial de inserção dos sujeitos no cuidado. Sendo assim, pode ser considerada como uma nova linguagem no âmbito da Atenção Básica (AB) (1-3).

O acolhimento é uma diretriz relevante do modelo tecnoassistencial em construção. Este propõe uma reorganização dos serviços de saúde e das relações entre trabalhadores e usuários com base na escuta qualificada, responsabilização mútua, compromisso com a resolutividade e o trabalho multiprofissional e interdisciplinar (4-6).

Essa prática não se limita a um local ou um ambiente, horário ou profissional específico para executá-la. Transpassa tais aspectos e baseia-se no compartilhamento de saberes e do cuidar com responsabilidade e postura ética. Considera-se um dispositivo operacional para proporcionar melhoria ao acesso dos serviços de saúde aos usuários. O desenvolvimento do acolhimento como tecnologia leve fundamental caracteriza-se como elemento-chave para promover a ampliação efetiva do acesso universal à AB e aos demais níveis do sistema (7-9).

Franco, Bueno e Merhy (10), propõem a prática do acolhimento como dispositivo que constrói práticas de saúde capazes de escutar demandas que emergem da realidade vivida. Representa um conjunto de ações que repensam a dinâmica de trabalho da equipe de Saúde da Família (SF), construindo um modelo assistencial capaz de envolver todos os profissionais na realização da assistência, na escuta de qualidade e na resolutividade dos problemas de saúde dos usuários.

Entretanto, a efetivação do acolhimento depara-se com entraves cotidianos, no que se refere ao despreparo dos profissionais, à dinâmica de trabalho centrada no modelo tradicional e à deficiência de estrutura física adequada das unidades de saúde. Diante dessas fragilidades, o acolhimento torna-se uma prática ainda nebulosa para as equipes de SF. Apesar de compreenderem os conceitos que o permeiam, a operacionalização, de fato, por parte dos profissionais, encontra-se aquém, observada nos processos de triagem, encaminhamento, agendamento de consulta, regras de acesso, ações reduzidas e focais, como sinônimos de acolhimento (11).

O acolhimento demanda mudança no posicionamento não só dos profissionais, mas também dos usuários e gestores, que devem compreendê-lo como parte de toda relação baseada no respeito às competências e atendimento do indivíduo, nas singularidades, construindo-se, a partir dessa compreensão, uma rede de diálogos. Dessa forma, é passível de se tornar uma prática institucionalizada e inserida no ser e fazer dos sujeitos envolvidos (12).

Considerando as práticas do acolhimento, em suas diversas modalidades, bem como as limitações para concretização do mesmo, pretende-se, com este artigo, analisar as peculiaridades do acolhimento na Atenção Básica em âmbito nacional a partir da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), considerando-o como uma possibilidade real na reorganização dos serviços da atenção básica.

Esse programa foi instituído com o intuito de melhorar os serviços de Atenção Básica (AB), aportados no acesso e na qualidade de maneira que se estabeleça um padrão nacional, no que se refere às ações voltadas a esse nível de atenção (13).

O PMAQ foi implantado em todos os estados brasileiros e delineou-se em quatro fases, sendo a avaliação externa a terceira delas e compreendida pela visita às unidades de Atenção Básica que aderiram ao Programa, a fim de constatar as condições de acesso e qualidade à Atenção Básica das mesmas.

Para tanto, definimos como pergunta norteadora “Quais as características do acolhimento apresentado no âmbito da atenção básica na perspectiva dos

profissionais de saúde e usuários a partir dos dados da avaliação externa do PMAQ-AB?”.

MÉTODOS

Estudo transversal baseado em dados da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), realizado no território brasileiro.

Esse estudo compreende uma pesquisa de âmbito nacional, com logística de realização conforme os grupos de pesquisa regionais. Cinco instituições de ensino superior coordenaram a pesquisa nacionalmente, mobilizando outras instituições de ensino superior nos 27 estados federativos para a concretização da avaliação externa.

A avaliação externa do PMAQ-AB ocorreu, majoritariamente, entre maio e outubro de 2012 em todo o Brasil. Nesse período, foram percorridos 5.565 municípios, dentre os quais 17.482 equipes de Saúde da Família, que aderiram ao PMAQ, foram avaliadas. Todas as equipes de AB, com adesão ao Programa, participaram da pesquisa, sendo que, em cada equipe, um profissional de saúde com formação em ensino superior respondeu ao instrumento chamado “módulo II” (Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade Básica de Saúde) e cerca de quatro usuários responderam ao instrumento denominado “módulo III” (Entrevista na Unidade de Saúde com o Usuário).

O módulo II compõe-se por 439 itens divididos em 39 blocos e o módulo III por 318 itens divididos em 19 blocos, os quais abrangem várias dimensões do processo de trabalho das equipes de SF.

Anterior à avaliação externa propriamente dita, todos os municípios que aderiram às equipes de Saúde da Família, ao PMAQ, foram informados da visita dos avaliadores externos através do gestor municipal de saúde. Nesse contato prévio, os gestores tomavam ciência da data de visita da equipe de avaliação às Unidades Básicas de Saúde. Sabedores da visita da equipe de avaliação externa, os municípios colaboraram com apoio a identificação das unidades de saúde por meio da disponibilização de transporte interno, assim como utilizou-se GPS (Global Positioning System).

A aplicação dos instrumentos de coleta de dados deu-se em versão digital por meio de *tablets*, por avaliadores externos previamente treinados. No Brasil, a equipe constituiu-se por 900 coletadores de dados e supervisores de campo. Em cada

entrevista era assegurada a participação voluntária com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de cada respondente (profissional de saúde e usuário). O tempo de resposta ao formulário pelo profissional de saúde transcorreu, em média, durante uma hora e meia e, dentre os usuários, em cerca de trinta minutos. Nesse espaço temporal, as respostas eram registradas no aplicativo do PMAQ contido nos *tablets*, sendo cada formulário enviado por meio desse aplicativo, via internet, ao banco de dados nacional do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS).

O presente estudo considera do módulo II, apenas o bloco 15, que corresponde aos itens 15.1 a 15.12; e, do módulo III, o bloco 7, que compreende os itens 7.1 a 7.13. Esses blocos remetem ao acolhimento da demanda espontânea na perspectiva do profissional de saúde e do usuário.

Como variáveis do estudo para o módulo II, destinado aos profissionais de saúde, definiu-se: acolhimento implantado na equipe de atenção básica, turno de realização do acolhimento, frequência de realização do acolhimento, profissionais que participam do acolhimento, existência de protocolo para acolhimento, atendimentos de urgência e emergência, avaliação de risco e vulnerabilidade, ações desencadeadas a partir do acolhimento. E, para o módulo III, direcionado ao usuário, estabeleceu-se: escuta ativa, profissional que realiza a escuta, tempo de espera para a escuta, opinião do usuário quanto ao acolhimento, atendimento das necessidades dos usuários mediante as orientações dos profissionais, respeito aos usuários por parte dos profissionais, busca por atendimento de urgência e atendimento de urgência na unidade de saúde, sem consulta marcada.

Para análise dos dados, o banco de dados nacional passou por um processo de varredura de erros e distorções dos dados no DAB – MS, que, depois de finalizado, pode ser analisado.

Assim, realizou-se análise descritiva dos dados, através da distribuição de proporções absolutas e relativas das variáveis selecionadas. Em todo o processo utilizou-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.

A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, conforme a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Em todo o Brasil, o acolhimento desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), de modo geral, mostrou-se com características equiparadas. As principais diferenças foram notadas no contraponto entre a perspectiva do profissional de saúde e dos usuários das 17.482 Equipes de Saúde da Família. Os resultados, por região, estão apresentados na tabela 1.

Tabela 1. Percentual das respostas às questões sobre Acolhimento nas entrevistas realizadas com os profissionais na avaliação externa do PMAQ, no ano de 2012, segundo distribuição regional.

REGIÃO DO BRASIL (%)					
Aspecto Avaliado	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul
Implantação do acolhimento	62,9	81,2	66,8	92,2	81,9
Turno matinal para realização do acolhimento	65,7	81,3	61,0	91,3	80,2
Frequência de realização do acolhimento nos cinco dias da semana	61,4	70,9	51,9	83,6	78,3
Participação do enfermeiro no acolhimento	62,7	77,7	54,3	89,6	79,6
Atenção ao protocolo de acolhimento (escuta e avaliação de necessidade)	94,4	97,5	91,5	98,6	98,1
Atendimento de urgência e emergência	60,1	73,6	67,1	75,7	81,6
Avaliação de risco e vulnerabilidade	51,7	71,4	57,3	81,3	73,1
Capacitação das equipes para avaliação de risco	34,7	47,0	33,2	61,6	43,1
Agendamento para médico	57,5	76,1	58,2	89,6	77,0
Agendamento para enfermeiro	0,4	0,5	1,4	0,7	0,1
Realização de ação sem consulta	55,7	76,7	58,3	88,1	79,9

Fonte: Banco de dados do 1º Ciclo de Avaliação Externa do PMAQ, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à saúde, Ministério da Saúde.

Com base nas respostas dos profissionais de saúde, o acolhimento encontrava-se implantado em 92,2% das Unidades de Saúde na região Sudeste; de

maneira decrescente nas outras regiões: 81,9% na região Sul; 81,2% na região Nordeste; 66,8% na região Centro-Oeste e 62,9% na região Norte.

No que se refere à dinâmica de trabalho do acolhimento nas Unidades de Saúde, o turno de predomínio dessa ação foi o matinal: 91,3% das Unidades de Saúde na região Sudeste; 81,3% no Nordeste, 80,2% no Sul; 65,7% no Norte e 61,0% na região Centro-Oeste. Quando comparado ao turno vespertino, há um declínio de, em média, 6,6% no que se refere às Unidades de Saúde que realizam o acolhimento e acentuado ainda mais em relação ao turno da noite, com redução em média de 65,5%. Dentre as cinco regiões, o acolhimento à noite se destaca na região Sudeste como sendo realizado em 7,7% das Unidades de Saúde.

Em relação à frequência de execução do acolhimento durante a semana, há o predomínio da realização em cinco dias, ou seja, todos os dias de funcionamento das Unidades de Saúde no período semana. Este dado mostrou-se presente em 83,6% das UBS na região Sudeste, 78,3% na região Sul, 70,9% na região Nordeste, 61,4% na região Norte e 51,9% na região Centro-Oeste.

Entre os profissionais de saúde de nível superior que compõem a equipe de Atenção Básica, o enfermeiro foi apontado como o profissional que mais participa do acolhimento em todas as regiões do país. Na região Sudeste, o enfermeiro encontrava-se inserido na ação do acolhimento em 89,6% das UBS, na região Sul 79,6%, na região Nordeste 77,7%, região Norte 62,7% e Centro-Oeste 54,3%. A participação do médico representa em média 34,48% das UBS, e do odontólogo, em média, 25,32%.

Quando se tratava dos profissionais de nível médio, o Técnico de Enfermagem liderou a participação no acolhimento, sendo citados, em média, em 51,6% das UBS, em contraponto com 20,2% de menção aos Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliares em Saúde Bucal.

Dentre as cinco regiões do país, de acordo com os profissionais de saúde, o atendimento à demanda espontânea, de modo a escutar e a avaliar a necessidade do usuário nas UBS, mostra-se com percentagens aproximadas, superiores a 90%, estando a região Sudeste com o maior percentual: 98,6%; seguida pela região Sul, com 98,1%; Nordeste, com 97,5%; Norte, com 94,4% e, a região Centro-Oeste, 91,5%.

Em contrapartida ao dado acima, no item que se refere à existência de protocolo com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea e/ou situações de urgência, a maior parte das equipes de Atenção Básica

afirmou não possuir. Nesse tópico, a proporção nacional das equipes de AB que relataram a inexistência do protocolo atingiu 45,6%. Por outro lado, 30,9% das equipes de AB expressou possuir o referido protocolo e 23,5% não souberam ou não quiseram responder.

Significativo percentual das equipes de Atenção Básica afirmou realizar atendimento de urgência e emergência nas unidades de saúde em que atuam. Na região Sul, o percentual alcançou 81,6%, na região Sudeste 75,7%, na região Nordeste 73,6%, na região Centro-Oeste 67,1% e, na região Norte, 60,1%.

Na região Sudeste, 81,3% das equipes de AB declarou realizar avaliação de risco e vulnerabilidade no momento do acolhimento, enquanto na região Sul 73,1% afirmaram a execução dessa ação; na região Nordeste, 71,4%; na região Centro-Oeste 57,3% e na região Norte 51,7%.

Entretanto, o percentual de equipes que foram capacitadas para tal ação demonstrou-se inferior ao de execução. Na região Sudeste, somente 61,6% das equipes atestaram terem recebido capacitação; na região Nordeste 47,0%; no Sul 43,1%; no Norte 34,7% e na região Centro-Oeste 33,2%.

Apesar da parcela expressiva das equipes de AB manifestar realização de avaliação de risco e vulnerabilidade, as mesmas não afirmaram definir a resposta ao usuário a partir dessa avaliação em porcentagem equivalente. Quanto à definição de resposta ao usuário a partir do risco identificado, em nível nacional, 48,36% das equipes de AB não sabiam ou não responderam acerca do tema, e 40,76% afirmam a execução da referida ação.

Geralmente, as equipes de atenção básica produzem ações como resposta ao acolhimento realizado ao usuário. A frequência dessas ações variou entre as regiões do país. Uma das principais ações pautou-se na marcação de usuário na agenda do médico, o que representou 89,6% das equipes da região Sudeste, 77,0% da região Sul, 76,1% da região Nordeste, 58,2% da região Centro-Oeste, e 57,5% da região Norte.

Por outro lado, verificou-se que a marcação de usuário na agenda do enfermeiro foi bastante baixa, sendo registrada em menos de 1% para todas as regiões, à exceção do Centro-Oeste, com um percentual também baixo, de 1,4%. Outras ações desenvolvidas a partir do acolhimento realizado nas unidades de saúde pautou-se no esclarecimento de dúvidas sobre saúde sem marcação de consulta: 88,1% das equipes de saúde na região Sudeste; 79,9% da região Sul, 76,7% na região Nordeste, 58,3% na região Centro-Oeste e 55,7% na região Norte; bem como

na solicitação de exames, também sem haver passado por consulta: 62,4% das equipes de AB na região Nordeste, 71,9% na região Sudeste, 63,0% na região Sul, 40,0% na região Norte, 39,9% na região Centro Oeste. As medidas terapêuticas que não envolvem a prescrição de medicação representaram, no geral, cerca de 66,2% das equipes de AB, enquanto que a prescrição de alguma medicação foi realizada por 52,2% das equipes de AB em todo o país.

Os dados acima apresentados referem-se aos profissionais. Em confronto a eles, também foi investigada a perspectiva dos usuários acerca do acolhimento. O ato de conseguir ser escutado, quando procura a equipe de Saúde da Família, foi citado por 73,8% dos usuários da região Sul, 68,2% da região Sudeste, 64,0% da região Nordeste, 58,2% da região Centro-Oeste e 57,0% da região Norte.

A maior parte dos usuários entrevistados (41,8% nas regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste e 31,8% das regiões Sul e Sudeste) não souberam responder o tempo de espera para ser escutado. Daqueles que responderam nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste, o tempo em minutos predominante em relação às diversas respostas foi de cinco minutos, 12,3% dos usuários em cada uma destas regiões; enquanto nas regiões Sudeste e Sul dos que responderam, a predominância pautou-se em 10 minutos de espera, 11,5% dos usuários em cada uma dessas regiões. Destaca-se que outros tempos de espera citados pelos usuários representaram percentuais mínimos não havendo relevância em mencioná-los.

O profissional da equipe de SF que mais realiza a ação da escuta é o enfermeiro, citado por 40,9% dos usuários, enquanto o médico foi mencionado por 23,8% dos usuários entrevistados em todas as regiões.

Quanto ao tempo de espera para ser atendido pelo profissional de saúde, a maior parte dos usuários não soube responder o questionamento: (72,8% nas regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste e 65% nas regiões Sudeste e Sul). Dos usuários entrevistados que responderam, 5,4% dos usuários relataram aguardar cinco minutos para o atendimento das três seguintes regiões: Centro-Oeste, Norte e Nordeste. E 6,3% dos usuários das regiões Sudeste e Sul afirmaram aguardar 10 minutos.

Em todo o território nacional, a opinião do usuário quanto à qualidade do acolhimento recebido na unidade de saúde procurada foi considerado “muito bom” para 18,1% dos usuários, “bom” para 37,6%, “razoável” para 9,6%, “ruim” para 0,7%. Ressalta-se que 33,6% dos usuários não souberam responder.

Quando questionados se as orientações dos profissionais de saúde atendiam às necessidades dos mesmos, grande parte dos usuários, 49,7%, afirmaram “sim,

sempre”, restando os que declararam “sim, algumas vezes” 11,0%, “não” 1,3% e 37,8% “não sabe/não respondeu”.

Do total de usuários, 90,3% relataram se sentirem respeitados pelos profissionais de saúde da equipe de SF “sempre”, 6,7% “algumas vezes”, 1,3% não se sentem respeitados e 0,4% não souberam responder ou não quiseram.

Dos usuários entrevistados, a maioria, quando teve algum problema de saúde pela última vez, procurou atendimento; nas regiões Centro-Oeste, Nordeste e Norte esses corresponderam a 61% dos usuários em cada região supracitada, e 63,5% dos usuários nas regiões Sudeste e Sul. Desses usuários que procuraram atendimento, 33,7% dos usuários de cada uma das regiões Centro-Oeste, Nordeste e Norte e 42,8% das regiões Sudeste e Sul afirmaram procurar atendimento na Unidade de Atenção Básica que estava sendo avaliada.

Todavia, apenas o percentual de 27,2% dos usuários entrevistados na região Centro-Oeste, 27,2% na região Nordeste e 27,2% na região Norte, bem como 35% na região Sudeste, e 35% na região Sul afirmaram ter conseguido atendimento nessa Unidade de Atenção Básica na mesma hora sem consulta marcada. Corresponde o maior percentual de respostas dos usuários, para esse questionamento, o item “não sabe ou não respondeu”, representando 66,3% dos usuários entrevistados de cada uma das seguintes regiões: Centro-Oeste, Nordeste e Norte, e 57,2% dos usuários das regiões Sudeste e Sul.

DISCUSSÃO

O estudo revelou alta percentagem de produção do acolhimento nas Unidades de Saúde em todo o território nacional. Não somente como prática pontual, mas como parte do cotidiano do trabalho em saúde na Atenção Básica, já que a prática mostra-se como diária considerando a carga horária semanal da Estratégia Saúde da Família.

Entretanto, o fato das afirmações da presença do acolhimento nas UBS partirem exclusivamente da própria fala dos profissionais de saúde resulta de um leque de entendimentos por parte dos mesmos acerca do conceito e da prática do acolhimento. De tal modo, tais concepções podem ter refletido nas declarações da execução ou não do acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde.

O estudo de Arruda e Silva (14) evidenciou diferenças na compreensão do que é acolhimento por parte dos profissionais de saúde da Atenção Básica. Para a maioria, o acolhimento era considerado como mais uma atividade dentre as opções oferecidas

pelas equipes de Atenção Básica, enquanto uma pequena parcela entendia o acolhimento como um modo diferente de fazer em saúde, sendo assim, a forma de se posicionar do profissional frente às necessidades do usuário.

O momento do usuário com o profissional no serviço de saúde se traduz pelo encontro entre as necessidades de um e as ações clínicas do outro, sendo essas últimas baseadas nos processos de intervenção que, primordialmente, se ancoram nas tecnologias leves, a fim de manter ou recuperar o modo de vida do usuário (6). Nesse sentido, percebe-se um processo relacional entre usuário e trabalhador em saúde na perspectiva do cuidado, visando o sujeito individual.

Conforme Merhy (15), desenvolver atuação em saúde com foco no usuário requer, sobretudo, a habilidade de responsabilização, resolução, autonomia e acolhimento. Nesta direção, as práticas relacionais, que são a materialização das tecnologias leves, embasam a prática do acolhimento, o qual Teixeira define como uma “rede de conversações” (16).

Desse modo, há duas possibilidades de compreensão do acolhimento. De acordo com Teixeira (16), o acolhimento não deve ser compreendido como uma ação própria e isolada, mas impregnada em toda atividade voltada ao usuário na busca contínua de negociações das necessidades a fim de satisfazê-las por meio de direcionamento na rede assistencial.

No entendimento de Franco, Bueno e Merhy (10), o acolhimento mostra-se como uma dimensão na relação entre usuário e trabalhador em saúde, o qual se constitui como dispositivo de questionamento dos mecanismos de escuta dos usuários, permitindo a busca de alternativas de acessibilidade dos sujeitos nos serviços de saúde. Nessa perspectiva, a finalidade do acolhimento seria a ampliação do acesso dos usuários aos serviços, a garantia da humanização no atendimento, bem como, ferramenta de reorganização do processo de trabalho (14).

Entende-se que uma concepção não elimina a outra e que os conceitos se complementam, visto que buscam, de certo modo, um fim em comum: a resolução da necessidade do usuário por meio da interação entre o mesmo e profissional de saúde. Este estudo tende a caminhar pela compreensão de Franco, Bueno e Merhy (10), enfocando no acolhimento, como perspectiva de acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Isto se aproxima da própria formulação do PMAQ que, para induzir mudança no processo de trabalho das equipes de Atenção Básica, toma como diretrizes: a melhoria do acesso aos serviços, a organização da atenção segundo as necessidades

de saúde dos usuários, e a qualificação da atuação dos trabalhadores das equipes de saúde da família (17).

Pela compreensão do acolhimento, como elemento do processo de trabalho das Unidades de Atenção Básica, este torna-se dispositivo de reorganização da dinâmica de trabalho, tendo como um dos focos o atendimento à demanda espontânea (14). A atual pesquisa evidenciou, a partir das menções dos profissionais de saúde, que a maioria expressiva das equipes de Saúde da Família realiza atendimento à demanda espontânea escutando e avaliando as necessidades do usuário.

Em contrapartida, cerca de apenas um terço dos usuários mencionaram serem atendidos nas Unidades de Atenção Básica sem consulta marcada quando tiveram o último problema de saúde e buscaram a equipe de Atenção Básica. Salienta-se que a maior parte dos usuários ratificou procurar, primeiramente, a Unidade de Saúde de Atenção Básica diante dessa necessidade.

Entende-se como demanda espontânea, a necessidade de saúde definida pelo usuário, de modo variado, podendo ou não ser apresentada ao serviço de saúde em forma de demanda. Quando exposta pelo usuário, se faz importante escutá-la e acolhê-la, sobretudo, reconhecê-la como legítima (18).

A Atenção Básica, além de se configurar como uma das principais portas de entrada do sistema de saúde, precisa assumir o papel de porta aberta com capacidade de fornecer respostas ao usuário, ultrapassando o caráter de mero primeiro passo burocrático e obrigatório no caminho da rede de atenção a saúde (18).

Inevitavelmente, o caráter resolutivo da Atenção Básica perpassa na ampliação da escuta e análise das demandas associadas à oferta de condutas capazes de lidar com as complexas necessidades advindas dos usuários (18), ou seja, o efetivo atendimento à demanda espontânea.

Desse modo, pode-se salientar a complexidade de realizar o acolhimento, pois necessariamente este se sustenta na tecnologia das relações (19). É no momento das relações que se produz saúde; e o acolhimento se destaca como o meio de relações de escuta e responsabilizações, capaz de constituir vínculos e compromissos em prol de projetos de intervenção (6).

Portanto, o acolhimento além de garantir a relação trabalhador-usuário, propõe o acesso universal e o trabalho multiprofissional e horizontalizado deslocando o eixo central do cuidado do profissional médico (1). Nesse sentido, todo profissional da equipe de saúde deve participar do acolhimento, tendo em vista que a execução do

mesmo requer ações articuladas e envolvimento efetivo dos diversos trabalhadores, cada qual contribuindo com os saberes específicos, no entanto pensando o cuidado do indivíduo a partir do todo. Assim, torna-se impossível haver acolhimento a partir da vontade de um único ator (18).

Todavia, o presente estudo demonstrou envolvimento majoritário do profissional enfermeiro no acolhimento realizado nas Unidades Básicas de Saúde em nível nacional. O estudo de Arruda e Silva (14), corrobora o maior envolvimento da enfermagem nas atividades consideradas como acolhimento, e ainda, percebe-se que esse profissional assume responsabilidades de modo isolado as quais deveriam ser compartilhadas entre os membros da equipe de Atenção Básica.

Mesmo diante do expressivo envolvimento do enfermeiro no acolhimento, de modo controverso, o presente estudo apresentou como demandas resultantes do acolhimento, primordialmente, a marcação de consulta na agenda do médico para o usuário, em segunda instância, na agenda do odontólogo, e por fim, em situações raras na agenda do enfermeiro.

Tal cenário coloca em questão a finalidade do acolhimento. Conforme Arruda e Silva (14), a implantação do acolhimento visa superar dificuldades do próprio processo de trabalho incluindo a demanda reprimida, alta solicitação pela população por consulta médica sem necessidade, processo de trabalho centrado na prática médica e baixo aproveitamento dos demais profissionais da equipe de saúde da família.

Com base no exposto, pode-se supor que o predomínio de marcação de consulta médica a partir do acolhimento traduziria, primeiramente, ausência de modificações do processo de trabalho como resultado do acolhimento, sendo esta prática possivelmente equiparada a uma triagem à medida que o direcionamento do usuário já possui “caminhos certos”, e em segunda instância, confirmaria a reprodução do modelo médico-curativista o qual entende o profissional da medicina como a figura central do processo saúde-doença, e a peça chave para resolutividade na atenção à saúde, sendo o direcionamento a esse profissional a primeira escolha.

Assim, a concretização do acolhimento perpassa a reflexão crítica da micropolítica do processo de trabalho e as implicações da mesma no modelo de atenção, ambiente no qual se funda o trabalho vivo em ato. Desse modo, a efetivação do acolhimento como prática real requer mudanças no processo de trabalho, tornando-o diretriz operacional do trabalho em saúde; no entanto, essa realidade ainda é um processo em construção (1,6).

O estudo de Souza (1), demonstrou particularidades da prática do acolhimento em Unidades de Saúde. Os autores enfatizam a variação de concepção, nível de implantação e estratégias de reorganização do trabalho em saúde no que se refere ao acolhimento. Do mesmo modo que há Unidades de Saúde que utilizam o acolhimento como suporte para organização do trabalho cotidiano, há aquelas que desconhecem o acolhimento em termos de conceito e prática.

Esse desconhecimento implica na reprodução do mecanismo burocrático do trabalho em saúde, no qual o usuário esbarra nas filas, nas fichas e na espera pelas consultas. Tal cenário se contrapõe ao caráter resolutivo e de porta de entrada intrínseco a Atenção Básica, o que recai sobre a concepção de acesso a saúde por parte dos usuários através do primeiro nível de atenção.

Quando se busca a responsabilização clínica e sanitária e a intervenção resolutiva, reconhece-se a necessidade de acolher e vincular, do contrário não há construção de laços efetivos de responsabilização e resolutividade no processo de produção saúde e doença (6).

A procura pela resolutividade caracteriza-se pelo primeiro passo no alcance do acesso à saúde e os estudos recentes impulsionam ao entendimento do acesso para além dos números de atendimento, com vistas a uma análise de qualificação do modo como o indivíduo chega ao serviço de saúde, é recebido e encaminhado.

Starfield (20), discute os conceitos de acesso e acessibilidade demonstrando as diferenças entre estes e o significado de complementariedade. Para a autora, a acessibilidade se refere à possibilidade dos indivíduos chegarem até os serviços de saúde, enquanto que o acesso possibilita o uso de modo oportuno dos serviços de saúde a fim de alcançar os resultados adequados às necessidades (1).

Nessa perspectiva, o acolhimento apresenta-se como possibilidade de reflexão acerca da relação usuário-serviço sob o olhar específico do acesso através dos meios de recepção dos usuários, que incluem o local, as circunstâncias, os objetivos e os resultados (1,21). Como etapa do processo de relação usuário-trabalhador, o acolhimento evidencia a dinâmica e os critérios de acesso aos quais os usuários estão submetidos. O interessante é que se estabeleça uma dinâmica capaz de implantar novas possibilidades de trabalho em saúde implicando em modificações no cotidiano dos serviços com foco no processo usuário-centrado, na busca pela defesa da vida individual e coletiva (6).

A reorganização da dinâmica de trabalho perpassa na análise dos fatores que favorecem ou dificultam o acesso do usuário aos serviços de saúde de Atenção

Básica, entre eles a organização da demanda espontânea, a infraestrutura para o atendimento, o não acolhimento das urgências nas UBSFs, bem como atendimento sem avaliação de risco e vulnerabilidades (22).

A avaliação de risco e vulnerabilidades na Atenção Básica parte do pressuposto da garantia do acesso com equidade; entendendo equidade como o princípio que almeja tratar diferentemente os desiguais de acordo com as necessidades de cada um a fim de evitar atendimentos injustos por não considerar as diferentes necessidades (22).

Nacionalmente, 66,96% das equipes de Saúde da Família avaliadas pelo PMAQ AB declararam realizar avaliação de risco e vulnerabilidade durante o acolhimento nas Unidades de Saúde. Entretanto, registrou-se um percentual menor, de 43,92%, dessas mesmas equipes de Saúde da Família que foram capacitadas para tal atuação.

Avaliar o risco e a vulnerabilidade dos indivíduos significa reunir subsídios para orientar o tipo de intervenção mais adequada e a oferta de cuidado necessária em conformidade com o tempo para tal atuação. Vale salientar que, para além dos riscos biológicos, considera-se a relevância das vulnerabilidades, subjetivas e sociais, dos indivíduos, sendo o momento do acolhimento o espaço de interação entre equipe de saúde e usuário associando-se os riscos biológicos às vulnerabilidades sociais a fim de mobilizar as ofertas adequadas (22).

Na Atenção Básica, especialmente, se requer a combinação dos riscos e vulnerabilidades tendo em vista se primar pelos princípios da responsabilização, da vinculação, da longitudinalidade e da gestão do cuidado. Para tanto, é necessário o trabalho em equipe, a competência técnica e o bom senso no atendimento aos casos considerando-se que as variadas situações de vulnerabilidade não permitem a definição de padrões e caminhos engessados (22).

Percebe-se, portanto, que a grande contribuição da avaliação de risco e vulnerabilidade na Atenção Básica encontra-se na definição da resposta ao usuário, ou seja, o caminho que o mesmo percorrerá e em quanto tempo deve ocorrer, a partir de um processo dialógico no qual as trocas proporcionam a exibição das peculiaridades específicas de cada necessidade, a responsabilização e o autocuidado.

Apesar de um bom percentual de equipes de SF afirmarem realizar avaliação de risco e vulnerabilidade nas Unidades de Saúde, em contrapartida, quase 50% das equipes não souberam responder acerca da definição de resposta ao usuário a partir da análise de risco e vulnerabilidade. De acordo com o Caderno de Atenção Básica do

Ministério da Saúde (23), as intervenções podem ser classificadas em dois amplos grupos: não agudo, se encaixa nas intervenções programadas; e agudo, que necessita de atendimento imediato, prioritário ou no mesmo dia (22).

Desse modo, entende-se a avaliação de risco e vulnerabilidade como ferramenta de potencialização do cuidado ao usuário, considerando-se este como o foco central de todo o processo de intervenção e atenção em saúde. Por essa perspectiva, o usuário centrado, o envolvimento e a participação do mesmo tornam-se peça fundamental no processo terapêutico desde o primeiro contato com a equipe de Saúde da Família.

A percepção do usuário acerca do serviço que lhe é prestado influencia diretamente na capacidade de relação e vínculo com a equipe de Atenção Básica. Nessa direção, o presente artigo destaca a visão do usuário em relação aos elementos que envolvem o acolhimento e ao atendimento em saúde.

Cerca de 64,24% dos usuários afirmaram ser escutados pelas equipes de Atenção Básica; apesar de ser um número expressivo, não atinge o percentual indicado pelos profissionais de saúde de cerca de 90% de implantação do acolhimento nas Unidades de Atenção Básica. Essa diferença pode ser explicada por dois aspectos, ora a divergência de concepções acerca do “ser escutado”, “ser acolhido”, ora a concretização, de fato, do acolhimento por parte das equipes de Saúde da Família não impactando no modo de ver a atenção à saúde por parte do usuário.

No que concerne à opinião dos usuários acerca da qualidade do acolhimento realizado pelas equipes de Saúde da Família, um terço referiram como “bom”, porém um terço também dos usuários não soube opinar. Percebe-se fragilidade dos usuários em avaliar o serviço no qual são atendido. Pode-se supor que tal condição perpassa o desconhecimento, mas, especialmente, a falta de envolvimento dos usuários com a equipe de Saúde da Família.

Entende-se que o envolvimento e interação do usuário no próprio cuidado o tornam um indivíduo implicado no processo e capaz de dialogar sobre a atenção oferecida ao mesmo, bem como, contribuir positivamente nesse caminho. O empoderamento do usuário se dá na aprendizagem do como se cuidar, bem como no processo subjetivo de fazer com que se sintam aptos para o autocuidado, o que gera um aumento no grau de autonomia diante dos serviços (23).

Para corroborar esse pensamento, destaca-se o aspecto relativo à opinião dos usuários quanto às orientações dispendidas pelos profissionais de saúde. Nesse item, a satisfação mostrou-se positiva por parcela relativa dos usuários. Compreende-se

que no momento das orientações em saúde, inevitavelmente, há trocas entre profissionais e usuários fazendo com que o indivíduo seja inserido no processo terapêutico e convocado ao autocuidado.

A concretização do acolhimento, acima de tudo, funda-se em como se dá a relação trabalhador-usuário, sendo esta pautada no trabalho em saúde, centrada no usuário, cujo protagonismo da produção de saúde compartilha-se entre profissionais e usuários. Essa conformação requer reorganização da dinâmica de trabalho, envolvimento profissional, trabalho em equipe e, sobretudo, a mudança na visão do como produzir saúde e no papel da Atenção Básica na cadeia de cuidado ao usuário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo revelou que, do ponto de vista dos usuários atendidos pela Estratégia Saúde da Família, nas cinco regiões brasileiras avaliadas, o atendimento à demanda espontânea, de modo a escutar e a avaliar a necessidade do usuário nas UBS, mostra-se com percentagens aproximadas, superiores a 90%.

Apesar dos esforços demonstrados por parte das equipes da ESF, com possibilidade de desencadear mudanças na organização e funcionamento das UBSF, percebe-se que a implantação e a implementação do acolhimento nas UBSF avaliadas apresentam limitações, tendo em vista dificuldades enfrentadas por parte das equipes, tais como:

- inexistência de protocolo para estratégia do acolhimento à demanda espontânea e/ou situações de urgência;
- baixo percentual de equipes capacitadas para estratégia do acolhimento, com distribuição irregular entre as equipes da ESF das regiões brasileiras avaliadas;
- no tocante à realização de avaliação de risco e vulnerabilidade, 48,36% das equipes de AB, em nível nacional, não sabiam do que se tratava ou não responderam acerca do tema, enquanto que 40,76% afirmam a execução da referida ação.

Chamam atenção ainda os percentuais referentes à participação dos profissionais de saúde de nível superior na estratégia do acolhimento: destacou-se o enfermeiro como o profissional que mais participa do acolhimento, no entanto, verificou-se um percentual bastante baixo na marcação de consulta do usuário na agenda do enfermeiro.

Diante dessas constatações, indaga-se: quais seriam as razões da centralização da estratégia do acolhimento no profissional enfermeiro? Além disso,

cabe pontuar por que essa categoria apresentou no item marcação de consulta pelo usuário na agenda do enfermeiro, um percentual bastante baixo?

Frente à reflexão acima exposta, pode-se deduzir que, por mais que a prática do acolhimento seja afirmada, a sua concretização requer a interação de diversos aspectos e alteração na micropolítica da produção de saúde, refletindo diretamente no envolvimento e satisfação do usuário, já que o mesmo é o elemento central desse processo.

Portanto, o acolhimento nos serviços de saúde envolve a recepção adequada da clientela, com escuta ativa das demandas apresentadas pelos usuários, devendo ser realizado por toda equipe de saúde. Nesta perspectiva, torna-se imprescindível o investimento permanente da gestão e dos trabalhadores diante das reais necessidades de saúde da comunidade.

Destarte, a educação permanente configura-se como instrumento de avaliação e acompanhamento do trabalho das equipes da ESF, instrumentalizando-os adequadamente com vistas a acolher as necessidades de saúde dos usuários.

O acolhimento que se constitui um desafio na qualificação da atenção à saúde dos usuários, também se caracteriza como dispositivo de avanço significativo pela possibilidade evidente de garantia dos princípios de integralidade, universalização e equidade do Sistema Único de Saúde brasileiro.

REFERÊNCIAS

- 1 Neves CAB, Heckert ALC. Micropolítica do processo de acolhimento em saúde. *Estud. pesqui. psicol.* 2010; 10(1): 0-0.
- 2 Guerrero P, Mello ALSF, Andrade SR, Erdmann AL. User embracement as a good practice in primary health care. *Texto contexto - enferm.* 2013; 22(1): 132-140.
- 3 Gomes MC. Percepção dos usuários sobre o acolhimento pela equipe da ESF de Glória de Dourados/MG. Glória de Dourados; 2011.
- 4 Guerrero P, Melo ASLF, Andrade SR, Erdmann AL. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. *Texto contexto – enferm [serial on the Internet]*. 2013 [cited 2014 fev. 12]; 22:1: 132–403; Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072013000100016&script=sci_arttext&tln g=pt
- 5 Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
- 6 Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública.* 1999; 15(2): 345-53.

- 7 Campos GWS, Neto PP, Tesser CD. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(3); 2010.
- 8 Paula AF. Acolhimento: Uma estratégia necessária para a ESF Bom Jesus. UFMG. Minas Gerais; 2010.
- 9 Brehmer LCF, Verdi M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. *Ciência & Saúde Coletiva [serial on the Internet]*. 2014 [cited 2014 mar. 15]; 15(3): 3569-78. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900032.
- 10 Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: Merhy EE, et al. (Orgs.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 37-54.
- 11 Garuzi M. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. *Rev Panam Salud Publica*. 2014; 35(2): 144-149.
- 12 Macedo CA, Teixeira ER, Daher DV. Possibilidades e limites do acolhimento na percepção de usuários. *Rev. enferm. UERJ*. 2011; 19(3):457 – 562.
- 13 Brasil. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
- 14 Arruda C, Silva DMGV. Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus. *Rev. bras. enferm.* 2012; 65(5):758-766.
- 15 Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos CR (Org.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Editora Xamã; 1998. p. 103-20.
- 16 Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2003. p. 49-61.
- 17 Brasil. Manual Instrutivo para Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
- 18 Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica n. 28. Volume I. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- 19 Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R. (Orgs.). *Agir em Saúde: Um Desafio para o Público*. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 71-112.
- 20 Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- 21 Assis MMA, Jesus, WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012; 17(11): 2865-2875.
- 22 Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica; II (28). Brasília: Ministério da Saúde. 2011.
- 23 Franco TB, Merhy EE. Produção Imaginária da Demanda. In: Pinheiro R, Mattos RA. (orgs.). *Construção Social da Demanda*. IMS/UERJ-CEPESC ABRASCO; 2005.

Recebido: setembro / 2014

Aceito: janeiro / 2015.