

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
COLETIVA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO ENFERMAGEM

ÉVILIN COSTA GUETERRES

AVALIAÇÃO DO ACOLHIMENTO COMO PRIMEIRO CONTATO NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA

Uruguiana

2017

ÉVILIN COSTA GUETERRES

**AVALIAÇÃO DO ACOLHIMENTO COMO PRIMEIRO CONTATO NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

Trabalho de Conclusão de Residência
apresentado ao Programa de Residência
Integrada Multiprofissional em Saúde Coletiva
da Universidade Federal do Pampa, como
requisito parcial para obtenção do título de
Especialista em Saúde Coletiva

Orientadora/ Tutora: Profa. Dra. Jenifer Härter

Uruguaiana

2017

Ficha catalográfica elaborada automaticamente com os dados fornecidos
pelo(a) autor(a) através do Módulo de Biblioteca do
Sistema GURI (Gestão Unificada de Recursos Institucionais) .

G924a Gueterres, Évilin Costa
AVALIAÇÃO DO ACOLHIMENTO COMO PRIMEIRO CONTATO NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL / Évilin Costa
Gueterres.
24 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) --
Universidade Federal do Pampa, RESIDÊNCIA INTEGRADA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA, 2018.

"Orientação: Jenifer Härter ".

1. Atenção Primária . 2. Avaliação dos Serviços de Saúde.
3. Acolhimento. 4. Primeiro Contato. I. Título.

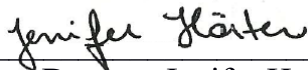
ÉVILIN COSTA GUETERRES

**AVALIAÇÃO DO ACOLHIMENTO COMO PRIMEIRO CONTATO NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva

Orientadora/ Tutora: Profa. Dra. Jenifer Härter

Trabalho de Conclusão de Residência defendido e aprovado em: 07 de dezembro de 2017.
Banca Examinadora



Professora Doutora Jenifer Härter
Orientadora

Professora Doutora Letícia Silveira
Universidade Federal do Pampa

Enfermeira Especialista Suziele Moreira Alves
Secretaria Municipal de Saúde

RESUMO

Em busca da ampliação do acesso e qualidade do primeiro contato na Atenção Primária à Saúde o Acolhimento a Demanda Espontânea incorpora-se como elemento de mudança do modelo de atenção e diretriz operacional dos serviços de saúde. Assim, este estudo tem como objetivo a avaliação do acolhimento como tecnologia de primeiro contato na Atenção Primária à Saúde no estado do Rio Grande do Sul. Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa, realizado a partir do banco de dados do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica 2014, segundo ciclo. Participaram do estudo, 818 serviços de saúde, 818 profissionais de nível superior (cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos) e 3236 usuários. Notou-se que o Acolhimento a Demanda Espontânea está implantado em 687 (84%) das equipes habilitadas, mas só 226 (27, 6%) das equipes avaliadas apresentam protocolos com diretrizes terapêuticas para Acolhimento a Demanda Espontânea. Conclui-se que muito embora os serviços de saúde devam desenvolver seu processo de trabalho centrado no usuário se faz necessário a incorporação do acolhimento como diretriz organizacional.

DESCRITORES: Acolhimento; Primeiro Contato; Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

Atenção Primária à Saúde (APS) surgiu no cenário nacional como eixo estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS) objetivando coordenar a Rede de Atenção à Saúde (RAS), de forma a orientar o cuidado ao longo dos serviços da rede⁽¹⁾. Várias são suas características, dentre elas o atendimento à pessoa e não apenas a enfermidade, a entrada principal na busca por serviços de saúde na rede, a prevenção de doenças, promoção ou recuperação da saúde, com vistas a maximizar o bem-estar e a saúde da coletividade. Constituindo-se no primeiro elemento de um processo contínuo de atenção, ordenando o acesso igualitário e universal ⁽²⁾. Suas atividades desenvolvem-se nas Unidades Básicas de Saúde, domicílios, escolas e nos mais diversos meios sociais⁽³⁾.

Em 1994 como estratégia para reorganizar as práticas de trabalho na APS foi implantado o Programa Saúde da Família (PSF), hoje conhecido como Estratégia de Saúde da Família (ESF)⁽⁴⁾. Buscava-se articular os demais níveis de atenção, para garantir sua integralidade, a continuidade do cuidado e o fortalecimento do vínculo, de forma que o usuário sintasse acolhido em seu território, rompendo assim com os paradigmas cristalizados e incorporando uma atualizada forma de agir ⁽⁵⁾.

Enquanto um modelo de atenção, ou seja, enquanto combinações tecnológicas organizadas para necessidades da população e solução de problemas, a ESF está pautada no trabalho em equipe, na resolutividade desde o nível primário de atenção, na territorialização da atenção, vislumbrando mudanças nas relações interpessoais entre os atores envolvidos de forma significativa nas relações afetivas e de acolhimento⁽⁴⁾.

O acolhimento é parte integrante das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) definido como a inclusão do usuário nos serviços, promovendo a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização dos riscos ⁽⁶⁾. O acolhimento a demanda espontânea apresenta diversas modelagens, sendo elas: acolhimento pela equipe de referência do usuário, equipe de acolhimento do dia, acolhimento misto e acolhimento coletivo ⁽⁷⁾. Também entendido

como tecnologia relacional e reorganizador do processo de trabalho, utilizado como mecanismo de ampliação/facilitação do acesso ⁽⁷⁾.

Enquanto tecnologia relacional permite aos profissionais da unidade de saúde serem capazes de rever necessidades e prioridades, realizar classificação por risco e evitar a espera desnecessária dos usuários. Ele não restringe-se apenas ao primeiro contato ou triagem, mas sim a todo percurso do usuário nos serviços de saúde ⁽⁹⁾. Se realizado de forma efetiva favorece o primeiro contato, ao regular e organizar o acesso em função das necessidades de saúde da população ⁽⁸⁾.

Esta reorganização do processo de trabalho considera sobretudo os seguintes atributos da APS: Primeiro contato; Longitudinalidade; Integralidade e Coordenação do Cuidado ⁽¹⁰⁾. O primeiro contato abrange serviços utilizados pelos usuários como porta de entrada preferencial ao sistema de saúde cada vez que necessitam de atenção, esta porta de entrada deve fazer-se acessível ao usuário, mostrando a relevância de se realizar discussões, se fazendo relevante ao regular e desempenhar função de filtro para acesso aos demais serviços da rede ⁽¹¹⁾.

Com vistas a qualificar a assistência se faz imprescindível o desenvolvimento contínuo de atividades de avaliação que permitam detectar e corrigir precocemente aspectos débeis, qualificando os serviços prestados. Avaliar é visto como um importante instrumento de gestão em saúde ⁽¹²⁾.

Para que os serviços de saúde tenham capacidade de se organizar, de forma a prestar uma atenção de qualidade ao usuário se faz fundamental os processos de avaliação. No Brasil, as atividades avaliativas no âmbito da atenção básica ocorrem de forma pontual, para mudar esta perspectiva o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) surge como estratégia de avaliação destes serviços ⁽¹³⁾.

Em decorrência do seu caráter avaliativo o PMAQ-AB é visto como uma ferramenta fundamental para mensurar a qualidade da atenção dispensada aos usuários no cenário nacional. ⁽¹⁴⁾.

Justifica-se este estudo a partir do caráter recente da implantação do acolhimento a demanda espontânea e sua relevância no processo de trabalho na Atenção Primária no Brasil diante de seu potencial de reorganização do serviço. Assim, o objetivo deste estudo foi a avaliação do acolhimento como tecnologia de primeiro contato na Atenção Primária à Saúde no estado do Rio Grande do Sul

METODOLOGIA

Estudo transversal de abordagem quantitativa. Trata-se da avaliação do acolhimento na APS realizado a partir do banco de dados do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), disponibilizado pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, tendo como cenário o Estado do Rio Grande do Sul.

O universo caracteriza-se por variáveis presentes no banco de dados, o qual teve como público alvo usuários e profissionais de saúde respondentes da avaliação externa. A coleta de dados ocorreu no ano de 2014 no segundo ciclo, realizada por avaliadores não vinculados ao município em análise treinados previamente.

A avaliação externa do PMAQ-AB (técnica de entrevista) composta por instrumentos de coleta (questionário), divididos em três módulos: Módulo I - Observação na unidade básica de saúde, cujas questões foram direcionadas para a realização do censo de infraestrutura da unidade de saúde; Módulo II - Entrevista com profissional de saúde de nível superior sobre processo de trabalho da equipe de Atenção Básica e verificação de documentos da UBS; Módulo III - Entrevista com o usuário na UBS sobre satisfação e condições de acesso e utilização de serviços de saúde ⁽¹⁴⁾.

No processo de amostragem utilizou-se os instrumentos e resultados pertencentes ao módulo II e módulo III. Os indicadores adotados foram organizados segundo o marco teórico da avaliação Estrutura-Processo-Resultado de Donabedian. Como indicador de qualidade a Estrutura desenvolve-se a nível institucional e compreende a análise dos elementos estáveis da instituição e das características imprescindíveis ao projeto assistencial, ou seja, avalia-se recursos humanos, recursos materiais (permanentes e de consumo) e recursos de utilidade pública ⁽¹⁵⁾.

Para avaliação de Processo utilizou-se como participantes os profissionais e a população, por meio de uma relação entre as normas estabelecidas e os procedimentos empregados, descreve-se as atividades prestadas na assistência, a competência clínica no tratamento do problema e os aspectos éticos na relação entre profissionais e paciente durante todo o período do atendimento, desde a busca aos serviços de saúde até o diagnóstico e tratamento ⁽¹⁶⁾.

O resultado é o produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas. É o resultado da utilização da capacidade do serviço, ou seja, da relação entre profissional, usuário e serviço/rede de saúde.

As variáveis de Estrutura utilizadas na avaliação do acolhimento foram: capacidade de definição de resposta após identificação do risco; profissionais realizam o acolhimento; horário de funcionamento da unidade; placas de identificação; distância entre a casa do usuário e a unidade; capacitação profissional e disponibilidade de protocolos para desenvolvimento do acolhimento; organização do trabalho na unidade (acolhimento); o que o usuário acha da forma como é acolhido, as orientações que recebem dos profissionais atendem as suas necessidades e a sistematização das marcações de consultas.

Para avaliação do resultado do acolhimento, considerou-se as variáveis de estrutura e processo estratificadas segundo a satisfação do usuário (Boa/Razoável/Ruim) realizadas a partir do módulo III.

Utilizou-se como critério de exclusão do universo do estudo participantes que responderam “não sei” em mais de 10% das variáveis, com vistas a evitar que estes participantes fizessem parte do estudo sem o entendimento correto das perguntas. Para análise dos indicadores de processo foram excluídas as unidades que não possuíam acolhimento implantado.

Destaca-se que foi utilizado banco de dados públicos, e os aspectos éticos da Resolução 510/2016 foram respeitados na elaboração do manuscrito.

No tocante da técnica de tratamento e análise dos dados, organizou-se os dados em banco de dados formatado com tabulações, frequências e cruzamentos envolvendo os dados, executadas por meio do software SPSS 22.0, em conjunto com o Microsoft Excel versão 2015 para organização das tabelas e seleção das variáveis. Aplicou-se análise estatística descritiva com distribuição de frequência absoluta e relativa.

RESULTADOS

Participaram do estudo 818 serviços de saúde, 818 profissionais de nível superior (cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos) e 3236 usuários, sendo eles 906 (28%) usuários do sexo masculino e 2330 (72%) sexo feminino com renda familiar média de R\$ 1.200,00.

A maioria dos profissionais que participaram da avaliação foram enfermeiros (as) 734 (89%) seguidos dos médicos 60 (7,3%) e cirurgiões-dentistas totalizaram 24 (2,9%) respondentes, a maior parte dos profissionais entrevistados eram coordenadores (as) de equipes 674 (82%). As equipes em sua maioria são Estratégias de Saúde da Família 674 (82,4%).

Tabela 1 - Caracterização do cenário e sujeitos que compõe a pesquisa.

		Frequência	
		N	%
Formação			
Enfermeiro (a)		734	89,7
Cirurgião-Dentista		24	2,9
Médico		60	7,3
Coordenação de Equipe	Sim	674	82,4
	Não	138	16,9
Unidade de Saúde	UBS/ESF	750	91,6
	Centro de Saúde	68	8,4

Fonte: elaborada pelo autor.

A Tabela 02 expressa os resultados da qualidade do acolhimento como primeiro contato, a partir das variáveis de estrutura. Os usuários ao serem questionados se o horário de funcionamento da unidade atendia às suas necessidades 2.826 responderam que sim (87,3%), 2.006 (63,8%) dos usuários consideram a distância percorrida entre sua residência e a unidade de saúde perto.

Os profissionais ao serem questionados sobre realização de capacitações referentes a prática de acolhimento 381 (46,6%) afirmam não terem recebido nenhum tipo de capacitação e 137 (16,7%) não sabem/não responderam sobre a realização das mesmas. Apenas 280 (34,3%) das unidades foram consideradas com condições de definir a resposta após avaliação e identificação do risco durante acolhimento, sendo que quando necessitam encaminhar o usuário para outros serviços não há percurso definido em 673 (82,4%) das unidades.

Tabela 2 – Indicadores de estrutura na avaliação do acolhimento

		Frequência	
		N	%
Capacidade de resposta da unidade ao risco identificado no acolhimento	Sim	280	34,2
	Não	7	0,9
	Não Sabe/Não respondeu	531	64,9
Profissionais que realizam o acolhimento*	Médicos	232	28,4
	Enfermeiros	668	81,7
	Cirurgiões-Dentistas	191	23,3
	Técnicos de Enfermagem	599	73,2
	Auxiliar de Enfermagem	188	23
	Técnico de Saúde Bucal	63	7,7
	Auxiliar de Saúde Bucal	173	21,4
	Agente Comunitário	173	21,4
	Facilidade de identificação das salas com placas	Sim	2822
Não		131	4
Sim, algumas placas		76	2,6
Percepção da distância entre a residência e a unidade	Perto	2066	63,8
	Razoável	783	24
	Longe	187	11,7
Profissionais com capacitação para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade	Sim	300	36,7
	Não	381	46,6

Existência de percurso definido para realização de encaminhamento à consulta especializada	Sim	14	17
	Não	673	82,4

* variável multi-resposta.

Fonte: elaborada pelo autor.

Em relação aos resultados encontrados na avaliação do indicador de processo relacionado ao acolhimento a demanda espontânea, observou-se que o acolhimento está implantado em 687 (84%) das equipes habilitadas ao PMAQ. Entre os profissionais entrevistados, 800 (97,8%) afirmaram que os usuários ao chegarem na unidade tem suas necessidades escutadas e avaliadas, entretanto, somente 226 (27, 6%) das equipes avaliadas apresentam protocolos com diretrizes terapêuticas para acolhimento a demanda espontânea. E pouco mais de um terço (39,1%) das equipes realizaram avaliação da demanda espontânea nos últimos 12 meses, conforme tabela 3.

Tabela 03- Implantação do acolhimento e o processo de trabalho (entrevista com profissionais).

		Frequência	
		N	%
Implementação do Acolhimento nas unidades de Saúde	Sim	687	84
	Não	130	16
Protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea/urgência	Sim	226	27,7
	Não	454	55,6
Realização de avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários	Sim	134	16,4
	Não	613	74,9
	Não sabe	71	8,7
Avaliação e escuta das necessidades de todos os usuários que chegam à unidade de saúde espontaneamente buscando atendimento	Sim	674	82,7
	Não	12	1,5
Realização de avaliação da demanda espontânea nos últimos 12 meses	Sim	320	39,1
	Não	498	60,9

Fonte: elaborada pelo autor.

Conforme a tabela 4 dos 3236 usuários quase metade refere que para receberem atendimento nos serviços de saúde precisam aguardar em filas para pegar fichas. A marcação de consultas ocorre

todos dias nas unidades segundo 69,2% dos usuários e 63% costumam consultar no mesmo dia em que procuram os serviços de saúde, entretanto, 72,9% dizem ser atendidos por ordem de chegada.

Tabela 4- Avaliação do acolhimento enquanto processo (entrevista com usuário).

	Frequência		
	N	%	
Como são realizadas as marcações de consultas na unidade	Marca por telefone.	283	8,7
	Vai na unidade e marca atendimento a qualquer horário.	519	16
	Vai na unidade mas tem que pegar ficha.	663	20,5
	Vai à unidade e, para pegar ficha, é necessário fazer fila	1599	49
	Vai antes da unidade abrir.		
	O Agente Comunitário de Saúde marca a consulta	69	2,1
	Não faz marcação nesta unidade/ Outros	102	3,2
A marcação de consultas acontece todos os dias	Sim	2238	69,2
	Não	854	26,4
Após a marcação, a consulta acontece no mesmo dia	Sim	2038	63
	Não	1164	36
Quando o(a) senhor(a) consegue marcar a consulta, sua consulta é:	Com hora marcada	877	27,1
	Por ordem de chegada	2359	72,9

Fonte: elaborada pelo autor.

Os resultados referentes a satisfação do usuário em relação ao acolhimento estão expostos na tabela 05. Identificou-se que os usuários que encontram-se insatisfeitos ou razoavelmente satisfeitos com o acolhimento afirmaram necessitar ir à unidade para realização de agendamento, com necessidade de ficarem nas filas antes da unidade abrir, considerando que quando agendados o atendimento não ocorreu com hora marcada e sim por ordem de chegada.

Destaca-se que os usuários satisfeitos ou razoavelmente satisfeitos consideraram morar longe ou razoavelmente longe dos serviços de saúde.

Tabela 05 - Indicadores de processo e estrutura e o sentir-se acolhido na percepção do usuário.

		Satisfação com o acolhimento	
		N	Boa %
É escutado ao vir no serviço sem consulta marcada	Sim	2073	87,7
	Não	0	0,0
As orientações que os profissionais dão ao usuários na unidade atendem às suas necessidades	Sim	1791	75,8
	Não	273	11,5
	Não Sabe	8	0,3
O usuário sente-se respeitado pelos profissionais em relação aos ser hábitos culturais, costumes, religião.	Sim	2013	85,2
	Não	44	1,8
	Não Sabe	12	0,5
Como o usuário considera a distância de sua casa até esta unidade de saúde	Perto	1384	58,7
	Razoável	478	20,3
	Longe	208	8,2
O horário de funcionamento da unidade atende necessidades	Sim	1934	82,7
	Não	127	5,4
Na maioria das vezes, como é realizada a marcação de consultas	Vai à unidade marca e atendimento a qualquer hora.	392	19,4
	Vai à unidade mas tem que pegar ficha.	456	22,3
	Vai à unidade e, para pegar ficha, é necessário fazer fila antes da unidade de saúde abrir	918	45,6
A marcação da consulta nesta unidade de saúde pode ser feita todos os dias	Sim	1504	66,2
	Não	488	21,5
Após a marcação a consulta ocorre no mesmo dia	Sim	1357	58,7
	Não	692	29,3
Após a marcação a consulta é com hora marcada	Sim	549	23,2
	Não	1523	64,5
A consulta é por ordem de chegada	Sim	1602	67,8
	Não	470	19,9

Fonte: elaborada pelo autor.

DISCUSSÃO

Os horários de funcionamento são elementos de organização dos serviços de saúde, servindo como indicador de estrutura para avaliar a qualidade, podemos observar que a maior parte dos usuários consideraram que os horários de funcionamento das unidades atendem suas necessidades, mostrando-se um indicador favorável no que se refere a organização dos serviços no estado, assim como, a distância da residência do usuário até a unidade de saúde, uma vez que, a maior parte considerou próximo⁽¹⁷⁾.

O acesso aos serviços de saúde, seja pelo horário de funcionamento ou pela localização das unidades de saúde são elementos fundamentais para o primeiro contato, atributo este diretamente relacionado ao acolhimento. Vale ressaltar que esse achado coaduna com o princípio da descentralização, que garante a proximidade dos serviços com a comunidade adstrita, acarretando diminuição da distância percorrida ⁽¹⁷⁾.

Nessa perspectiva, vislumbrando a efetivação do acolhimento como facilitador do acesso, o estudo aponta que as capacitações para profissionais quanto a operacionalização da classificação de risco e vulnerabilidade necessitam de investimentos, uma vez que, a qualificação profissional relaciona-se diretamente com a qualidade do serviço prestado, assim como, a satisfação do usuário ⁽¹⁸⁾.

Avaliar a vulnerabilidade é um desafio na prática do acolhimento, e também uma proposta inovadora e crescente na Atenção Primária, pois leva em consideração os determinantes sociais e centra as necessidades globais do indivíduo. Cabe aos gestores incentivarem e proverem espaços para construção de conhecimento e utilização de instrumentos que organizem o processo de trabalho. Estratégias de Educação Permanente viabilizam a ampliação de saberes referentes a classificação de risco e vulnerabilidades, sendo uma estratégia indispensável⁽¹⁸⁾.

Ainda, a reorientação das equipes na Educação Permanente, poderia contribuir com a dificuldade dos profissionais em definir resposta após avaliação do risco identificado e em direcionar os cuidados na rede de serviços.

Conforme Amaral (2011) os serviços de saúde devem se organizar para assumir a função central de acolher, escutar e ser capaz de resolver a maior parte dos problemas de saúde da população e/ou de minimizar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, mesmo que, esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede, sendo fundamental qualificar a assistência prestada ao usuário ⁽¹⁹⁾.

Quanto aos recursos humanos, os profissionais que mais realizam o acolhimento compõem a equipe de enfermagem (enfermeiros (a), técnicos (a) de enfermagem e auxiliares de enfermagem), Em concordância com essa afirmação, estudo acrescenta que apesar da equipe de enfermagem aparecer em maior número na realização do acolhimento, ele é uma prática que deve ser realizada de forma multiprofissional, os demais membros da equipe se fazem importantes neste processo, na perspectiva técnica e interpessoal ⁽²⁰⁾

O Acolhimento apresenta-se implantado em grande parte dos serviços avaliados, e deve-se considerar que mesmo não possuindo protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea/urgência, quase todos os profissionais afirmaram que os usuários ao chegarem nos serviços tem suas necessidades avaliadas, mostrando que o fato de não estar implantado ou não possuir protocolos com definição de risco não impossibilita o desenvolvimento destas práticas, visto que, escuta qualificada, boa comunicação e respeito às necessidades do usuário perpassam a existência ou não de protocolos ⁽²¹⁾.

Todavia, mesmo que afirmem que realizam o acolhimento, as equipes consideraram não serem capazes de definir resposta as demandas de saúde. Tal fato decorre também das dificuldades de articulação com os demais níveis de atenção, a inexistência de um percurso definido para encaminhamento dos usuários na rede de atenção, torna a assistência pouco resolutive e fragilizada ⁽²²⁾.

Ainda referente a implantação e existência de protocolos predominou entre os profissionais a afirmativa de que a equipe não realiza avaliação das características da demanda a cada 12 meses, conforme indicado. A utilização de protocolos de acolhimento tem potencial para reduzir a demanda reprimida e oferecer mais acesso aos serviços desde que utilizados adequadamente⁽²²⁾.

Torna-se necessário saber acolher e também responsabilizar-se em ser resolutivo. O Acolhimento é uma prática construtiva nas relações, que almeja assegurar o acesso por meio de uma postura ética, requerendo emprego de escuta qualificada, atentando às queixas e reconhecendo o protagonismo do usuário no processo saúde-doença. Ele busca fortalecer as relações com aos usuários que utilizam dos serviços de saúde e para que estas relações tornem-se positivas a resolutividade é parte fundamental ⁽²³⁾.

A organização do trabalho nos serviços de saúde voltada para uma relação humanizada, com valorização da escuta, repercute diretamente na satisfação do usuário⁽²⁴⁾. Foi possível observar entre os usuários satisfeitos com o acolhimento encontram-se aqueles que foram escutados ao chegarem nas unidades de saúde sem ter hora marcada.

Deve-se considerar que a escuta repercute na satisfação do usuário, no sentir-se acolhido ou não. Mesmo que, a satisfação do usuário isoladamente não seja utilizada para mensurar a qualidade da atenção, ela influencia o usuário em utilizar ou não determinado serviço, dentre eles a APS ⁽²⁵⁾.

A forma como se dá o agendamento de consultas avalia o acesso dos usuários aos serviços e a efetivação da organização do processo de trabalho⁽²⁶⁾.

Identificou-se fragilidade no que tange o agendamento de consultas, pois a parte majoritária dos usuários para conseguirem marcar consultas precisam ir à unidade e, para pegar ficha, é necessário fazer fila antes da unidade de saúde abrir. Um quarto afirmou que as consultas não ocorrem no mesmo dia da marcação, após agendada a consulta para serem atendidos não há organização com hora marcada, ficando a critério da ordem de chegada, mostrando incoerência entre as respostas dos profissionais e usuários.

Estas afirmativas se opõem ao preconizado no acolhimento a demanda espontânea, onde os usuários devem ser avaliados em suas singularidades, considerando condições clínicas e vulnerabilidades existentes, e não estabelecer atendimento por ordem de chegada, critério este sem priorização dos riscos. A não realização de avaliação e existência de filas para distribuição de fichas expõe os usuários a riscos, tais como, espera danosa à assistência, lugares sem segurança e sem abrigo adequado, não garantindo a criação do vínculo ⁽²⁷⁾.

A ausência de avaliação do usuário e um atendimento burocrático traduz um modelo tradicional de organização dos serviços de saúde, não estando em consonância com o Acolhimento a demanda espontânea, e sim, limitando o acesso aos serviços de saúde. A proposta de acolhimento é reversa a proposta simplista de apenas organização da demanda, ela vai ao encontro das relações humanizadas entre usuário-profissional e atendimento das necessidades de saúde da população ⁽²⁸⁾.

Os resultados deste estudo refletem a realidade do cenário nacional, mesmo o acolhimento sendo um importante dispositivo para qualificação do modelo assistencial. Lima et al (2016) ao avaliarem o acolhimento nas regiões do país identificaram que o acolhimento está implantado em 80,1% das equipes entrevistadas, todavia apenas 58,7% dos profissionais foram capacitados para avaliação de risco e vulnerabilidade dos usuários ⁽²⁹⁾ dados que demonstram consonância com o cenário do RS apresentado no estudo.

CONCLUSÃO

O acolhimento como diretriz operacional é notoriamente importante para organização do processo de trabalho nos serviços de saúde, em especial na Atenção Primária à Saúde, para avaliar os riscos, as vulnerabilidades e o desenvolvimento do trabalho em equipe. Constitui-se como desafio na construção do cuidado, sendo um elemento importante para gestão das demandas.

O acolhimento foi visto de forma satisfatória pelos usuários no estado do RS, ao ser realizado de forma efetiva ele é capaz de garantir acesso aos serviços de saúde. Indicadores de estrutura com impacto negativo transformaram-se em dificuldades encontradas no processo de trabalho, gerando por vezes impactos negativos nestes indicadores também, evidenciando a relação entre estrutura e processo.

Os indicadores de processo mostram-se mais deficitários em relação aos indicadores de estrutura, afirmando assim a real necessidade de mudança na organização do processo de

trabalho na APS gaucha, afim de possibilitar o primeiro contato com uso oportuno dos serviços para alcançar a resolutividade da assistência.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira MA de C, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2013;66(esp): 158-64.
2. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Revista Panamericana de Salud Publica*. 2011; 26(2):84-95.
3. Assis M MA, Washington LA.de J. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 11(17):2665-75.
4. Mendes ACG et al. Acessibilidade nos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(11): 2903-12.
5. Motta LCS, Batista RS. Estratégia de Saúde da Família: Clínica e Crítica. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2015;.9(2):196-207.
6. _____. Política nacional de humanização da atenção e da gestão do sus. Brasília: DF. Ministério da Saúde; 2006.
7. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Ministério da Saúde. Brasília: DF, 2011
8. Camelo MS. et al. Acolhimento na Atenção Primária: a saúde na ótica dos enfermeiros. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2016; 29(4):463-8.
9. Garuzi M, Achitti MCO, Sato C A, Rocha SA, Spagnuolo RS. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. *Revista Panamericana de Salud Publica*. 2014;35(2):144–9.
10. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/ Ministério da Saúde; 2002.
11. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadores cuidados? Rio de Janeiro: CEBES, 2012.
12. Costa JP. et al. Resolutividade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. *Saúde em Debate*. 2014;38(103): 733-43.

13. Rizzoto MLF et al. Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Paraná. *Revista Saúde e Debate*. 2014;38(esp): 237-51.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): manual instrutivo. Brasília, DF, 2012.
15. Donabedian, A. An introduction to quality assurance in health care. Oxford: Oxford University Press, 2003.
16. Souza SS. et al. Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho. *Revista eletrônica de Enfermagem*. 2010;12(3):449-55.
17. Albuquerque MSV, Lyra TM, Farias SF, Mendes MFM, Martelli PJJ. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. *Saúde Debate*. 2014; 38(esp):182-94.
18. Machado JFFP, Carli AD, Kodjaoglanian VL, Santos MLM. Educação Permanente no cotidiano da Atenção Básica no Mato Grosso do Sul. *Saúde em Debate*. 2015; 39(104):102-13.
19. Amaral, AEE. Gestão de Pessoas. Política e Gestão Pública em Saúde. São Paulo. Editora Hucitec, 2011.
20. Grimberg SKCR, Sousa EF, Assis CML, Guimarães DA, Nóbrega JAS. Entraves no Acolhimento por Enfermeiros de um Hospital Público. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 2015;.9(4):299-306.
21. Sá CMCP, Moura SG, Braga LAV, Dias MD. Experiência da Implantação do Acolhimento em uma unidade de Saúde da Família. *Revista de Enfermagem UFPE online*. 2013;7(esp):5029-35.
22. Werneck MAF, Faria HP, Campos KFG. Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviços. Nescon/UFMG, Coopmed, Belo Horizonte: MG, 84.p, 2009.
23. Carli R. de et al. Acolhimento e Vínculo nas concepções e práticas dos agentes comunitários de saúde. *Texto Contexto Enfermagem*. 2014; 23(.3):626-32.
24. Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009;14(1):1523–31.

25. Medrado JRS, Casanova AO, Oliveira CCM. Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*. 2015;39(107):1033-43.
26. Oliveira BRG, Viera CS, Collet N, Lima RAG. Acesso de Primeiro contato. *Revista da Rede de Enfermagem no Nordeste*. 2012;13(2):332-42.
27. Clementino FS, Santos LNN, Gomes LB, Marcolino EC, Pessoa Junior JM. Acolhimento na perspectiva do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 2017; 21(4): 323-32.
28. Calgaro AZ, Santos MF, Marcos AMA, Camargo CRM. Avaliação do acolhimento nas Unidades de Atenção Básica do Paraná. *Revista de Saúde Pública do Paraná*. 2016; 17(2): 206-11.
29. Lima JG, Giovanella L, Fausto MCR, Bousquat A. Qualidade da atenção básica por tipos de regiões de saúde. *Novos Caminhos*, N.12. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil, 2016.