

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



**TESE DE DOUTORADO**

**ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE:  
POLÍTICAS, SIGNIFICADOS E EVIDÊNCIAS**

Jessye Melgarejo do Amaral Giordani

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Juliana Balbinot Hilgert

Porto Alegre, dezembro de 2015

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



**TESE DE DOUTORADO**

**ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE:  
POLÍTICAS, SIGNIFICADOS E EVIDÊNCIAS**

Jessye Melgarejo do Amaral Giordani

**Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Juliana Balbinot Hilgert**

A apresentação desta tese é exigência do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Doutor.

Porto Alegre, Brasil.  
2015

## CIP - Catalogação na Publicação

Giordani, Jessye Melgarejo do Amaral  
Acolhimento na Atenção Básica à Saúde: políticas,  
significados e evidências / Jessye Melgarejo do  
Amaral Giordani. -- 2015.  
95 f.

Orientador: Juliana Balbinot Hilgert.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio  
Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-  
Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

1. Acolhimento. 2. Atenção Primária à Saúde. 3.  
Metassíntese. 4. PMAQ. I. Balbinot Hilgert, Juliana,  
orient. II. Título.

## **BANCA EXAMINADORA**

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Bárbara Niegia Garcia de Goulart. Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Prof<sup>o</sup>. Dr. Marcos Pascoal Pattussi. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

Prof<sup>o</sup>. Dr. Renato José De Marchi. Programa de Residência Integrada em Saúde Bucal da Faculdade de Odontologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Juliana Balbinot Hilgert, Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (orientadora).

*“Mais do que o gesto,  
interessa como ele foi recebido.*

*Mais do que a palavra,  
nos influencia como ela foi ouvida.*

*Mais do que o fato,  
vale onde, como e quando ele nos tocou.”*

Lya Luft, Senhora de Preciosa Prosa.

## AGRADECIMENTOS

A tese apresentada aqui é fruto de uma construção coletiva, no sentido de que ela é produto de uma trajetória para além do tempo do doutorado, ou seja, todas as oportunidades que me foram concedidas para VIVER foram proporcionadas por várias pessoas e foi esta vivência, nas várias escolhas que fiz durante esse percurso, que elaboraram a construção do Projeto Doutorado.

Agradeço profundamente à várias pessoas e instituições que me auxiliaram na construção, suporte e possibilidades de aprendizado. À inteligência universal pela possibilidade da existência. Aos amigos espirituais pelo companheirismo e boas intuições. À minha esposa, meu amor, Camila Ferrazza Alves Giordani, pelo amor, carinho, respeito, compreensão, parceria e ajuda nas várias dimensões da nossa vida. À nossa filhota Alice Alves Giordani pela companhia maravilhosa que veio ao nosso lar nesse período do doutorado, formando uma família que me fez uma pessoa melhor e muito mais feliz. Aos meus pais Luiz e Iara, meus sogros Rubens e Lucí pelo estímulo e suporte. Aos dindos da Alice Tiago e Luti, Cássia e Fabrício pela companhia e ajuda.

Agradeço à minha orientadora, Juliana Balbinot Hilgert, pelo aceite no doutorado, pela possibilidade de autonomia e liberdade de pensamento que me proporcionou, pelo aprendizado através do exemplo de profissional que é, pela amizade verdadeira, pela acolhida em sua família; e ao professor Fernando Neves Hugo que sempre me apoiou também e sempre esteve ao meu lado conversando, orientando e proporcionando espaços de aprendizagem. Realmente não cabe em palavras tudo que penso sobre estes dois grandes profissionais. Obrigado!

Agradeço à Universidade Federal do Rio Grande do Sul e ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia pelo aprendizado. À Vanessa Delfino e Paola Fonseca por sempre me ajudarem a solucionar qualquer situação que aparecesse e sempre de uma forma acolhedora. Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia pelos espaços de ensino/aprendizagem e pela compreensão nos momentos de dúvidas. Aos colegas do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia pela amizade e troca de saberes. Aos trabalhadores e alunos do Centro de Pesquisas em Odontologia Social, da Faculdade de Odontologia da UFRGS, pelos espaços de estudo e diálogo. Aos outros Programas de Pós-Graduação da UFRGS e seus professores onde fiz disciplinas. Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, e à

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pela concessão das bolsas de estudo. Aos membros da banca de qualificação do projeto de tese do doutorado e aos membros da banca de defesa final da tese.

Enfim, a todos que fizeram parte de minha trajetória de formação em saúde, que me trouxe até este momento.

**MUITO OBRIGADO!**

## SUMÁRIO

Abreviaturas e siglas	09
Resumo	10
Abstract	12
1. APRESENTAÇÃO	14
2. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	15
3. REVISÃO DA LITERATURA	21
3.1. Bases do SUS: a atenção básica à saúde e o acolhimento	21
3.2. Políticas públicas, desenvolvimento regional e equidade	27
3.3. Afinal, de qual epidemiologia estamos falando?	32
4. OBJETIVOS	38
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
6. ARTIGO 1	43
7. ARTIGO 2	61
8. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
8. ANEXOS	85
a. Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa	85
b. Questionários/Formulários	86
c. Detalhes metodológicos adicionais	88
c.1. Quadro com a ficha das variáveis do estudo quantitativo	88
d. Outros documentos relevantes	91
d.1. Critical Appraisal Checklist JBI-QARI	91
d.2. Quadro com os trechos das “falas” para a metassíntese	92



## ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CNDSS	Comissão Nacional de Determinantes Sociais de Saúde
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DAB	Departamento de Atenção Básica
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
ESF	Equipe de Saúde da Família
IC95%	Intervalo de Confiança de 95%
JBI-QARI	Critical Appraisal Checklist for Interpretive and Critical Research
PDDEB	Plano Diretor para o Desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
RHS	Rede de Humanização em Saúde
RP	Razão de Prevalência
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

## RESUMO

Em função da complexidade da atenção básica à saúde, é preciso que as equipes de saúde desenvolvam dispositivos que permitam a qualificação do cuidado, como o acolhimento, que pode ser compreendido como mecanismo de ampliação/facilitação do acesso; como tecnologia de cuidado; e como dispositivo de organização do processo de trabalho em equipe. O objetivo deste estudo é avaliar o acolhimento na atenção básica à saúde, na perspectiva das equipes de saúde, utilizando uma abordagem epidemiológica complementada com elementos das ciências sociais para que haja um aprofundamento dos enfoques re-significando, organizando e ampliando a produção do conhecimento científico sobre o acolhimento na atenção básica à saúde. Foram utilizadas duas abordagens metodológicas: quantitativa e qualitativa. A fase quantitativa trata de um estudo observacional transversal multinível realizado a partir dos dados secundários do PMAQ-AB. Foram incluídas no estudo 13.751 equipes de atenção básica à saúde, de todas as macrorregiões brasileiras. Os dados do primeiro nível (equipe de saúde) são referentes às entrevistas estruturadas realizadas com os profissionais dos serviços de saúde e os dados do segundo nível (contextual) dizem respeito às características dos municípios. O desfecho foi a realização de acolhimento pela equipe de saúde. Em relação às variáveis independentes contextuais, foram utilizadas as fontes do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento e do Ministério da Saúde: macrorregião, perfil municipal, índice de Gini e cobertura populacional de Estratégia de Saúde da Família. As variáveis independentes individuais foram selecionadas do PMAQ-AB: realização de reunião de equipe, estudo da demanda espontânea, consideração da opinião do usuário e existência de ações de educação permanente. Regressão de Poisson Multinível foi utilizada para obtenção das razões de prevalências brutas e ajustadas em uma modelagem hierárquica. A prevalência de realização de acolhimento pelas equipes de saúde foi 78,3% (IC95%: 77,6-79,1). Na análise hierárquica, após os ajustes, entre os fatores contextuais, a maior prevalência de realização de acolhimento foi entre as equipes que pertenciam à macrorregião sul em comparação à região nordeste (RP 1,37 IC95%: 1,27-1,48). Foi possível compreender a distribuição desigual da prática de acolhimento no Brasil, bem como seus condicionantes e o quão importante é o efeito contextual nessas iniquidades, principalmente em relação às diferenças macrorregionais. Em relação à fase qualitativa, trata-se de uma revisão sistemática da literatura cuja abordagem foi a metassíntese. Para a busca dos documentos foram utilizados os descritores: i) “Acolhimento” AND “Atenção Primária à Saúde”; ii) “User embracement” AND “Primary Health Care”; e iii) “Acogimiento” AND “Atención Primaria de Salud”; nas bases de dados Scopus, Web of Science, Pubmed, Scielo, Lilacs, BDENF e PAHO, sem limites de tempo e idioma. Somente foram aceitos documentos tipo artigos originais que utilizaram metodologia qualitativa investigando o significado do acolhimento para os profissionais de atenção básica à saúde. O processo contou com uma avaliação crítica dos documentos baseada no JBI-QARI. As informações foram analisadas por meio da análise temática de Minayo. Foram identificados 210 documentos sobre o tema, dos quais apenas 14 foram selecionados para integrar a metassíntese. A partir do processo de categorização, emergiram três temas: as concepções sobre o acolhimento; o serviço de saúde; e as dificuldades. A produção científica sobre acolhimento possui uma característica brasileira e invisibilidade internacional, além

de ser relativamente pequena. Portanto, através do processo de desenvolvimento das duas abordagens metodológicas e da interpretação dos seus resultados, foi possível perceber o quanto é importante a interação de aspectos de origem teórico-metodológica distintas para compor um cenário de interpretação de uma conjuntura que pressupõe influências de cunho político e social, sendo dessa forma possível ampliar a visão de determinado tema, colaborando para seu melhor desenvolvimento. A evidência das diferenças entre as regiões na realização de acolhimento pelas equipes de saúde foi complementada pelo significado atribuído às experiências das equipes de saúde sobre acolhimento e discutida/comparada com as políticas de saúde.

## ABSTRACT

Regarding the complexity of primary health care, it is necessary to health teams develop devices that allow the qualification of care, as the user embracement, which can be understood as facilitating access; as care technology; and as an organizing of the work process. The aim of this study is to evaluate the user embracement in primary health care from the perspective of health teams, using an epidemiological approach complemented with elements of the social sciences for re-meaning, organizing and expanding the production of scientific knowledge on the user embracement in primary health care. Two methodological approaches were used: quantitative and qualitative. The quantitative phase is a multilevel cross-sectional observational study conducted from secondary data from PMAQ-AB. The study included 13,751 primary care health teams, from all Brazilian regions. Data from the first level (health teams) are related to structured interviews conducted with professionals of health services and the data from the second level (contextual) relate to the characteristics of municipalities. The outcome was the realization of user embracement by health care team. Regarding contextual independent variables, sources were used by the United Nations Development Programme and the Ministry of Health: macro-region, Municipal Profile, Gini index and population coverage of the Family Health Strategy. Individual independent variables were selected from the PMAQ-AB: health team meetings, study of spontaneous demand, consideration of user opinions for planning, and existence of permanent education actions. Multilevel Poisson regression was used to obtain the crude and adjusted prevalence ratios in a hierarchical modeling. The prevalence of user embracement by health teams was 78.3% (95% CI: 77.6 to 79.1). In the hierarchical analysis, after adjustments, between the contextual factors, the highest prevalence of user embracement was between health teams of macro-region south compared to the north-east region (PR 1.37 95% CI: 1.27 to 1.48) . It was possible to understand the unequal distribution of user embracement in Brazil, as well as their constraints and how important is the contextual effect on these inequities, especially in relation to macro-regional differences. Regarding the qualitative phase, it is a systematic review of literature whose approach was meta-synthesis. For the search of documents, descriptors were used: i) "Home" AND "Primary Health Care"; ii) "User embracement" AND "Primary Health Care"; and iii) "Acogimiento" AND "Atención Primaria de Salud"; in the following databases: Scopus, Web of Science, PubMed, Scielo, Lilacs, BDENF, and PAHO, without time and language limits. Only original documents were accepted as articles that used qualitative methods to investigate the meaning of user embracement to professionals of primary health care. The process included a critical evaluation of documents based on JBI-QARI. Data were analyzed using thematic analysis of Minayo. 210 documents have been identified and only 14 were selected to join the meta-synthesis. The categorization process revealed three themes: Conceptions of user embracement; The health service; and Difficulties. The scientific literature on user embracement has a Brazilian characteristic and international invisibility, besides being relatively small. Therefore, through the development process of the two methodological approaches and interpretation of their results, it was revealed how the interaction of different theoretical and methodological aspects is important to compose the interpretation of a situation that involves influences from political and social dimensions, enabling wide open the view of a particular theme,

contributing to its better development. The evidence of the differences between the regions in achieving the user embracement by health teams has been complemented by the meaning given from the experiences of health teams on user embracement and discussed / compared to health policies.

## APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na tese de doutorado intitulada “Acolhimento na atenção básica à saúde: políticas, significados e evidências”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 15 de dezembro de 2015. As abordagens do projeto também são fruto dos seminários e das disciplinas cursadas no PPG. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos.
2. Artigos.
3. Conclusões e Considerações Finais.

Documentos de apoio estão apresentados nos anexos.

## INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

É fundamental a existência de serviços de saúde em número adequado para obter-se uma cobertura populacional justa, mas principalmente que estes serviços não trabalhem isoladamente e sim de maneira complementar na perspectiva de redes de atenção. Logo, a atenção básica possui grande importância para compor essas redes, uma vez que se apresenta próxima do cotidiano da vida das pessoas e coletivos em seus territórios e assim proporcionando cuidado aos usuários de maneira mais rápida e efetiva. Em função da complexidade deste nível de atenção, é preciso que as equipes de saúde desenvolvam capacidade de escuta, além do escopo da oferta assistencial padrão, para poderem lidar com as necessidades dos usuários na produção da saúde. Portanto, são necessários dispositivos que permitam a qualificação do cuidado, e um destes dispositivos é o acolhimento, pois apresenta alta relevância e centralidade neste contexto (BRASIL, 2013a).

Como política de saúde no Brasil, o acolhimento faz parte do HumanizaSUS como também é conhecida a Política Nacional de Humanização na saúde (PNH), a qual foi lançada no ano de 2003 e que consiste na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho, buscando pôr em prática os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano dos serviços de saúde (BRASIL, 2009). Atualmente, em seus princípios e diretrizes, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) também traz o acolhimento como um dispositivo no qual os serviços de saúde devem se organizar para assegurá-lo, assumindo a função central no cuidado ao usuário (BRASIL, 2012).

O acolhimento pode ser considerado uma nova tecnologia de trabalho,

situando-se no âmbito da denominada micropolítica do trabalho em saúde, em que o processo de trabalho torna-se espaço público, passível de discussão coletiva e de reorientações, permitindo a efetiva autogestão de trabalhadores e construção da autonomia dos usuários (CECÍLIO, 1994; MERHY, 1997).

Uma vez que o desequilíbrio regional interfere na produção das políticas públicas e aplicação de recursos na área da saúde, diferenciações espaciais, como região do país, desempenham papel crucial, na medida em que a geografia está associada às diferenças na distribuição dos indicadores de qualidade de vida e captar as diferenças regionais torna-se crucial para o estudo da população e do desenvolvimento de uma nação (CNDSS, 2014; WOOD, 1994). Em países com grandes extensões territoriais, é evidente a necessidade de estudos que abordem as diferenças regionais, como é o caso do Brasil. Porém, ainda percebe-se na literatura uma predominância de informações sobre desigualdades regionais em saúde relacionadas à carga de doença da população e muito pouco relacionando as diferenças regionais e/ou espaciais na distribuição de fatores relacionados com a oferta de serviços de saúde (VICTORA, 2011; PNAD, 2008).

Nos próximos capítulos, ao abordar a temática do acolhimento e a avaliação de serviços de saúde sob a perspectiva epidemiológica, importante será definir qual é a compreensão da epidemiologia, ou seja, de que prisma observa-se o objeto de estudo a partir da disciplina de epidemiologia, para conceituá-lo, ficando claro qual é a compreensão do saber epidemiológico que se faz necessário tanto do ponto de vista teórico como operacional-metodológico. Da epidemiologia que dialoga com outras áreas do conhecimento, pois não pretende solucionar todos os problemas e muito menos estar com a verdade; desta epidemiologia que é um prisma por onde os



cientistas podem utilizar para enxergar o mundo e produzir suas conclusões (ou dúvidas); da epidemiologia que não consegue dar conta de esgotar um objeto de pesquisa, mas que necessita da complementaridade de seu conhecimento para produzir um sentido maior, relacionando-se com o contexto político e social. Sendo assim, no campo da produção de saúde, a utilização da epidemiologia como ferramenta para avaliação do acolhimento nos serviços de saúde, significa utilizar uma tecnologia leve-dura (epidemiologia) para avaliar uma tecnologia leve (acolhimento) (MERHY, 1997).

Neste contexto, a complementação do enfoque epidemiológico com a abordagem qualitativa é importante, pois a pesquisa qualitativa possibilita incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas, tanto no seu estabelecimento quanto nas suas transformações, como construções humanas significativas (BARDIN, 2007). Assim, a abordagem qualitativa aplica-se ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produto das interpretações que os seres humanos fazem de como vivem, sentem e pensam. Além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos, referentes a grupos particulares, propicia a criação de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Desta forma, a pesquisa qualitativa proporciona um modelo de entendimento profundo de ligações entre elementos, direcionado à compreensão da manifestação do objeto de estudo (MINAYO, 2007). É importante para acompanhar e aprofundar algum problema levantado por estudos quantitativos ou, por outro lado, para abrir perspectivas e variáveis a serem posteriormente utilizadas em levantamentos estatísticos. Do ponto

de vista metodológico, não há contradição, mas complementaridade, entre investigação quantitativa e qualitativa. Em muitas circunstâncias, entretanto, as duas abordagens isoladas são insuficientes para abarcar toda a realidade observada. Nessas circunstâncias, elas podem e devem ser utilizadas como complementares. Do ponto de vista epistemológico, nenhuma das duas abordagens é mais científica do que a outra (MINAYO, 1993).

Existem diferentes técnicas de organização e análise dos dados na pesquisa qualitativa, sendo a Análise de Conteúdo uma destas possibilidades. A análise de conteúdo se constitui de várias técnicas onde se busca descrever o conteúdo emitido no processo de comunicação, seja ele por meio de falas ou de textos, sendo a análise temática, metodologia frequentemente empregada para as análises de conteúdo das pesquisas. As análises temáticas mais empregadas são as propostas pelas autoras Bardin e Minayo. Embora sejam semelhantes nos seus processamentos há diferenças quanto aos pressupostos teóricos que ancoram estas duas abordagens: Minayo está apoiada no referencial materialista histórico dialético e Bardin no positivismo. Quando adotada a proposta de Bardin obtém-se: primeiro as unidades de registro ou registo, após as categorias intermediárias e por último os temas. Na proposta de Minayo as etapas são: unidades de significação, categorias temáticas e temas. Cabe observar que os dados obtidos na coleta não falam por si só; necessitam um processamento denominado de categorização, que pretende dar sentido as mensagens contidas nestes dados. No processo de análise dos dados após organização e leitura exaustiva dos dados puros ou brutos, parte-se para a categorização dos mesmos até a obtenção dos temas, que se constituem na etapa final deste processo (BONILHA, 2012).

Ao abordar a temática do acolhimento nos serviços de saúde, fica evidente a necessidade da complementação dos métodos, uma vez que este tema de pesquisa possui um caráter subjetivo e relacional intrínseco das relações sociais e ao mesmo tempo é atributo importante nas práticas dos serviços de saúde visando a produção do cuidado aos usuários e presente nas políticas de saúde.

Entretanto, a literatura científica ainda é limitada na produção de conhecimento sobre o acolhimento na atenção básica à saúde, tanto do enfoque qualitativo quanto do quantitativo. Há uma escassez de estudos epidemiológicos sobre o acolhimento na atenção básica em saúde. Por exemplo, uma busca nas bases de dados bibliográficos Scopus, Web of Science, Pubmed, Scielo, Lilacs, BDENF e PAHO, sem limites de tempo e idioma, utilizando os seguintes descritores e operadores booleanos: i) “Acolhimento” AND “Atenção Primária à Saúde”; ii) “User embracement” AND “Primary Health Care”; e iii) “Acogimiento” AND “Atención Primaria de Salud”, encontrou somente 5 estudos epidemiológicos (ALVES, 2014; GARCIA, 2014; ALBUQUERQUE, 2014, FELISBERTO, 2013; GONÇALVES, 2013) que avaliaram a prática de acolhimento pelos profissionais de atenção básica à saúde, onde apenas um estudo avaliou questões relacionadas às diferenças regionais, sendo a maioria dos estudos centrados na avaliação de uma unidade de saúde ou estado. Em relação às revisões de literatura sobre o acolhimento em saúde, ainda são poucas e utilizaram poucas bases de dados bibliográficos, em um período curto de tempo, com limitação para periódicos brasileiros e em algumas o objetivo não era o tema do acolhimento diretamente (PELISOLI, 2014; SANTOS, 2011; NORA, 2013; MITRE, 2012; COUTINHO, 2015; GARUZI, 2014). Ainda não há uma revisão que tenha trabalhado com metassíntese sobre acolhimento, tampouco um estudo

epidemiológico sobre esse tema que tenha avançado além dos limites de uma unidade de saúde ou estado avaliando aspectos contextuais das iniquidades regionais brasileiras.

Portanto, o presente trabalho promove um passo inicial na discussão sobre o acolhimento na atenção básica à saúde, contribuindo com aspectos metodológicos complementares, trazendo um caráter inédito aos resultados e ao processo de pesquisa do conhecimento nessa temática.

Diante da conjuntura explicada, elaboraram-se as seguintes questões norteadoras: (i) quais são as características das equipes de saúde e seus respectivos contextos sócio-espaciais que influenciam na realização de acolhimento dos usuários dos serviços de atenção básica à saúde? (ii) quais são as percepções e significados sobre o acolhimento que os profissionais de saúde possuem e como esses significados relacionam-se com as políticas de saúde?

Dessa forma, o objetivo deste estudo é avaliar o acolhimento na atenção básica à saúde, na perspectiva das equipes de saúde, utilizando uma abordagem epidemiológica complementada com elementos das ciências sociais para que haja um aprofundamento dos enfoques re-significando, organizando e ampliando a produção do conhecimento científico sobre o acolhimento na atenção básica à saúde.

Para responder aos objetivos propostos na tese, serão utilizadas duas abordagens metodológicas: quantitativa (artigo 1) e qualitativa (artigo 2).

### **3. REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1. BASES DO SUS: A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E O ACOLHIMENTO**

O Brasil possui um sistema nacional de saúde chamado Sistema Único de Saúde (SUS), o qual, embora esteja em permanente construção, detém bases ou princípios bem estabelecidos e sedimentados, como os princípios da universalidade, equidade e integralidade. Mesmo com dificuldades na efetivação destes princípios, é possível conceber a base doutrinária do SUS como bem fundamentada, pois é compreendida como uma política de estado e não somente de governo, bem como está em coerência com os modelos de sistemas nacionais de saúde de outros países referências em saúde pública, os quais possuem semelhança principalmente em relação ao acesso universal, a equidade, o controle social e a atenção primária como coordenadora do cuidado (CAMPOS, 2012).

O SUS precisa ser cuidado para que se evitem retrocessos em suas conquistas já realizadas, mas também porque se apresenta em um processo de construção permanente, dessa forma possibilitando que as demandas e necessidades em saúde dos usuários sejam consideradas. Logo, repensar e reorganizar os modelos de gestão e atenção à saúde no Brasil é de fundamental importância uma vez que são estes modelos os norteadores da efetivação do cuidado com os indivíduos e os coletivos. É fundamental a existência de serviços de saúde em número adequado para obter-se uma cobertura populacional justa, mas principalmente que estes serviços não trabalhem isoladamente e sim de maneira complementar na perspectiva de redes de atenção. Logo, a atenção básica possui grande importância para compor essas redes,

uma vez que se apresenta próxima do cotidiano da vida das pessoas e coletivos em seus territórios e assim proporcionando cuidado aos usuários de maneira mais rápida e efetiva (BRASIL, 2013a).

Em função da complexidade deste nível de atenção, é preciso que as equipes de saúde desenvolvam capacidade de escuta, além do escopo da oferta assistencial padrão, para poderem lidar com as necessidades dos usuários na produção da saúde. Portanto, são necessários dispositivos que permitam a qualificação do cuidado, e um destes dispositivos é o acolhimento, pois apresenta alta relevância e centralidade neste contexto (BRASIL, 2013a).

Nos dicionários da língua portuguesa o termo acolhimento aparece em variadas definições, por exemplo, de acordo com Houaiss (2009), a definição de acolhimento é “ato ou efeito de acolher; acolhida; maneira de receber ou de ser recebido; recepção, consideração; abrigo gratuito; hospitalidade; local seguro; refúgio, abrigo”. Já Ferreira (2010), define acolhimento como “ato ou efeito de acolher; recepção; atenção; consideração; refúgio; abrigo; agasalho; atendimento ambulatorial, médico e/ou hospitalar, segundo a política e o processo de humanização do sistema de saúde e de inclusão social do paciente que dele se vale; política de atendimento na área da saúde” (HOUAISS, 2009; FERREIRA, 2010).

Embora a noção de acolhimento tenha surgido a partir da saúde mental, como forma de assistência e também com caráter terapêutico, com François Tosquelles na França pós-guerra da década de 1960, é somente na década de 1990 que, no Brasil, esta tecnologia de cuidado foi oficialmente discutida para os serviços de saúde em seus diferentes níveis de atenção e especialidades (AMARANTE, 2007; MERHY, 1997).

Como política de saúde no Brasil, o acolhimento faz parte do HumanizaSUS como também é conhecida a Política Nacional de Humanização na saúde (PNH), a qual foi lançada no ano de 2003 e que consiste na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho, buscando pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde. A PNH estimula a construção de processos de trabalho coletivos, muitas vezes permeados por relações de poder desumanizadoras e inibitórias da autonomia e corresponsabilidade dos profissionais de saúde e dos usuários, mas que precisam ser superadas afim de que tenhamos uma indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, ou seja, entre a atenção e a gestão e/ou entre a clínica e a política (BRASIL, 2009; 2013b).

A noção de humanização nos serviços de saúde faz emergirem questões fundamentais que podem orientar a construção das políticas de saúde, uma vez que tem capacidade de ofertar atenção de qualidade fornecendo princípios e modelos de relação entre os atores na produção da saúde e entre os serviços e níveis de atenção que constituem o SUS. O mapeamento e a visibilidade de iniciativas e programas de humanização no SUS, bem como seu intercâmbio e articulação, constituem aspectos importantes na construção da Rede de Humanização em Saúde (RHS), um portal colaborativo para produção e difusão de informações em humanização da saúde entre atores do ensino, serviço e gestão (BRASIL, 2004).

A PNH atua a partir de orientações clínicas, éticas e políticas, que se traduzem em determinados arranjos de trabalho, ou seja, em diretrizes, tendo a clínica ampliada e o acolhimento como exemplos. A clínica ampliada tem a finalidade de contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento

que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença, através da qualificação do diálogo (BRASIL, 2013b).

O acolhimento pode ser considerado uma nova tecnologia de trabalho, situando-se no âmbito da denominada micropolítica do trabalho em saúde, em que o processo de trabalho torna-se espaço público, passível de discussão coletiva e de reorientações, permitindo a efetiva autogestão de trabalhadores e construção da autonomia dos usuários (CECÍLIO, 1994; MERHY, 1997). O que torna importante definirmos a compreensão de tecnologia aplicada ao contexto de produção da saúde, ou seja, ao analisarmos o processo de trabalho em saúde, podemos explicá-lo através de suas três dimensões tecnológicas: i) tecnologias duras, representadas pelas máquinas, normas, estruturas organizacionais; ii) tecnologias leve-duras, representadas pelos saberes estruturados, normas e rotinas (como a clínica e a epidemiologia); e iii) tecnologias leves (tecnologias de relações como a produção de vínculo e o acolhimento) (MERHY, 1997). Embora não haja uma forma específica de realizar acolhimento, há uma compreensão de que é o ato de receber o usuário do serviço de saúde com uma escuta qualificada, ou seja, para além de questões puramente técnicas de diagnóstico, mas um espaço de criar possibilidades de cuidado entre a equipe de saúde e o usuário (BRASIL, 2013a).

Atualmente, em seus princípios e diretrizes, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) traz o acolhimento como um dispositivo no qual os serviços de saúde devem se organizar para assegurá-lo, assumindo a função central no cuidado ao usuário e garantindo, dessa forma, a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção. Pauta ainda a importância da infraestrutura disponível nas unidades de saúde e do processo de trabalho das equipes de



saúde para a oferta do acolhimento, com a recomendação que as unidades tenham sala multiprofissional de acolhimento e as equipes tenham como atribuições de seus membros a produção do cuidado em saúde baseada no acolhimento (BRASIL, 2012).

Para obtenção de êxito nas práticas e processos de acolhimento, muitos aspectos técnicos, políticos e institucionais necessitam ser mobilizados, não bastando ações normativas, burocráticas ou discursivas, mas sim arranjos organizacionais que possibilitem a adaptação dinâmica às necessidades dos coletivos. Logo, percebe-se que o mais importante não é a definição em si de acolhimento, mas o quão claro e explícito é a noção adotada situacionalmente pelos atores envolvidos, revelando suas perspectivas e intencionalidades. Nesse sentido, o acolhimento pode ser compreendido nas seguintes dimensões: a) como mecanismo de ampliação/facilitação do acesso; b) como tecnologia de cuidado; e c) como dispositivo de organização do processo de trabalho em equipe (BRASIL, 2013a).

Em relação às revisões de literatura sobre o acolhimento em saúde, ainda são poucas e utilizaram poucas bases de dados bibliográficos, em um período curto de tempo, com limitação para periódicos brasileiros e em algumas o objetivo não era o tema do acolhimento diretamente (PELISOLI, 2014; SANTOS, 2011; NORA, 2013; MITRE, 2012; COUTINHO, 2015; GARUZI, 2014). Por exemplo, uma revisão integrativa da literatura buscando analisar a produção literária sobre o acolhimento na saúde da família encontrou apenas 21 estudos, sendo a maioria das publicações brasileira, na língua portuguesa, em periódicos da área de saúde pública e predominantemente com abordagem metodológica qualitativa. A partir da análise dos resultados da busca os autores sistematizaram as abordagens dos artigos em três categorias: acolhimento e vínculo (5 artigos), acolhimento no processo de trabalho

em APS (14 artigos) e avaliação de serviços de saúde (2 artigos). Concluem que é preciso mais estudos abordando a temática do acolhimento a partir da perspectiva do usuário sobre a utilização de tecnologias leves. O estudo apresentou algumas limitações principalmente em relação ao período de coleta de dados (de 2006 a 2010) até a publicação dos resultados, as bases de dados (não foram utilizadas scopus e web of science) e os descritores (não foram utilizados descritores em espanhol), porém fornece um panorama da tendência da produção científica da temática do acolhimento em atenção básica (GARUZI, 2014).

Portanto, percebendo a função estratégica do acolhimento nas principais políticas de saúde, é preciso refletir na possibilidade e na importância da utilização do acolhimento como componente da avaliação de serviços de saúde. Ou seja, considerando a complexidade em defini-lo/conceituá-lo e a centralidade em compreendê-lo como uma tecnologia leve, um trabalho vivo em ato no processo de produção da saúde, o que por sua vez caracteriza-o como um produto sujeito das relações de cuidado percebidas como um acontecimento e não um ato, dessa forma qualificando o serviço de saúde, o acolhimento pode ser visto como um dos componentes da avaliação da qualidade dos serviços de saúde, porém sendo aferido a partir das percepções dos trabalhadores e usuários sobre a seu processo de trabalho e cuidado, e não de uma forma normativa desconsiderando os sentidos atribuídos pelos atores envolvidos. Um exemplo semelhante são as pesquisas que investigam a etnia das pessoas, onde apesar da utilização de uma questão fechada, a entrevista é realizada a partir de uma perspectiva de autorrelato, portanto considerando e respeitando as subjetividades e opiniões dos entrevistados. Da mesma forma, inserir a temática do acolhimento em instrumentos que avaliem os serviços de saúde é

possível desde que na construção desses instrumentos estejam presentes aspectos compreendidos a partir do respeito às subjetividades e percepções dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde.

### 3.2. POLÍTICAS PÚBLICAS, DESENVOLVIMENTO REGIONAL E EQUIDADE

A política pública pode ser compreendida como a tradução de propósitos de governos e de anseios da sociedade, porém há variadas definições sobre o que seja política pública não existindo uma única, nem a melhor definição. (SOUZA, 2003; ROCHA, 2014). Em função das políticas públicas apresentarem uma relação com a economia e a sociedade, qualquer utilização teórica da política pública necessita abordar as interações entre economia, política, sociedade e Estado (SOUZA, 2006).

Portanto, o processo de formulação da política pública é aquele através do qual os governos traduzem seus propósitos em programas e ações, que produzirão resultados/mudanças no mundo real, tudo isto permeado por uma perspectiva de que há uma interação entre indivíduos, instituições, ideologias e interesses, mesmo que existam diferenças sobre a importância relativa desses fatores (SOUZA, 2006).

O desequilíbrio regional interfere na produção das políticas públicas e aplicação de recursos na área da saúde uma vez que a política de saúde precisa, cada vez mais, se alinhar às necessidades da população, entendendo a saúde numa perspectiva ampliada, ou seja, incluindo seus determinantes sociais e promovendo a equidade (CNDSS, 2014).

O comportamento demográfico de uma população está ligado às desigualdades sociais e econômicas, pela simples razão de que as condições

materiais e as expectativas que fazem em relação a si e a seus filhos exercem forte impacto sobre o padrão de nascimentos/óbitos e sobre a propensão a migrar de um lugar para outro. O estilo de desenvolvimento de cada país é resultado de um complexo emaranhado de ações recíprocas da geografia, história, economia, população e políticas públicas, fatores estes mais ou menos singulares a cada contexto nacional. É marcado, também, por desigualdades do tempo, do espaço e entre indivíduos, de modo que se o desenvolvimento favorece certas áreas geográficas e grupos sociais em relação a outros, e se tais diferenças trazem conseqüências demográficas em razão do impacto sobre a fecundidade, mortalidade e a migração, então devemos tratar a economia e a população como agregados distintos (WOOD, 1994).

Diferenciações espaciais, como região do país, desempenham papel crucial, na medida em que a geografia está associada às diferenças na distribuição dos indicadores de qualidade de vida. Portanto, captar as diferenças regionais é crucial para o estudo da população e do desenvolvimento de uma nação e a divisão em cinco macrorregiões (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste, Ssul) oferece ampla visão das características mais importantes da diversidade espacial brasileira (WOOD, 1994). Em países com grandes extensões territoriais, é evidente a necessidade de estudos que abordem as diferenças regionais, como é o caso do Brasil. Porém, ainda percebe-se na literatura uma predominância de informações sobre desigualdades regionais em saúde relacionadas à carga de doença da população e muito pouco relacionando as diferenças regionais e/ou espaciais na distribuição de fatores relacionados com a oferta de serviços de saúde (VICTORA, 2011; PNAD, 2008).

Portanto, emerge para a discussão sobre desigualdades macrorregionais em

saúde a temática do desenvolvimento regional, pois quando caracterizamos o desenvolvimento de uma forma ampliada é possível captar diversos aspectos de uma sociedade. Dessa forma, características econômicas, sociais e culturais relacionam-se direta e indiretamente à temática do desenvolvimento. Além disso, esta pode ser focalizada a partir de diferentes abordagens como o desenvolvimento econômico, humano, social, urbano e rural. Considerando a grande extensão territorial do Brasil e a diversidade sociocultural presente neste país, aspectos do desenvolvimento relacionados às diferenças regionais podem ser considerados como questões primordiais ligadas à dinâmica do desenvolvimento da nação (PINTO, 2014).

É impossível avançar sem integrar a política nacional de saúde com outras iniciativas de regionalização em andamento em outros setores do governo, unindo esforços para diminuir a pobreza, a desigualdade e a exclusão social, distribuindo melhor a renda e melhorando o acesso e a gestão em saúde (GUIMARÃES, 2005). A partir de uma análise de situação em cada região, é necessário debater não somente as necessidades de saúde da sua população, mas também as necessidades de gestão apontadas pelos municípios, onde a partir disso, é possível organizar uma rede regional de ações e serviços de saúde que opere com financiamento adequado e baseado em critérios epidemiológicos, geográficos e socioeconômicos. Outro aspecto importante para a diminuição das desigualdades regionais é a avaliação constante das ações, principalmente avaliação dos serviços de saúde, corroborando, portanto, com o objetivo deste trabalho (CNDSS, 2014).

Logo, se há diferenças macrorregionais na prevalência de acolhimento pelas equipes de atenção básica à saúde, uma possível explicação para estas disparidades poderia estar relacionada ao perfil de desenvolvimento regional, ou seja, à forma

como as macrorregiões se desenvolveram historicamente, pois a construção social, econômica, demográfica e cultural de uma determinada região implica diretamente na organização de suas políticas sociais, entre elas a política de saúde, tendo impacto na produção da saúde e no processo de trabalho das equipes de saúde (CNDSS, 2014; PINTO, 2014).

Neste contexto, encontramos na literatura duas fontes preciosas para teorização sobre as diferenças na oferta de serviços de saúde. A primeira é a Lei do Cuidado Inverso, de Hart (1971), afirmando que a disponibilidade de atenção em saúde tende a variar inversamente com a necessidade da população. Esta Lei do Cuidado Inverso opera mais forte quando a oferta de cuidado está exposta a força do mercado de trabalho, ou seja, a distribuição dos recursos é historicamente desarticulada da necessidade social em saúde. A força que gera e mantém a Lei do Cuidado Inverso é operada pelo mercado e o seu aspecto cultural e ideológico é permeado pelos pensamentos e ambições dos profissionais de saúde justificando estes posicionamentos tomados. Quanto mais os serviços de saúde forem reorganizados fora da lógica da economia de mercado, mais teremos sucesso em redirecionar de maneira equânime os recursos de saúde, uma vez que para isso precisamos de intervenções de saúde pública as quais necessitam de mudanças sociais e políticas (HART, 1971).

A segunda é a Hipótese da Equidade Reversa, de Victora (2000) que bebe na Lei do Cuidado Inverso e afirma que os novos programas e intervenções de saúde pública alcançam inicialmente as pessoas de nível socioeconômico maior, aumentando as iniquidades entre ricos e pobres. Esta iniquidade somente será minimizada quando a população de melhores condições socioeconômicas tiver

alcançado níveis de saúde aceitáveis e o acesso aos serviços de saúde for maior entre os menos favorecidos socioeconomicamente. Mesmo em ações de saúde pública direcionadas às populações mais vulneráveis é difícil conseguir uma diminuição das iniquidades se a população de nível socioeconômico maior ainda não tiver alcançado baixos níveis de mortalidade e morbidade, ou seja, as ações de saúde pública de qualidade apresentam-se mais disponíveis e utilizadas pelas pessoas que menos necessitam (VICTORA, 2000).

No Brasil, apesar do padrão de crescimento econômico, não foi possível reduzir de modo significativo a pronunciada desigualdade espacial que, há muito, caracteriza o país. O crescimento e a diversificação da economia brasileira fizeram diminuir, mas não eliminaram as fortes desigualdades regionais. Nos primórdios da história do país, foi a exportação do açúcar que concentrou riqueza e população no nordeste. No final do século XIX e começo do século XX, foram as vendas do café no mercado internacional que resultaram na incipiente industrialização do São Paulo, tomando grande impulso na criação do setor manufatureiro. O surgimento de um pólo de crescimento, portanto, trouxe efeitos cumulativos, de forma que a economia regional do sudeste brasileiro avançava, enquanto a do nordeste ficava para trás. Desse modo, mudanças na estrutura da produção econômica, assim como a elevação do nível educacional e da oferta de serviços de saúde causaram profundas alterações no comportamento reprodutivo do brasileiro, o que por sua vez mantém relações estreitas com a taxa de fecundidade, os padrões familiares e a dinâmica da força de trabalho e do seguro social (WOOD, 1994).

### 3.3. AFINAL, DE QUAL EPIDEMIOLOGIA ESTAMOS FALANDO?

A epidemiologia, a partir da publicação da Lei 8080 de 1990, foi oficialmente integrada como importante referencial teórico e prático para as ações em saúde pública no Brasil (BRASIL, 1990). Mas há muitos anos antes, a epidemiologia já era vista com grande potencial de organizar e ajudar a compreensão de diversos aspectos populacionais. Um exemplo é o aparecimento do termo epidemiologia na Sociedade Epidemiológica de Londres (1850) e em Madrid, na Espanha, no ano de 1802, com a História da Epidemiologia Espanhola. Já o termo epidemia é mais antigo, sendo relatado em 1775 no Johnson's Dictionary e no Oxford English Dictionary em 1603, além do mais, por Hipócrates quatro séculos antes da era cristã (PORTA, 2008).

Embora desde o século XVII já existissem os saberes sobre a saúde e a doença, foi somente no início do século XIX que a epidemiologia se constituiria como uma disciplina científica (BARATA, 1998). O conjunto dos conceitos e dos métodos em epidemiologia evoluiu desde o século XVII, sendo, portanto, relativamente novos em comparação com as ciências de base não-populacional, como a física e a química. Nesta evolução, podemos identificar quatro fases caracterizadas por saltos qualitativos na formalização e abstração de métodos e conceitos: (i) Pré-formal (séculos XVII à XIX): onde os cientistas utilizavam um pensamento populacional e comparação de grupos de forma espontânea e sem uma teoria balizadora, sendo exemplos John Snow e William Farr. Ainda não havia nenhuma teoria orientadora para a implementação de estudos populacionais; (ii) Inicial (1900-1945): corresponde a fase durante a qual foram produzidos os primeiros elementos de uma teoria epidemiológica. A epidemiologia tornou-se uma disciplina



acadêmica e os primeiros livros didáticos tornaram-se disponíveis. Os representantes foram Weinberg, Lane-Clayton, Geada, Greenwood, Hill, Goldberger, Sydenstricker, e Bell. Eles realizaram os primeiros estudos históricos de coorte, estudos de caso-controle e ensaios clínicos randomizados; (iii) Clássica (1945 a 1980): os desenhos de estudo foram refinados, e a aferição, o confundimento e as interações dos efeitos foram formalizadas. A conquista simbólica de epidemiologia clássica foi a publicação do relatório de 1964 *US Surgeon General Report Smoking and Health*, que se baseou, essencialmente, em dados epidemiológicos e concluiu que havia umnexo de causalidade entre tabagismo e câncer de pulmão. Exemplos: Susser, Doll, Hill, Lilienfield e Cornfield; e (iv) Moderna (a partir de 1980): caracteriza-se por uma integração de métodos e conceitos em um corpo teórico que compreende os delineamentos, medidas de ocorrências de eventos e seus efeitos, confundimento, interação, viés e inferências causais. Exemplos: Rothman, Greenland e Miettinen. Restando ainda uma possível quinta fase chamada de (v) Causal, pois se pode afirmar com segurança que a disciplina de epidemiologia está em processo de evolução (MORABIA, 2004).

É importante definir qual é a compreensão da epidemiologia que se utiliza, ou seja, de que prisma observa-se o objeto de estudo a partir da disciplina de epidemiologia, para conceituá-lo, ficando claro qual é a compreensão do saber epidemiológico que se faz necessário tanto do ponto de vista teórico como operacional-metodológico.

O Oxford English Dictionary (1863) define epidemiologia como “o ramo da ciência médica que trata das epidemias”. Maxcy (1956), diz que é “o campo da ciência médica que se preocupa com as relações entre os vários fatores e condições

que determinam as freqüências e distribuições de um processo infeccioso, uma doença ou um estado fisiológico em uma comunidade humana”. MacMahon (1960) define epidemiologia como “o estudo da distribuição e dos determinantes da prevalência da doença nos homens”. Lilienfeld (1976), diz que é “o estudo da distribuição de uma doença ou uma condição fisiológica em populações humanas e dos fatores que influenciam esta distribuição”. Kuller (1991) conceitua epidemiologia como “o estudo das epidemias (doenças) e sua prevenção”.

Nota-se que os autores acima trazem a noção de epidemiologia com um enfoque na doença ou no estudo da fisiologia humana. Já os autores abaixo vão agregar a essa noção, uma dimensão a mais: a Saúde. E mesmo sendo a Saúde de difícil definição, articulam o conceito de epidemiologia a uma condição ou evento relacionado a tal, ou seja, de alguma forma os novos conceitos de epidemiologia conseguem agregar à sua definição uma dimensão ligada ao termo saúde compreendendo as diversas formas de concebê-la, seja em aspectos psicológicos, sociais ou físicos.

A exemplo disto, Last (1983) define epidemiologia como “o estudo da distribuição e determinantes dos estados e eventos relacionados à saúde em populações e a aplicação desse estudo no controle de problemas de saúde”. Rothman (2008) a define como “estudo da distribuição de estados e eventos relacionados à saúde nas populações”. E Miguel Porta, em 2008, atribui ao termo o sentido do “estudo da ocorrência e distribuição de estados ou eventos relacionados à saúde em populações específicas, incluindo o estudo dos determinantes destes estados e eventos, bem como a aplicação deste conhecimento para controlar problemas de saúde”. Este autor, ainda define que determinantes são todos os fatores que

influenciam a saúde, por exemplo: sociais, culturais, econômicos, comportamentais e biológicos; da mesma forma define os “estados e eventos relacionados à saúde” como sendo o uso e oferta de serviços de saúde, os comportamentos humanos, as respostas a programas preventivos, além das doenças e causas de mortes (PORTA, 2008).

Seguindo na definição de epidemiologia como uma disciplina relacionada ao estudo de eventos em saúde, é importante que se faça nova distinção: entre a epidemiologia que estuda esses eventos como resultantes de um processo individual e a epidemiologia que os concebe como integrantes de uma teoria multicausal e focada na população. A primeira assenta-se na redução dos vínculos entre sociedade e processo saúde-doença a atributos mensuráveis a partir do estudo de casos individuais; resulta ainda na supervalorização dos “estilos de vida” e nas propostas baseadas na responsabilização dos indivíduos (BARATA, 2005). Já a segunda, distinguindo-se pela investigação explícita dos determinantes sociais, possui uma relação com o contexto social, histórico e político apresentando as perspectivas sociopolítica, psicossocial e ecossocial (BARATA, 2000; KRIEGER, 2011). A epidemiologia social é uma interface entre a epidemiologia e as ciências sociais, tendo surgido a partir da sociologia apresenta caráter ascendente no campo do conhecimento epidemiológico (PORTA, 2008; MIETTINEN, 2012). Disfarçada sob outras formas e conhecida por outros nomes, a epidemiologia social tem estado conosco por décadas ou séculos, não sendo os epidemiologistas sociais os únicos cientistas que contribuem para a compreensão dos determinantes sociais de saúde, mas que apresentam uma capacidade de integrar as dinâmicas sociais nos modelos explicativos (BERKMAN, 2000).

Essa relação inicial entre a Epidemiologia e as Ciências Sociais na busca de explicações para os padrões populacionais de distribuição das doenças perdurou durante a maior parte do século XIX e até as primeiras décadas do século XX, onde o enfraquecimento dos vínculos teóricos e metodológicos entre essas disciplinas decorreu principalmente de movimentos (Teoria do Germe e Individualização) que determinam a omissão do caráter coletivo e social da epidemiologia, conduzindo à substituição da perspectiva populacional pela perspectiva individual nas investigações epidemiológicas (KRIEGER, 2000; BARATA, 2005).

A epidemiologia “individualizada” identifica a suscetibilidade casual, mas pode falhar em identificar as causas das incidências. Para encontrar os determinantes das taxas de prevalências e incidências, precisamos estudar as características das populações, e não características dos indivíduos (ROSE, 1985). Os problemas surgem porque os métodos epidemiológicos são mais utilizados para a compreensão das causas que distinguem os indivíduos dentro de uma população (intra-populacional). Se o objetivo da pesquisa em saúde pública é o de proporcionar uma base científica para o desenvolvimento de estratégias eficazes para melhorar o estado de saúde da população, então as questões mais importantes em saúde pública não são somente sobre as diferenças inter-individuais dentro de uma população, mas sim sobre a causa de um aumento na taxa de um evento ou diferenças nas taxas do evento entre as populações (inter-populacional). Quando as causas das diferenças de taxas entre as populações e as causas de variação inter-individual dentro de uma população são diferentes e a pergunta é sobre diferenças das taxas, então esta discrepância resulta no que tem sido chamado de erro tipo III, ou seja, a resposta certa para a pergunta errada. O pressuposto do erro tipo III não é que olhar para as diferenças

inter-individuais é um erro ou que as diferenças de grupo nunca podem ser um reflexo das diferenças inter-individuais; ao contrário, é que as diferenças de risco entre indivíduos dentro de uma determinada população podem não ter as mesmas causas que as diferenças no risco médio entre duas populações diferentes (SCHWARTZ, 1999).

A renovação dos interesses na integração entre a epidemiologia e as ciências sociais ocorre apenas durante a década de 1960, onde as transformações sociais, dada pelos movimentos populares, desempenham papel importante como impulsionadores do fortalecimento da perspectiva crítica, ideológica e do contexto político e social na relação dos comportamentos humanos e as condições de saúde (KRIEGER, 2000). É nesse contexto que a epidemiologia aproximou-se da avaliação de serviços de saúde, fato visto, por exemplo, com a criação de áreas temáticas em congressos. No Plano Diretor para o Desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil, a epidemiologia busca concentrar os esforços com a avaliação de programas, serviços e intervenções em saúde, devido a constatação de poucos estudos epidemiológicos para a avaliação de impacto de intervenções, visando ainda apoiar a sistematização e divulgação de experiências de avaliação de ações e serviços de saúde (PDDEB, 2005).

Portanto, trata-se da epidemiologia que dialoga com outras áreas do conhecimento, pois não pretende solucionar todos os problemas e muito menos estar com a verdade, mas ser um prisma que os cientistas podem utilizar para enxergar o mundo e produzir suas conclusões (ou dúvidas); da epidemiologia que não consegue esgotar um objeto de pesquisa, necessitando da complementaridade de seu conhecimento para produzir um sentido maior, relacionando-se com o contexto político e social.

## **4. OBJETIVOS**

### 4.1. Objetivo geral

O objetivo deste estudo é avaliar o acolhimento na atenção básica à saúde, na perspectiva das equipes de saúde, utilizando uma abordagem epidemiológica complementada com elementos das ciências sociais para que haja um aprofundamento dos enfoques re-significando, organizando e ampliando a produção do conhecimento científico sobre o acolhimento na atenção básica à saúde.

### 4.2. Objetivos específicos

4.2.1. Estimar a prevalência e os fatores associados da prática do acolhimento pelas equipes de atenção básica à saúde, no Brasil, em 2012.

4.2.2. Analisar as percepções e significados dos profissionais da atenção básica à saúde sobre o acolhimento e discuti-las com os pressupostos da Política Nacional de Atenção Básica.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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* | Rio de Janeiro, V. 38, N. Especial, P. 182-194, Out 2014.

Alves MGM, Casotti E, Oliveira LGD, Machado MTC, Almeida PF, Corvino MPF, et al. Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, V. 38, N. Especial, P. 34-51, Out 2014.

Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

Barata RB. Epidemiologia e saber científico. *Rev Bras Epidemiol*; 1(1): 14-27. 1998.

Barata RB. Epidemiologia e Ciências Sociais. In: Barata RB, Briceño-León R (org) *Doenças Endêmicas: abordagens sociais, culturais e comportamentais*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2000.

Barata RB. Epidemiologia social. *Rev Bras Epidemiol*; 8(1): 7-17, 2005.

Bardin, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70 Ltda, 2007.

Bonilha ALL. Reflexões sobre análise em pesquisa qualitativa. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) mar;33(1):8. 2012.

Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei orgânica da saúde. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília; 1990.

Brasil. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Brasil. O HumanizaSUS na atenção básica / Ministério da Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

Brasil. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Brasil. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

Brasil. Ministério da saúde. Política nacional de humanização. Brasília. 2013b.

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf)

Berkman LF, Kawachi I. *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press, 2000.

Campos GW. *Tratado de Saúde Coletiva*. 2ª edição. São Paulo: Hucitec, 2012.

Cecílio LCO. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Editora Hucitec; 1994.

CNDSS. Comissão Nacional de Determinantes Sociais de saúde. Entrevista com Isabel Senra. Disponível em: <http://dssbr.org/site/entrevistas/o-desafio-de-promover-a-saude-lidando-com-as-diferencas-regionais/>. Acesso em 15 de dezembro 2014.

Coutinho LRP, Barbieri AR, Santos MLM. Acolhimento na atenção primária a saúde: revisão integrativa. *Saúde Debate*; Rio de Janeiro, v39(105); 514-524. 2015

Felisberto DF, Silva GS, Beirão FOS, Falcão MLP, Felisberto E, Albuquerque AC. Qualidade dos serviços oferecidos em uma unidade de saúde da família: avaliando a conformidade com os padrões do programa avaliação para melhoria da qualidade. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 37, n.2, p.473-485 abr./jun. 2013.

Ferreira, ABH. *Dicionário Aurélio da língua portuguesa*. 5ª edição. 2272 páginas. Curitiba: Positivo, 2010.

Garcia ACP, Andrade MAC, Zandonade E, Prado TN, Freitas PSS, Cola JP, et al. Análise da organização da Atenção Básica no Espírito Santo: (des)velando cenários. *Saúde Debate* | Rio de Janeiro, V. 38, N. Especial, P.221-236, Out 2014.

Garuzi M, Achitti MCO, Sato CA, Rocha SA, Spagnuolo RS. Acolhimento na estratégia saúde da família: revisão integrativa. *Rev Panam Salud Publica*; 35(2):144-9. 2014.

Gonçalves R, Pedrosa L, Oliveira M, Silva Q, Abreu R, Pinho P. Promoção da saúde mental: ações dos enfermeiros inseridos na atenção primária. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 10. DEZ, 2013.

Guimarães RB. Regiões de saúde e escalas geográficas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(4):1017-1025, jul-ago, 2005.

Hart JT. The Inverse Care Law. *Lancet* 1971;i:405-12.

Houaiss A, Villar MS. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Instituto Antônio Houaiss de Lexicografia e Banco de Dados da Língua Portuguesa. 1ª edição. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

Krieger N. *Epidemiology and Social Sciences: towards a critical reengagement in the 21st century*. *Epidemiol Rev*; 22(1): 155-63, 2000.



Krieger N. *Epidemiology and the People's Health: theory and context*. Oxford University Press, 2011.

Kuller LH. Epidemiology is the Study of "Epidemics" and Their Prevention. *Am. J. Epidemiol*; 134 (10): 1051-1056, 1991.

Last JM. *A Dictionary of Epidemiology*. 1st edition. Oxford: Oxford University Press, 1983.

Lilienfeld AM. *Foundations of Epidemiology*. New York: Oxford University Press, 1976.

Macmahon B, Pugh TF, Ipsen J. *Epidemiologic Methods*. Boston: Little, Brown and Company, 1960.

Maxcy KF. *Epidemiology*. In: Maxcy KF (Editor). *Rosenau Preventive Medicine and Public Health*. 8th edition. New York: Appleton-Century-Crofts, 1956.

Merhy EE, Onocko R. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Editora Hucitec; 1997.

Miettinen OS, Karp I. *Epidemiological Research: An Introduction*. Springer Dordrecht Heidelberg New York London. 2012.

Minayo MCS. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

Minayo MCS, Sanches O. *Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade?* *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/set, 1993.

Mitre SM, Andrade EIG, Cotta RMM. *Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil*. *Ciênc. saúde coletiva* vol.17 no.8 Rio de Janeiro Aug. 2012.

Morabia, A. *A history of epidemiological methods and concepts*. Birkhäuser Verlag: Boston. p. 405, 2004.

Nora CRD, Junges JR. *Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática*. *Rev. Saúde Pública* vol.47 n.6 São Paulo Dec. 2013.

Oxford English Dictionary. *Epidemiology* (entry term), date 1863. Acesso em 12 de dezembro de 2014. Disponível em: <<http://www.oed.com/>>.

PDDEB. *IV Plano Diretor para o Desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil. A Epidemiologia nas Políticas, Programas e Serviços de Saúde*. *Rev Bras Epidemiol*; 8(supl 1): 1-43, 2005.

Pelisoli C, Sacco AM, Barbosa ET, Pereira CO, Ceconello AM. Acolhimento em saúde: uma revisão sistemática em periódicos brasileiros. *Estud. psicol. (Campinas)* vol.31 no.2 Campinas Apr./June 2014.

Pinto NGM. Comparação entre índices de desenvolvimento para o Rio Grande do Sul. *Estudos do CEPE*. Nº 40 - Julho/Dezembro 2014.

Porta M. *A Dictionary of Epidemiology*. 5th edition. IEA. Oxford: Oxford University Press, 2008.

PNAD. *Um Panorama da Saúde no Brasil - Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde*. 2008.

Rocha DG, Alexandre VP, Marcelo VC, Rezende R, Nogueira JD, de Sá RF. Processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde: múltiplos movimentos simultâneos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(11):4313-4322, 2014.

Rose G. Sick Individuals and Sick Populations. *International Journal of Epidemiology*. Vol. 14, No. 1: 32-38, 1985.

Rothman KJ, Greenland S, Lash TL. *Modern Epidemiology*. 3rd edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2008.

Santos IMV, Santos AM. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. *Rev. salud pública* vol.13 n.4 Bogotá Aug. 2011.

Schwartz S, Carpenter KM. The Right Answer for the Wrong Question: Consequences of Type III Error for Public Health Research. *American Journal of Public Health*. Vol. 89, No. 8: 1175-1180, August 1999.

Souza C. Políticas públicas: questões temáticas e de pesquisa. *Caderno CRH*. 39(16):11-24, 2003.

Souza C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*. no.16. Porto Alegre July/Dec. 2006.

Victora CG, Vaughan JP, Barros FC, Silva AC, Tomasi E. Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies. *The Lancet*. Vol 356: 23, 2000.

Victora, C G et al. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. *The Lancet*. May 9, 2011.

Wood CH. *A demografia da desigualdade no Brasil*. 330 páginas. Rio de Janeiro: IPEA, 1994.

## **6. ARTIGO 1**

Acolhimento na atenção básica à saúde: desigualdades regionais

User embracement in primary health care: regional inequalities

Jessye Melgarejo do Amaral Giordani

Juliana Balbinot Hilgert

Programa de Pós-Graduação Epidemiologia. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)

Nome do autor responsável e correspondência:

Juliana Balbinot Hilgert.

Programa de Pós Graduação em Epidemiologia da UFRGS

Rua Ramiro Barcelos, 2400 - 2º andar - Cep: 90035-003 - Porto Alegre/RS

Telefone: (51) 3308-5620 - E-mail: ppgepid@ufrgs.br

Agradecimentos: Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde; Instituições de Ensino Superior que realizaram a avaliação externa; Equipes de saúde dos municípios; e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ).

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

**A ser enviado ao periódico “Cadernos de Saúde Pública”.**

## RESUMO

A atenção básica em saúde possui grande importância para compor as redes de atenção em saúde, pois se apresenta próxima do cotidiano da vida das pessoas em seus territórios e assim proporcionando cuidado aos usuários de maneira mais rápida e efetiva. Em função da complexidade deste nível de atenção, é preciso que as equipes de saúde desenvolvam capacidade de escuta, além do escopo da oferta assistencial padrão, sendo então necessários dispositivos que permitam a qualificação do cuidado, e um destes dispositivos é o acolhimento. O acolhimento pode ser compreendido nas seguintes dimensões: como mecanismo de ampliação/facilitação do acesso; como tecnologia de cuidado; e como dispositivo de organização do processo de trabalho em equipe. O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência e os fatores associados à realização de acolhimento pelas equipes da atenção básica à saúde, no Brasil, em 2012. Trata-se de um estudo observacional transversal multinível realizado a partir dos dados secundários oriundos da avaliação externa do primeiro ciclo do PMAQ-AB. Foram incluídas no estudo 13.751 equipes de atenção básica à saúde, de todas as macrorregiões e estados brasileiros. Os dados do primeiro nível (equipe de saúde) são referentes às entrevistas estruturadas realizadas com os profissionais dos serviços de saúde e os dados do segundo nível (contextual) dizem respeito às características dos 3.327 municípios nos quais as equipes de saúde estavam localizadas. O desfecho foi a realização de acolhimento pela equipe de saúde. Em relação às variáveis independentes contextuais, foram utilizadas as fontes do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento e do Ministério da Saúde: macrorregião, perfil municipal, índice de Gini e cobertura populacional de Estratégia de Saúde da Família. As variáveis independentes individuais foram selecionadas do PMAQ-AB: realização de reunião de equipe, estudo da demanda espontânea, consideração da opinião do usuário e existência de ações de educação permanente. Regressão de Poisson Multinível foi utilizada para obtenção das razões de prevalências brutas e ajustadas em uma modelagem hierárquica. A prevalência de realização de acolhimento pelas equipes de saúde foi 78,3% (IC95%: 77,6-79,1). Na análise hierárquica, após os ajustes, somente os fatores contextuais apresentaram significância estatística e a maior prevalência de realização de acolhimento foi entre as equipes que pertenciam à macrorregião sul em comparação à região nordeste (RP 1,37 IC95%: 1,27-1,48). Foi possível compreender a distribuição desigual da prática de acolhimento no Brasil, bem como seus condicionantes e o quão importante é o efeito contextual nessas iniquidades, principalmente em relação às diferenças macrorregionais.

## INTRODUÇÃO

A atenção básica possui grande importância para compor as redes de atenção em saúde, uma vez que se apresenta próxima do cotidiano da vida das pessoas em seus territórios e assim proporciona cuidado aos usuários de maneira mais rápida e efetiva, sendo responsável por várias funções importantes o que reflete em práticas que asseguram integralidade e acesso<sup>1,2,3</sup>. Em função da complexidade deste nível de atenção, é preciso que as equipes de saúde desenvolvam capacidade de escuta para

poderem lidar com as necessidades dos usuários na produção da saúde. Portanto, são necessários dispositivos que permitam a qualificação do cuidado, e um destes dispositivos é o acolhimento<sup>3</sup>.

O acolhimento pode ser considerado uma tecnologia, situando-se no âmbito da micropolítica do trabalho em saúde, em que o processo de trabalho torna-se espaço público, passível de discussão coletiva e de reorientações, permitindo a efetiva autogestão de trabalhadores e construção da autonomia dos usuários<sup>4,5</sup>. Além da noção de tecnologia de cuidado, o acolhimento pode ser compreendido como mecanismo de ampliação/facilitação do acesso e como dispositivo de organização e humanização do processo de trabalho em equipe. Embora não haja uma forma específica de realizar acolhimento, há uma compreensão de que é o ato de receber o usuário do serviço de saúde com uma escuta qualificada, ou seja, para além de questões puramente técnicas de diagnóstico, mas um espaço de criar possibilidades de cuidado entre a equipe de saúde e o usuário<sup>3</sup>.

Em países com grandes extensões territoriais, como é o caso do Brasil, é evidente a necessidade de estudos que abordem as diferenças regionais em saúde. Uma vez que o desequilíbrio regional interfere na produção das políticas públicas e na aplicação de recursos na área da saúde, as diferenciações espaciais (como região do país) desempenham papel crucial, pois a geografia está associada às diferenças na distribuição dos indicadores de saúde, como satisfação com serviços e mortalidade infantil<sup>6,7</sup>. Porém, ainda percebe-se na literatura uma predominância de informações sobre desigualdades regionais em saúde relacionadas à carga de doença da população e muito pouco relacionando as diferenças regionais e/ou espaciais na distribuição de fatores relacionados com a oferta de serviços de saúde<sup>8,9</sup>.

Além disso, são escassos os estudos epidemiológicos sobre a oferta de acolhimento pelos serviços de saúde. Por exemplo, uma busca nas bases de dados bibliográficos Scopus, Web of Science, Pubmed, Scielo, Lilacs, BDENF e PAHO em 2015, encontrou somente 5 estudos epidemiológicos<sup>10,11,12,13,14</sup> que avaliaram a prática de acolhimento pelos profissionais de atenção básica à saúde, onde apenas um estudo avaliou questões relacionadas às diferenças regionais, sendo a maioria dos estudos centrados na avaliação de uma unidade de saúde ou estado, porém nenhum avaliando aspectos contextuais das iniquidades regionais na prática de acolhimento

pelos profissionais de atenção básica à saúde.

Diante da conjuntura apresentada, elaborou-se a seguinte questão norteadora: quais são as características das equipes de saúde e seus respectivos contextos sócio-espaciais que influenciam na realização de acolhimento da demanda espontânea pelos serviços de atenção básica à saúde? Dessa forma, o objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência e os fatores associados à realização de acolhimento pelas equipes da atenção básica à saúde, no Brasil, em 2012.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo observacional transversal multinível realizado a partir dos dados secundários oriundos da avaliação externa do primeiro ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Foram incluídas no estudo 13.751 equipes de atenção básica à saúde, de todas as macrorregiões e estados brasileiros que aderiram ao PMAQ-AB.

Os dados foram coletados através da aplicação de um instrumento padronizado e testado previamente, entre maio e dezembro de 2012, aplicado por meio da utilização de computadores portáteis do tipo *tablet*. Para o trabalho em campo, foram selecionados avaliadores que participaram de um processo de formação com duração de uma semana, o qual foi centrado nas atividades que posteriormente desenvolveriam em campo. Os avaliadores foram treinados uniformemente por meio da utilização de um manual de campo elaborado pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde. Os dados do presente estudo referem-se às avaliações do Módulo II que foi respondido pelos profissionais de saúde, mediante entrevista e verificação de documentações in loco. Para escolha dos entrevistados, as equipes de saúde elegiam o profissional membro da equipe que julgavam obter o maior conhecimento sobre as informações da unidade de saúde.

Os dados do primeiro nível (individual) são referentes às entrevistas realizadas com os profissionais dos serviços de saúde e os dados do segundo nível (contexto) dizem respeito às características dos municípios nos quais as equipes de saúde estavam localizadas.

Em relação às variáveis independentes contextuais (nível município), foram utilizados dados dos 3.327 municípios aos quais as equipes de saúde estavam implantadas, compreendendo informações demográficas, socioeconômicas e de serviços de saúde. Foram utilizadas as bases de dados secundários oficiais do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento<sup>15</sup> e do Ministério da Saúde<sup>16</sup>. As variáveis contextuais foram: i) macrorregião (categórica: norte, nordeste, centro-oeste, sul e sudeste. Fonte: PMAQ-AB, 2012); ii) perfil municipal (categórica: 20% de pobreza: municípios com 20% ou mais da população vivendo em extrema pobreza; G100: são os cem municípios de mais de oitenta mil habitantes, com os mais baixos níveis de receita pública "per capita" e alta vulnerabilidade social; Capital ou região metropolitana e Demais localidades. Fonte: Portaria Interministerial nº1369, de 8 de julho de 2013); iii) índice de Gini (contínua. Fonte: PNUD, 2010); e iv) cobertura populacional de Estratégia de Saúde da Família (categórica: proporção. Fonte: Ministério da Saúde, 2012).

As variáveis independentes individuais (nível equipe de saúde) foram selecionadas do PMAQ-AB<sup>17</sup>: i) realização de reunião de equipe (categórica: sim/não); ii) estudo da demanda espontânea nos últimos 12 meses da entrevista (categórica: sim/não); iii) consideração da opinião do usuário para a reorganização e qualificação do processo de trabalho (categórica: sim/não); iv) existência de ações de educação permanente que contemplam as demandas e necessidades da equipe (categórica: sim/não).

O desfecho foi a realização de acolhimento pela equipe de saúde (categórica: Sim ou Não). Como não há na literatura um instrumento validado para acolhimento, a forma de composição utilizada neste estudo foi com base em quatro questões do bloco II.15 "Acolhimento à demanda espontânea" do instrumento de avaliação externa<sup>17</sup> do PMAQ-AB. Ou seja, para obter-se o desfecho positivo (Sim, realiza acolhimento) todas as seguintes questões deveriam ser respondidas: i) Está implantado o acolhimento na unidade de saúde? (Sim); ii) Em quais turnos é feito o acolhimento? (manhã e tarde); iii) Com que frequência acontece o acolhimento? (5 ou mais dias por semana); iv) Todos os usuários que chegam à unidade de saúde espontaneamente buscando atendimento têm suas necessidades escutadas e avaliadas? (Sim).

Foi elaborado um modelo teórico para a explicação das relações entre as variáveis em função de não haver na literatura alguma fonte de informação abordando esta temática a partir de um modelo teórico explicativo, tão pouco sob o ponto de vista epidemiológico (Figura 1). Portanto, para esta proposta, foram utilizadas fontes que abordassem o conceito e definição sobre o acolhimento em atenção básica à saúde<sup>3,5</sup>, bem como aspectos da avaliação de serviços de saúde<sup>18,19</sup> e determinantes sociais de saúde<sup>20,21,22</sup>.

Os dados foram analisados no software Stata 11. Foram realizadas análises das frequências absolutas e relativas das variáveis estudadas. Regressão de Poisson<sup>23,24,25</sup> Multinível (comando `xtpoisson`, com o subcomando `re` para os efeitos randômicos)<sup>26</sup> foi utilizada para obtenção das razões de prevalências brutas e ajustadas com seus respectivos intervalos de confiança de 95% e nível de significância de 5%. A modelagem utilizada foi hierárquica<sup>27</sup> em dois estágios: Modelo 1 (apenas as variáveis contextuais no ajuste dentro do próprio bloco) e Modelo 2 (as variáveis contextuais com  $p < 10\%$  do modelo 1, mais as variáveis do nível equipe de saúde). Para análise de ajuste dos modelos foi utilizado o *deviance*.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (parecer 21904, de 13 de março de 2012), por estar adequado ética e metodologicamente, de acordo com a resolução 196/96 e resoluções complementares do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS

Um total de 17.479 equipes receberam os avaliadores. Destas, 277 foram excluídas por não responderem ao questionário e 3.451 foram excluídas por apresentarem missing no desfecho (Figura 2). Portanto, no presente estudo foram incluídas 13.751 equipes de saúde para as análises, sendo que as características dos profissionais que responderam ao instrumento aplicado pelos avaliadores foi predominantemente de enfermeiros (91,8%), coordenadores das equipes (88%) e com atuação em equipes de saúde da família (97,2%). A prevalência de realização de acolhimento pelas equipes de saúde participantes do PMAQ-AB foi 78,3% (IC95%: 77,6-79,1).



Em relação às características contextuais das equipes de saúde estudadas, a maioria dos municípios localizava-se nas regiões Sul e Sudeste (61,3%), possuía população coberta de até 4 mil pessoas (77,5%), não pertencia a grupos especiais de perfil municipal (41,3%) e apresentava média no índice de Gini de 0,52 (dp:0,06) (Tabela 1). Para as características do nível equipe de saúde, a maioria realizava reunião de equipe (98,9%), considerava a opinião do usuário para as práticas de saúde (90,6%), as ações de educação permanente realizadas contemplavam as demandas da equipe (78,3%), porém não realizavam estudo da demanda espontânea (58,5%) (Tabela 2). Na análise bruta das variáveis, as maiores prevalências de realização de acolhimento foram encontradas na região Sul, nas capitais e regiões metropolitanas (Tabela 1) e entre as equipes que realizaram estudo da demanda espontânea (Tabela 2).

Na análise hierárquica, após os ajustes, entre os fatores contextuais (Tabela 1: Modelo 1), a maior prevalência de realização de acolhimento foi entre as equipes que pertenciam à macrorregião sul em comparação à região nordeste (RP 1,37 IC95%: 1,27-1,48). Entre os fatores do nível equipe de saúde (Tabela 2: Modelo 2), não houve diferença estatisticamente significativa.

A variância (deviance) no modelo vazio (sem as variáveis independentes) foi -13372.662 e este valor reduziu para -11166.318 na análise multivariada.

## **DISCUSSÃO**

O objetivo do estudo foi avaliar a prevalência e os fatores associados à realização de acolhimento pelas equipes da atenção básica à saúde, no Brasil. Foi possível identificar os fatores associados ao acolhimento, porém somente as macrorregiões conseguiram discriminar as diferenças existentes, evidenciando a importância das diferenciações espaciais na oferta dos serviços de saúde.

Uma possível explicação para as diferenças macrorregionais na prevalência de acolhimento pelas equipes de atenção básica à saúde poderia estar relacionada ao perfil de desenvolvimento regional, ou seja, à forma como as macrorregiões se desenvolveram historicamente, pois a construção social, econômica, demográfica e cultural de uma determinada região implica diretamente na organização de suas políticas sociais, entre elas, a política de saúde, tendo impacto na produção da saúde

e no processo de trabalho das equipes de saúde<sup>6,28</sup>. A política pública pode ser compreendida como um processo de tradução de propósitos de governos e de anseios da sociedade em ações que produzirão resultados/mudanças no mundo real, tudo isto permeado por uma perspectiva de que há uma interação entre indivíduos, instituições, ideologias e interesses<sup>29</sup>, embora haja variadas definições sobre o que seja política pública não existindo uma única, nem a melhor definição<sup>30,31</sup>.

Neste contexto, a literatura possui algumas fontes para teorização sobre as diferenças na oferta de serviços de saúde, que podem auxiliar na explicação da distribuição desigual da oferta de acolhimento pelas equipes de saúde da atenção básica encontradas no presente estudo. A primeira é a Lei do Cuidado Inverso<sup>22</sup>, afirmando que a disponibilidade de atenção em saúde tende a variar inversamente com a necessidade da população. Esta opera de maneira mais forte quando a oferta de cuidado está exposta à força do mercado de trabalho, ou seja, a distribuição dos recursos é desarticulada da necessidade social em saúde. A força que gera e mantém a Lei do Cuidado Inverso é operada pelo mercado e o seu aspecto cultural e ideológico é permeado pelos pensamentos e ambições dos profissionais de saúde justificando estes posicionamentos tomados. Quanto mais os serviços de saúde forem reorganizados fora da lógica da economia de mercado, mais teremos sucesso em redirecionar de maneira equânime os recursos de saúde, uma vez que para isso precisamos de intervenções de saúde pública as quais, por sua vez, necessitam de mudanças sociais e políticas.

A segunda é a Hipótese da Equidade Reversa<sup>21</sup>, e baseada na Lei do Cuidado Inverso afirma que os novos programas e intervenções de saúde pública alcançam inicialmente as pessoas de nível socioeconômico maior, aumentando as iniquidades entre ricos e pobres. Esta iniquidade somente será minimizada quando a população de melhores condições socioeconômicas tiver alcançado níveis de saúde aceitáveis e o acesso aos serviços de saúde for maior entre os menos favorecidos socioeconomicamente. Mesmo em ações de saúde pública direcionadas às populações mais vulneráveis é difícil conseguir uma diminuição das iniquidades se a população de nível socioeconômico maior ainda não tiver alcançado baixos níveis de mortalidade e morbidade, ou seja, as ações de saúde pública de qualidade apresentam-se mais disponíveis e utilizadas pelas pessoas que menos necessitam.

Dessa forma, o desequilíbrio histórico no desenvolvimento das macrorregiões do Brasil pode ter interferido na produção das políticas públicas e aplicação de recursos na área da saúde, o que se refletiu na carga desigual de doença na população e também na oferta de serviços de saúde insuficientes. Entendendo que o acolhimento na atenção básica em saúde é um dispositivo da Política Nacional de Atenção Básica e está disposto como uma atribuição dos membros das equipes de saúde visando a produção do cuidado, é importante que aspectos políticos e institucionais sejam mobilizados buscando arranjos organizacionais que possibilitem a adaptação às necessidades locais, minimizando as iniquidades existentes entre as macrorregiões<sup>32</sup>.

A partir de uma análise de situação em cada região, é necessário debater não somente as necessidades de saúde da população, mas também as necessidades de gestão apontadas pelos municípios, onde a partir disso, é possível organizar uma rede regional de ações e serviços de saúde que opere com financiamento adequado e baseado em critérios epidemiológicos, geográficos e socioeconômicos<sup>6</sup>. A epidemiologia exerce um papel importante nesse ínterim, pois compreendendo a definição de epidemiologia como uma disciplina relacionada ao estudo de eventos em saúde<sup>33,34,35</sup>, o uso e oferta de serviços de saúde apresentam grande relevância, principalmente a partir da evidenciação de diferenças na distribuição de indicadores de processo de trabalho das equipes de saúde, como o acolhimento na atenção básica. No documento do Plano Diretor para o Desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil, há uma busca em concentrar os esforços na avaliação de programas, serviços e intervenções em saúde, devido à constatação de poucos estudos epidemiológicos para a avaliação de impacto de intervenções, visando apoiar a sistematização e divulgação de experiências de avaliação de ações e serviços de saúde<sup>36</sup>.

Em relação ao achado não significativo para as variáveis de processo de trabalho das equipes de saúde no modelo final, deve-se provavelmente à alta proporção dessas variáveis entre as equipes e pelo fato de que sua realização esteja vinculada à realização de acolhimento, ou seja, a maioria das equipes de saúde que relataram praticar o acolhimento, também realizaram outras ações de organização do processo de trabalho como reunião de equipe e ações de educação permanente.

Percebendo a função estratégica do acolhimento nas políticas de saúde e na

produção do cuidado aos usuários do SUS, é preciso refletir na possibilidade da utilização do acolhimento como componente da avaliação de serviços de saúde. Considerando a complexidade em defini-lo/conceituá-lo e a centralidade em compreendê-lo como uma tecnologia leve, um trabalho vivo em ato no processo de produção da saúde, o acolhimento pode ser visto como um dos componentes da avaliação da qualidade dos serviços de saúde, sendo aferido a partir das percepções dos trabalhadores e usuários sobre seu processo de trabalho e cuidado, e não de uma forma normativa desconsiderando os sentidos atribuídos pelos atores envolvidos. Um exemplo semelhante são as pesquisas que investigam a etnia das pessoas, onde apesar da utilização de uma questão fechada, a entrevista é realizada a partir de uma perspectiva de autorrelato considerando e respeitando as subjetividades e opiniões dos entrevistados. Da mesma forma, inserir a temática do acolhimento em instrumentos que avaliem os serviços de saúde é possível desde que na construção desses instrumentos estejam presentes aspectos compreendidos a partir do respeito às subjetividades e percepções dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde. Através de estratégias de educação permanente, essas questões poderão ser discutidas com objetivo de qualificar o processo de trabalho.

Além disso, as macrorregiões poderiam ser utilizadas como forma de organizar, planejar e reprogramar os recursos e ações destinadas para a atenção em saúde, equacionando as iniquidades existentes em relação à prática de acolhimento no processo de trabalho dos serviços de saúde. Seria possível pensar em níveis de avaliação: (i) uma primeira avaliação por macrorregião, (ii) uma segunda avaliação de cunho socioeconômico e demográfico a partir dos municípios dentro de cada macrorregião e (iii) uma terceira avaliação por equipes dentro de cada município.

O estudo apresenta como limitação o delineamento transversal o qual não possibilita, além de outras razões, afirmativas de causalidade. Outro aspecto é em relação ao desfecho ser autorrelatado e a inexistência na literatura de um instrumento validado para aferi-lo. As informações são das equipes de saúde que aderiram ao PMAQ-AB, portanto não foi realizada amostragem probabilística para as equipes. Finalmente, não se pode descartar a possibilidade de confundimento e viés residual.

Em relação aos pontos fortes do estudo: i) é a primeira pesquisa sobre a temática do acolhimento que se propõe a estudá-lo em uma perspectiva

epidemiológica com a magnitude do número de equipes avaliadas e utilizando análise multinível; ii) considera um modelo teórico ampliado, avaliando o efeito do contexto socioeconômico e demográfico; iii) utiliza dados de um Programa do Ministério da Saúde com caráter sistemático de avaliação, gerado “por e para” os trabalhadores do Sistema Único de Saúde.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Foi possível compreender a distribuição desigual da prática de acolhimento no Brasil, bem como seus condicionantes e o quão importante é o efeito contextual nessas iniquidades, principalmente em relação às diferenças macrorregionais.

O estudo discute a possibilidade de incorporação da dimensão acolhimento para planejamento e organização dos recursos em saúde a partir de uma base macrorregional. Entretanto é necessário que mais dados sobre avaliação do acolhimento nos serviços de saúde sejam analisados a fim de criar robustez para subsidiar a reorientação das políticas, sugerindo um debate sobre as estratégias capazes de oferecer equidade com foco na avaliação de intervenções para minimizar as iniquidades regionais.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- 1- Macinko J; Harris MJ. Brazil’s Family Health Strategy - Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. *New Engl J Med* 372;23 June 4, 2015.
- 2- Starfield B; Shi L; Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Q.* 2005 Sep; 83(3): 457–502. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x
- 3- Brasil. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- 4- Cecílio LCO. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 1994.
- 5- Merhy EE, Onocko R. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec; 1997.
- 6- CNDSS. Comissão Nacional de Determinantes Sociais de saúde. Entrevista com

Isabel Senra. Disponível em: <http://dssbr.org/site/entrevistas/o-desafio-de-promover-a-saude-lidando-com-as-diferencas-regionais/>. Acesso em 15 de dezembro 2014.

7- Wood CH. A demografia da desigualdade no Brasil. 330 páginas. Rio de Janeiro: IPEA, 1994.

8- Victora, CG, Barreto ML, Leal MC, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, et al. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. *The Lancet*. May 9, 2011.

9- PNAD. Um Panorama da Saúde no Brasil - Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. 2008.

10- Alves MGM, Casotti E, Oliveira LGD, Machado MTC, Almeida PF, Corvino MPF, et al. Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, V. 38, N. Especial, P. 34-51, Out 2014.

11- 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* | Rio de Janeiro, V. 38, N. Especial, P. 182-194, Out 2014.

12- Gonçalves R, Pedrosa L, Oliveira M, Silva Q, Abreu R, Pinho P. Promoção da saúde mental: ações dos enfermeiros inseridos na atenção primária. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 10. DEZ, 2013.

13- Felisberto DF, Silva GS, Beirão FOS, Falcão MLP, Felisberto E, Albuquerque AC. Qualidade dos serviços oferecidos em uma unidade de saúde da família: avaliando a conformidade com os padrões do programa avaliação para melhoria da qualidade. *Revista Baiana de Saúde Pública*. v.37, n.2, p.473-485 abr./jun. 2013.

14- Garcia ACP, Andrade MAC, Zandonade E, Prado TN, Freitas PSS, Cola JP, et al. Análise da organização da Atenção Básica no Espírito Santo: (des)velando cenários. *Saúde Debate* | Rio de Janeiro, V. 38, N. Especial, P.221-236, Out 2014.

15- PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do Desenvolvimento Humano dos Municípios. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/>

16- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Histórico de Cobertura da Saúde da Família. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php)

17- 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): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:

[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/instrumento\\_coleta\\_avaliacao\\_externa.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/instrumento_coleta_avaliacao_externa.pdf)

18- Hartz ZMA. (Org.). Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas/organizado por Zulmira Maria Araújo Hartz — Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. Disponível em: <http://static.scielo.org/scielobooks/3zcf/pdf/hartz-9788575414033.pdf>

19- Donabedian A. The Quality of Medical Care: A Concept in Search of a Definition. *J. Fam. Practic.* 3(9): 277-284, 1979.

20- Diez-Roux AV. Bringing context back into epidemiology: variables and fallacies in multilevel analysis. *American Journal of Public Health.* February. Vol. 88, No. 2. 1998.

21- Hart JT. The Inverse Care Law. *Lancet* 1971;i:405-12.

22- Victora CG, Vaughan JP, Barros FC, Silva AC, Tomasi E. Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies. *The Lancet.* Vol 356: 23, 2000.

23- Bastos LS, Oliveira RVC, Velasque LS. Obtaining adjusted prevalence ratios from logistic regression models in cross-sectional studies. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro,* 31(3):487-495, mar, 2015.

24- Spiegelman D, Hertzmark E. Easy SAS calculations for risk or prevalence ratios and differences. *Am J Epidemiol;* 162:199-200. 2005.

25- Barros AJD, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol;* 3:21. 2003.

26- Rabe-Hesketh S, Skrondal A. *Multilevel and Longitudinal Modeling Using Stata.* Second Edition. Stata Press. 2008.

27- Fuchs SC, Victora CG, Fachel J. Modelo hierarquizado: uma proposta de modelagem aplicada à investigação de fatores de risco para diarreia grave. *Rev. Saúde Pública,* 30 (2): 168-78, 1996.

28- Pinto NGM. Comparação entre índices de desenvolvimento para o Rio Grande do Sul. *Estudos do CEPE.* Nº 40 - Julho/Dezembro 2014.

29- Souza C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias.* no.16. Porto Alegre July/Dec. 2006.

30- Souza C. Políticas públicas: questões temáticas e de pesquisa. *Caderno CRH.* 39(16):11-24, 2003.

31- Rocha DG, Alexandre VP, Marcelo VC, Rezende R, Nogueira JD, de SÁ RF. Processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde: múltiplos movimentos simultâneos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(11):4313-4322, 2014.

32- Brasil. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

33- Last JM. *A Dictionary of Epidemiology*. 1st edition. Oxford: Oxford University Press, 1983.

34- Rothman KJ, Greenland S, Lash TL. *Modern Epidemiology*. 3rd edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2008.

35- Porta M. *A Dictionary of Epidemiology*. 5th edition. IEA. Oxford: Oxford University Press, 2008.

36- PDDEB. IV Plano Diretor para o Desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil. A Epidemiologia nas Políticas, Programas e Serviços de Saúde. *Rev Bras Epidemiol*; 8(supl 1): 1-43, 2005.



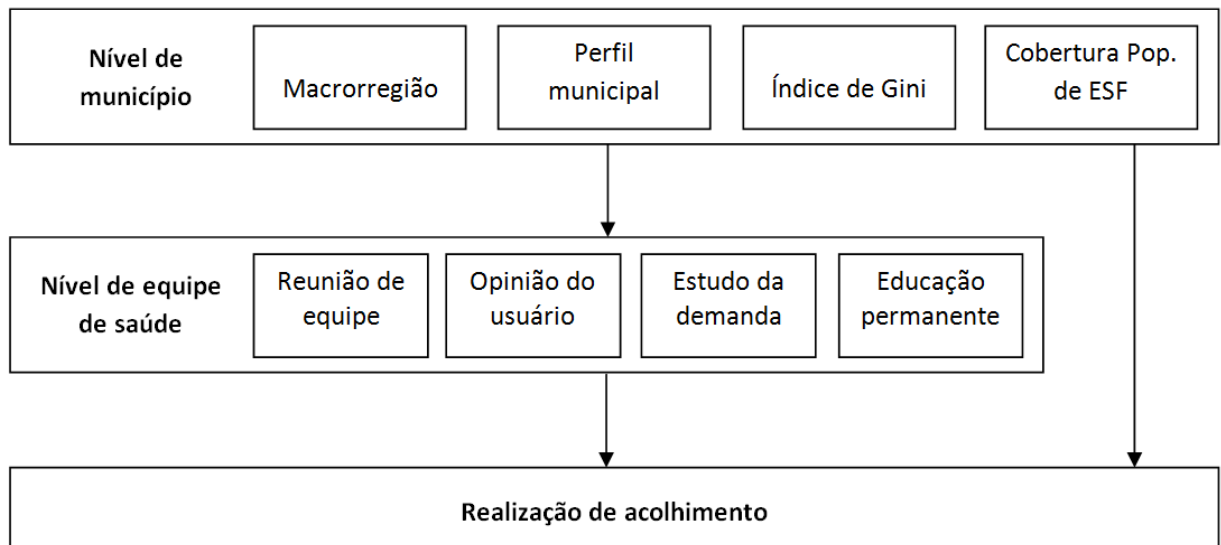


Figura 1: Modelo teórico para realização de acolhimento pelas equipes de atenção básica à saúde, de acordo com características individuais e contextuais.

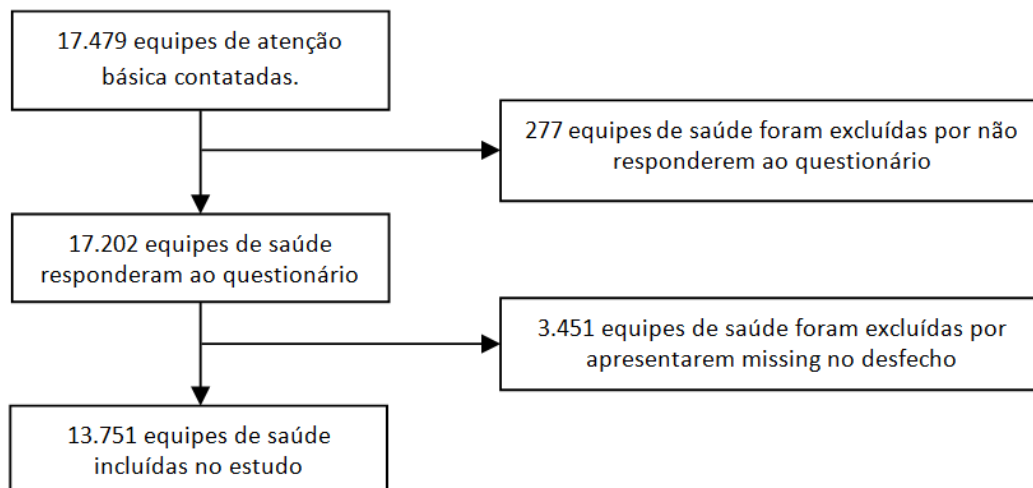


Figura 2: Fluxograma da inclusão e exclusão das equipes de atenção básica no estudo.

Tabela 1: Descrição da amostra, prevalência de acolhimento e Razões de Prevalência bruta e ajustada para as variáveis contextuais, Brasil, 2012 (n=13.751).

VARIÁVEL	n (%)	Prevalência de acolhimento (IC95%)	RP bruta (IC95%)	Modelo 1 RP ajustada (IC95%)	Valor P*
Macrorregião					
Nordeste	3918 (28,5)	62,1 (60,6 – 63,6)	1	1	
Norte	655 (4,8)	71,3 (67,7 – 74,6)	1,13 (1,03-1,25)	1.15 (1,03-1,27)	<0,01
Centro-oeste	739 (5,4)	84,2 (81,3 – 86,6)	1,34 (1,23-1,47)	1.31 (1,18-1,44)	<0,01
Sudeste	6049 (43,9)	84,1 (83,1 – 84,9)	1,33 (1,26-1,41)	1.29 (1,21-1,38)	<0,01
Sul	2390 (17,4)	90,6 (89,4 – 91,7)	1,44 (1,35-1,53)	1.37 (1,27-1,48)	<0,01
Perfil municipal					
20% de pobreza	2343 (17,0)	64,5 (62,5 – 66,4)	1	1	
G100	770 (5,6)	70,5 (67,2 – 73,6)	1,08 (0,98-1,21)	0.98 (0,88-1,09)	0,820
Capital e reg. metropolitana	4969 (36,1)	82,7 (81,6 – 83,8)	1,29 (1,22-1,38)	1.07 (0,99-1,15)	0,076
Demais localidades	5669 (41,3)	81,2 (80,2 – 82,2)	1,25 (1,19-1,33)	1.04 (0,97-1,12)	0,218
Cobertura populacional de ESF					
Mais de 4mil	2919 (22,5)	78,4 (76,9 – 79,9)	1	1	
Até 4mil pessoas	10085 (77,5)	78,4 (77,6 – 79,2)	0,98 (0,94-1,03)	0.99 (0,94-1,03)	0,691
Índice de Gini#	0,52 (0,06)	0,51 (0,06)	0,38 (0,27-0,52)	0,77 (0,53-1,12)	0,185

# média (desvio padrão).

\* referente às Razões de Prevalência ajustadas.

Modelo 1: apenas as variáveis contextuais no ajuste dentro do próprio bloco.

Tabela 2: Descrição da amostra, prevalência de acolhimento e Razões de Prevalência bruta e ajustada para as variáveis do nível de equipe de saúde, Brasil, 2012 (n=13.751).

VARIÁVEL	n (%)	Prevalência de acolhimento (IC95%)	RP bruta (IC95%)	Modelo 2 RP ajustada (IC95%)	Valor P*
Realiza reunião de equipe					
Não	142 (1,1)	76,1 (68,4 – 82,3)	1	1	
Sim	13603 (98,9)	78,3 (77,6 – 79,1)	1,08 (0,67-1,71)	1,06 (0,83-1,37)	0,612
Realizou estudo da demanda					
Não	8048 (58,5)	75,8 (74,9 – 76,8)	1	1	
Sim	5703 (41,5)	81,8 (80,8 – 82,8)	1,29 (1,16-1,43)	1,05 (0,97-1,14)	0,163
Considera a opinião do usuário					
Não	1301 (9,4)	72,9 (70,4 – 75,2)	1	1	
Sim	12449 (90,6)	78,9 (78,2 – 79,6)	1,31 (1,11-1,52)	1,03 (0,99-1,08)	0,101
Ações de educação permanente					
Não	2500 (21,7)	75,6 (73,9 – 77,3)	1	1	
Sim	9029 (78,3)	80,8 (80,1 – 81,6)	1,05 (0,99-1,10)	1,03 (0,98-1,09)	0,183

\* referente às Razões de Prevalência ajustadas.

Modelo 2: as variáveis contextuais com p<10% do modelo 1, mais as variáveis do nível equipe de saúde.

## **7. ARTIGO 2**

Significados do acolhimento para os profissionais da atenção básica à saúde: revisão sistemática e metassíntese

User embracement meanings for professionals of primary health care: systematic review and meta-synthesis

Jessye Melgarejo do Amaral Giordani

Juliana Balbinot Hilgert

Programa de Pós-Graduação Epidemiologia. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)

Nome do autor responsável e correspondência:

Juliana Balbinot Hilgert.

Programa de Pós Graduação em Epidemiologia da UFRGS

Rua Ramiro Barcelos, 2400 - 2º andar - Cep: 90035-003 - Porto Alegre/RS

Telefone: (51) 3308-5620 - E-mail: ppgepid@ufrgs.br

Agradecimentos: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ).

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

**A ser enviado ao periódico “Cadernos de Saúde Pública”.**

## RESUMO

O acolhimento pode ser considerado uma tecnologia de trabalho, situando-se no âmbito da micropolítica do trabalho em saúde, em que o processo de trabalho torna-se espaço público, passível de discussão coletiva e de reorientações, permitindo a efetiva autogestão de trabalhadores e construção da autonomia dos usuários. O objetivo deste estudo foi investigar as experiências e percepções dos profissionais da atenção básica à saúde sobre o acolhimento e discuti-las com os pressupostos de acolhimento da Política Nacional de Atenção Básica. Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, com base em pesquisa qualitativa de natureza exploratória cujo delineamento adotado é a metassíntese. Para a busca dos documentos foram utilizados os descritores: i) “Acolhimento” AND “Atenção Primária à Saúde”; ii) “User embracement” AND “Primary Health Care”; e iii) “Acogimiento” AND “Atención Primaria de Salud”; nas bases de dados Scopus, Web of Science, Pubmed, Scielo, Lilacs, BDENF e PAHO sem limites de tempo e idioma. Somente foram aceitos documentos tipo artigos originais que utilizaram metodologia qualitativa investigando o significado do acolhimento para os profissionais de atenção básica à saúde. O processo contou com uma avaliação crítica dos documentos baseada no JBI-QARI. Os dados foram analisados por meio da análise temática de Minayo. Foram identificadas 210 documentos sobre o tema, dos quais apenas 14 foram selecionados para integrar a metassíntese. A partir do processo de categorização, emergiram três temas: as concepções sobre o acolhimento; o serviço de saúde; e as dificuldades. Os resultados demonstram que a produção científica possui uma característica brasileira e uma invisibilidade internacional. O número de documentos encontrados e selecionados foi relativamente pequeno e que a estratégia de busca demonstra o repositório das publicações sobre acolhimento centradas no LILACS.

## INTRODUÇÃO

O termo acolhimento, nos dicionários da língua portuguesa, aparece em variadas definições, por exemplo, de acordo com Houaiss (2009), a definição de acolhimento é “ato ou efeito de acolher; acolhida; maneira de receber ou de ser recebido; recepção, consideração; abrigo gratuito; hospitalidade; local seguro; refúgio, abrigo”<sup>1</sup>. Já Ferreira (2010), define acolhimento como “ato ou efeito de acolher; recepção; atenção; consideração; refúgio; abrigo; agasalho; atendimento ambulatorial, médico e/ou hospitalar, segundo a política e o processo de humanização do sistema de saúde e de inclusão social do paciente que dele se vale; política de atendimento na área da saúde”<sup>2</sup>.

Embora a noção de acolhimento tenha surgido a partir da saúde mental, como forma de assistência e também com caráter terapêutico, com François Tosquelles na França pós-guerra da década de 1960<sup>3</sup>, é somente na década de 1990 que, no Brasil,

esta tecnologia de cuidado foi articulada para os serviços de saúde em seus diferentes níveis de atenção e especialidades<sup>4</sup>.

O acolhimento pode ser considerado uma tecnologia de trabalho, situando-se no âmbito da denominada micropolítica do trabalho em saúde, em que o processo de trabalho torna-se espaço público, passível de discussão coletiva e de reorientações, permitindo a efetiva autogestão de trabalhadores e construção da autonomia dos usuários<sup>4,5</sup>. Tornando-se importante definirmos a compreensão de tecnologia aplicada ao contexto de produção da saúde, ou seja, ao analisarmos o processo de trabalho em saúde, podemos explicá-lo através de suas três dimensões tecnológicas: i) tecnologias duras, representadas pelas máquinas, normas, estruturas organizacionais; ii) tecnologias leve-duras, representadas pelos saberes estruturados, normas e rotinas (como a clínica e a epidemiologia); e iii) tecnologias leves (tecnologias de relações como a produção de vínculo e o acolhimento)<sup>4</sup>.

Para obtenção de êxito nas práticas e processos de acolhimento, muitos aspectos técnicos, políticos e institucionais necessitam ser mobilizados, não bastando ações normativas, burocráticas ou discursivas, mas sim arranjos organizacionais que possibilitem a adaptação dinâmica às necessidades dos coletivos. Logo, percebe-se que o mais importante não é a definição em si de acolhimento, mas o quão claro e explícito é a noção adotada situacionalmente pelos atores envolvidos, revelando suas perspectivas e intencionalidades. Nesse sentido, o acolhimento pode ser compreendido nas seguintes dimensões: a) como mecanismo de ampliação/facilitação do acesso; b) como tecnologia de cuidado; e c) como dispositivo de organização do processo de trabalho em equipe<sup>6</sup>.

Existem algumas revisões de literatura sobre a temática do acolhimento, porém ainda não há uma revisão que tenha trabalhado com metassíntese sobre acolhimento. A maioria das revisões foram em poucas bases de dados bibliográficas, em um período curto de tempo, com limitação para periódicos brasileiros e em algumas o objetivo não era o tema do acolhimento diretamente<sup>7-12</sup>.

Diante do contexto da temática estudada, elaborou-se a seguinte questão norteadora: quais são as percepções e significados sobre o acolhimento que os profissionais de saúde possuem e como esses significados relacionam-se com as políticas de saúde? Para tanto, o objetivo deste estudo foi investigar as experiências e

percepções dos profissionais da atenção básica à saúde sobre o acolhimento e discutilas com os pressupostos de acolhimento da Política Nacional de Atenção Básica.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, com base em pesquisa qualitativa de natureza exploratória cujo delineamento adotado é a metassíntese<sup>13</sup>, que pode ser considerada uma integração interpretativa dos resultados qualitativos, incluindo diversas abordagens utilizadas como a fenomenologia, a etnografia, a teoria fundamentada nos dados, entre outras. Essa integração deve ir além da soma das partes, uma vez que oferece uma nova interpretação dos resultados, ou seja, é uma pesquisa qualitativa original utilizando como sujeitos da pesquisa as informações de outras pesquisas de cunho qualitativo.

As abordagens qualitativas, além de permitirem desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propiciam a construção de novos enfoques, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação<sup>14</sup>.

Para a busca dos documentos, foram utilizados, em outubro de 2015, os seguintes descritores e operadores booleanos segundo os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) no idioma português, inglês e espanhol: i)“Acolhimento” AND “Atenção Primária à Saúde”; ii)“User embracement” AND “Primary Health Care”; e iii)“Acogimiento” AND “Atención Primaria de Salud”; nas seguintes bases bibliográficas: Scopus, Web of Science, Pubmed, Scielo, Lilacs, BDENF, PAHO, sem limites de tempo e idioma. Foram investigadas as referências bibliográficas dos documentos selecionados (handsearching), porém não acrescentando novos artigos à busca (Tabela 1). Critérios de inclusão: somente foram aceitos documentos tipo artigos originais que utilizaram metodologia qualitativa investigando o significado do acolhimento para os profissionais de atenção básica à saúde. Critérios de exclusão: foram excluídos documentos do tipo revisão de literatura, relato de experiência, reflexão teórica, livros, editoriais, manuais, monografias, dissertações, teses, pesquisas com abordagem quantitativa, pesquisas qualitativas que avaliaram o significado do acolhimento para usuários e não para profissionais, pesquisas qualitativas que investigaram o significado do acolhimento entre os profissionais



para demandas específicas como saúde mental, adolescentes e saúde bucal, pesquisas qualitativas que investigaram o significado do acolhimento entre os profissionais em ambiente hospitalar ou fora da atenção básica, e pesquisas qualitativas que não apresentaram o recorte das falas dos entrevistados.

Primeiramente foram lidos todos os títulos e resumos dos documentos encontrados e, se necessário, as seções de metodologia e resultados também foram lidas. Este processo foi realizado por dois pesquisadores com especialização em saúde pública (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) e quando houve divergências sobre a seleção dos documentos, foi realizada uma discussão para concordância. Os artigos selecionados foram lidos na íntegra.

A avaliação crítica dos documentos selecionados foi realizada por dois pesquisadores e baseada no Critical Appraisal Checklist for Interpretive and Critical Research (JBI-QARI)<sup>15</sup>, que consiste em diretrizes para a avaliação da qualidade de pesquisas qualitativas. Esse formulário é composto por dez perguntas que investigam se há congruência entre: i) a metodologia da pesquisa e os objetivos do estudo; ii) os métodos de coleta e análise de dados; iii) a metodologia e a interpretação dos dados; iv) se os preceitos éticos de pesquisa foram respeitados e relatados; entre outros. Dessa forma, cada documento selecionado foi classificado como apropriado, inapropriado ou buscar mais informações. Os documentos que obtiveram uma pontuação de sete ou mais nas respostas afirmativas do JBI-QARI, permaneceram na amostra final da pesquisa.

Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo do tipo temática de Minayo<sup>16</sup>. Uma vez que as investigações sociais estão relacionadas a interesses e circunstâncias socialmente encadeadas, sobretudo em sua intrínseca relação com a dinâmica histórica, esta autora tem papel fundamental, pois se preocupa com o universo de significados, motivos, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Na área da saúde a pesquisa social se manifesta em todas as investigações que tratam do fenômeno saúde/doença, de sua representação pelos vários atores que atuam no campo, como as instituições políticas e de serviços e os profissionais e usuários<sup>16</sup>. Cabe observar que as informações obtidas na coleta não falam por si só, pois necessitam um

processamento denominado de categorização, que pretende dar sentido às mensagens contidas nestas informações. No processo de análise, após organização e leitura exaustiva das informações puras ou brutas, parte-se para a categorização das mesmas até a obtenção dos temas, que se constituem na etapa final deste processo<sup>17</sup>. As informações foram analisadas com o auxílio do software MAXQDA 12.

Como a metassíntese é baseada em pesquisa bibliográfica e não envolve seres humanos, logo não há necessidade da apreciação por um Comitê de Ética em Pesquisa.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram identificados, após a busca nas bases bibliográficas, 210 documentos sobre o tema, dos quais apenas quatorze<sup>18-31</sup> foram selecionados para integrar a metassíntese, todos encontrados pela base LILACS em português (Tabela 2). O fluxograma do processo de seleção dos documentos encontra-se ilustrado na Figura 1. Em relação à avaliação crítica da qualidade dos estudos selecionados utilizando o instrumento JBI-QARI, quatro<sup>20,25,30,31</sup> apresentaram nota 10, oito<sup>18,19,22,23,24,26,28,29</sup> apresentaram nota 9 e dois<sup>21,27</sup> apresentaram nota 8.

Quanto à localização geográfica dos estudos, sete foram realizados na região sudeste<sup>19,23,24,26,27,28,31</sup> (quatro no estado de Minas Gerais, dois em São Paulo e um no Rio de Janeiro), quatro na região sul<sup>18,21,29,30</sup> (três no estado do Rio Grande do Sul e um em Santa Catarina), dois na região nordeste<sup>22,25</sup> (uma no Ceará e um no estado da Paraíba) e um na região centro-oeste<sup>20</sup> (no Distrito Federal). Percebe-se que há uma concentração das publicações nas regiões sudeste e sul, o que de certa forma é esperado uma vez que é nessas regiões que a produção científica de maneira geral é concentrada<sup>32</sup>. Um ponto que merece atenção é em relação à limitação de informações sobre a percepção dos profissionais da atenção básica à saúde das outras regiões como nordeste, norte e centro-oeste, pois as diferenças no desenvolvimento entre as regiões brasileiras, ou seja, à forma como as macrorregiões se desenvolveram historicamente em relação aos aspectos culturais, sociais, demográficos, econômicos implica diretamente na organização de suas políticas sociais, entre elas, a política de saúde<sup>33</sup>, o que pode produzir interpretações e experiências de acolhimento diferenciadas, sendo necessários, portanto, estudos com

profissionais dessas regiões para uma melhor compreensão desta temática e sua implicação nos serviços de saúde.

Oito estudos foram realizados em unidades de saúde com equipe de saúde da família (ESF)<sup>19,20,22,24-28</sup>, quatro estudos foram realizados em unidades básicas de saúde sem equipe de saúde da família (UBS)<sup>18,21,29,30</sup> e dois estudos foram realizados com profissionais de saúde de ESF e UBS<sup>23,31</sup>. É preciso considerar que o perfil e a filosofia do serviço de saúde, ou seja, o tipo de serviço (ESF ou UBS) possui diferenças importantes em relação às ações desempenhadas pelos profissionais de saúde. A estratégia de saúde da família está orientada para além das questões clínicas do consultório, tendo um caráter focado na comunidade e na promoção da saúde, além de dispositivos que auxiliam a organização do processo de trabalho pautado na clínica ampliada<sup>34,35</sup>, como é o caso do acolhimento. É evidente que o fato de uma equipe de saúde não ser considerada saúde da família, não quer dizer que essa equipe não possua um processo de trabalho organizado a partir dos dispositivos da clínica ampliada, porém é uma dificuldade a mais para o seu desenvolvimento. O número de profissionais pesquisados variou de 9 a 47 por estudo, porém a maioria dos estudos utilizou até 14 sujeitos nas pesquisas, possuindo ocupações/funções diversas no serviço de saúde como enfermeiros, médicos, dentistas, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, recepcionistas, auxiliares de limpeza, agentes comunitários de saúde e assistente sociais. Uma das características importantes da atenção básica em saúde é o fato que este nível de atenção precisa lidar com situações muito complexas<sup>6</sup>, onde as equipes de saúde necessitam ser compostas de variadas formações, ou seja, equipes multiprofissionais, fato revelado na metassíntese e que representa um ponto positivo, pois os resultados se aproximam mais da realidade nos serviços de saúde, entretanto fica mais difícil de diferenciar as singularidades na percepção dos diferentes atores, pois alguns estudos não informavam por qual trabalhador o trecho da fala era representado.

Cinco estudos utilizaram o delineamento descritivo-exploratório<sup>20-22,29,31</sup>, dois utilizaram estudo de caso<sup>26,30</sup>, um utilizou fenomenologia<sup>23</sup>, um utilizou etnografia<sup>25</sup> e cinco não reportaram o delineamento<sup>18,19,24,27,28</sup>. Em relação ao tipo de análise empregada, seis estudos utilizaram análise de conteúdo de Bardin<sup>18,20,21,24,26,31</sup>, dois estudos análise temática de Minayo<sup>27,29</sup>, três estudos hermenêutica-dialética<sup>19,22,28</sup>,

dois estudos análise de discurso<sup>25,30</sup> e um análise nomotética<sup>23</sup>. A descrição da metodologia nas pesquisas é muito importante, pois as escolhas teóricas do pesquisador possuem relação direta com o objeto em estudo e o caminho ao qual será percorrido na abordagem e análise das informações<sup>36</sup>. Os documentos encontrados na metassíntese apresentaram grandes variações seja no delineamento quanto na análise empregada, o que enriquece o trabalho porque possibilitou uma maior impregnação/envolvimento por parte dos pesquisadores sobre o universo dos sentidos e significados da temática do acolhimento em atenção básica à saúde.

A partir do processo de categorização, emergiram três temas: i) as concepções sobre o acolhimento; ii) o serviço de saúde; e iii) as dificuldades. Os trechos das “falas” serão apresentados na sequência para ilustrar os temas.

### **As concepções sobre o acolhimento**

Em relação à dimensão sobre as concepções dos profissionais sobre o acolhimento, percebe-se que o acolhimento é compreendido como um processo de receber o usuário a fim de escutá-lo e tentar resolver a queixa que apresente através de uma conversa, orientação ou encaminhamento, às vezes no sentido de ampliar possibilidades de viver e em outras, no sentido punitivo onde é preciso que o profissional conduza de uma forma mais impositiva a conduta que o usuário necessita. A ação profissional de escuta qualificada, atenção e comoção com o usuário remete à uma prática de acolhimento pelas equipes de saúde como forma de humanizar o cuidado aos usuários, principalmente através de um sentido afetivo proporcionando respeito e vínculo entre esses atores.

*[...] “O acolher para mim é aquele momento em que você escuta a pessoa, uma escuta qualificada no sentido de você tentar identificar quais são as necessidades daquela pessoa, declaradas ou não. É um momento em que ... já te permite construir um vínculo de confiança e afetividade”<sup>28</sup>.*

*[...] “Tentar tratar melhor a pessoa, tentar falar pelo menos um bom dia, olhar nos olhos, aquela coisa assim mais humana sabe, como se fosse sua mãe e pensar, imagina se minha mãe chegasse aqui agora, como que eu ia falar pra ela”<sup>20</sup>.*

*[...] “Acolhimento é ser humano e se doar sem esperar nada em troca, é amar ao próximo, é acolher com a expectativa que algum dia vai melhorar”<sup>20</sup>.*

Entretanto, a forma verticalizada de impor uma orientação de conduta aos usuários e uma nítida preocupação em dar encaminhamentos a outras especialidades, expõe as contradições e a diversidade dos significados e experiências sobre acolhimento na produção da saúde, bem como a fragmentação da noção de cuidado.

*[...] “Você tem que impor sua opinião profissional, tem que falar: – Você tem a sua opinião como pessoa, como cidadão, fique à vontade, mas às vezes a sua opinião não condiz com o que é a realidade do tratamento. Você (profissional) tem que pegar e mostrar (ao usuário) qual é o lugar dele! Não é muito legal essa expressão”<sup>24</sup>.*

*[...] “Acolhimento não é simplesmente chegar e ouvir, às vezes precisa dar um puxão de orelha, aí a pessoa sintoniza e começa seguir tudo certinho”<sup>24</sup>.*

### **O serviço de saúde**

O segundo tema diz respeito à dimensão do serviço de saúde, ou seja, percebe-se o acolhimento como forma de ampliação do acesso aos serviços de saúde, possibilitando um aumento da demanda com um caráter de primeiro contato. O acolhimento, como acesso aos serviços, é percebido como um direito à saúde, um direito ao SUS, onde é preciso ocorrer uma corresponsabilização entre os atores envolvidos.

*[...] “Acolhimento é o primeiro contato, né, que tem entre o paciente e o profissional”<sup>20</sup>.*

*[...] “É muito visível o aumento que tem tido da demanda ... O acolhimento facilitou o acesso...”<sup>19</sup>.*

*[...] “A partir do momento que você entende a saúde como um direito você tem que acolher. Se*

*ela tem direito ao acesso ao SUS, ela não pode voltar para a casa ... Ele tem direito a isso, ele paga caro por isso, e eu acho que o acolhimento ajuda nisso”<sup>19</sup>.*

*[...] “Me responsabilizar de uma forma ou de outra. A partir do momento que ela entrou aqui. Na verdade, eu tenho que corresponsabilizar, é eu e ela”<sup>23</sup>.*

Ainda, é visto como uma ferramenta de ampliação e qualificação do processo de trabalho das equipes de saúde, sendo principalmente realizado dentro da unidade de saúde; em raras vezes foi mencionado que o acolhimento pode acontecer na comunidade ou em qualquer lugar. Nesta dimensão é possível perceber os atores do processo de acolhimento na atenção básica à saúde, ou seja, os acolhidos são vistos principalmente como usuários e pessoas que buscam o serviço de saúde, mas em algumas falas também são percebidos como pacientes e clientes. Já os acolhedores são os trabalhadores do serviço de saúde, ainda com um foco no profissional médico, porém surge uma afirmação constante de que é um espaço muito rico para as outras profissões poderem exercer o campo de práticas e saberes de uma forma mais compartilhada.

*[...] “Eu acho que o acolhimento consegue ampliar as possibilidades de atendimento que às vezes o usuário nem veio buscar”<sup>28</sup>.*

*[...] “O acolhimento acaba ajudando, os profissionais, querendo ou não, acabam tendo uma interdisciplinaridade. Tem que falar, discutir com o outro ... A gente acaba conversando e discutindo muito”<sup>19</sup>.*

*[...] “Tem coisas que o acolhimento consegue perceber além da demanda médica que outros profissionais podem estar atendendo também”<sup>28</sup>.*

Assim como o cuidado é percebido como um acontecimento, o acolhimento pode ter essa concepção também, pois deve ser considerado uma nova tecnologia de trabalho, situando-se no âmbito da denominada micropolítica do trabalho em saúde, em que o processo de trabalho torna-se espaço público, passível de discussão coletiva

e de reorientações, permitindo a efetiva autogestão de trabalhadores e construção da autonomia dos usuários<sup>4,5</sup>.

### **As dificuldades**

Em relação ao tema dificuldades, emerge nesta dimensão que o acolhimento ainda é visto com uma triagem de pacientes, ou seja, alguns profissionais trazem esta questão como uma inversão do preconizado pela estratégia de saúde da família e, portanto, algo que precisa ser discutido no processo de trabalho que visa a produção do cuidado. Ainda, uma percepção frequente é que é necessário que a centralidade do processo de acolhimento não se coloque tanto no profissional médico, embora os relatos mostrem que o médico é o que menos participa do acolhimento, mas é o mais requisitado pelos usuários.

*[...] “Nós não estamos conseguindo nos acolher, por causa desse acolhimento da comunidade”<sup>18</sup>.*

*[...] “É muito acolhimento e às vezes atrapalha um pouquinho”<sup>24</sup>.*

*[...] “A gente já faz um pouco... faz uma triagem assim tranquila que não é aquele horror de gente. Daí a gente acaba vendo só sinais e deu, os outros a gente até acaba fazendo isso, porque a gente vai encaminhando mais pras especialidades que a gente tem aqui. Daí a gente consegue direcionar um pouco, mas é bem difícil”<sup>30</sup>.*

*[...] “O que não conseguimos é dizer ao paciente é que “Oh! o senhor não precisa de consulta”, porque o resto a gente faz. A gente recebe o paciente; está ruim, passa pra enfermagem, a enfermagem passa pro médico...”<sup>30</sup>.*

*[...] “Ali tá escrito acolhimento, mas não é o acolhimento, é a triagem”<sup>20</sup>.*

Como política de saúde no Brasil, o acolhimento faz parte do HumanizaSUS como também é conhecida a Política Nacional de Humanização<sup>37</sup> na saúde, a qual foi lançada no ano de 2003 e que consiste na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho, buscando pôr

em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde. Atualmente, em seus princípios e diretrizes, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) também traz o acolhimento como um dispositivo no qual os serviços de saúde devem se organizar para assegurá-lo, assumindo a função central no cuidado ao usuário.

Na primeira versão<sup>38</sup> da PNAB, em 2006, o acolhimento não era enfatizado nas práticas dos profissionais de saúde, visto que aparece escrito somente uma vez no documento objetivando a implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização. Já na versão atual<sup>39</sup> da PNAB, de 2012, percebe-se um avanço na discussão e tentativa de implementação da temática do acolhimento na atenção básica à saúde, uma vez que o primeiro passo para garantir o direito à saúde passa por processos de qualificação e implantação de uma política pública<sup>40</sup>. Dessa forma, a PNAB, de 2012, apresenta o acolhimento como fundamento e diretriz da atenção básica, sendo recomendado inclusive na infraestrutura e funcionamento através da disponibilização de sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea nas unidades de saúde. Ainda, evidencia a realização de acolhimento como característica do processo de trabalho das equipes de atenção básica por meio de atribuições comuns a todos os membros das equipes participarem do acolhimento dos usuários, ou seja, conceito e prática transversal à organização e funcionamento da atenção básica<sup>39</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A metassíntese foi capaz de expor e interpretar um panorama da produção científica sobre os significados dos profissionais de atenção básica a respeito do acolhimento, sendo o primeiro estudo a investigar o acolhimento utilizando esta estratégia de revisão sistemática da literatura. Os resultados demonstram que a produção científica possui uma característica brasileira e uma invisibilidade internacional, ou seja, a temática do acolhimento, da forma como os referenciais teóricos brasileiros e as práticas e diretrizes dos serviços de saúde no SUS o abordam é específica para o contexto vivenciado nacionalmente, contudo não impossibilitando o seu desenvolvimento em outros contextos internacionais.

Em relação aos indicadores bibliométricos, pôde-se perceber que o número de documentos encontrados e selecionados foi relativamente pequeno e que a estratégia



de busca demonstra o repositório das publicações sobre acolhimento centradas no LILACS, sendo esta base uma referência para futuras pesquisas bibliográficas sobre acolhimento. Devem-se relativizar os resultados, pois a maioria dos estudos foi realizada no sul e sudeste, o que de certa forma mostra a necessidade de mais pesquisas dessa temática nas regiões norte, nordeste e centro-oeste, bem como estudos avaliando o que é necessário para melhorar o processo de acolhimento e a sua complementação com a perspectiva dos significados dos usuários dos serviços de atenção básica à saúde.

A interpretação dos temas que emergiram a partir da análise das informações possui relação direta com a prática e a teoria da produção do cuidado em saúde e mostra que apesar de termos avanços na formulação das políticas de saúde na última década, a sua efetivação depende de um constante processo de discussão, organização e resignificação do que é preciso para que o acolhimento se torne um acontecimento no cotidiano dos serviços de atenção básica à saúde. Vale a aposta radical em um acolhimento que (re)signifique o encontro com o outro como um encontro de sujeitos sabidos e equivalentes, em termos de produção de modos de viver, ou seja, essa mesma tecnologia (acolhimento) encara o que é o encontro com o outro como disparador de novos sentidos para a produção do viver e não só como ordenador de fluxos e decisões imediatas sobre a queixa do outro, sendo um dilema ainda não resolvido pelo o que foi encontrado, mas que necessita ser problematizado de forma clara por quem aposta na mudança do modo de se produzir saúde, no SUS.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Houaiss A, Villar MS. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Instituto Antônio Houaiss de Lexicografia e Banco de Dados da Língua Portuguesa. 1ª edição. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.
2. Ferreira, ABH. Dicionário Aurélio da língua portuguesa. 5ª edição. 2272 páginas. Curitiba: Positivo, 2010.
3. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
4. Merhy EE, Onocko R. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec; 1997.
5. Cecílio LCO. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 1994.

6. BRASIL. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
7. Pelisoli C, Sacco AM, Barbosa ET, Pereira CO, Ceconello AM. Acolhimento em saúde: uma revisão sistemática em periódicos brasileiros. *Estud. psicol. (Campinas)* vol.31 no.2 Campinas Apr./June 2014.
8. Santos IMV, Santos AM. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. *Rev. salud pública* vol.13 n.4 Bogotá Aug. 2011.
9. Nora CRD, Junges JR. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. *Rev. Saúde Pública* vol.47 n.6 São Paulo Dec. 2013.
10. Mitre SM, Andrade EIG, Cotta RMM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* vol.17 no.8 Rio de Janeiro Aug. 2012.
11. Garuzi M, Achitti MCO, Sato CA, Rocha SA, Spagnuolo RS. Acolhimento na estratégia saúde da família: revisão integrativa. *Rev Panam Salud Publica*; 35(2):144-9. 2014.
12. Coutinho LRP, Barbieri AR, Santos MLM. Acolhimento na atenção primária a saúde: revisão integrativa. *Saúde Debate*; Rio de Janeiro, v39(105); 514-524. 2015
13. Finfgeld DL. Metasynthesis: The State of the Art—So Far. *Qualitative Health Research*, Vol. 13 No. 7, September 2003 893-904.
14. Minayo MCS. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 12. ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.
15. Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition: JBI-QARI. Adelaide; 2014. Disponível em: <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/reviewersmanual-2014.pdf>
16. Minayo MCS. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Editora Vozes. Petrópolis, RJ. 2008.
17. Bonilha ALL. Reflexões sobre análise em pesquisa qualitativa. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) mar;33(1):8. 2012.
18. Nascimento PTA; Pekelman R. Acesso e acolhimento: “ruídos” e escutas nos encontros entre trabalhadores e usuários de uma unidade de saúde. *Rev APS*. out/dez; 15(4): 380-394. 2012.

19. Oliveira LML; Tunin ASM; Silva FC. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção em saúde. *Rev. APS*, v. 11, n. 4, p. 362-373, out./dez. 2008.
20. Baião BS; Oliveira RA, Lima VVPC, Matos MV, Alves KAP. Acolhimento humanizado em um posto de saúde urbano do distrito federal, Brasil. *Rev. APS*. jul/set; 17(3): 291 – 302. 2014.
21. Brehmer LCF, Verdi M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 3):3569-3578, 2010.
22. Silva MRF, Pontes RJS, Silveira LC. Acolhimento na estratégia saúde da família: as vozes dos sujeitos do cotidiano. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, dez; 20(esp.2):784-8. 2012.
23. Marques-Ferreira MLS, Barreira-Penques RMV, Sanches-Marin MJ. Acolhimento na percepção dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. *Aquichan*, Vol 14, No 2, 2014.
24. Rocha SA, Spagnuolo RS. Acolhimento na visão complexa: ação coletiva emergente na Equipe de Saúde da Família. *SAÚDE DEBATE*. Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 124-135, JAN-MAR. 2015.
25. Silveira MFA, Felix LG, Araújo DV, Silva IC. Acolhimento no programa saúde da família: um caminho para humanização da atenção à saúde. *Cogitare Enfermagem*. v. 9, n. 1. 2004.
26. Penna CMM. Faria RSR. Rezende GP. Acolhimento: triagem ou estratégia para universalidade do acesso na Atenção à saúde? *Rev Min Enferm*. out/dez; 18(4): 815-822. 2014.
27. Faria RC, Campos EMS. Demanda espontânea na estratégia de saúde da família: uma análise dos fatores que a influenciam e os desafios na reorientação do modelo assistencial do SUS. *Rev APS*. abr/jun; 15(2): 148-157. 2012.
28. Barra SAR, Oliveira LML. O acolhimento na atenção primária à saúde: dispositivo disparador de mudanças na organização do processo de trabalho? *Rev APS*. abr/jun; 15(2): 126-138. 2012.
29. Santos EV, Soares NV. O acolhimento no cotidiano da saúde: um desafio para a enfermagem. *Revista Nursing*. 12(144): 236-240. 2010.
30. Junges JR, Barbiani R, Fernandes RPB, Prudente J, Schaefer R, Kolling V. O discurso dos profissionais sobre a demanda e a humanização. *Saúde Soc*. São Paulo, v.21, n.3, p.686-697, 2012.
31. Silva TS, Romano VF. Sobre o acolhimento: discurso e prática em Unidades

Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro. SAÚDE DEBATE. Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.363-374, ABR-JUN. 2015.

32. Brasil. Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação. CNPq. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico: informações estatísticas. Disponível em: <http://www.cnpq.br/documents/10157/f653f40d-8a19-468a-aa8f-bb3ac557e32c>

33. Pinto NGM. Comparação entre índices de desenvolvimento para o Rio Grande do Sul. Estudos do CEPE. Nº 40 - Julho/Dezembro 2014.

34. Harris M, Haines A. Brazil's Family Health Programme. BMJ. 2010;341:c4945.

35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Clínica ampliada e compartilhada – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_compartilhada.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf)

36. Knauth DR, Leal AF. Expansion of the social sciences within public health: uses and abuses of qualitative research. Interface (Botucatu). 2014; 18(50):457-67.

37. Brasil. O HumanizaSUS na atenção básica / Ministério da Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

38. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica: 1ª edição. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2006.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf)

39. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica: 2ª edição. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

40. Declaração de Alma Ata. Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>

Tabela 1: Resultados da estratégia de busca bibliográfica, em número de documentos encontrados, 2015.

Base de dados	Acolhimento AND Atenção Primária à Saúde	User Embracement AND Primary Health Care	Acogimiento AND Atención Primaria de Salud	Total
SCOPUS	06	24	0	30
WEB OF SCIENCE	76	41	26	143
MEDLINE (via PubMed)	0	04	0	04
SCIELO	37	10	08	55
LILACS	179	83	66	328
BDENF	45	16	16	77
PAHO	0	0	0	0
Total	343	178	116	637

Tabela 2: Descrição das características dos artigos que compuseram a metassíntese, 2015.

AUTOR	BASE DE DADOS	DELINEAMENTO	LOCAL	PARTICIPANTES	ANO DA PESQUISA	REGIÃO	COLETA	ANÁLISE	OBJETIVOS
Silveira, 2004.	LILACS descritor em português	Etnografia	esf	11 trabalhadores: 2 enfermeiras, 2 auxiliares de enfermagem e 7 agentes comunitários de saúde.	2003	Nordeste (PB)	Oficina	Análise de discurso Ricouer	Identificar a concepção que os profissionais do PSF têm de acolhimento.
Oliveira, 2008.	LILACS descritor em português	-	esf	21 trabalhadores: médicos, enfermeiros, aux enfermagem, assistente social e acs.	-	Sudeste (MG)	Entrevista semi-estruturada	Hermenêutica-dialética	Identificar as concepções dos profissionais sobre o significado do acolhimento e as implicações desta prática no processo de trabalho e na atenção à saúde prestada aos usuários.
Santos, 2010.	LILACS descritor em português	Descritivo	ubs	12 enfermeiros	2009	Sul (RS)	Questionário não-estruturado	Análise de conteúdo o tipo temática Minayo	Investigar, junto a enfermeiros atuantes na atenção básica de um município do interior do RS, o conhecimento sobre a PNH do SUS, focalizando o acolhimento aos cidadãos.
Brehmer, 2010.	LILACS descritor em português	Descritivo exploratório	ubs	10 trabalhadores	-	Sul (SC)	Entrevista semi-estruturada	Análise de conteúdo o Bardin	Analisar as implicações éticas no acolhimento, a partir da percepção dos atores envolvidos: gestores, trabalhadores da saúde e usuários, considerando a necessidade de refletir acerca da dimensão ética no

									processo de acolher os usuários nos serviços de saúde e de oferecer uma assistência integral e com qualidade, no cenário das UBS em uma rede municipal.
Nascimento, 2012.	LILACS descritor em inglês	-	ubs	09 trabalhadores	2010	Sul (RS)	Grupo focal	Análise de conteúdo o Bardin	Analisar as percepções de usuários e trabalhadores acerca de acesso e acolhimento e do modo como essas percepções se inter-relacionam no cotidiano de uma unidade de saúde de cuidados primários do município de Porto Alegre/RS, a Unidade de Saúde Vila Floresta.
Faria, 2012.	LILACS descritor em português	-	esf	47 trabalhadores: 1 médico, 7 enfermeiros, 7 técnicos de enfermagem e 32acs.	2010	Sudeste (MG)	Grupo focal	Análise de conteúdo o tipo temática Minayo	Compreender o atendimento à demanda espontânea e os fatores que orientam as equipes de saúde da família na organização da porta de entrada.
Barra, 2012.	LILACS descritor em português	-	esf	11 trabalhadores: 1 assistente social, 2 enfermeiros, 2 médicos, 2 técnicos de enfermagem e 4 ACS	2011	Sudeste (MG)	Entrevistas semi-estuturadas	Hermenêutica-dialética	Analisar a relação entre o acolhimento e a reorganização do processo de trabalho a partir das concepções e práticas de acolhimento das equipes.

Junges, 2012.	LILACS descritor em português	Estudo de caso	ubs	10 trabalhadores: 1 gestora, 1 médica, 1 dentista, 2 enfermeiros, 3 técnicos em enfermagem, 1 atendente da portaria e 1 encarregado do almoxarifado.	-	Sul (RS)	Grupo focal	Análise do discurso Rueda	Compreender as implicações da demanda sobre a realização da política da humanização de uma unidade básica.
Silva, 2012.	LILACS descritor em português	Descritivo	esf	14 trabalhadores	2010	Nordeste (CE)	Oficina temática	hermenêutica-dialética	Refletir como o acolhimento se concretiza na sua vivência cotidiana e analisar como é percebido por usuários e trabalhadores.
Baião, 2014.	LILACS descritor em português	Descritivo exploratório	esf	12 trabalhadores	2011	Centro-oeste (DF)	Grupo focal	Análise de conteúdo Bardin	Contribuir para a reflexão dos profissionais do Posto de Saúde Urbano 01 do Riacho Fundo II / DF acerca do acolhimento humanizado.
Marques-Ferreira, 2014.	LILACS descritor em português	Fenomenologia	esf e ubs	21 enfermeiros	2010	Sudeste (SP)	Entrevista semi-estruturada	Análise nominal	Compreender a percepção de enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde sobre o acolhimento.
Penna, 2014.	LILACS descritor em português	Estudo de caso	esf	13 trabalhadores	-	Sudeste (MG)	Entrevista semi-estruturada	Análise de conteúdo, tipo temática de Bardin	Caracterizar o acolhimento como uma das estratégias para a concretização do acesso na concepção dos profissionais da ESF.



Rocha, 2015.	LILACS descriptor em português	-	esf	13 trabalhadores: 1 enfermeiro, 1 médico, 1 dentista, 2 residentes, 2 auxiliares de enfermagem, 1 auxiliar em saúde bucal, 3 agentes comunitários de saúde, 1 auxiliar de serviços gerais e 1 auxiliar administrativo	2012	Sudeste (SP)	Grupo focal	Análise de conteúdo, tipo temática de Bardin	Compreender a experiência da equipe com a prática do acolhimento na Estratégia Saúde da Família.
Silva, 2015.	LILACS descriptor em português	Descritivo exploratório	ubs e esf	22 trabalhadores: medico, enfermeiro, dentista, tec enfermagem, tec higiene dental, agente de vigil em saúde, acs, aux de serv gerais, aux de portaria	2013	Sudeste (RJ)	Entrevista semiestr turada	Análise de conteúdo Bardin	Analisar dinâmicas de acolhimento observadas em duas UBS, no município do Rio de Janeiro.

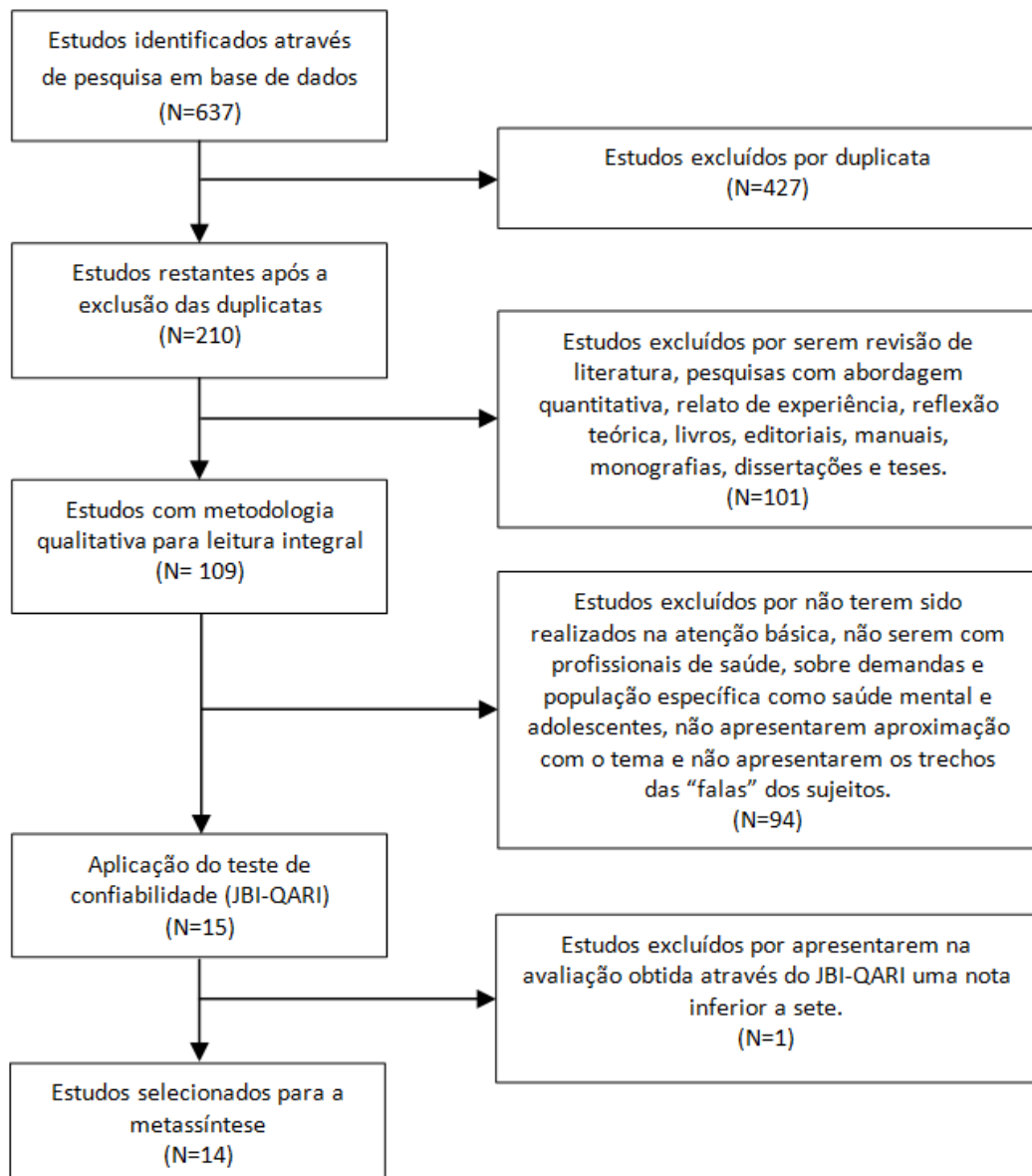


Figura 1: Fluxograma de seleção dos documentos para a metassíntese.

## 8. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do estudo epidemiológico foi possível compreender a distribuição desigual da prática de acolhimento nas cinco regiões do Brasil, bem como seus condicionantes e o quão importante é o efeito contextual nessas iniquidades. Foi o primeiro estudo epidemiológico a utilizar análise multinível para avaliar a realização de acolhimento na atenção básica à saúde, fornecendo um modelo teórico, bem como uma proposta de incorporação da dimensão acolhimento para planejamento e organização dos recursos em saúde a partir de uma base macrorregional. As macrorregiões poderiam ser utilizadas como forma de organizar, planejar e reprogramar os recursos e ações destinadas para a atenção em saúde, entretanto é necessário que mais dados sobre avaliação do acolhimento nos serviços de saúde sejam analisados a fim de criar robustez para subsidiar a reorientação das políticas, sugerindo um debate sobre as estratégias capazes de oferecer equidade com foco na avaliação de intervenções para minimizar as iniquidades regionais.



A metassíntese foi capaz de expor e interpretar o panorama da produção científica sobre os significados dos profissionais de atenção básica a respeito do acolhimento, sendo o primeiro estudo a investigar o acolhimento utilizando esta estratégia de revisão sistemática da literatura. Os resultados demonstram que a produção científica possui uma característica brasileira e uma invisibilidade internacional, ou seja, a temática do acolhimento, da forma como os referenciais teóricos brasileiros e as práticas e diretrizes dos serviços de saúde no SUS o abordam é específica para o contexto vivenciado nacionalmente, contudo não impossibilitando o seu desenvolvimento em outros contextos internacionais. A interpretação dos temas

que emergiram a partir da análise das informações possui relação direta com a prática e a teoria da produção do cuidado em saúde e mostra que apesar de termos avanços na formulação das políticas de saúde na última década, a sua efetivação depende de um processo de discussão, organização e resignificação do que é preciso para que o acolhimento se torne um acontecimento no cotidiano dos serviços de atenção básica à saúde.

Portanto, através do processo de desenvolvimento das duas abordagens metodológicas e da interpretação dos seus resultados, foi possível perceber o quanto é importante a interação de aspectos de origem teórico-metodológica distintas para compor um cenário de interpretação de uma conjuntura que pressupõe influências de cunho político e social, sendo dessa forma possível ampliar a visão de determinado tema, colaborando para seu melhor desenvolvimento. A evidência das diferenças entre as regiões na realização de acolhimento pelas equipes de saúde foi complementada pelo significado atribuído às experiências das equipes de saúde sobre acolhimento e discutida/comparada com as políticas de saúde.

## 8. ANEXOS

### a. Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa.

	<b>U F R G S</b> UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL	<b>PRÓ-REITORIA DE PESQUISA</b> Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs	
---	--	---	---

**CARTA DE APROVAÇÃO**

**Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs analisou o projeto:**

**Número:** 21904  
**Título:** Avaliação da atenção básica no Brasil: estudos multicêntricos integrados sobre acesso, qualidade e satisfação dos usuários

**Pesquisadores:**

**Equipe UFRGS:**


ALCINDO ANTONIO FERLA - coordenador desde 01/12/2011  
MARTA JULIA MARQUES LOPEZ - pesquisador desde 01/12/2011  
FERNANDO NEVES HUGO - pesquisador desde 01/12/2011  
TATIANA ENGEL GERHARDT - pesquisador desde 01/12/2011  
CRISTINE MARIA WARMLING - pesquisador desde 01/12/2011  
ALVARO KNIESTEDT - pesquisador desde 01/12/2011  
ROBERTA ALVARENGA REIS - pesquisador desde 01/12/2011  
MIRIAM THAIS GUTERRES DIAS - pesquisador desde 01/12/2011  
LEANDRO BARBOSA DE PINHO - pesquisador desde 01/12/2011  
Ana Lucília da Silva Marques - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011  
RAFAEL DALL'ALBA - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011  
Mayna Yaçaná Borges de ávila - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011  
MARIA LUIZA FERREIRA DE BARBA - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011  
IRANI JESUS BORGES DA SILVA - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011  
RAÍSSA BARBIERI BALLEJO CANTO - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011  
REGINA PEDROSO - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011

**Equipe Externa:**

Mariana Bertol Leal - pesquisador desde 01/12/2011  
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira - pesquisador desde 01/12/2011  
Adriane Pires Batiston - pesquisador desde 01/12/2011  
Vera Lúcia Kodjaoglanian - pesquisador desde 01/12/2011  
Mara Lisiane de Moraes dos Santos - pesquisador desde 01/12/2011  
Regina Fatima Feio Barroso - pesquisador desde 01/12/2011  
Fernando Pierette Ferrari - pesquisador desde 01/12/2011  
Alexandre de Souza Ramos - pesquisador desde 01/12/2011  
Allan Nuno Alves de Sousa - pesquisador desde 01/12/2011  
Luiz Augusto Facchini - coordenador desde 01/12/2011  
Eduardo Alves Melo - pesquisador desde 01/12/2011

**Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs aprovou o mesmo , em reunião realizada em 01/03/2012 - Sala 01 de Reuniões do Gabinete do Reitor, 6º andar do prédio da Reitoria , por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.**

Porto Alegre, Terça-Feira, 13 de Março de 2012

  
JOSE ARTUR BOGO CHIES

1

## b. Questionários/Formulários

### b.1. Instrumento de coleta do PMAQ-AB, módulo II, 2012.

#### Módulo II – Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde

- Para responder à entrevista com a equipe participante do Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ), o entrevistador deve fazer contato prévio com o profissional que responderá à entrevista. Este profissional deverá ser aquele que agrega o maior conhecimento sobre o processo de trabalho da equipe, determinado pela equipe previamente no momento da avaliação.
- Quando houver na equipe de saúde bucal, deverá ser um profissional de saúde bucal que responderá às questões referentes ao tema.
- Nas questões que envolvem a verificação/observação de documento, o profissional entrevistado deverá indicar no referido documento os elementos que comprovam a questão, de maneira a facilitar o processo de verificação.
- As perguntas que envolvem verificação documental serão registradas em duas etapas, sendo:
  - a) Registro da resposta específica;
  - b) Registro da existência de documentação comprobatória (sem necessidade de reter cópia dos documentos).
- Nas questões em que houver a opção de resposta “Outros”, este campo servirá para o registro da resposta referida pelo entrevistado.
- Orientações gerais:  
Na opção de resposta “Outro(s)” poderá descrever a resposta;  
Quando a questão possibilitar mais de uma opção de resposta deverá marcar para cada uma “Sim” ou “Não”.

<b>II.2 Identificação da equipe de atenção básica</b>		
II.2.1	Nome da unidade de saúde:	
II.2.2	Coordenadas GPS:	
	Latitude:	
	Longitude:	
II.2.3	Estado:	
II.2.4	Município:	
II.2.5	Endereço:	
<b>II.8 Educação permanente no processo de qualificação das ações desenvolvidas</b>		
II.8.1	Há no município ações de educação permanente que envolva profissionais da atenção básica? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para o bloco II.9.)	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu

II.8.4	Essas ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu

### II.10 Apoio institucional da gestão municipal para as equipes de atenção básica

II.11	Reunião da equipe de atenção básica		
II.11.1	A equipe de atenção básica realiza reunião de equipe? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para o bloco II.12.)		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu

### II.15 Acolhimento à demanda espontânea

II.15.1	Está implantado o acolhimento na unidade de saúde? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para a questão II.15.14.)		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
II.15.2	Em quais turnos é feito o acolhimento? (O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.)		Manhã
			Tarde
			Noite
II.15.3	Com que frequência acontece? (O entrevistador deverá ler as opções.)		Um dia por semana
			Dois dias por semana
			Três dias por semana
			Quatro dias por semana
			Cinco dias por semana
			Mais de cinco dias por semana
II.15.4	Todos os usuários que chegam à unidade de saúde espontaneamente buscando atendimento têm suas necessidades escutadas e avaliadas?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
II.15.20	A equipe de atenção básica realizou avaliação ou estudo da demanda espontânea nos últimos 12 meses?		Sim
			Não

### II.35 Pesquisa de satisfação do usuário

II.35.4	A equipe considera a opinião do usuário para a reorganização e qualificação do processo de trabalho?		Sim
			Não

c. Detalhes metodológicos adicionais

c.1. Quadro com a ficha das variáveis do estudo quantitativo.

Nome	Descrição	Nível	Tipo	Fonte
IBGE	Código utilizado pelo IBGE para identificação do município.	Contextual (municipal)	Qualitativa categórica. Todos os 3.376 municípios da amostra	PMAQ-AB, 2012. <a href="http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_sit e.pdf">http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_sit e.pdf</a>
Macrorregião	Macrorregião do Brasil referente a cada município da amostra.	Contextual (municipal)	Qualitativa categórica. 1-norte; 2-nordeste; 3-centro-oeste; 4-sudeste; 5-sul;	PMAQ-AB, 2012. <a href="http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_sit e.pdf">http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_sit e.pdf</a>
Perfil municipal	Perfil de cada município da amostra.	Contextual (municipal)	Qualitativa categórica. 1- 20% de pobreza; 2-G100; 3-Capital ou região metropolitana; 4-Demais localidades;	Portaria Interministerial nº1369, de 8 de julho de 2013. <a href="http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1369_08_07_2013.html">http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1369_08_07_2013.html</a>
Índice de Gini	Medida do grau de concentração de uma distribuição, cujo valor varia de zero (perfeita igualdade) até um (a desigualdade máxima). Nota. Os dados se referem à distribuição do rendimento mensal das pessoas de 10 anos ou mais de idade, com rendimento.	Contextual (municipal)	Quantitativa contínua.	PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, via Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil, 2010. <a href="http://www.atlasbrasil.org.br/2013">http://www.atlasbrasil.org.br/2013</a>
População	Nº de habitantes no município, em 2012. Cálculo: Pop. 2008 (IBGE) + pop assentada entre 2000 e 2005 para os municípios onde não houve contagem pop em 2007 (Port.3067, 2008).	Contextual (municipal)	Quantitativa contínua.	Ministério da Saúde, 2012. <a href="http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php">http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php</a>
Nº de ESF implantadas	Nº de equipes de saúde da família (ESF) implantadas no município, em dezembro de 2012.	Contextual (municipal)	Quantitativa contínua.	Ministério da Saúde, 2012. <a href="http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php">http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php</a>
Cobertura populacional de ESF	Estimativa de cobertura populacional por equipes de saúde da família. É obtido pelo cálculo:	Contextual (municipal)	Qualitativa categórica. 0-até 4mil hab/ESF; 1-mais de 4mil	Ministério da Saúde, 2012. <a href="http://dab.saude.gov.br/po">http://dab.saude.gov.br/po</a>



	População IBGE em 2012/nº de ESF implantadas em 2012.		hab/ESF;	rtaldab/historico_cobertura_sf.php
Reunião de equipe	Expressa se a equipe de saúde realiza reunião de equipe para organização do processo de trabalho. A informação é autorrelatada pelo entrevistado.	Individual (equipe de saúde)	Qualitativa categórica. 0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe/Não respondeu;	PMAQ-AB, 2012.  <a href="http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_sitie.pdf">http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_sitie.pdf</a>
Estudo da demanda espontânea	Expressa se a equipe de saúde realizou algum estudo da demanda espontânea nos últimos 12 meses da entrevista. A informação é autorrelatada pelo entrevistado.	Individual (equipe de saúde)	Qualitativa categórica. 0-Não; 1-Sim;	PMAQ-AB, 2012.  <a href="http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_sitie.pdf">http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_sitie.pdf</a>
Educação permanente	Expressa se há ações de educação permanente no município que contemplam as demandas e necessidades da equipe de saúde. A informação é autorrelatada pelo entrevistado.	Individual (equipe de saúde)	Qualitativa categórica. 0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe/Não respondeu;	PMAQ-AB, 2012.  <a href="http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_sitie.pdf">http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_sitie.pdf</a>
Consideração da opinião do usuário	Expressa se a equipe de saúde considera a opinião dos usuários do serviço para reorganização e qualificação do processo de trabalho. A informação é autorrelatada pelo entrevistado.	Individual (equipe de saúde)	Qualitativa categórica. 0-Não; 1-Sim;	PMAQ-AB, 2012.  <a href="http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_sitie.pdf">http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_sitie.pdf</a>
Acolhimento implantado	Expressa se o acolhimento está implantado pela equipe de saúde. A informação é autorrelatada pelo entrevistado.	Individual (equipe de saúde)	Qualitativa categórica. 0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe/Não respondeu;	PMAQ-AB, 2012.  <a href="http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_sitie.pdf">http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_sitie.pdf</a>
Acolhimento turno	Em quais turnos o acolhimento é feito pela equipe de saúde aos usuários do serviço. A informação é autorrelatada pelo entrevistado.	Individual (equipe de saúde)	Qualitativa categórica. 1-manhã; 2-tarde; 3-noite;	PMAQ-AB, 2012.  <a href="http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_sitie.pdf">http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_sitie.pdf</a>
Acolhimento frequência	Quantos dias por semana o acolhimento é feito pela equipe de saúde. A informação é autorrelatada pelo entrevistado.	Individual (equipe de saúde)	Qualitativa categórica. 1-um dia/sem; 2-dois dias/sem; 3-três dias/sem; 4-quatro dias/sem; 5-cinco dias/sem;	PMAQ-AB, 2012.  <a href="http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_sitie.pdf">http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_sitie.pdf</a>

			6-mais de cinco dias/sem;	
Escuta e avaliação da demanda espontânea	Expressa se todos os usuários que chegam à unidade de saúde espontaneamente buscando atendimento, têm suas necessidades escutadas e avaliadas pela equipe de saúde. A informação é autorrelatada pelo entrevistado.	Individual (equipe de saúde)	Qualitativa categórica. 0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe/Não respondeu;	PMAQ-AB, 2012.  <a href="http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_sit e.pdf">http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_sit e.pdf</a>
Realização de acolhimento	Expressa se a equipe de saúde realiza acolhimento à demanda espontânea na unidade de saúde. É calculada pelo somatório das variáveis “Acolhimento implantado”, “Acolhimento turno”, “Acolhimento frequência” e “Escuta e avaliação da demanda espontânea”. Ou seja, para a categoria 1 todos os quatro itens devem ser positivos. É o desfecho do estudo.	Individual (equipe de saúde)	Qualitativa categórica. 0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe/Não respondeu;	PMAQ-AB, 2012.  <a href="http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_sit e.pdf">http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_sit e.pdf</a>

d. Outros documentos relevantes

d.1. Instrumento utilizado para controle da qualidade dos artigos para metassíntese *Critical Appraisal Checklist for Interpretive and Critical Research*.

### JBI QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive and Critical Research

---

---

Reviewer _____	Date _____
Author _____ Year _____	Record number _____

---

---

- |  | Yes | No | Unclear |
|--|-----|----|---------|
| 1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?   |     |    |         |
| 2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?  |     |    |         |
| 3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?   |     |    |         |
| 4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?  |     |    |         |
| 5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?  |     |    |         |
| 6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?   |     |    |         |
| 7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?  |     |    |         |
| 8. Are participants, and their voices, adequately represented?   |     |    |         |
| 9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, is there evidence of ethical approval by an appropriate body? |     |    |         |
| 10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?                                    |     |    |         |

---

---

Overall appraisal:      Include       Exclude       Seek further info.

Comments (including reasons for exclusion)

---

---

---

d.2. Quadro com os trechos das “falas” para a metassíntese.

REFERÊNCIA	TRECHOS
Silveira, 2004.	<p><i>[...]ENF: Receber com alegria, ter respeito por eles e tratá-los como gente". [...]ENF: “Um olhar bem acolhedor a essa pessoa... vai observar os problemas, o motivo pelo qual ela veio ali... observar a aflição dela, de que modo ela quer ser atendida. Estar atento às palavras que as pessoas expressam nesse momento que você recebe, tanto que você passa, como a de quem tá chegando e tá dizendo. [...]ACS: “...é fazer com que ela não se sinta sozinha, né?... fazer uma amizade, dar uma força a ela, dar opinião a ela, uma luz de alguma coisa". [...]ENF: “Quando eu chego numa casa, por mais humilde que seja, pode ser a mais pobre, a mais suja, eu entro, sento, procuro conversar, brincar com a criança, fazer alguma coisa pra mostrar que a gente tá ali pra ajudá-los. Então, essa questão da acolhida, do respeito por eles é importantíssima. [...]ACS: “A minha acolhida com a família, é fazer com que ela não se sinta sozinha, né? se tiver com algum problema, tentar resolver de alguma forma, dar uma força a ela, pra ela saber que não tem só uma agente de saúde e sim uma amiga, né?.</i></p>
Oliveira, 2008.	<p><i>[...]“de manhã quando chega ... a gente vai ver o que é prioridade e levar pra dentro da Unidade, vai conversar, vai aferir os sinais vitais e vai distribuindo as consultas, as vagas para a demanda médica. [...]é você estar aberto pra estar ouvindo o usuário ... Você estar dando este espaço para ele se colocar, pra ele ser ouvido e a partir daí você procurar dar uma resposta pra ele. Eu acho que o acolhimento é pra gente dar uma resposta. [...]Pra mim é desde quando o usuário chega pra gente poder tá ouvindo e tá tentando resolver o problema dele da melhor forma possível ... Ele tem que sair dali tendo uma resposta. [...]é a questão de receber, não só sentido da chegada dele na Unidade, mas de receber as demandas dele ... atendendo a todas as demandas dele que a gente tiver possibilidades É a questão de ... de dar oportunidade para que o usuário tenha voz mesmo. [...]é ser de certa forma até carinhoso com o usuário pra ele se sentir bem, se sentir como se estivesse numa extensão da casa dele .. Essa questão de sempre tá tratando bem, muito bem o usuário. [...]A partir do momento que você entende a saúde como um direito você tem que acolher. Se ela tem direito ao acesso ao SUS, ela não pode voltar para a casa ... Ele tem direito a isso, ele paga caro por isso, e eu acho que o acolhimento ajuda nisso, humaniza tremendamente o serviço. [...]A gente humaniza, começa a perceber o usuário como um direito, um direito ao acesso, ao atendimento de qualidade. [...]eu acho que o acolhimento ele demonstra um comprometimento mesmo com o usuário e os atendimentos em si ... Eu acho positivo o interesse que os profissionais têm naquilo que o usuário traz, da escuta, de tá dando uma solução ao caso. [...]com o acolhimento você vai ouvir e vai criar, de repente, possibilidades, vai criar alternativas. [...]Eu acho que é positivo, esclarecer o entendimento do usuário sobre o funcionamento do serviço. [...]eu acho que isso (o acolhimento) aumenta a comunicação entre a equipe, por que a gente chega com um problema ou com outro e você tem a possibilidade de estar discutindo com outros profissionais. [...]o acolhimento dá bastante visibilidade ao trabalho dos outros profissionais. [...]Hoje, sem dúvida, já tem demanda para os profissionais não médicos porque o acolhimento funciona também como uma vitrine pra mostrar os serviços da unidade e dos outros profissionais que aqui estão atuando e que também têm alguma coisa pra oferecer. [...]o acolhimento humaniza o serviço, trata o usuário de forma diferente, não é aquele negócio de tem 12 vagas e o resto vai embora, ele tem muito mais acesso ao atendimento. [...]a gente tenta educar o usuário... Tem muita gente que vem aqui de má fé, vem a qualquer hora porque sabe que vai ser atendido”. [...]fortalece a existência de outras profissões, por que antes era médico e não tinha mais nada ... O acolhimento ajuda na medida em que ele fala que existem outros profissionais, que eles estão ali. [...]O acolhimento acaba ajudando, os profissionais, querendo ou não, acabam tendo uma interdisciplinaridade. Tem que falar, discutir com o outro ... A gente acaba conversando e discutindo muito. [...]É muito visível o aumento que tem tido da demanda ... O acolhimento facilitou o acesso ... As pessoas estão vindo, encontrando respostas, estão voltando e divulgando e estão vindo outras pessoas atrás. [...]Eu acho que o atendimento depois do acolhimento é um atendimento mais humanizado e com isso ele é mais qualificado. [...]Aproxima muito e melhora este canal de conversa e diálogo”.</i></p>

Santos, 2010.	<i>[...]Acolhimento inclui atender educadamente, respeitando o 'sofrimento' ou 'queixa' do usuário, saber escutar....Em minha opinião, pressupõe que o usuário tenha seu problema resolvido. [...]Ter uma relação de empatia e mostrar a ele interesse, encaminhando, informando adequadamente.</i>
Brehmer, 2010.	<i>[...]Saber ouvi-la principalmente... E dar resolutividade para o problema dela. [...]Num caso de dor, a gente vai perguntar o que ele precisa. Um caso de urgência, isso é acolhimento. [...]É perguntar o que a pessoa está sentindo ou o que ela está precisando no momento e não só dizer não tem, "tchau".</i>
Nascimento, 2012.	<i>[...]“Acolhimento eu acho que é uma forma do usuário ser recebido, isso é um conceito muito amplo que envolve desde conforto na sala de espera até a decoração na unidade. [...]“[Acolhimento] é uma forma de organizar o serviço, a equipe prá receber bem. [...]“O acolhimento é transversal, em qualquer momento, qualquer profissional está fazendo um acolhimento, o acolhimento é um estado de espírito. Agora quando o acolhimento vira ‘o’ processo de trabalho e com uma expectativa de ‘resolutividade’ que torna muito pesado. [...]“O acolhimento é uma forma de todos os usuários serem ouvidos. Não precisa... não sei se pode ser resolutivo, mas que eles têm o direito de serem ouvidos, isso sim. [...]“Eu acho que receber bem é dar algum retorno, não necessariamente aquele que a pessoa queira, mas que a gente possa receber bem e dar algum retorno bom. [...]“Acho que o acolhimento tem a ver com dar respostas.Tem que ser uma resposta resolutiva, satisfatória. [...]“Muitas vezes vou escutar e aí talvez eu vá me angustiar com que resposta eu vou dar porque não posso deixar de dar uma resposta correta para aquilo que tá chegando, aí eu tenho que ter a equipe prá dar apoio prá isso. [...]Nós não estamos conseguindo nos acolher, por causa desse acolhimento da comunidade. [...]Eu aprendi muito fazendo acolhimento. Eu aprendi muita coisa que eu não sabia no acolhimento com as minhas outras colegas. Nós todos que passamos pelo acolhimento, a gente aprendeu muita coisa.</i>
Faria, 2012.	<i>[...]Jo acolhimento é tratar a pessoa bem, com o respeito que ela merece. [...]se chegasse alguém aqui no posto com alguma queixa eu acolhia essa pessoa, via o que era, fazia a avaliação dela e se fosse urgência conversava com o médico.</i>
Barra, 2012.	<i>[...]Jo acolher para mim é aquele momento em que você escuta a pessoa, uma escuta qualificada no sentido de você tentar identificar quais são as necessidades daquela pessoa, declaradas ou não. É um momento em que se você conduz adequadamente já te permite construir um vínculo de confiança e afetividade”. [...]Acolher é você receber o usuário, receber o profissional e você se organizar para aquela demanda tanto da Unidade como da comunidade. [...]Acolher para mim é primeiro uma escuta qualificada, atenta e não só pelo fato de escutar. É escutar, olhar, observar e refletir durante o processo. [...]Se eu fosse usar um sinônimo [para acolher] eu usaria ouvir, receber e responder. (...). É você receber aquele usuário, compreender o que ele está buscando a partir da realidade. [...]“Assim eu nunca tive a oportunidade de participar. Ao certo eu nem sei. Mas pelo que eu sei às vezes que eu chego aqui de manhã tem uma enfermeira e um assistente social e os usuários também comentam comigo, é que perguntam o que a pessoa veio buscar e ver o que elas podem resolver ou encaminhar. [...]Mas ele [o acolhimento] deve acontecer todos os períodos do dia por todos os profissionais e a todas as pessoas porque se a gente entender que o acolhimento é uma escuta atenta, às 3 horas da tarde chega uma pessoa querendo uma medicação e naquele momento você pode entender que ela tem uma necessidade além daquela que ela referiu”. [...]Ele contribui porque estimula as especificidades e ao mesmo tempo trabalha o trabalho do grupo sem que isso vire uma confusão e que todo mundo faça qualquer coisa e não respeite as especificidades de cada um. Eu no trabalho de acolhimento percebo claramente qual é a minha função e o que não é pra mim e de quem é”. [...]Eu acho que o acolhimento consegue ampliar as possibilidades de atendimento que às vezes o usuário nem veio buscar”. [...]Eles sabem que as vagas já acabaram, mas eles não vão embora, eles continuam, porque eles sabem que mesmo sem vaga é importante estar ali, porque (...) sabem que eles terão acesso. É claro que a gente tem normas se não a gente não funciona, se tiver que falar um “não” a gente vai falar da maneira mais educada possível, mais compreensível possível. [...]Tem coisas que o acolhimento consegue perceber além da demanda médica que outros profissionais podem estar atendendo também, mas o forte ainda é a consulta médica e tirar essa centralidade do atendimento à doença... Ele melhorou, mas não resolveu, não avançou tanto, acho que é uma coisa para a gente discutir.</i>

Junges, 2012.	<p><i>[...]A gente já faz um pouco... faz uma triagem assim tranqüila que não é aquele horror de gente. Daí a gente acaba vendo só sinais e deu, os outros a gente até acaba fazendo isso, porque a gente vai encaminhando mais pras especialidades que a gente tem aqui. Daí a gente consegue direcionar um pouco, mas é bem difícil! [...]Esse tipo aí, de diagnóstico pode ser feito lá na triagem! Se tu percebes que a pessoa não tá com dor, eu acho a gente que primeiro a gente tem que resolver a dor, depois, se sobrar o espaço, a gente resolve outro tipo de problema, porque a gente está aqui primeiro pra resolver a dor Porque varia, ele vai vir nas consultas de noite, na segunda, ele vai vir na terça-feira de dia, daí ele vai ser aquele paciente que não sai. [...]O que não conseguimos é dizer ao paciente é que "Oh! o senhor não precisa de consulta", porque o resto a gente faz. A gente recebe o paciente está ruim, passa pra enfermagem, a enfermagem passa pro médico... Eu acho que não é dessa forma que deveria ser, é triagem sim. Bom, imagina se eu vou no posto e um funcionário da recepção diz pra mim "não, mas o senhor não precisa de atendimento". [...]Do acolhimento que é triagem, é encaminhar o paciente.</i></p>
Silva, 2012.	<p><i>[...]a proposta do acolhimento é de escuta, é de você escutar, é de você realmente dar um encaminhamento para o paciente, um encaminhamento correto.</i></p>
Baião, 2014.	<p><i>[...]“Acolhimento é ser humano e se doar sem esperar nada em troca, é amar ao próximo, é acolher com a expectativa que algum dia vai melhorar. Eu trabalho assim, porque se for pensar nos pontos críticos, eu não vou acolher ninguém, eu vou me trancar ali dentro e vou ficar ali escondida. [...]Acolhimento é que a gente deve tratar humanizadamente todo ser humano. [...]Acolhimento é o primeiro contato, né, que tem entre o paciente e o profissional. [...]Acolhimento é desde o guarda até a doutora. [...]não tem como existir realmente acolhimento adequado, infelizmente aqui não tem como, e a gente já faz muito aqui porque pelo menos a gente dá um bom dia pro paciente. [...]“Quando ele vem até nós pra procurar esse atendimento, o que é que a gente deveria fazer? Pelo menos escutar, né? Esse seria o acolhimento ideal. Procurar ouvir, saber suas angústias, seus anseios. [...]ali tá escrito acolhimento, mas não é o acolhimento, é a triagem.[...]tentar tratar melhor a pessoa, tentar falar pelo menos um bom dia, olhar nos olhos, aquela coisa assim mais humana sabe, como se fosse sua mãe e pensar, imagina se minha mãe chegasse aqui agora, como que eu ia falar pra ela. [...]Qualquer um que chega aqui, geralmente ele sabe, ele chama pelo nome, ele sabe que ele é o agente, é o X, é o Y, é o Z, então o tal do acolhimento todo mundo tem porque, ele fala o seu José, o seu José chama a gente pelo nome, em outro lugar você não vai ter isso. [...]você acolhe em todos os lugares então é mais ou menos igual, você acolhe o cara em todos os lugares, acolhe aqui dentro, acolhe na rua, acolhe na sua folga, em casa você acolhe.</i></p>
Marques-Ferreira, 2014.	<p><i>[...]“Porque um paciente entra no atendimento, a gente acolhe esse paciente como um todo. [...]“Acolher é resolver as necessidades dos pacientes. Quando se atende bem o paciente e se resolve as suas necessidades, se realizam ações humanizadas”. [...]“Acolhimento pra mim é atender a todos que procuram a unidade, é ter facilidade de acesso, se não tiver como atender às necessidades dos usuários, não se tem acolhimento”. [...]“Acolhimento pra mim faz parte do programa de humanização. [...]acolhimento acontece a partir do momento em que a gente acaba escutando esse paciente,atendendo de forma humanizada, resolvendo o seu problema, ou que ele resolva da melhor forma possível. [...]Me responsabilizar de uma forma ou de outra. A partir do momento que ela entrou aqui. Na verdade, eu tenho que corresponsabilizar, é eu e ela. [...]Acolhimento para mim é a pessoa chegar à recepção, ser bem acolhida. Ser recepcionista é ter um calor humano, para poder atender bem em todos os locais dentro da unidade”.</i></p>
Penna, 2014.	<p><i>[...] O acolhimento que a gente faz é ... a gente dá muita atenção, pergunta sobre. Porque tem hora que a pessoa não tá precisando não é realmente de uma consulta, é de uma conversa, né? Aí, às vezes, a gente senta, conversa, aí quando vê mesmo quê que tem, que precisa realmente ... a gente encaminha ... tem hora que, às vezes, as pessoas saem mais satisfeitas com uma conversa do que realmente com uma consulta.</i></p>

<p>Rocha, 2015.</p>	<p><i>[...]Então, receber aquela pessoa, ver o que ela precisa, sentir a necessidade dela, como se fosse um atendimento mais humanizado. Seria ouvir esta pessoa e tentar, no caso, ser resolutiva. [...]Nesta parte do acolhimento, você tem que impor sua opinião profissional, tem que falar: – Você tem a sua opinião como pessoa, como cidadão, fique à vontade, mas às vezes a sua opinião não condiz com o que é a realidade do tratamento. Você (profissional) tem que pegar e mostrar (ao usuário) qual é o lugar dele! Não é muito legal essa expressão. [...]“Mas o que preconiza o Programa de Saúde da Família é que tenha o acolhimento, não que você faça uma triagem, então é uma inversão”. [...]“A triagem não deixa de atender o paciente, é dar prioridade pra alguém que esteja com uma queixa maior no momento, faz parte do acolhimento saber”. [...]é muito acolhimento e às vezes atrapalha um pouquinho. [...]“Acolhimento não é simplesmente chegar e ouvir, às vezes precisa dar um puxão de orelha, ai a pessoa sintoniza e começa seguir tudo certinho”.</i></p>
<p>Silva, 2015.</p>	<p><i>[...]ENF: Bem, o acolhimento é a entrada do paciente na nossa unidade. É a partir dali que a gente vai direcionar essa clientela para o atendimento de acordo com a necessidade dele. [...]GERENTE: A partir do acolhimento nós podemos realizar uma escuta qualificada procurando ver a real necessidade do usuário que chega até a unidade de saúde. A partir dessa escuta qualificada a gente também vai estar orientando o usuário para qual profissional ele vai ser assistido. [...]GERENTE: “O acolhimento é uma grande ferramenta aonde a gente pode através dele direcionar, organizar e planejar. Porque ele também nos traz um diagnóstico”. [...]TEC.ENF: O acolhimento é todo um processo que pode ser resolvido facilmente mais que por ser um fator que conta com o pessoal de cada um, com o caráter e a boa vontade, a personalidade de estar ali disposto a ajudar acaba virando um nó. [...]ACS:O acolhimento é escuta. Os ACS são os que mais acolhem os usuários na unidade. Também ficam lá na frente. Daí os usuários logo chegam e perguntam. Só acho que somos os menos preparados para isso. Tivemos um introdutório mais não foi suficiente. Olha quando entrei pra trabalhar aqui pensei que fosse ficar na rua, na casa das pessoas. Mais ficamos muito tempo aqui dentro. Daí as pessoas reclamam e com razão. No acolhimento tudo é muito difícil. Por exemplo, minha equipe está sem médico no momento. O paciente quer médico, quando chega e digo que não tem ele logo fica grosseiro e pergunta o que eu estou fazendo ali. O acolhimento funciona, a gente ta ali, atendendo o paciente quer orientação à gente dá, quando quer vacina, curativo a gente diz qual é a sala. Mas e quando ele quer médico? O que a gente faz? Se tivesse médico em todas as equipes, se todos fizessem tudo igualzinho, do mesmo jeito, se tivesse uma ordem acho que o acolhimento seria melhor. Às vezes eu falo uma coisa, quando chega dentro da sala vem o enfermeiro e o técnico de enfermagem e fala outra. Aí o paciente não dá crédito ao que falamos.</i></p>