

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**  
**Escola de Administração**  
**Especialização em Gestão em Saúde**

**SATISFAÇÃO DO USUÁRIO DIANTE DO ACOLHIMENTO NAS UNIDADES  
BÁSICAS DE SAÚDE** – uma revisão da produção indexada na Biblioteca Virtual em Saúde  
(BVS), 2004-2014.

**Likmayer da Cruz**

**Porto Alegre**  
**2015**

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**  
**Escola de Administração**  
**Especialização em Gestão em Saúde**

**Likmayer da Cruz**

**SATISFAÇÃO DO USUÁRIO DIANTE DO ACOLHIMENTO NAS UNIDADES  
BÁSICAS DE SAÚDE – uma revisão da produção indexada na Biblioteca Virtual em Saúde  
(BVS), 2004-2014**

Trabalho de conclusão apresentado como requisito parcial ao Curso de Especialização de Gestão em Saúde, modalidade a distância, no âmbito do Programa Nacional de Formação em Administração Pública (PNAP), Escola de Administração/UFRGS - Universidade Aberta do Brasil (UAB).

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Tutor de orientação a distância: Maria Luiza De Barba

**Porto Alegre**

**2015**

## RESUMO

O Sistema Único de Saúde tem como desafio a porta de entrada da atenção primária em saúde. A humanização do atendimento em saúde através da ferramenta/política de acolhimento a demanda espontânea com protocolos tem sido implementada paulatinamente nos últimos anos. Esse estudo é realizar revisão da produção indexada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) quanto ao tema “satisfação do usuário com a aplicação do acolhimento como ferramenta de gestão do acesso a atenção primária” publicados entre 2004 e 2014. Foram empregadas as bases de referências da Literatura Latino-Americana em Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO), e o catálogo de dissertações e teses da Capes/CNPq e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Os textos selecionados (n=39) foram sistematizados segundo ano de publicação, autor, resultados, métodos de aplicação do acolhimento (protocolo), a implantação/realização pela equipe de saúde e a satisfação do usuário. Os estudos se concentraram em sua maioria na região Sudeste (n=15) e Sul (n=13) do país. Os resultados apontaram uma tendência ao acolhimento pelo julgamento pessoal e pelas experiências dos trabalhadores, com baixa adesão aos protocolos existentes, sendo muitas vezes não descritos (n=22). A sistematização demonstrou a semelhança entre os níveis de satisfação (n=8) e insatisfação (n=8) do usuário, sendo principal fator gerador de satisfação: a organização do fluxo de usuários na entrada da unidade. O profissional mais citado como responsável pelo acolhimento foi o enfermeiro (n=24) seguido dos auxiliares e técnicos de enfermagem (20). Considerou-se que o acolhimento não conseguiu influenciar na modificação do modelo médico centrado preconizado pela Política Nacional de Humanização. As equipes, os gestores e os usuários necessitam de engajamento para repensar as políticas públicas.

**Descritores:** Acolhimento. Classificação de Risco. Atenção Primária em Saúde. Satisfação do usuário. Gestão em Saúde. Administração e Planejamento em Saúde.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

**Quadro 01** Autores, resultados e satisfação do usuário.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 01</b>	Região de Realização do Estudo.....	<b>19</b>
<b>Tabela 02</b>	Fatores que influenciaram na satisfação e insatisfação do usuário...	<b>21</b>
<b>Tabela 03</b>	Metodologia no Acolhimento .....	<b>26</b>
<b>Tabela 04</b>	Categoria profissional citada como responsável pelo acolhimento.	<b>28</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ACCR</b>	Acolhimento com Classificação de Risco
<b>BVS</b>	Biblioteca Virtual em Saúde
<b>CAPES</b>	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
<b>CNPQ</b>	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
<b>COFEN</b>	Conselho Federal de Enfermagem
<b>COREN-DF</b>	Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal
<b>CRM-PR</b>	Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>ESI</b>	Emergency Severity Index
<b>FAPESP</b>	Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo
<b>GBACR</b>	Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco
<b>LILACS</b>	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
<b>MEDLINE</b>	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>ONU</b>	Organização das Nações Unidas
<b>PACS</b>	Programa Agentes Comunitários de Saúde
<b>PNAB</b>	Política Nacional de Atenção Básica
<b>PNH</b>	Política Nacional de Humanização
<b>PSF</b>	Programa Saúde da Família
<b>SCIELO</b>	Scientific Electronic Library Online
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UFRGS</b>	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

## Sumário

<b>1 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>8</b>
1.1 Atenção primária em saúde.....	9
1.2 O acolhimento como tecnologia leve na atenção em saúde.....	12
1.3 A Classificação de Risco .....	14
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>18</b>
2.1 Objetivo Geral.....	18
2.2 Objetivos Específicos .....	18
<b>3 MÉTODO.....</b>	<b>19</b>
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS.....</b>	<b>21</b>
<b>5 CONCLUSÕES.....</b>	<b>34</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>35</b>
<b>7 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>37</b>

## 1 JUSTIFICATIVA

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem demonstrado a fragilidade de sua porta de entrada ao longo de sua implantação. Como rede hierarquizada, o SUS tem como entrada prioritária as unidades básicas de saúde (UBS). Sabe-se que a legislação assegura a garantia do acesso universal e gratuito à saúde (BRASIL, 1988), contudo a evolução do sistema nacional de saúde, das dinâmicas de trabalho e modelos assistenciais não pôde respaldar o que foi previsto pelo legislador.

O ingresso do cidadão aos serviços primários de saúde depende de aspectos que permeiam o acesso econômico, geográfico e funcional (RAMOS, 2003). A parcela mais pauperizada da população sofre em demasia para vencer os obstáculos necessários para o atendimento de suas necessidades em saúde. Tanto em grandes centros urbanos quanto em cidades menores o transporte, a infraestrutura, a falta de equipes de saúde e o desinteresse pela saúde pública dificultam o desenvolvimento de portas de entradas patentes.

O Ministério da Saúde tem se apropriado de políticas que garantam dinamizar o acesso da população à saúde. O acolhimento preconizado pela Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2010) é reconhecido pelos pacientes como uma estratégia de gestão do acesso aos serviços de saúde bem como um processo de escuta ativa de suas queixas (MEDEIROS et al., 2010).

Nesse aspecto, a própria classificação de risco foi disposta como metodologia para o trabalho de algumas áreas, como o pronto socorro, sendo suas perspectivas expandidas mais tarde para outras unidades de atendimento, como é o caso das unidades básicas de saúde por meio dos Cadernos de Atenção Básica que tratam do Acolhimento da Demanda Espontânea. Dentre outras estratégias encontradas pelos gestores das UBSs está o agendamento de consultas médicas e exames eletivos e o acolhimento da demanda diária dos usuários que procuram atendimento. Nas unidades que adotam esse sistema de agendamento, houve a eliminação das longas filas de espera que se iniciavam pelas madrugadas e o término do estigma social da “fila do SUS (WERNECK, 2009).

O acesso à atenção primária em saúde tem uma gama inesgotável. O acolhimento com classificação de risco, um pequeno recorte do assunto, é um espaço com potencial de atividades em saúde e de contato entre profissionais de saúde e usuários. A necessidade de se verificar maiores dados sobre a satisfação dos usuários com os processos de trabalho



desenvolvidos com a implantação dessa estratégia de gestão nas unidades básicas é imperativa.

Em contrapartida, subsidiados com essas informações, os gestores poderão adotar suas próprias convicções sobre a implantação ou não dessas estratégias. Outrossim, os profissionais poderão nortear suas atividades práticas baseadas nas experiências desveladas por esta pesquisa, bem como verificar as barreiras para o acesso aos serviços. Portanto, os resultados de um estudo como este podem fornecer evidências científicas significativas para dinamizar e influenciar os processos de decisões dos gestores de saúde.

Diante do exposto, o presente trabalho busca identificar se o acolhimento nas UBS presente nos artigos publicados entre 2010 e 2014 melhorou a qualidade da assistência na perspectiva dos usuários.

## **1.1 Atenção primária em saúde**

A saúde é reconhecida como direito universal desde 1948, quando da Declaração dos Direitos Humanos (ONU, 1948). Desde então, organismos internacionais têm realizado esforços com objetivos declarados de incentivar aos países para a organização de seus serviços de saúde e o fomento para ações civis e estatais que promovam a qualidade de vida e a saúde de seus contingentes populacionais (CONILL, 2008; STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005; BRASIL, 2002).

O termo atenção primária aparece no contexto mundial pela primeira vez em 1920, no Relatório Dawson, vinculado ao termo “Centros de atendimento primário em saúde”. Encomendado pelo Ministério da Saúde da Inglaterra, o relatório revelou a onerosidade do sistema e a seu caráter biomédico influenciado pela especialização do atendimento vigente no sistema americano de saúde em detrimento ao atendimento generalizado, longitudinal, focado na família (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005).

Após, com a publicação dos estudos de Leavell & Clark (1965), surge à atenção primária vinculada à promoção da saúde e prevenção de doenças. Os autores propuseram um modelo para a história natural da doença e seus estratégicos níveis de prevenção. Destaca-se a classificação como: Primária com promoção da saúde e proteção específica; Secundária com o diagnóstico e tratamento precoce com limitação da invalidez; e Terciário com a reabilitação.

A primazia da atenção primária para a organização dos sistemas nacionais de saúde e a promoção da saúde estava sendo realçada.

Na década de 70, as discussões sobre atenção primária se intensificaram internacionalmente. Tornava-se evidente a lacuna existente entre os padrões de saúde existentes nos países considerados “desenvolvidos” e “subdesenvolvidos”, bem como latente a discussão do esgotamento do modelo biomédico, ora voltado para o panorama curativo especializado, intervencionista e de baixo impacto nas condições gerais de saúde da população. Esses aspectos estavam fortemente atrelados ao acesso aos serviços de saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

O modelo de atenção voltado para a promoção da saúde e a atenção primária manteve relação direta com dois acontecimentos na década de 70: os relatórios das duas primeiras missões da OMS lideradas por Halfdan Mahler realizadas na China pós abertura nacionalista em 1973 e 1974 e o movimento canadense desenvolvido a partir do relatório Lalond em 1974. Esses culminaram em uma nova forma de se pensar o processo de trabalho em saúde evidenciado na Conferência de Alma Ata em 1978 (BRASIL, 2002).

Na China, observou-se que a população seguia um modelo de atenção social e em saúde diferenciado do restante de todo o mundo. Essa estrutura se baseava na organização local da comunidade, atenção aos idosos, fomentação da indústria caseira, auxílio às escolas e serviços gerais, organização popular para o cuidado ambiental, realização de cuidados preventivos, incluindo o uso de ervas medicinais, apoio para o controle do tráfego, policiamento e combate a incêndios e promoção de campanhas de mobilização popular para a saúde visando a modificação e adoção de hábitos saudáveis em toda a comunidade (BRASIL, 2002)

Diante do êxito do modelo observado na China, restou à OMS solicitar autorização do Governo Chinês para divulgar os resultados. Contudo a autorização foi negada sob a justificativa de que o resultado daquele modelo ainda era imaturo para ser extrapolado para o mundo. Mesmo assim, a OMS adotou elementos daquela experiência para influenciar as políticas dali em diante (BRASIL, 2002). O modelo vigente no mundo era contraposto a uma proposta de medicina comunitária, preventiva e livre do caráter biomédico.

O conceito de atenção primária difundido pela OMS em 1978 influenciou de forma mais contundente as políticas sociais e de saúde em países como Cuba, Espanha, Moçambique, Canadá, Inglaterra etc. Desde então, em alguns países, sendo chamada de

atenção primária, e no Brasil sendo conhecido como Atenção Básica, esse modelo de política é adotado na concepção de contato preferencial entre os usuários e os serviços de saúde. Isso só foi possível por meio de reformas políticas e administrativas no que concerne ao setor de saúde nesses países. Pelas especificidades de cada realidade, não há como comparar as implantações de sistemas nacionais de saúde entre esses países e o Brasil (CONILL, 2008), até mesmo por que cada país tem distintas conjunturas sociais, econômicas e políticas (CASTRO; MACHADO, 2010).

No Brasil, a adesão à atenção básica se dá após anos de luta para a concretização de reformas sanitárias e de políticas sociais que garantiram em si o direito universal a saúde. Esse movimento culmina na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que passa a moldar a partir de então a forma como o SUS deve se organizar financeiro, administrativo e operacionalmente nas regiões de responsabilidade de cada esfera governamental.

Na década de 90 a política de atenção primária em saúde no Brasil passa por mudanças significativas. Em partes por conta do arcabouço legislativo da Constituição recém-promulgada e por outro lado, pela descentralização que estava sendo adotada. Isso promoveu uma melhora no acesso aos serviços de saúde e um aumento no financiamento em saúde. Contudo, houve dificuldade na cooperação financeira por parte dos municípios, visto que grande parte deles era de pequeno porte e não continha áreas técnicas disponíveis para assumir tanto financeira quanto operacionalmente o novo sistema de saúde que acabara de nascer (CASTRO; MACHADO, 2010).

Nessa mesma época em 1998, Starfield (2002) concluiu um extenso trabalho sobre atenção primária em saúde. Entre suas considerações foi pontuado que sistemas de saúde voltados para a atenção primária tendem a serem mais efetivos, eficientes, equânimes e terem um impacto positivo para a diminuição da morbimortalidade devido aos cuidados integrados em comparação aos sistemas de saúde voltados as especialidades.

Durante a consolidação da atenção básica, o Brasil lançou mão do Programa Saúde da Família (PSF) e do sucesso do Programa de Agentes Comunitários (PACS) que no decorrer de uma década passaram a constituir uma estratégia de remodelamento da atenção primária no país. De status de programa governamental, que a qualquer momento poderia ser abandonado pelos sucessores governamentais, o PSF passou a ser considerado uma política pública organizacional do modelo de assistência em saúde, chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF). Contudo, esse remodelamento do modelo não foi acompanhado pelo remodelamento

na formação acadêmica e formação continuada dos profissionais que atuam na ESF (ROSA; LABATE, 2005).

A atenção primária passa a ser organizada através das UBSs e ESF tornando essas últimas como equipes de referência. Entende-se por equipe de referência aquele grupo de profissionais que se responsabiliza pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário longitudinalmente, ou seja, ao longo do tempo. Tem responsabilidade e potencial para desenvolver trabalho multidisciplinar, fundindo diagnósticos e promovendo planos terapêuticos, no entanto, sem interferir no desempenho individual de cada membro da equipe. Essa equipe pode ser encontrada tanto em uma UBS, quanto em uma ESF (CUNHA; CAMPOS, 2011). Uma ESF constitui-se de uma equipe multiprofissional formada por médico generalista, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo ainda contar com equipe de saúde bucal: dentista e auxiliar/técnico em saúde bucal. Essa equipe é responsável por desenvolver ações de saúde em uma determinada área/território adstrita, com número máximo de 4000 indivíduos. Uma UBS é uma equipe que fica com responsabilidade máxima de 18.000 indivíduos e não está vinculada à ESF, podendo, no entanto realizar as mesmas atividades que esta última (BRASIL, 2011).

Aos poucos, o “postinho de saúde” foi se transformando na forma preferencial de contato do usuário com a rede de saúde, com a ESF apresentando uma cobertura de 57% da população do país em 2015 (BRASIL, 2014), e com um longo caminho a ser percorrido para se legitimar e se conformar como porta de entrada do SUS.

## **1.2 O acolhimento como tecnologia leve na atenção em saúde**

O acolhimento surgiu no Brasil vinculado à Política Nacional de Humanização (PNH). Naquele momento, a gestão federal do SUS reconheceu que a atenção primária não estava absorvendo toda a demanda em saúde gerada dentro dos núcleos populacionais. As emergências de hospitais e pronto-atendimentos se encontravam lotadas diuturnamente e, com exceção de algumas instituições pioneiras, o atendimento ao usuário era procedido por ordem de chegada (BRASIL, 2004). O acolhimento foi inserido primeiramente no contexto hospitalar como uma tecnologia leve no cuidado ao paciente, com possibilidade de humanização, sensibilização e de prezar pelos usuários que se encontram no serviço tendo um impacto importante nos processos de trabalho (ROSSI, 2005).

O Ministério da Saúde define o acolhimento como uma prática que é assumida situacionalmente por atores nas relações entre usuários e trabalhadores, que perpassa por receber e escutar as pessoas, sendo esse fenômeno passível de acontecer de formas variadas. Nesse processo de escuta e recepção, admite-se que o usuário também define o que é necessidade em saúde para ele, desviando assim do comportamento centralizador do profissional na definição das necessidades em saúde de uma população. Feita a escuta, o encaminhamento, o atendimento ou o matriciamento, abre-se espaço para a criação de vínculos institucionais tão importantes e carentes no cuidado individual (BRASIL, 2013).

Na atenção primária, o acolhimento foi introduzido como forma de expandir as perspectivas da ESF. Percebeu-se que apenas dizer que não há mais vagas não era o suficiente. As pessoas acabariam procurando os prontos-socorros, as emergências dos hospitais públicos e privados superlotando essas instituições e creditando um rótulo cruel ao SUS: o SUS não funciona. Portanto, desde a década de 90 algumas experiências foram realizadas no sentido de organizar os fluxos das demandas nas UBSs. Com o advento do Caderno de Atenção Básica 28 – Acolhimento à Demanda Espontânea - convencionou-se aplicar o agendamento de consultas e atividades e o acolhimento à demanda espontânea como forma de gerenciar o cuidado aos usuários que estão vinculados a uma ESF (BRASIL, 2013).

O acolhimento como preconizado pelo Ministério da Saúde pode ocorrer de distintas formas. Na primeira delas, partindo do pressuposto de que mais de uma equipe pode atuar na mesma área física, o usuário deve ser acolhido somente pela sua equipe de referência. Na segunda forma, partindo do mesmo pressuposto, o usuário pode ser acolhido pela equipe de acolhimento do dia e pela sua equipe de referência. Na terceira forma o usuário será acolhido por um grupo de profissionais durante as primeiras horas do atendimento da unidade de saúde, o que se chama acolhimento coletivo (BRASIL, 2013).

Nas últimas duas décadas, os conselhos profissionais têm se demonstrado favoráveis ao acolhimento com classificação de risco para modificar a dinâmica de atendimentos, antes priorizados por ordem de chegada, agora por prioridade. Os Conselhos Regionais de Medicina e os Federais e Regionais de Enfermagem tem dispendido atos normativos sobre o acolhimento com classificação de risco colocando essa atividade como primazia para o exercício de profissionais de nível superior, em especial os enfermeiros (CRM-PR, 2008; COFEN, 2009; COREN-DF, 2010; COFEN, 2012).

Como dinâmica de trabalho e processo organizacional foram consideradas algumas formas de se classificar o acolhimento com destaque para duas delas: como forma de reorganizar a assistência em saúde, ou seja, organizar os fluxos e a partir de então regular o acesso (LEITE; MAIA; SENA, 1999) e como dispositivo operacional, comunicacional e técnico e assistencial oportuno para o momento (FRANCO; BUENO; MEHRY, 1999). Em seu aspecto organizacional, Teixeira (2003) acredita no cunho comunicativo do acolhimento como forma de interação e construção de espaço de cuidado. Segundo ele, o acolhimento dialogado é espaço de respeito de capacidades morais e cognitivas que reconhecem o outro, reconhecem as limitações de cada um e coloca o sentido das coisas no conjunto de saberes de cada um. O autor afirma: “Todo mundo sabe de alguma coisa e ninguém sabe de tudo”.

Nessa perspectiva crê-se no acolhimento como possibilidade dos indivíduos de enxergar-se, sentir-se e de optar por cuidar de si mesmo (ou não) através da interação entre profissional usuário, através da possibilidade de lhe proporcionar o simples fato de escolher (ROSSI; LIMA, 2005). Podendo então, segundo Feuerwerker (2014), modificar a lógica vertical do cuidado inserido nas macro e micropolíticas públicas.

### **1.3 A Classificação de Risco**

A classificação de risco, hoje percebida como uma forma de priorizar o atendimento de usuários em determinados centros de saúde, no passado, realizada mesmo que empiricamente foi proposta nos Estados Unidos para as atividades de guerra, quando se classificavam os combatentes feridos. Como uma forma de triagem de exclusão, eles eram situados entre os estratos de gravemente feridos e inviáveis, feridos que necessitavam de atendimento imediato e os que poderiam aguardar pelo atendimento com segurança. O objetivo era devolver o maior número de soldados possíveis para frente de batalha (GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2010). No cinema, o filme Pearl Harbor (Bay, 2001) elucida a forma como eram triados os soldados feridos nas zonas de confronto. Sendo assim, a primeira versão de classificação de risco surgiu como um protocolo de exclusão de atendimento, por isso, várias adaptações ocorreram para que algo semelhante chegasse até os prontos atendimentos de hoje.

Data de 1898, na Inglaterra, uma visão mais próxima do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), quando de relatos históricos sobre centros de saúde que

abriam as portas e tinham uma enfermeira classificando os pacientes para atendimento clínico ou cirúrgico. Contudo, a história mostra que a classificação de risco, assim como outras tecnologias, proveio com as formas contingenciais de ação ocorridas nas grandes guerras, e paulatinamente foi introduzida na sociedade civil por médicos e enfermeiros experientes em triagem no campo de batalha. No pós-guerra, a primeira experiência de classificação de risco se deu na cidade de Yale em 1963 (GBACR, 2010).

Alguns países iniciaram estudos para a organização do fluxograma para o atendimento das demandas. Nos Estados Unidos da América, três sistemas de triagem se destacam: (a) Traffic Director (fluxista), onde um funcionário administrativo carrega o paciente até a área em que vai ser atendido, o colocando em maca ou poltrona conforme sua impressão pessoal de estado do paciente; (b) Spot-check, implantado em pequenas emergências onde o paciente não espera, ele é registrado e logo encaminhado para um enfermeiro que classifica sua gravidade conforme abordagem breve; e, (c) Comprehensive Triage, onde um enfermeiro com experiência em emergências extrai o máximo de informações possíveis e classifica o paciente conforme sua gravidade (GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2010).

Distantes do modelo americano, diversas formas de classificação foram desenvolvidas, principiando pela Austrália e sua forma de classificar baseada em 5 níveis de prioridade (Australian Triage Scale). Após, o Canadá criou uma escala com 5 níveis de prioridade e diversos algoritmos (Triage and Acuity Scale), e finalmente, a Inglaterra e uma escala com 52 algoritmos e 5 níveis de prioridade (protocolo de Manchester), que classifica os pacientes conforme os algoritmos de questionamentos do entrevistador. Enquanto isso, nos Estados Unidos se formula a Emergency Severity Index (ESI) que se baseia na quantidade de recursos que um paciente irá utilizar conforme suas alterações de sinais vitais e queixas. (KENNETH; ISERSON; MOSKOP, 2007).

No contexto brasileiro, as instituições hospitalares dotadas de serviço de emergência têm adotado diversos protocolos de atendimento para a classificação de risco e adaptado alguns a sua própria realidade. Contudo, para o contexto desse trabalho é prudente destacarmos que o Ministério da Saúde, no ano de 2013 lança dois cadernos de atenção básica orientando o cuidado ao usuário atendido nas unidades básicas conforme o acolhimento da demanda espontânea. Isso implica no reconhecimento de que a unidade de saúde possui dinâmicas de atendimento diferentes das emergências dos hospitais. Ela possui demandas

programadas de atividades e atendimentos e ainda necessita estar preparada para o atendimento de casos agudos e situações clínicas assistenciais que mereçam atenção do profissional.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) a unidade de saúde precisa acolher e classificar a demanda espontânea com o intuito de tornar viável o acesso ao serviço de saúde. Entre outros motivos para a adoção do acolhimento com classificação de risco pelas unidades de saúde estão: o reconhecimento do usuário como definidor de sua necessidade em saúde; a criação de um vínculo no momento agudo do caso clínico do usuário; o respeito pelo indivíduo que não escolhe o momento de adoecer e não pode agendar para ser atendido e a oportunidade de entrar em contato com alguém que potencialmente irá desenvolver riscos e que não estará presente nas atividades programadas da unidade. Diante disso, o acolhimento com classificação de risco é visto como um dispositivo de reorganização do processo de trabalho.

No próprio Caderno de Atenção Básica (BRASIL, 2012), intitulado Acolhimento à Demanda Espontânea, é proposto um fluxograma para os pacientes. Esse algoritmo, diferente do proposto para um hospital, engloba todas as atividades desenvolvidas pela unidade de saúde, perfazendo um “mapa de acesso” aos serviços. As pessoas com atividades agendadas (consultas, vacinação, coleta de exames, procedimentos ambulatoriais, inalações, retirada de medicamentos) são encaminhados diretamente para esses serviços. Enquanto isso, os pacientes que chegam sem agendamento prévio são recepcionados e orientados sobre o acolhimento.

Os pacientes podem ser classificados como agudos ou não agudos. Entre os agudos estão situadas às cores vermelho: paciente com alto risco de vida, que necessita atendimento imediatamente. Amarelo: que necessita de intervenções em breve período de tempo, sendo estas prestadas primeiramente pela enfermagem, realizando após avaliação pelo médico. E verde: situação de baixo risco ou com vulnerabilidade que precisa ser manejada pela equipe no mesmo dia. Por fim, existe o paciente não agudo que é classificado como azul e pode receber orientações e agendamento de atividades programadas conforme oportunidade de tempo e avaliação da necessidade (BRASIL, 2012).



Mesmo com todos os protocolos de atendimento envolvidos numa rede de atenção básica e hospitalar, ainda é apontada a necessidade de se ouvir os usuários da rede, pois eles é que usufruem (ou não) desses espaços de proteção e promoção da saúde. Torna-se imperativo melhorar o vínculo profissional usuário e melhorar os acessos funcionais dos serviços(RAMOS; LIMA,2003).

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Realizar uma revisão de artigos indexados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), quanto ao tema: “satisfação do usuário com a aplicação do acolhimento como ferramenta de gestão do acesso a atenção primária”, publicados entre 2004 e 2014.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- a. Sistematizar a produção científica selecionada segundo autor, resultado e satisfação registrados quanto ao usuário;
- b. Identificar os tipos de protocolos empregados nos processos de acolhimento com classificação de risco;
- c. Identificar os fatores que influenciaram na satisfação e insatisfação do usuário.

### 3. MÉTODO

Trata-se de uma revisão de literatura. As revisões de literatura agrupam dados secundários que reorganizados podem responder a uma nova questão de pesquisa. Para tal a metodologia de coleta deve prever de forma estrita a busca de descritores bem como a opinião do autor deve ser imparcial tanto na busca de artigos quanto na sua apresentação. Dessa maneira, é possível utilizar uma metodologia reprodutível, portanto científica, evitar a duplicação desnecessária de esforços, evitar a controvérsia de literaturas, economizar recursos em pesquisas e auxiliar nas decisões de políticas de saúde (ATALLAH; CASTRO, 1998).

Foram concentrados os estudos publicados entre os anos de 2004 e 2014 nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) - Literatura Latino-Americana em Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO) -, no catálogo de teses e dissertações da Capes/CNPq e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Para a coleta de dados utilizaram-se os seguintes descritores: “Atenção Primária à Saúde” conjugada com “Acolhimento”, conjugado com “Classificação de Risco” ou “Protocolo de Classificação de Risco”.

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi adotada como política pelo Ministério da Saúde em 2004 e trouxe à baila o acolhimento e o vínculo entre profissionais e usuários. A busca de referências se no período 2004-2014 por conta da observação de que o acolhimento e o acesso passaram a fazer parte da agenda de políticas do SUS.

Excluíram-se os trabalhos que utilizaram revisão de literatura, dando primazia para os estudos com dados primários, ou seja, aqueles que coletaram dados com os usuários ou equipes do sistema de saúde.

Os estudos encontrados foram sistematizados segundo as categorias ano de publicação, autor, resultados e satisfação do usuário. Foram também descritos os locais de realização do estudo, os métodos de aplicação do acolhimento (protocolo) e a implantação/realização pela equipe de saúde. Para a apresentação dos dados foram utilizados quadros e tabelas.

A satisfação do usuário foi mensurada através da classificação nas categorias Satisfeita, Parcialmente Satisfeita, Insatisfeita e Não Avaliada. A maioria dos estudos seguiu a metodologia qualitativa, sendo preponderante para a classificação acima descrita a avaliação dos discursos dos sujeitos que foram abordados em grupos focais, entrevistas semiestruturadas, questionários e em entrevistas abertas nas observações participantes. Sendo assim, foram avaliadas as falas dos sujeitos e as conclusões dos autores sobre o processo de acolhimento existente nas unidades e a receptividade dos usuários descritos nos artigos selecionados.

Optou-se por manter na coleta os estudos que descrevessem todos os tipos de acolhimento na atenção primária, mesmo os que não mencionassem a classificação de risco e desde que viessem ao encontro dos objetivos dessa revisão.

Por se tratar de uma revisão da literatura presente em bases de referências de acesso público não houve a necessidade de envio a Comitê de Ética.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Com os descritores “Atenção Primária à Saúde” conjugado com “Acolhimento”, conjugado com “Classificação de Risco” ou “Protocolo de Classificação de Risco”, foram encontrados 1.236 estudos, dos quais foram selecionados 119 resumos, permanecendo 39 artigos para a leitura integral. Desses, 38 tiveram como amostra cidades, regiões ou estados da federação, enquanto um deles (ALVES et al., 2014) foi realizado na região Sudeste e contou com dados secundários de todas as outras regiões do País.

Dos 39 artigos incluídos no estudo, 27 artigos seguiram delineamento qualitativo, enquanto 5 se configuraram com descritivos, 5 artigos seguiram metodologia quantitativa com análise estatística (GARCIA et al., 2014; ALVES et al., 2014; ALBUQUERQUE et al., 2014; RODRIGUES et al., 2010; SILVA, PONTES, SILVEIRA, 2012) e 2 artigos seguiram metodologia quanti-qualitativa (VIEIRA DA SILVA, 2010; ROSA, 2006).

A Tabela 1 apresenta a distribuição por local de realização dos estudos encontrados, 28 (72%) proveniente das regiões Sudeste e Sul e nenhum do Centro-Oeste. Como destacado por Calixto (2011), em pesquisa da Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), 74,5% das pesquisas realizadas no país concentram-se na Região Sudeste e apesar do volume de pesquisas, na mesma pesquisa, denotou-se queda na qualidade dos estudos no país e tendência a não transformar o conhecimento adquirido na pesquisa em tecnologia aplicável.

**Tabela 1** – Região de realização do estudo

Região do País	n	%
Sudeste	15	38,5
Sul	13	33,3
Nordeste	10	25,6
Norte	1	2,56
Centro-oeste	0	0,0
Total	24	100,0

No Quadro 1 encontram-se os autores, resultados e avaliação de satisfação dos usuários. Em 17 (43,6%) estudos a satisfação do usuário não foi mencionada ou esclarecida; entre os 22 onde a satisfação foi mencionada, em 8 (20,5%) os usuários se encontravam

satisfeitos, em 6 (15,4%) parcialmente satisfeitos e em 8 (20,5%) insatisfeitos. Os fatores que influenciaram na satisfação e na insatisfação dos usuários conforme sua frequência de aparecimento nos estudos e enunciados estão na Tabela 3.

Nos 8 artigos que apresentaram usuários satisfeitos o fator mais citado para a satisfação foi a organização do serviço para o acolhimento das demandas espontâneas e para o acesso dos usuários ao serviço. Nesses casos, o estigma da fila do SUS que se iniciava pela madrugada é sobrepujado pela reorganização do processo de trabalho utilizando o acolhimento como ferramenta de gestão (com ou sem classificação de risco e em diversas apresentações) vinculando o usuário a sua unidade de saúde. Tendo a certeza de que será escutado a qualquer momento que necessitar da unidade de saúde, terá resolutividade de seus problemas, contará com profissional que já o conhece, o usuário fará da atenção primária o seu ponto de contato preferencial com o sistema de saúde.

Franco-Júnior et al. (2008) apontam que o vínculo entre equipe e usuários na atenção básica é ponto crucial para o bom andamento do trabalho, da mesma forma melhora o ambiente e produz saúde tanto para os trabalhadores quanto para os usuários. Contudo, exige mudança pessoal e profissional para o trabalho multiprofissional. Da mesma forma, crê-se que o fortalecimento desse vínculo exija o reconhecimento de que o acolhimento não pertence a uma determinada classe trabalhadora, mas é uma política de toda equipe, que ocorre a qualquer tempo, no tempo necessário para o usuário e é realizada por todos os profissionais.

Destaca-se também, que a participação da comunidade é importante para instituir novas formas de trabalho. O trabalhador é o agente que convive e resolve (ou não) os diversos problemas que surgem no cotidiano, atendendo a demanda espontânea ou programada da unidade, mas isso não o legitima a iniciar ou mudar um processo de trabalho sem consultar o principal interessado no seu serviço, ou seja, o usuário.

Os 17 estudos que não mencionam a satisfação do usuário partem de visões distintas de diversos trabalhadores e demonstram a via de mão única com que as políticas sociais são implantadas no País. Supõe-se que esse fenômeno ocorra pelo desinteresse pelo que é público, que vem atrelado a percepção do usuário sobre o SUS, que converge para o julgamento de que o SUS é para os pobres, que o sistema é desinformado e essa é uma característica nata dele, e por fim, que os profissionais são desinteressados e não capacitados para atuarem na atenção em saúde (BAKCES, 2009).

**Quadro 01 – Autores, resultados e satisfação do usuário.**

Ano	Autor	Resultados	Satisfação do usuário
2014	LIMA, A. M. V. et al.	Foco nas queixas biológicas, a recepção fica a cargo do técnico/auxiliar de enfermagem, que nem sempre repassa todas as informações necessárias aos supervisores médicos e enfermeiros e tão pouco recebe o retorno necessário em sua solicitação de supervisão. Necessidade de capacitar a equipe de Tec./Aux. Enfermagem para a escuta e percepção das queixas não biológicas.	Não avaliada.
2014	GARCIA, A. C. P. et al.	260 equipes (81% da amostra) realizam acolhimento enquanto 61 equipes (19%) não o fazem. Formatos de acolhimento experimentados por profissionais e usuários a serem repensados. Condutas limitadas a uma atitude profissional de bondade e favor; ou ainda se traduz em recepção administrativa, ambiente confortável e ação de triagem.	Não avaliada.
2014	TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.	Considera o acolhimento com caráter transversal nas políticas de saúde, revela o conflito entre agenda programada vs demanda espontânea, sinaliza uma confusão com a troca de "acesso por acolhimento". Expõe a angústia e a carga extenuante de trabalho e estresse emocional influenciando na satisfação dos usuários.	Parcialmente satisfeitos. Relaciona a satisfação dos usuários ao processo de acolhimento e ao acesso aos serviços de saúde. Apontando a necessidade de diminuir o volume de usuários adscritos por equipe de Saúde da Família para 2500, e continuar expandindo as equipes da Estratégia Saúde da Família para cobrir pelo menos 80% da população.
2008	SOUZA, E. C. F. de et al	Destaque para a cultura do pronto-atendimento vs a demanda agendada.	Usuários insatisfeitos. Descontentamento com a forma de agendamento na unidade, Reclamações com a acolhida na recepção – insatisfação pelo fato de não atendimento médico imediato, Melhor organização de filas, Modos diferentes de trato por diferentes profissionais, descontentamento de passar pelo enfermeiro antes de ser consultada pelo médico, Boa acolhida pelos profissionais, má educação de alguns profissionais ao atender. Expor suas queixas para mais de um profissional em ambientes nem sempre com privacidade. Não há protocolo para priorização.
2009	CAVALCANTE FILHO, J. B. et al.	A necessidade de saúde que deve definir/instituir as ofertas de um serviço.	Usuários satisfeitos. Visualizaram melhora no acesso devido ao acolhimento, fim do estigma da "fila e da ficha" para obter atendimento em saúde.
2012	JUNGES, J. R. et al.	Acolhimento traz problemas que não se referem somente à área da saúde. A triagem é identificada pelos profissionais com o acolhimento. O objetivo da triagem é selecionar e encaminhar, direcionar ou passar adiante, verbos repetidamente usados pelos Técnicos/Auxiliares de Enfermagem da entrada da unidade. O efeito que se quer provocar em quem escuta é dizer que no momento que se passou adiante, a responsabilidade agora toca a outro, processo de trabalho biomédico, acolhimento visto pelos usuários como empecilho para chegar ao médico.	Não avaliada.

2013	KAWATA, L. S. et al.	Acolhimento com classificação de risco realizado exclusivamente pelo enfermeiro, protocolo do Ministério da Saúde. Observação e cuidado voltado para queixas biológicas sem a percepção do potencial de promoção da saúde da Atenção Primária em Saúde.	Não avaliada.
2010	RIBEIRO, L. C. C.; ROCHA, R. L.; RAMOS-JORGE, M. L.	Cobertura de 77,6% das crianças cadastradas na área de abrangência e Postura profissional satisfatória em mais de 70% dos resultados da amostra. Usuários satisfeitos.	Usuários satisfeitos. Amostra voltada para a avaliação da postura profissional: 61% dos responsáveis responderam que procuram a unidade de saúde independente de quem vai atender a criança (médico, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem etc.) o que demonstra engajamento da equipe no acolhimento e conhecimento na comunidade.
2014	ALVES, M. G. M. et al.	80% das 17.202 unidades pesquisadas realizam acolhimento, apenas 46% dessas unidades tiveram capacitação para o acolhimento, 28 % utilizam protocolo para acolhimento, 73,4% não possuem uma sala para acolhimento, 79,1% dos acolhimentos não resultam em orientação, agendamentos, medidas terapêuticas medicamentosas ou não medicamentosas e requisições de exames sem necessidade de agendamento de consultas.	Não avaliada.
2014	ALBUQUERQUE, M. S. V. et al.	62,4% 603 de 109 equipes de saúde implantaram o acolhimento, das quais 85,1% realizaram acolhimento durante os cinco dias da semana, envolvendo 91,1% dos profissionais. Dos 3.617 usuários, 65,7% foram atendidos no acolhimento e 91,1% esperam em média 30 minutos. O maior envolvimento foi dos enfermeiros (93,3%), seguido dos agentes comunitários de saúde (73,2%), médicos (69,8%), dentista (58,6). O acolhimento não impactou a reorganização das ações programadas.	Não avaliada.
2013	GUERRERO, P. et al.	Os dados analisados demonstram que o vínculo entre profissionais e usuários favorece o diálogo, reforça as relações de confiança, agiliza o atendimento, facilita a adesão ao tratamento e melhora o desfecho clínico dos pacientes/usuários. Todos os grupos entrevistados enfatizam o acolhimento-reorganização dos serviços como resposta à demanda com resolubilidade.	Usuários insatisfeitos. A falta de preparo dos profissionais, relatada pelos usuários entrevistados, além de gerar um mau atendimento, desencadeia, muitas vezes, atitudes intolerantes, e até mesmo agressivas, entre trabalhadores e usuários. Acolhimento fonte de tensão.
2014	CAMPOS, R. T. O. et al.	O acolhimento é apontado como um espaço de escuta aos seus problemas e de orientação, mas o criticam por constituir-se em uma forma de controlar o acesso àquilo que é mais esperado: a consulta com o médico.	Usuários insatisfeitos. Acolhimento, inicialmente pensado para humanizar o primeiro contato com os usuários e para qualificar a avaliação de risco, transformou-se em mais uma barreira para os usuários. Acolhimento fonte de tensão.
2009	MATUMOTO, S. et al.	Falta de privacidade para falar sobre as queixas, trabalhador da saúde não reconhece o seu processo de trabalho e tão pouco se questiona sobre possibilidades de modificações neles, prejudicando assim sua relação com o usuário.	Não avaliada.
2013	TEDESCO, J. R.; JUNGES, J. R.	Se o acolhimento compreende ao mesmo tempo ferramentas adequadas de comunicação e postura ética de escuta qualificada, os resultados da pesquisa demonstram que existem deficiências no acolhimento. Os profissionais sentem-se despreparados	Não avaliada.



2012	NONNENMACHER, C. L.; WEILLER, T. H.; OLIVEIRA, S. G.	<p>Acolhimento visto como aumento de tempo de espera e situação de conflito entre os envolvidos,</p> <p>Não se observou qualquer tipo de acolhimento com vínculo entre usuários e trabalhadores da saúde. Percebeu-se a partir da fala dos usuários, a necessidade do estabelecimento de contato entre profissional e usuário, no sentido de conhecer o paciente, manter vínculo e ter uma sequência no acompanhamento desse usuário.</p>	<p>Usuários insatisfeitos. A maioria dos entrevistados apresentou-se em desacordo com a proposta de implantação do acolhimento com classificação de risco.</p> <p>Usuários insatisfeitos. Desorientados no acesso ao serviço, por falta de sinalizações nas unidades e profissionais para realmente acolhe-los.</p>
2007	SANTOS, A. M. et al.	Acesso modulado pela ordem de chegada, com cartazes informativos sobre o número de vagas, dias específicos para determinado grupo, presença do trabalhador na unidade, tipo de demanda, triagem ou seleção prévia de alguns casos, dentre outras formas de regular o acesso ao serviço.	Usuários insatisfeitos. Sistema baseado na demanda espontânea que não dá garantia de atendimento médico ao usuário.
2006	ESPERANÇA A. C.; CAVALCANTE R. B.; MARCOLINO C.	Encaminhamento para o profissional médico (67,7%), seguidos do enfermeiro (17,8%) e auxiliar de enfermagem (13,3%).	Não avaliada.
2012	MARTINS C. C.	Os protocolos organizam a demanda, como é o caso do protocolo de Manchester para classificação de risco nas Unidades Básica de Saúde, pois antes da classificação de risco as pessoas passavam a madrugada nas filas em busca de atendimento e, se terminassem as fichas, mesmo estando em situação de certa urgência, o usuário não era atendido.	Não avaliada.
2011	MACEDO, C.A.; TEIXEIRA E.R. DAHER D. V.	A maioria dos usuários não relatou deficiência no trabalho dos profissionais, mas apontou dificuldades no acesso aos atendimentos e nas formas como os serviços são organizados. A tênue flexibilidade e as limitações dos horários oferecidos no acesso às consultas foram apontadas como causas das maiores insatisfações.	Usuários parcialmente satisfeitos. A maioria dos usuários se expressou satisfeita com as condutas profissionais, mas não com o acesso ao serviço.
2009	DE CARVALHO TORRES, H.; BATISTA LELIS, R.	Os resultados obtidos com essas oficinas possibilitaram um aprendizado significativo em relação a conteúdos teóricos de semiologia e primeiros socorros importantes para o exame e atendimento adequados ao usuário durante o acolhimento. Além disso, os participantes mostraram-se satisfeitos com o aprendizado. As oficinas revelaram-se uma estratégia importante para a capacitação dos profissionais de saúde em relação à classificação de risco no acolhimento.	Não avaliada.
2013	CHAGAS, H.M.A. VASCONCELOS M.P.C.	Ficou evidente que a atividade laboral das equipes é centrada no médico e no atendimento curativo e que alguns profissionais organizam seu processo de trabalho de forma individual e fragmentada, dificultando o trabalho em equipe. O serviço se estrutura e se organiza para atender suas próprias necessidades e prioridades, sem nenhuma preocupação com as necessidades e satisfações dos usuários.	Não avaliada.
2005	SOLLA, J. J. S. P.	Cada equipe organiza o acolhimento conforme suas particularidades, na maior parte dos casos os trabalhadores da saúde realizam o acolhimento. O acolhimento é realizado em todos os órgãos de saúde pública vinculados a SMS local.	Não avaliada.

2007	BREHMER, L. C. F.; VERDI, M.	A ação mecânica reduz um processo com diferentes e complexas interfaces a simplesmente mais uma atividade da unidade para o atendimento daqueles que não foram, por critérios de classificação e seleção, elencados para a atenção. O acolhimento se torna uma opção para responder pontualmente às necessidades de atenção médica, curativa e de medicalização. O acolhimento não existe no conhecimento prático, tampouco na interpretação do atendimento prestado. Os usuários se sentem completamente desprotegidos.	Usuários Insatisfeitos. As vozes uníssonas dos usuários, as quais evidenciaram, de um lado, mais que a percepção do melhor modo de acolher, o próprio desejo de se sentir acolhido; e de outro, as experiências vivenciadas no cotidiano das Unidades Básicas de Saúde, as quais se configuram em relatos denunciativos de exclusão e de negação do direito à saúde.
2008	OLIVEIRA, L. M. L.; TUNIN A. S. M.; SILVA F. C.	Em que pese às divergências/conflitos, as ponderações tecidas pelos entrevistados sugerem que o acolhimento tem contribuído para a humanização do atendimento, para o estreitamento das relações profissionais-usuários e dentro das equipes, para uma maior visibilidade às ações desenvolvidas pelos diferentes profissionais e para a ampliação da autonomia dos usuários.	Não avaliada.
2010	VIEIRA-DA-SILVA, L. M. et al.	A variabilidade na implantação dos diversos componentes do projeto, entre os distritos sanitários, está relacionada principalmente à diversidade das características das equipes gestoras dos distritos e unidades, a mudanças no quadro dirigente da Secretaria Municipal de Saúde bem como os problemas relacionados à gestão da atenção primária, incluindo dificuldades no abastecimento da rede básica e contratação de pessoal.	Usuários satisfeitos. Satisfação maior entre usuários de unidades que tiveram o acolhimento implantado em relação às unidades em que ele não foi operacionalizado.
2009	COELHO, M. O.; JORGE M. S. B.; ARAÚJO M. E.	O estudo possibilitou perceber que existe uma grande demanda de atendimento clínico nos serviços de saúde e que é reduzido o número de profissionais da saúde para prestar esse atendimento. Os usuários que buscam os serviços de saúde relatam suas percepções relacionadas ao acesso por meio do acolhimento, com a elaboração subjetiva do atendimento a suas necessidades reais e simbólicas, apresentando aspectos de caráter emocional atrelados ao sofrimento físico.	Usuários insatisfeitos. Avaliação subjetiva, com predomínio da insatisfação e do (não) acolhimento.
2004	SILVEIRA, M. F. A.; FELIX, L. G.; ARAÚJO, D. V.; SILVA, L. C.	Os dados coletados neste estudo permitem apreender que o acolhimento no Programa Saúde da Família de Campina Grande ainda é uma cultura em construção, uma vez que o Programa é relativamente novo e pressupõe toda a reorientação do modelo assistencial vigente. Emergiram depoimentos sobre "receber bem", "ouvir o usuário", "estar atento", "compreender e solidarizar-se"	Não avaliada.
2009	RODRIGUES, M. L.; WERNER, J.; OLIVEIRA, F. A.; MOTTA, M. S.	Significado do acolhimento para os usuários foram à atenção (30%), seguido da rapidez ou agilidade no atendimento (27,3%), resolutividade (10%), encaminhamento e orientações (ambos com 8,2%), individualidade e escuta (6,4%), pré-avaliação (3,6%), medicação ou curativos (3,6%) e consultas (2,7%).	Usuários satisfeitos. Os usuários caracterizaram como fator mais importante ou indispensável no acolhimento o encaminhamento a outros profissionais (55,7%), seguidos da resolutividade (28,4%), da rapidez (11,4%) e da atenção (4,5%).
2012	SILVA, M. R. F.; PONTES, R. J. S.; SILVEIRA, L. C.	Por não romper com o modelo assistencial hegemônico, essa prática tornou-se mecanicista e biólogo no seu fazer, contribuindo para reforçar o processo de medicalização que a sociedade vive, ao se fortalecer a prática da consulta como questão cultural.	Usuários parcialmente satisfeitos. Viu-se então que é necessário realizar uma gestão participativa; sem ampliação de ofertas, o acolhimento não terá sucesso. Percebeu-se que a participação popular é elemento para a transformação do espaço.

2012	SILVA, P. M.; BARROS, K. P.; TORRES, H. C.	Organização das equipes de saúde na realização do acolhimento à demanda espontânea por meio de revezamento dos profissionais para atender os usuários sem distinguir área de abrangência, como ocorre no cenário estudado, propõe a estruturação do acolhimento voltado para as queixas agudas.	Não avaliado.
2014	FARIAS, R. S. R.	Acolhimento considerado como facilitador do acesso aos usuários no atendimento às suas demandas em saúde. A Pesquisa demonstrou a extrema carência de materiais que era compensada com uma organização dos fluxos dos usuários no serviço de Atenção Primária em Saúde.	Usuários satisfeitos. Unanimemente satisfeitos com o acolhimento na APS melhora na fila de acesso e na organização.
2013	FEIJÓ, T.	“Acolher” não significa a resolução completa dos problemas referidos pelo usuário, mas a atenção dispensada na relação, envolvendo a escuta, a valorização de suas queixas, a identificação das necessidades, sejam estas do âmbito individual ou coletivo, e a sua transformação em objeto das ações de saúde. A partir do acolhimento é possível otimizar a realização de grupos, sala de espera e acionamento de outros mecanismos e do apoio do Núcleo de Apoio a Saúde da Família que é essencial para reformulação de novas estratégias capazes de delinear novos fluxos que orientem o processo de trabalho na Atenção Primária.	Não avaliado.
2013	REZENDE, V. A.	Reafirma-se, portanto, o acolhimento como estratégia relacional do fazer cotidiano em saúde, para além de seu aspecto normativo e organizador, considerado rígido e burocrático. O usuário deve ser reconhecido como central no processo de produção do cuidado, para que ele se sinta realmente acolhido e tenha a liberdade de expor aquilo de que realmente necessita, ou mesmo para que se possa apreender o que está velado em seu motivo de procura.	Usuários parcialmente satisfeitos: desacordo com o horário restrito do acolhimento.
2008	PETRAGLIA, A. P.	Melhorou a distribuição das demandas espontâneas entre as equipes de saúde, modificou o processo de trabalho da equipe de saúde, diminuiu a demanda reprimida de usuários e aumentou a demanda diária de trabalho.	Usuários parcialmente satisfeitos. Diminuição das tensões na recepção da unidade relata aumento da satisfação. Melhora dos fluxos na unidade. Falta de privacidade para expor a queixa.
2011	BRAGA F. S.	Acolhimento voltado para queixas-conduta, com melhora da satisfação do usuário com a mudança do modelo de trabalho de fichas para atendimento a demanda espontânea. Porém identificou-se descontentamento com um horário limitado para o acolhimento	Usuários parcialmente satisfeitos. Aumento da satisfação dos usuários com a possibilidade de ter uma escuta e não depender mais de "fichas" para atendimento. Melhora no fluxo de usuários na unidade.
2012	KESSLER L. L.	Os sistemas de saúde não estão constituídos, mas em constantes modificações, são processos e não estados.	Usuários parcialmente satisfeitos. Avaliação positiva do acolhimento e seus efeitos sobre o processo de trabalho, os critérios positivos e negativos são variáveis, mas aprovação não significa unanimidade.
2006	ROSA, R. B.	A implementação do acolhimento não foi para 100% dos usuários da unidade, a consulta médica continua sendo a atividade de maior enfoque e procura pelos usuários, a resolutividade teve limitações para ser descrita uma vez que não se conheceu por completo as trajetórias dos usuários no serviço.	Usuários satisfeitos. 86% dos usuários satisfeitos com o atendimento do serviço. Melhora o fluxo de usuários na unidade.
2013	ALVES, R. T.	A implementação do acolhimento melhorou o acesso dos usuários ao serviço, sobrecarregou a equipe de saúde e não mudou o foco da consulta médica para o paciente.	Usuários satisfeitos. Melhorou o acesso do paciente aos serviços da unidade Melhorou o fluxo de paciente na unidade.

**Tabela 02** Fatores que influenciaram na satisfação e insatisfação do usuário.

Fator enunciado para satisfação	n	Fatores enunciados para a insatisfação	n
Melhora o acesso com organização do serviço	11	Educação/preparo do trabalhador	3
Profissionais que conhecem a comunidade	1	Falta de privacidade para acolher	2
Engajamento de toda equipe	1	Falta de protocolo (critério) para acolher	2
Encaminhamento para outros profissionais	1	Fonte de tensão entre usuário e trabalhador	2
Resolutividade	1	Falta de profissionais para acolher	2
Rapidez	1	Acolhimento Inflexível (com horário marcado)	2
Atenção dispensada	1	Acolhimento excludente	2
		Agendamento irregular	1
		Aumenta espera para o atendimento médico	1
		Falta de padronização	1
		Repetir a queixa para mais de um profissional	1
		Usuários em desacordo com o acolhimento	1
		Predominância do sistema senha/ficha	1
		Acolhimento queixa/condução	1
		Usuários desconhece o processo de acolhimento	1

Quanto aos 8 artigos que apresentaram usuários insatisfeitos, percebeu-se que os fatores que influenciaram o descontentamento não são homogêneos. Dentre eles alguns podem ser considerados preponderantemente relacionados à própria equipe de saúde e sua postura diante dos usuários. Quando a equipe não compreende a função do acolhimento, persiste uma ferramenta de triagem e exclusão do atendimento. O acolhimento realizado em horários específicos também não serve como ferramenta de gestão do acesso, uma vez que a doença não marca dia e não marca hora (ROSA, 2006). Sendo assim, se sobressaíram relatos de exclusão e de não acolhimento com a persistência da “ficha do dia”/senha e das filas de espera e demandas reprimidas.

O preparo do trabalhador para o acolhimento está intimamente relacionado com a capacidade de instituir políticas de educação permanente no setor público de saúde. Zavatti e Balduino (2013) pontuando a gestão de pessoas pela educação corporativa no serviço público do Tribunal de Contas do Estado de Goiás corroboram que a educação corporativa deve se aproximar do serviço público para promover educação continuada e permanente dos trabalhadores com escopo na atenção as demandas estratégicas das organizações. Desta

maneira, pretende-se revolucionar técnicas obsoletas de treinamentos e influenciar positivamente na gestão de pessoas.

Suscita-se, portanto, que a gestão por competências/talentos pode exercer a ligação entre os objetivos individuais e organizacionais tão preponderantes para a educação continuada e permanente dos trabalhadores. São as pessoas que possuem competências e não as organizações, para tal esta última precisa favorecer o desenvolvimento de seus membros. Numa relação de causa e efeito, a complexa tarefa de pensar estrategicamente a mobilização de agentes por competências pode resultar no progresso dos processos de trabalho das organizações (LANA, FERREIRA, 2007).

A falta de privacidade para acolher e o fato de expor sua queixa mais de uma vez a mais de um profissional apresenta-se como fator inibitório da inserção do usuário no próprio acolhimento. O desconhecimento do usuário sobre o processo de acolhimento se relaciona a esse achado. A divulgação do processo de atendimento a demanda espontânea na comunidade deve ser maciça e envolver agentes de capilaridade social como agentes de saúde, líderes de comunidade e representantes de bairros. Em contrapartida, o serviço deve se organizar para que esse fluxograma de atendimento esteja disponível na unidade de saúde e não se encontrem usuários desorientados a espera de um trabalhador que possa recepcioná-lo e orientá-lo sobre o funcionamento do serviço como evidenciado por Coelho e Jorge (2009).

Quanto ao emprego de protocolos no acolhimento, 22 dos 39 artigos não revelou qual a forma com que os usuários são acolhidos nas unidades de saúde. Quando descrito, existe uma dispersão quanto ao tipo deste (Tabela 4). Considerando a frequência de acolhimento sem protocolo, pode-se sugerir a baixa adesão aos protocolos já existentes, como o disponibilizado pelo Ministério da Saúde para acolhimento a demanda espontânea (BRASIL, 2012). Em um dos trabalhos, MARTINS (2012) descreveu a utilização do protocolo de Manchester, realizando observações sobre a sua baixa adesão e a dificuldade de adaptação na atenção básica, verbalizado pelos profissionais que o utilizam diariamente.

**Tabela 3 – Método empregado no Acolhimento**

<b>Protocolo utilizado</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Acolhimento sem protocolo descrito	4	10,3
Acolhimento com Classificação de Risco + Avaliação de Vulnerabilidade social	4	10,3
Protocolo próprio da Secretaria de Saúde Municipal ou Estadual	4	10,3
Acolhimento com Classificação de Risco/Ministério da Saúde	2	5,1
Acolhimento com Classificação de Risco/Protocolo Manchester	2	5,1
Sem protocolo	1	2,5
Não descrito	22	56,4
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>

Os resultados apontam o desuso de protocolos e algoritmos para o acolhimento dos usuários na atenção primária. Infere-se que, na maioria dos casos, o acolhimento é realizado pela percepção e pela construção do julgamento dos profissionais que acolhem aos usuários, muitas vezes de forma empírica, sem evidências científicas para a prática diária. Da mesma forma, a reorientação do modelo biomédico, almejada com a assunção da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde permanece distante, uma vez que a prática de acolhimento ainda se mantém centrada na queixa/conduta e na regulação do acesso ao atendimento médico (NONNENMACHER, WEILLER, OLIVEIRA, 2013; LIMA et al., 2014). Na contramão dessa tendência, o acolhimento com classificação de risco tem destaque em Minas Gerais desde o ano de 2011, quando da implantação do Protocolo de Manchester pela Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (COSTA, 2012).

Mesmo o Protocolo de Manchester teve suas limitações relatadas nos discursos dos trabalhadores da saúde. Nem sempre as queixas estão enunciadas e se encaixam em um padrão, nem sempre o usuário tem apenas um problema biológico, (MARTINS, 2012). Às vezes as comunidades trazem para as unidades de saúde todos os problemas de seu contexto de doenças e sua história de vida, bem como queixas que fogem da alçada da Atenção Primária. O uso dos protocolos também pode enrijecer ao invés de flexibilizar a atenção em saúde, revogando as chances de um contato que promova a promoção da saúde na comunidade (KAWATTA et al., 2013).

Isso aponta a necessidade de gestão estratégica para constituir mudanças no modelo vigente. O acolhimento deve ter a função de servir de canal de comunicação entre os usuários e os serviços, impactando na agilidade na oferta de ações de saúde e num “forte compromisso profissional” com a comunidade (GUERREIRO et al., 2013). Do contrário, o acolhimento

permanecerá sendo percebido pelo usuário como um “empecilho” para o atendimento médico, uma ferramenta sem sentido na prática dos profissionais da atenção primária em saúde.

Aliás, percebeu-se a permanência do modelo biomédico de cuidado mesmo nas unidades em que se inseriu o acolhimento com ou sem classificação de risco. O atendimento médico-centrado, ou centrado no modelo queixa/condução foi percebido tanto no discurso dos usuários quanto dos trabalhadores. Segundo Souza et al. (2009) os usuários por vezes projetavam no profissional que faz o acolhimento um terceiro agente, sem importância relativa no seu processo de saúde doença mas com poder de decisão sobre seu atendimento médico ou não. Para modificação dessa percepção, sugere-se que o acolhimento seja desarticulado da prática de atendimento por conta da inexistência de vagas para atendimento médico e instituir-se como política organizacional que abranja qualquer usuário que adentre ao serviço em qualquer tempo.

Encontrou-se nesse estudo a vulnerabilidade social fazendo parte do acolhimento nas unidades de saúde. Nota-se, que a unidade de saúde envolve-se com os problemas das famílias e comunidades, e mesmo não podendo resolver muitas das queixas que ali chegam, serve como gatilho/ “start” para encaminhamentos e medidas de proteção social, como acionamento de órgãos e orientações para medidas protetivas de violência de gênero por exemplo. Gomes e Pereira (2005) pontuam que vivemos num país com grandes diferenças sociais, onde os cidadãos são envolvidos pela carência de proteção social, pela desassistência que vem acompanhada por condições de vida pouco ou nada descentes. Assinalam ainda que não há como falar em políticas públicas sem pensar em parceria com a família. Acredita-se que a avaliação da vulnerabilidade social dos indivíduos pelos trabalhadores de saúde permita uma aproximação, haja vista que é necessário conhecer a história de vida do indivíduo para que se possam avaliar seus riscos sociais. Sendo assim, essa interação é um ponto positivo para o processo de trabalho na equipe de saúde e conseqüentemente para o atendimento do usuário.

Quanto ao método de trabalho, buscou-se identificar quais os profissionais participavam do acolhimento, observando assim a participação dos membros da equipe na prática do acolhimento. Os enfermeiros foram os profissionais mais citados 24 vezes como praticantes do acolhimento, seguido dos técnicos e auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

**Tabela 04** – Categoria profissional citada como responsável pelo acolhimento.

<b>Categoria Profissional</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Enfermeiros	24	33,3
Técnicos/Auxiliares Enfermagem	20	27,8
Agente Comunitário de Saúde	8	11,1
Médicos	6	8,3
Dentistas	4	5,6
Auxiliar/Técnico de Consultório Dentário	4	5,6
Auxiliar Administrativos	5	6,9
Assistente Social	1	1,4
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>100,0</b>

Na efetivação do acolhimento não se encontrou um consenso sobre quem esteja mais capacitado, deva ou não fazer o acolhimento. Portanto, o acolhimento em si não carece apenas de uma categoria profissional e nem pertença a ela, embora o acolhimento com classificação de risco seja, por convenção, realizado por médicos e enfermeiros. Os estudos não evidenciaram relação entre nível de escolaridade dos profissionais e eficiência/deficiência do acolhimento, nem influência sobre a satisfação do usuário. O que consta relatado foi a relação de carga de trabalho extenuante e o acolhimento centralizado apenas na equipe de enfermagem (KESSLER, 2012; KAWATTA et al., 2013).

Um processo de valorização pessoal e profissional foi experimentado nos estudos em que o acolhimento é realizado de forma coletiva, com a participação de mais membros da equipe. Contudo, notou-se que no acolhimento coletivo, a (falta de) privacidade do usuário gerava desconforto no momento da acolhida (PETRAGLIA, 2008).

Independente das metodologias utilizadas, dos profissionais que promoveram o primeiro contato do usuário com a unidade de saúde, dos discursos negativos, positivos ou indiferentes que se apresentaram nessa pesquisa, notou-se um movimento progressivo ao longo dos dez anos abarcados por essa revisão no sentido de promover uma organização da porta de entrada nas unidades pesquisadas. Contudo, isso não foi significativo para reformular o conceito de trabalho da atenção básica, que permanece centrado na resolução dos problemas pontuais por meio do atendimento médico centrado.



Dessa maneira, da forma como foi instituído, o acolhimento com ou sem classificação de risco na atenção primária em saúde possui limitações que influenciam negativamente na satisfação dos usuários. Haja vista as observações dos fatores preponderantes para a insatisfação e da semelhança entre o número de estudos que expressam a satisfação e insatisfação dos usuários, pode-se inferir que as metodologias de aplicação do acolhimento carecem de maiores estudos e o envolvimento de toda a equipe de saúde e comunidade.

## 5 CONCLUSÕES

Na sistematização da produção científica relativa ao acolhimento nas unidades básicas de saúde observou-se a dispersão de estudos por quatro regiões do país, com resultados e satisfação heterogêneos. Foram alocados 39 artigos que possibilitaram analisar como o acolhimento é utilizado diariamente pelas equipes de saúde. Na aplicação dessa sistemática, satisfação e insatisfação tiveram resultados semelhantes. Não se pode afirmar com segurança quanto o acolhimento influenciou na satisfação dos usuários com o atendimento prestado pelas unidades de saúde. Acredita-se que para tal, um instrumento de coleta, que leve em consideração as particularidades do processo de humanização das unidades de saúde, necessite ser testado e validado.

Durante a busca de protocolos/métodos utilizados no acolhimento observou-se que na maioria dos estudos pesquisados não houve a descrição da metodologia utilizada. O acolhimento realizado por meio de classificação de risco e com vulnerabilidade social foi citado e, em alguns casos, associado a protocolos próprios das secretarias de saúde dos estados e municípios. Na observação de alguns processos de trabalho descritos, o acolhimento foi identificado como fator que impossibilitava o atendimento do usuário enquanto que, em outros momentos, foi identificado como facilitador do acesso aos serviços das unidades.

A identificação de fatores que influenciaram na satisfação dos usuários diante do acolhimento nas unidades básicas de saúde demonstrou que o acolhimento como ferramenta de gestão permite melhorias no acesso. O fator mais citado para a satisfação foi à organização da porta de entrada das unidades. Com certeza este achado está contraposto ao antigo sistema de distribuição de fichas e senhas para atendimentos nas unidades, que acabava por excluir do atendimento uma grande parcela dos usuários.

Os fatores que influenciaram a insatisfação dos usuários foram maiores e se encontravam mais dispersos em relação aos que promoviam a satisfação. Destaca-se a falta de preparo dos profissionais para o acolhimento. Relativamente, a satisfação do usuário está condicionada à atenção dispensada pelos profissionais e o acesso ao atendimento médico.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acolhimento como ferramenta de gestão do acesso à atenção primária em saúde demonstrou-se frágil por depender de inúmeros fatores que superam o poder das políticas verticais do SUS. O ambiente de criação de políticas suscita o distanciamento da participação popular, ao contrário do surgimento de políticas horizontais, que nasçam da atuação dos usuários em conjunto com trabalhadores e gestores, como visto no movimento que culminou no próprio SUS. Experiências positivas para a satisfação do usuário foram observadas quando o acolhimento permaneceu integralmente nos horários em que as unidades de saúde estavam abertas ao atendimento. Em contrapartida, a ação humana ou desumana dos trabalhadores foi respectivamente elogiada ou repudiada pelos usuários. Tal fenômeno demonstra que as políticas de saúde dependem também das micropolíticas existentes nos espaços de trabalho, dos conflitos ou do poder de moderar situações que as equipes possuem. O acolhimento se revelou como local de tensões e embates entre os próprios trabalhadores e desses com os usuários, onde ambos se opõem ao invés de cooperar para obtenção de melhores condições de saúde. Em longo prazo, o desgaste nas relações entre usuários e trabalhadores poderá perpetuar o descrédito na atenção primária em saúde e o esgotamento profissional.

O processo de acolhimento com ou sem classificação de risco exige uma modificação de postura dos trabalhadores de saúde e dos próprios usuários na Atenção Primária em Saúde. O modelo biomédico se encontra incrustado em ambos os agentes envolvidos no processo de atenção em saúde. Sobretudo no arquétipo de atenção vinculado ao método queixa-conduta, observa-se o predomínio desse modelo. O empoderamento (*empowerment*) dos usuários, com sua participação ativa nas decisões dos serviços públicos de saúde passa despercebido e parece uma ferramenta ainda a ser constituída dentro do nosso sistema de saúde. A satisfação do usuário é só uma nuance da sua participação no/do sistema de saúde. Além de praticar o ato de avaliar, o usuário deve ser incentivado a se inteirar dos processos de atenção em saúde e buscar soluções junto de gestores e trabalhadores para que políticas possam ser instituídas.

A otimização dos processos de trabalho é um desafio na área da gestão em saúde pública. O acolhimento permanece distante de ser humanizado e carece de participação popular, multidisciplinaridade e engajamento dos gestores. A capacitação da equipe e a sensibilização dos usuários para os limites de desenvolvimento desse tipo de ferramenta na

atenção primária em saúde devem ser o foco de ações educativas (ALVES, 2012) que culminariam no aumento dos níveis de satisfação e na melhoria dos processos de trabalho.

Percebe-se também que a satisfação dos usuários necessita de maiores investigações no sentido de formular instrumentos que possam melhor avaliá-la. Sua funcionalidade dentro do sistema de saúde pode ser positiva dependendo do tipo de crítica que for disposta e das soluções dispensadas a cada um dos problemas identificados. Introjetar valores como a satisfação do usuário em nosso sistema de saúde relativamente jovem depende da visão estratégica dos gestores, que podem se beneficiar dos resultados dos inquéritos para formular planos de ação locais.

## 7 REFERÊNCIAS

ALVES, M. G. M. 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.

ALVES. R. T. Acolhimento humanizado: o acesso de usuários aos serviços de saúde influenciando na reorganização das equipes de saúde da família no município de Sapucaia do Sul. 36 f. **Trabalho de Conclusão de Curso** (Especialização em Gestão em Saúde). Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012.

ALBUQUERQUE, M. S. V. et al. 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, set/out. 2014.

ATALLAH A. N, CASTRO A.A. Revisão sistemática e metanálise. in: Atallah A.N., Castro A.A. **Evidências para melhores decisões clínicas**. São Paulo: Lemos-Editorial; 1998.

BACKES, Dirce Stein et al. O que os usuários pensam e falam do Sistema Único de Saúde? Uma análise dos significados à luz da carta dos direitos dos usuários. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 903-910, jun. 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília (DF): Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização; 2004.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**: caderno 1. Brasília (DF): Departamento de Atenção Básica; 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 out 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**: queixas mais comuns na Atenção Básica/Brasília, Ministério da Saúde, 2012. 290 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea** – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de atenção básica. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Busca**: Histórico de cobertura. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**: Formação e intervenção Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRAGA F. S. Percepção do usuário da atenção primária sobre o acolhimento em unidade de saúde da família. 43 f. **Trabalho de Conclusão de Curso**. Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011.

BREHMER, L. C. F.; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, supl. 3, p. 3569-3578, nov. 2010.

CALIXTO, B. Brasil não transforma conhecimento científico em tecnologia. **Rev. Época**, Patentes. Versão online. 18 Outubro, 2011.

CAMPOS, R. T. O. et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro , v. 38, n. especial, 252-264, set/out. 2014.

CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p.693-705, abr. 2010.

CAVALCANTE FILHO, J. B. et al. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 13, n. 31, p. 315-328, dez. 2009 .

CHAGAS, H.M.A.; VASCONCELOS M.P.C. Quando a porta de entrada não resolve: análise das unidades de saúde da família no município de Rio Branco, Acre. **Saúde Soc.** São Paulo, v.22, n.2, p.377-388, 2013.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, supl. 1, p. 1523-1531, out. 2009.

COELHO, M. O.; JORGE M. S. B.; ARAÚJO M. E. O Acesso Por Meio Do Acolhimento Na Atenção Básica À Saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador v.33, n.3, p 100-110, jul. 2009.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p.7-27, jun. 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM.. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos e privados. **Resolução 358/2009**. Brasília, DF, 15 de outubro de 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM.. Normatiza no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do Enfermeiro na atividade de classificação de riscos. **Resolução 423/2012**, Brasília, DF, 9 de abril de 2012.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM- DISTRITO FEDERAL.. Dispõe sobre a atribuição da enfermagem na triagem com classificação de risco nas urgências. **Parecer 005/2010**, Brasília, 22 de março de 2010.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA – PARANÁ. Serviços de Urgência e Emergência – Pronto Socorro – Classificação de riscos. **Parecer consulta nº 2136/2010**, Curitiba, 08 de janeiro de 2010.

COSTA, J.M.B. Relato de Experiência da Classificação de Risco em UBS – Centro de Saúde Marivanda Baleeiro. 35f. **Trabalho de Conclusão**. (Especialização em Atenção Básica). Universidade Federal de Minas Gerais, 2012.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, GASTÃO W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, dez. 2011.

DE CARVALHO TORRES, H.; BATISTA LELIS, R. Oficinas de formação de profissionais da equipe saúde da família para a gestão do acolhimento com classificação de risco. **Cienc. Enferm.** Concepción, v. 16, n. 2, p. 107-113, ago. 2010.

ESPERANÇA A. C.; CAVALCANTE R. B.; MARCOLINO C. Estudo da demanda espontânea em uma unidade de saúde da família de uma cidade de médio porte do interior de Minas Gerais, Brasil. **Rev. Mineira de Enfermagem.** Belo Horizonte, v. 10, n.1, p. 30-36, jan./mar. 2006.

FARIAS, R. S. R. Acesso no contexto da ESF em um município do Vale Jequitinhonha - MG. 128 f. **Dissertação** (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

FEIJÓ, T. “O acolhimento como estratégia para organização do processo de trabalho: uma análise em duas unidades de atenção primária em saúde do município do rio de janeiro com modelos distintos de atenção”. 119 f. **Dissertação** (Mestrado em Atenção Primária com ênfase em Saúde da Família). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde:** produção do cuidado, gestão e formação. 1ª Edição. Editora Rede UNIDA: Porto Alegre, 2014.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. & MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: O caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. n. 15, p. 345-353, abr./jun. 1999.

GARCIA, A. C. P. 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, set./out. 2014.

GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. **História da classificação de risco.** No mundo. 2010. GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H M. A Política de. Atenção Primária em Saúde. in: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I., Organizadores. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 575-626.



GOMES, M. A.; PEREIRA, M. L. D. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.2, p.357-363, abr. 2005.

GUERRERO, P. et al. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p.132-140, jan./mar. 2013.

ISERSON, K. V.; J. C. MOSKOP. Triage na Medicina, parte I: Conceitos, história e tipos. **Emergências Médicas**, Tucson, v. 49, n. 3, p. 275-281. 2007.

JUNGES, J. R. et al . O discurso dos profissionais sobre a demanda e a humanização. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 686-997, set. 2012.

KAWATA, L. S. et al . Os desempenhos da enfermeira na saúde da família: construindo competência para o cuidado. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 22, n. 4, p.961-970, dez. 2013.

KESSLER L. L. Saúde e democracia: discursos e práticas de acolhimento em uma unidade de atenção primária em saúde de Porto Alegre. 158 f. **Dissertação** (Doutorado em antropologia social). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012.

LANA, M.S.; FERREIRA, V. C. P. Gestão por competências: impactos na gestão de pessoas. **Estação Científica Online**, Juiz de Fora, n. 04, p. 1-17, abr./mai. 2007.

LEAVELL, H. R. & CLARK, G. **Medicina preventiva para o médico em sua comunidade. Uma abordagem epidemiológica**. 3 ed., Nova Iorque: McGraw-Hill, 1965.

LEITE, J. C.; MAIA, C. C.; SENA, R. R. Acolhimento: perspectiva de reorganização da assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 52, n. 2, p. 161-168, abr./jun. 1999.

LIMA, A. M. V. et al . Supervisão de trabalhadores de enfermagem em unidade básica de saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 557-593, dez. 2014.

MACEDO, C.A.; TEIXEIRA E.R. DAHER D. V. Possibilidades e Limites do Acolhimento na Percepção de Usuários. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 457-462, jul./set. 2011.

MARTINS C. C. Análise do processo de acolhimento em Unidades Básicas de Saúde em Minas Gerais tendo por preferência o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. 162 f. **Dissertação** (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

MATUMOTO, S. et al. Preparando a relação de atendimento: ferramenta para o acolhimento em unidades de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.17, n.6, p. 21-29, dez. 2009.

MEDEIROS, F. A. et al. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. **Rev. Salud pública**, Bogotá, v. 12, n. 3, p. 402-413, jun. 2010.

NONNENMACHER, C. L.; WEILLER, T. H.; OLIVEIRA, S. G. Opiniões de usuários de saúde sobre o acolhimento com classificação de risco. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 541-549, set. 2012.

OLIVEIRA, L. M. L.; TUNIN A. S. M.; SILVA F. C. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção em saúde. **Rev. APS**, v. 11, n. 4, p. 362-373, out./dez. 2008.

OMS/UNICEF **Atenção Primária em Saúde** – Relatório da Conferência Internacional de Atenção Primária em Saúde. União das Repúblicas Socialistas Soviéticas. ONU, Saúde para todos, Serie nº 1 (inclui a Declaração de Alma-Ata).6-12 Set.1978.

ONU. **Declaração Universal Dos Direitos Humanos**. 1948.

PEARL HARBOR. Direção de Michael Bay. Produção de Jerry Bruckheimer. **Touchstone Pictures**, 2001.

PETRAGLIA. A. P. Acolhimento e processos de trabalho em uma unidade de saúde da família do município de Porto Alegre: um relato de experiência. 41 f. **Trabalho de Conclusão de Curso**. (Curso de Enfermagem) Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 1, p. 27-34, fev. 2003.

REZENDE, V. A. (Im) possibilidades de acesso à atenção à saúde no cotidiano da estratégia saúde da família. 128 f. **Dissertação** (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

RIBEIRO, L. C. C.; ROCHA, R. L.; RAMOS-JORGE, M. L. Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2316-2322, dez. 2010.

RODRIGUES, M. L.; WERNER, J.; OLIVEIRA, F. A.; MOTTA, M. S. Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. **Rev. APS**; v.13, n. 1, p. 3-9, jan./mar. 2010.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 164-176, dez. 2005.

ROSA, R. B. "A doença não marca dia, não marca hora" Acolhimento e resolutividade em uma equipe de saúde da família. 122 f. **Dissertação** (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2006.

ROSSI, F. R.; LIMA, M. A. D.S. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 58, n. 3, p. 305-310, jun. 2005.

SANTOS, A. M. et al . Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 75-85, jan. 2007.

SILVA, P. M.; BARROS, K. P.; TORRES, H. C. Acolhimento com classificação de risco na atenção primária: percepção dos profissionais de enfermagem. **Rev. Min. Enferm.**, v.16, n.2, p. 225-231, abr./jun. 2012.

SILVA, M. R. F.; PONTES, R. J. S.; SILVEIRA, L. C. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: as Vozes dos Sujeitos do Cotidiano. **Revista Enfermagem UFRJ**, v.20, n.6, p. 784-788, out. 2012.

SILVEIRA, M. F. A.; FELIX, L. G.; ARAÚJO, D. V.; SILVA, L. C. Acolhimento no programa saúde da família: um caminho para humanização da atenção à saúde. **Cogitare enferm.** v. 9, n. 1, p. 71-78, jan./jun. 2004.

SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 5, n. 4, p. 493-503, dez. 2005.

SOUZA, E. C. F. de et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. 100-110, jul. 2008.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** 726p. Brasília, DF, UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribuição para os Sistemas de Atenção Primária em Saúde. **The Milbank Quartely**, Baltimore, v. 83, 2005.

TEDESCO, J. R.; JUNGES, J. R. Desafios da prática do acolhimento de surdos na atenção primária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, p. 1685-1689, ago. 2013.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 869-883, set. 2014.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. et al. Avaliação da implantação de programa voltado para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários na rede básica: Salvador, 2005-2008. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 10, supl. 1, p. 131-145, nov. 2010.

ZAVATTI W. Y. Y. Balduino M. A. C. Educação corporativa no setor público: um estudo sobre o tribunal de contas do estado de Goiás. 18f. **Trabalho de Conclusão do Curso** (Especialização em Gestão Pública) pelo convênio Universidade Católica Dom Bosco/Portal Educação. Goiânia, 2013.

WERNECK, A. F. V. Implantação do Acolhimento na Unidade Básica de Saúde Rita de Cássia Oliveira Eugênio em Caucaia-Ceará. 31f. **Trabalho de Conclusão de Curso** (Especialização Em Práticas Clínicas De Saúde Da Família). Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza, 2009.