









A PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O ACOLHIMENTO E SUA INTERFACE COM OS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

THE PERCEPTION OF PROFESSIONALS FROM A FAMILY HEALTH UNIT ABOUT USER EMBRACEMENT AND ITS INTERFACE WITH THE ATRIBUTES OF PRIMARY HEALTH CARE

Daniely Machado Lourenço Rossmann  , Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

Silvia Sidnéia da Silva  , Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.


Janise Braga Barros Ferreira  , Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.



Fernanda Bergamini Vicentine  , Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.



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

THE PERCEPTION OF PROFESSIONALS FROM A FAMILY HEALTH UNIT ABOUT USER EMBRACEMENT AND ITS INTERFACE WITH THE ATRIBUTES OF PRIMARY HEALTH CARE

Daniely Machado Lourenço Rossmann  , Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.¹

Silvia Sidnéia da Silva  , Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.²

Janise Braga Barros Ferreira  , Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.³

Fernanda Bergamini Vicentine  , Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.⁴

Resumo: Estudo de abordagem qualitativa que objetivou compreender a percepção do acolhimento pelos profissionais de uma Unidade de Saúde da Família. Utilizou-se entrevista semiestruturada, identificando-se quatro núcleos de sentido: "Acolhimento e atributos da Atenção Primária à Saúde", "Capacitação sobre acolhimento", "Conhecimento e implementação do acolhimento" e "Cultura de utilização dos serviços de saúde". Este dispositivo foi reconhecido conforme Política Nacional de Humanização e em interface com os atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde; além de estar relacionado com ações extramuros, educação popular, triagem, espaço físico e nomeando vaga de agenda. Sugerem-se mudança na estrutura da agenda e em ações de educação permanente, focando no acolhimento e na interprofissionalidade, para melhoria dos processos de gestão e trabalho em saúde.

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

Abstract: This qualitative study aimed to understand the perception of user embracement by professionals at a Family Health Unit. A semi-structured interview was used, identifying four core meanings: "User embracement and Primary Health Care Attributes," "Training on user embracement," "Knowledge and Implementation of user embracement," and "Culture of Health Service Utilization." This mechanism was recognized according to the National Humanization Policy and interconnected with the essential attributes of Primary Health Care; it is also related to extramural actions, popular education, triage, physical space, and

¹ Mestre em Saúde e Educação pela Universidade de Ribeirão Preto. E-mail: drossmann@unaerp.br

² Doutora em Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Docente do PPG Mestrado em Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto. E-mail: sssilva@unaerp.br

³ Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Docente da FMRP - Universidade de São Paulo. E-mail: janise@fmrp.usp.br

⁴ Doutora em Ciências pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Docente do PPG Mestrado em Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto. E-mail: fbergamini@unaerp.br

scheduling of appointment slots. Changes in the agenda structure and continuing education actions are suggested, focusing on user embracement and interprofessionalism, to improve health management and work processes.

Keywords: User Embracement; Primary Health Care; Health team; Family Health Strategy; Humanization.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Humanização (PNH), foi estabelecida em 2003, com o propósito de legitimar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) nas práticas dos serviços de saúde. Tem como uma de suas diretrizes, o acolhimento, que deve ser construído coletivamente, reconhecendo as demandas dos usuários por meio de uma escuta qualificada (Brasil, 2013). Esta diretriz não deve ser reduzida a um espaço físico, local, horário ou praticado por uma categoria profissional específica, uma vez que se trata de postura ética. Portanto, deve ser exercida durante todo o tempo de funcionamento dos serviços de saúde e por todos os profissionais de saúde, sendo diferenciada de triagem (Brasil, 2010).

O acolhimento pode ser classificado como tecnologia leve, visto que busca instituir relações de aproximação entre os profissionais e indivíduos, de modo humanizado, oportunizando vínculo e acesso. Sua prática propõe flexibilização de normas e rotinas de serviço, colocando o usuário no centro do cuidado (Matumoto, 1998). Além disso, ao valorizar o compromisso dos profissionais, em realizar uma escuta qualificada, amplia a resolutividade do cuidado e constitui instrumento que qualifica as práticas de produção de saúde no território (Januário *et al.*, 2023).

Esta prática deve ser executada pelas equipes, buscando atuar de forma interprofissional, ou seja, com distintas categorias profissionais, compartilhando saberes de forma solidária e recíproca, estabelecendo comunicação efetiva e trabalhando integradamente, em prol de um propósito comum (Fumagalli *et al.*, 2025; Ribeiro *et al.*, 2022). Estratégias como a educação interprofissional e as práticas colaborativas, favorecem o fortalecimento dessa abordagem.

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui porta de entrada preferencial do SUS, tendo como atributos essenciais: atenção ao primeiro contato, relacionado ao acesso do usuário no serviço e o seu uso a cada demanda; longitudinalidade, que é pressuposta pela manutenção da relação de cuidado promovendo vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários; integralidade, devendo garantir assistência à saúde, nos pontos de atenção, conforme as necessidades do usuário; e a coordenação do cuidado, integrando todos os serviços relacionados aos cuidados de saúde do usuário, independentemente de onde tenham sido prestados (Starfield, 2002). E como atributos derivados a orientação comunitária, orientação familiar e competência cultural (Starfield, 2001).

Por sua vez, a Estratégia Saúde da Família (ESF), é a principal representante da expansão da APS no país. A ESF é composta por equipes multiprofissionais, as quais devem acolher e escutar todos os usuários que buscam o serviço, promovendo acesso,

vínculo, corresponsabilização pela atenção às suas demandas de saúde e humanização do atendimento (Brasil, 2010; Brasil, 2017). Por ser o serviço de saúde mais próximo do domicílio dos indivíduos de um território definido, constitui espaço ideal para a implementação do acolhimento.

O entendimento das fragilidades que interferem na implementação do acolhimento em sua essência e a compreensão acerca de sua capacidade de influir na operacionalização dos atributos da APS caracterizam a relevância social deste estudo.

Este estudo tem como objetivos compreender a percepção dos profissionais de uma Unidade de Saúde da Família (USF) sobre o acolhimento, e de que modo o relacionam aos atributos essenciais da APS.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de estudo descritivo, com abordagem qualitativa e análise de conteúdo na vertente temática, utilizando-se como referencial teórico Bardin (2020). É oriundo de uma pesquisa de mestrado profissional, sendo desenvolvido em USF, com quatro equipes, em um município do interior do Estado de São Paulo.

Realizou-se entrevista, por meio de roteiro semiestruturado sustentado em fundamentos teóricos do acolhimento, ESF e APS. O critério de inclusão adotado foi o tempo de atuação do profissional na USF, sendo considerado um período mínimo de seis meses; enquanto o critério de exclusão foi o profissional sorteado estar em período de férias, licença-prêmio ou afastamento por licença-saúde durante o período de coleta de dados.

Oito participantes de diferentes categorias profissionais (agente comunitário de saúde, auxiliar de enfermagem, auxiliar de saúde bucal, cirurgião dentista, enfermeiro, farmacêutico, médico e recepcionista), eleitos por sorteio para garantir a participação de um representante de cada categoria profissional, foram convidados e aceitaram participar da pesquisa de forma voluntária. Disponibilizou-se aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). No estudo, os entrevistados foram nomeados empregando-se a identificação P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7 e P8.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de outubro a dezembro de 2024, na própria USF, em sala reservada, com vistas a assegurar a privacidade dos participantes e o sigilo das informações. As entrevistas foram áudio gravadas, e posteriormente transcritas na íntegra, constituindo um *corpus*, o qual passou pelas fases de pré-análise e análise. Na fase de pré-análise, realizou-se a leitura flutuante do material transcrito, seguindo as regras da exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Na análise, foram nomeados quatro núcleos de sentidos, obtidos por meio da codificação e de unidades de registros: “Acolhimento e atributos da Atenção Primária à Saúde”, “Capacitação sobre acolhimento”, “Conhecimento e implementação do acolhimento” e “Cultura de utilização dos serviços de saúde”. A análise dos dados efetivou-se entre os meses de dezembro de 2024 e março de 2025.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob parecer nº 6.886.727 e CAAE 78805324.2.0000.5498.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

À ocasião das entrevistas, os participantes tinham entre 28 e 62 anos de idade (média: 52,2 anos). O tempo de atuação dos profissionais na USF variou de 4 a 25 anos (média: 13,7 anos) e quanto ao nível de escolaridade, cinco (62,5%) possuíam nível superior.

Foram identificados quatro núcleos de sentido: "Acolhimento e atributos da APS", "Capacitação sobre acolhimento", "Conhecimento e implementação do acolhimento" e "Cultura de utilização dos serviços de saúde". Ponderando a frequência, o núcleo de sentido mais recorrente foi "Conhecimento e implementação do acolhimento" (45,3%; 58 respostas), seguidos de "Acolhimento e atributos da APS" (30,5%; 39 respostas), "Cultura de utilização dos serviços de saúde" (14,0%; 18 respostas) e o menos frequente foi "Capacitação sobre acolhimento" (10,2%; 13 respostas).

CONHECIMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DO ACOLHIMENTO

Alguns participantes associaram o acolhimento ao atendimento dos usuários de demanda espontânea, interpretando-o como triagem, conforme evidenciado nos seguintes relatos:

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

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

Nesta mesma vertente, foi mencionado como vaga de consulta de demanda espontânea na estrutura da agenda do profissional médico, reafirmando sobre a percepção desta diretriz como ação voltada para atendimento dos usuários, sem agendamento prévio:

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

Esta percepção pode derivar do fato de o termo "acolhimento", na USF onde transcorreu o estudo, estar identificado na agenda dos profissionais para os atendimentos eventuais. Assim, uma sugestão seria a utilização do termo "demanda espontânea" na agenda médica, visto que na APS os atendimentos devem estar organizados em demandas programadas e espontâneas, para não restringir a amplitude da ação de acolher.

Em consonância com as falas supracitadas, a literatura indica que o processo de práticas de produção de saúde que mais se aproximaria do acolhimento, conforme

preconizado no Brasil, seria a classificação de risco. No entanto, a classificação de risco não deve ser considerada como a estratégia de acolhimento preconizada pela PNH, por se caracterizar como uma triagem ou protocolo que prioriza o acesso a uma ação de saúde (Giordani *et al.*, 2021).

Ainda, alguns autores consideram que em práticas de produção de saúde que se utilizam de modelo assistencial médico hegemônico, o fluxo de assistência aos usuários será voltado para consulta médica (Duarte *et al.*, 2017).

Deste modo, deduz-se que a implantação da classificação de risco nos serviços de saúde não significa, necessariamente, uma reorganização do cuidado centrado no usuário. Algumas conceituações fazem com que sua implementação seja uma triagem e direcionamento de casos (Melo *et al.*, 2022).

O ato de acolher foi mencionado como procedimento de triagem, em um espaço físico na USF e realizado pelos auxiliares/técnicos de enfermagem:

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

Estudos apontam que o ato de acolher é um processo de trabalho, que não deve se restringir a um espaço físico na unidade de saúde, ou ser executado somente por uma categoria profissional. O acolhimento deve ser praticado em toda situação de atendimento do indivíduo que busca o serviço, podendo ser realizado por todos os componentes da equipe, tanto em práticas individuais quanto coletivas (Matumoto, 1998). Outros autores reforçam o conceito do acolhimento como uma postura ética, não devendo se restringir a um espaço físico, a determinada categoria profissional ou a um horário definido, e sim constituindo uma prática que deve perpassar todas as fases do processo de trabalho no serviço de saúde (Duarte *et al.*, 2017; Melo *et al.*, 2022).

Notou-se a imputação da prática do acolher ao profissional médico, possivelmente por herança do modelo biomédico tradicional do sistema de saúde:

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

E o auxiliar ainda não está muito acostumado a fazer isso, né? Usam muito pouco o enfermeiro, então ainda tem...ainda é muito focado na consulta médica. Acha que consulta médica vai resolver tudo (P8).

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

Contrariando essas concepções, foi encontrado na literatura, estudo que destaca que a implementação do acolhimento objetiva superar o modelo tradicionalmente centrado no médico, substituindo-o por uma abordagem centrada no usuário, como protagonista do seu próprio processo de cuidado (Lopes *et al.*, 2021).

Esta diretriz possui conceito amplo, devendo ser executada por todos os componentes da equipe da USF, durante todo o turno do trabalho, acolhendo a todos que buscam o serviço. Acolher a demanda espontânea é uma das possibilidades deste dispositivo, porém não deve se restringir somente à esta abordagem, uma vez que o reducionismo interfere na construção do vínculo por estimular ações pontuais.

Algumas falas reportaram este dispositivo como uma oportunidade de humanizar o atendimento dos usuários que buscam a USF espontaneamente:

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

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

Em uma pesquisa, que avaliou um serviço onde houve implantação do acolhimento, os autores identificaram que os profissionais também correlacionaram esta prática com a humanização do atendimento, uma vez que acolher restabelece a dignidade humana promovida por meio da escuta e ao demonstrar interesse em resolver as demandas dos usuários (Melo *et al.*, 2022).

O acolhimento é compreendido como um conjunto de medidas, posturas e atitudes dos profissionais, tratando-se de um instrumento que estabelece a humanização do cuidado e pressupõe respeito e solidariedade (Silva *et al.*, 2018).

Coerente com a abordagem humanizada, alguns profissionais relataram conhecer e utilizar a escuta ativa na prática deste dispositivo:

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

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

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

O profissional de saúde que se dispõe a escutar, dar atenção e ter empatia com os usuários, pratica uma forma humanizada de atendimento. A escuta pode ser traduzida em um sentido afetivo, se exercida com atenção e interesse em resolver as demandas dos usuários. Assim, a escuta, produzindo uma resposta positiva, que possa suprir a maior parte das demandas trazidas pelos usuários, humaniza as práticas de cuidado em saúde (Giordani *et al.*, 2021).

Foi identificada uma relação entre o acolhimento e a participação comunitária, como em grupos de atividade física, tabagismo e outras ações coletivas no território da USF. Este achado pode estar relacionado à criação de vínculo entre equipe e usuários:

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

Esta fala é consonante com a Política Nacional de Atenção Básica que preconiza que o cuidado integral à saúde da população, deve ocorrer preferencialmente na Unidade Básica de Saúde, podendo ser estendido aos domicílios, espaços comunitários e ambientes extramuro (Brasil, 2017; Coutinho; Barbieri; Santos, 2015).

Uma parte dos participantes percebeu o acolhimento como espaço para a realização de educação em saúde:

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

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

Nesta perspectiva, há na literatura estudo que discorre sobre o acolhimento como um dos instrumentos mais relevantes na atualidade, para a disseminação de informações à população (Pereira *et al.*, 2022).

CAPACITAÇÃO SOBRE ACOLHIMENTO

Neste núcleo de sentido identificou-se que cinco entrevistados participaram de algum tipo de capacitação sobre o tema pesquisado.

Alguns entrevistados mencionaram ser necessária a qualificação dos profissionais da USF para o aprimoramento da prática do acolhimento:

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

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

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

Alguns autores corroboram a importância da capacitação dos profissionais, em virtude de uma formação voltada para ações curativas, demandando treinamento para o exercício do acolhimento (Duarte *et al.*, 2017). Outros salientam a importância da formação voltada para o processo de trabalho interprofissional, com vistas a transformações nas práticas de saúde (Figueira *et al.*, 2021).

O acolhimento preconiza uma transformação do eixo biomédico para um trabalho em equipe, em que seus membros de diferentes formações, responsabilizam-se pelo cuidado, buscando atuar de forma interprofissional. Assim, faz-se necessário compartilhar, de forma horizontal, saberes e experiências, no ambiente de trabalho, com o propósito de qualificar a assistência prestada aos usuários e suas famílias. A ação interprofissional trata-se de uma abordagem que tem o potencial de favorecer o acolhimento e o alcance dos atributos da APS.

CULTURA DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Este núcleo de sentido, evidenciou a percepção dos participantes sobre a cultura de usuários em buscar a USF para demandas de urgência ou para resolução imediata de suas necessidades, aumentando a demanda e, conseqüentemente, sobrecarregando as vagas de consulta médica do dia:

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

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

Em consonância com as falas acima, uma pesquisa analisou a prática do acolhimento em dois serviços de saúde, identificando que os usuários acessavam a

unidade espontaneamente, desejando que suas demandas fossem resolvidas de imediato. Evidenciou-se que a procura aos serviços de saúde, no dia, devia-se ao desconhecimento dos usuários quanto à dinâmica dos serviços (Silva; Romano, 2015).

ACOLHIMENTO E ATRIBUTOS DA APS

Neste estudo, os participantes relacionaram o acolhimento aos atributos essenciais da APS, como acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. O atributo mais prevalente foi a longitudinalidade (35,9%); e o menos frequente, o acesso de primeiro contato (10,2%).

Com relação ao acesso de primeiro contato, os entrevistados identificaram este dispositivo, como ação capaz de promover acesso, pelo fato deste serviço ser a porta de entrada preferencial do sistema de saúde:

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

Em consonância com esta percepção, autores discorrem que é na ESF que, geralmente, o usuário tem o primeiro contato com o sistema de saúde, além de ser a APS o cerne da articulação com toda a rede de atenção à saúde (Andrade *et al.*, 2017; Figueira *et al.*, 2021).

Na visão dos participantes, a implementação do acolhimento associou-se ao atributo longitudinalidade, visto que por meio de um cuidado a longo prazo, torna-se possível reconhecer as necessidades dos usuários:

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

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

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

Em revisão de literatura, foi encontrado que quando há o desenvolvimento de uma relação de confiança entre os usuários e os profissionais de saúde, por meio da prática do acolhimento, o vínculo e a longitudinalidade são estabelecidos (Figueira *et al.*, 2021). A integralidade foi reportada nos depoimentos:

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

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

Neste sentido, foi encontrado em um estudo que identifica a escuta qualificada como uma das estratégias do acolhimento, sendo considerada um valioso instrumento para operacionalização da integralidade (Duarte *et al.*, 2017).

Quanto à coordenação do cuidado, foi mencionado que o acolher promove fornecimento de informações, condição essencial ao alcance deste atributo:

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

Na prática do acolhimento faz-se necessário escutar e fornecer as respostas mais adequadas e oportunas a todos que procuram o serviço. Os usuários e as suas famílias devem ser orientados quanto ao acesso e utilização de outros serviços de saúde na RAS, a fim de garantir a continuidade da assistência e o alcance da integralidade do cuidado (Brasil, 2010).

Nesta vertente, alguns entrevistados compreenderam o acolhimento como um momento para orientar a população a respeito da RAS:

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

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

Permeando as falas que tratam do conhecimento e da implementação do acolhimento, os participantes mencionaram características desta diretriz, conforme preconiza a PNH, como humanização, identificação das reais necessidades dos usuários, escuta ativa; bem como reportaram aspectos que estão em desacordo com esta política, reconhecendo-a como espaço físico, triagem, executado por uma categoria profissional específica e centrado no médico. Ainda assim, os depoimentos permitiram relacionar o dispositivo como fator contributivo para o alcance dos atributos essenciais da APS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo revelou uma dissonância entre o conhecimento teórico e a implementação do acolhimento. Embora a maioria dos participantes tivesse ciência do

conceito do dispositivo, conforme a PNH, mencionando termos como escuta ativa, humanização e vínculo, a sua operacionalização se relacionou ao atendimento aos usuários que buscavam o serviço sem agendamento prévio, por meio de uma triagem, realizada em um determinado espaço físico e com centralidade nas demandas biomédicas.

Evidenciou-se a percepção do acolhimento como espaço de educação em saúde e a possibilidade de seu desenvolvimento em atividades de participação comunitária promovidas pelas equipes da USF, achados escassos na literatura científica. Ainda, os resultados apontam a possibilidade de não utilizar esta diretriz enquanto nomenclatura de vaga na agenda dos profissionais, com horário pré-estabelecido, para não reduzir a um procedimento de triagem.

A relação entre o acolhimento e os atributos essenciais da APS foi reconhecida, na medida em que para os participantes este dispositivo legitima os princípios e diretrizes do SUS e da RAS, no cenário da ESF, mesmo que a equipe o compreenda, em alguns aspectos, em desacordo com a PNH.

Em virtude da percepção das potencialidades da equipe e para aprimorar a implementação do acolhimento no serviço, conforme a PNH, foram propostas oficinas, abordando as temáticas acolhimento, PNH, interprofissionalidade e atributos da APS. Busca-se com as capacitações, sensibilizar os profissionais a atuarem em equipe, de forma colaborativa e interprofissional, acolhendo com qualidade os usuários que acessam o serviço.

A segunda proposta, direcionada à Secretaria de Saúde do município onde transcorreu o estudo, trata-se de relatório sugerindo a substituição do termo “acolhimento” na estrutura da agenda dos profissionais, por “demanda espontânea”. A nova nomenclatura remete aos indivíduos que buscam o serviço no dia, visto que na APS os atendimentos estão organizados em demandas programada e espontânea, e assim não reduziria a diretriz estudada em ação pontual de assistência aos usuários sem agendamento prévio.

Por se tratar de pesquisa com abordagem qualitativa, os resultados encontrados limitam-se à realidade da USF estudada. Outrossim, acredita-se que este estudo, ao estimular a compreensão do acolhimento e de sua influência no alcance dos atributos da APS, tenha o potencial de contribuir para a transformação das práticas de cuidado.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M. de *et al.* A Estratégia Saúde da Família e o SUS. In: ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. **Rouquayrol: epidemiologia e saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2017. p. 557-577.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 5. ed. Lisboa: Edições 70, 2020.

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

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 24 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. 5. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 44 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Acolhimento_praticas_producao_saude.pdf. Acesso em: 24 ago. 2023.

BRASIL. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 24 ago. 2023.

COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. de M. Acolhimento na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 514-524, 2015.

DUARTE, L. P. A. *et al.* Contribuição da escuta qualificada para a integralidade na atenção primária. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 8, n. 3, p. 414-429, 2017.

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

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

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

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

LOPES, J. R. S. *et al.* Acolhimento como tecnologia em saúde: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, Curitiba, v. 4, n. 2, p. 172-183, 2021.

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

MELO, M. V. S. *et al.* Acolhimento na estratégia saúde da família: análise de sua implantação em município de grande porte do nordeste brasileiro. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 26, p. e2203358, 2022. Suplemento 1.

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

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

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

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

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

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