



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE-MS
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA SESAU/FIOCRUZ**

ERICA VANESSA GOMES DA SILVA

**O ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE**

CAMPO GRANDE - MS

2022

ERICA VANESSA GOMES DA SILVA



**O ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado
como requisito parcial para conclusão da Residência
Multiprofissional em Saúde da Família
SESAU/FIOCRUZ, de Mato Grosso do Sul.

Orientador (a): Adriana Coser Gutiérrez

**Residência Multiprofissional
em Saúde da Família**

SESAU/FIOCRUZ

CAMPO GRANDE - MS

2022

Laboratório de Inovação em Atenção Primária à Saúde - Campo Grande - Mato Grosso do Sul



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE-MS
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA SESAUFIOCRUZ**

TERMO DE APROVAÇÃO

**O ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE
CAMPO GRANDE**

por

ERICA VANESSA GOMES DA SILVA

Este Trabalho de Conclusão de Residência foi apresentado no dia 04 de fevereiro de 2022, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAUFIOCRUZ. O(a) candidato (a) foi arguido (a) pela Banca Examinadora composta pelos professores abaixo assinados. Após deliberação, a Banca Examinadora considerou o trabalho APROVADO.

BANCA EXAMINADORA

Nome completo: Adriana Coser Gutiérrez

Professor (a) Orientador (a)

Priscilla Arashiro

Membro Titular 1

Cyro Leonardo de Albuquerque Mendes

Membro Titular 2

A Folha de Aprovação assinada eletronicamente encontra-se na Secretaria Acadêmica da Coordenação do Programa.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Marileide e José Gomes.
Aos meus amigos que acreditaram na minha capacidade e me incentivaram a lutar para
ultrapassar as barreiras e vencer.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, o meu reconhecimento a Deus, ele é digno de toda honra, glória e louvor. Senhor, obrigada por todas as oportunidades com que fui agraciada e por seu amor e luz, que ao iluminar meu caminho, fizeram-me chegar com êxito ao final dessa jornada.

Desejo igualmente demonstrar minha imensa gratidão a muitas pessoas que de sobremaneira me apoiaram e incentivaram em todos os momentos de dúvidas e dificuldades. Ao escrever estas linhas de agradecimento às pessoas queridas, vem o receio de esquecer alguém importante que esteve presente, com algum ensinamento ou partilhando conhecimentos, no entanto, se assim ocorrer saibam que meu coração os recebeu para todo o sempre e serei eternamente grata.

Agradeço à minha mãe Marileide e meu pai José Gomes, que me apoiam desde os meus primeiros passos no caminhar para vida, pela orientação e ensinamentos direcionados a ética e honestidade que me tornaram uma cidadã livre e responsável, além é claro, do grande amor e do imenso carinho que me dispensaram todos os dias e por nunca medirem esforços para que eu pudesse ter sempre o melhor. Amo vocês.

Aos colegas da Unidade Saúde da Família do Coophavilla, as quais tiveram papel importante nesse processo, por nunca soltarem a minha mão. Obrigada por cada abraço e por cada palavra encorajadora (Voa coopha!).

Ao meu querido preceptor, Claudinei, que me auxiliou nesse processo de aprendizagem, obrigada pela paciência e por palavras de orientação e carinho nos momentos difíceis, obrigada por me ensinar a ser ainda mais apaixonada pela nossa profissão e me fazer crescer profissionalmente. Você faz a diferença.

E finalmente, agradeço à minha orientadora Adriana Coser, grande responsável pela concretização deste trabalho. Obrigada pelas palavras encorajadoras, pelos ensinamentos e pelas advertências necessárias nesse processo. Me sinto honrada e agradecida por toda sua dedicação e por não desistir de mim, mesmo nos momentos mais difíceis pelos quais pensei em desistir, mas você acreditou em mim e não me deixou parar, você faz parte da construção da minha história de vida. Obrigada.

RESUMO

SILVA, Erica Vanessa Gomes da. **O acolhimento na atenção primária no município de Campo Grande. 2022.** 51 folhas. Trabalho de Conclusão de Residência - Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAU/FIOCRUZ. Campo Grande/MS, 2022.

A atenção primária à saúde (APS) deve ser o meio de contato preferencial do usuário com o sistema de saúde, por isso é um dos componentes básicos da atenção. A assistência qualificada é necessária para garantir acessibilidade ampliada, humanização do atendimento, fortalecer o vínculo entre usuários e profissionais de saúde, e a equidade e integridade das unidades de saúde. O objetivo é otimizar o processo de trabalho e ao mesmo tempo prestar um atendimento resolutivo e satisfatório. Nesta perspectiva, acolhe-se como uma ferramenta imprescindível para reorganizar o fluxo de trabalho em saúde. Pensando nisso, o acolhimento na APS de Campo Grande levou em consideração os desafios da gestão local e a necessidade de repensar as práticas de prestação de serviços de saúde e as estratégias de acesso e qualificação profissional. Assume-se também que a prática estabelecida ainda não é o suficiente sendo que o município considera o aspecto prioritário é implantar o fluxo de trabalho do dispositivo de acolhimento, apoiado por um programa de residência multiprofissional, pois essa parceria trabalha com a estratégia de revisão para ampliar o uso atenção primária à saúde do município pela população usuária. Este estudo tem como objetivo compreender o acolhimento, a partir da contribuição do Programa de Residência Multiprofissional, assim como descrever a APS no município, tendo como base a análise dos referenciais teóricos disponíveis, elementos que compõem sua organização para a prática de acolhimento, tendo como metodologia a análise documental adotada, a fim de demonstrar resultados no qual é possível descrever a atenção primária em saúde a qual é ofertada para a população de Campo Grande- MS.

Palavras chaves: Atenção Primária à Saúde. Humanização. Acolhimento. Campo Grande.

ABSTRACT

SILVA, Erica Vanessa Gomes da. **Reception in primary care in the city of Campo Grande. 2022. 51 pages.** Residency Completion Work - Multiprofessional Residency Program in Family Health SESAUFIOCRUZ. Campo Grande/MS, 2022.

Primary health care (PHC) should be the user's preferred means of contact with the health system, so it is one of the basic components of care. Qualified care is necessary to ensure expanded accessibility, humanization of care, strengthen the bond between users and health professionals, and the equity and integrity of health units. The objective is to optimize the work process and at the same time provide a resolute and satisfactory service. In this perspective, it is welcomed as an indispensable tool to reorganize the health workflow. Thinking about it, the reception in the APS of Campo Grande considered the challenges of local management and the need to rethink the practices of providing health services and the strategies of access and professional qualification. It is also assumed that the established practice is still not enough, and that the municipality considers the priority aspect is to implement the workflow of the host device, supported by a multiprofessional residency program, because this partnership works with the review strategy to expand the primary health care use of the municipality by the user population. This study aims to understand the reception, based on the contribution of the Multiprofessional Residency Program, as well as to describe PHC in the municipality, based on the analysis of available theoretical references, elements that make up its organization for the practice of welcoming, based on the methodology of the documentary analysis adopted, in order to demonstrate results in which it is possible to describe the primary health care that is offered to the population of Campo Grande- MS. Keywords: Primary attention. Humanization. Reception. Campo Grande.

Keywords: Primary attention. Humanization. Reception. Campo Grande.

LISTAS DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Mapa dos Distritos Sanitários de Campo Grande-MS	22
Figura 2 – Série histórica de cobertura UBS e USF 2010-2021, Campo Grande-MS	25
Figura 3 - Evolução das equipes da Estratégia de Saúde da Família	25
Figura 4 - Fluxo de acolhimento na Atenção Primária à Saúde	31

LISTAS DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das Unidade Básica de Saúde e Unidade de Saúde da Família por Distrito Sanitário	23
Tabela 2 - Síntese do Desenho da Pesquisa	37
Tabela 3 - Síntese dos Documentos de Pesquisa	38

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CETOHI	Centro de Tratamento Onco Hematológico Infantil
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CRS	Centros Regionais de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PLANURB	Agência Municipal de Meio Ambiente e Planejamento Urbano
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa de Saúde da Família
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial em Saúde Mental
SESAU	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
USF	Unidade Saúde da Família

LISTA DE SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEM	Centro Especialidade Médica
CRAB	Coordenadoria da Rede de Atenção Básica
EAPP	Equipes Atenção Primária para População Prisional
ECR	Equipe de Consultório na Rua
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
INOVAAPS	Laboratório de Inovação na Atenção Primária à Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RMS	Residência Multiprofissional em Saúde
SISREG	Sistema de Regulação

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	REFERENCIAL TEÓRICO	19
2.1	– O contexto da Atenção Primária em Saúde no Brasil	21
2.2	– O município de Campo Grande	21
2.3	– Atenção Primária em Saúde no município de Campo Grande	22
2.4	– Acolhimento e acesso na Atenção Primária em Saúde no município de Campo Grande	28
2.5	– O acolhimento na Atenção Primária em Saúde em Campo Grande a partir da contribuição do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família	34
3	METODOLOGIA	37
3.1	Local do estudo	39
3.2	Limitações do estudo	39
3.3	Universo	39
3.3	Aspectos éticos	39
4.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	40
5.	CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47

MOTIVAÇÃO E JUSTIFICATIVA

Ao me formar em uma área tão abrangente quanto o Serviço Social, sabia que apesar da graduação não explorar tão profundamente sobre a temática saúde sempre tive apreço e intensa identificação pessoal com essa área. Sabemos que o Serviço Social na saúde é um dos espaços que mais empregam assistente sociais, porém na academia o estudo de políticas sociais ainda têm maior peso. Passei por várias experiências durante minha trajetória profissional, porém todas na atenção terciária. Depois de formada sempre trabalhei em hospitais de alta complexidade e tive pouco contato com a Atenção Primária à Saúde (APS).

Iniciei minha carreira atuando como assistente social no Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, onde meu trabalho era voltado para o atendimento dos pacientes oncológicos sendo a referência do Centro de Tratamento Onco Hematológico Infantil (CETOHI). Uma experiência marcante e muito enriquecedora.

Devido essa vivência na área hospitalar e a insatisfação de não ter a longitudinalidade do cuidado dos pacientes atendidos, me fez repensar o fazer profissional e ser instigada a ter uma análise crítica sobre qual era o percurso que este paciente percorreu até chegar ao serviço de saúde e quais ações eram feitas para que houvesse a integralidade do cuidado. Diante disso, surge a motivação de deslocamento de prática profissional, pois valeria a pena entender e investir em uma formação específica para a APS.

A opção por ingressar em um Programa de Residência multiprofissional foi motivada pelo interesse em estudar a APS e os cuidados ofertados aos usuários, luz aos seus atributos, considerando que a APS é a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e coordenadora do cuidado, visto que essa nova experiência no fazer profissional seria de grande valia. A atuação como residente é a mola propulsora para desenvolver este trabalho dado que ao observar o dispositivo acolhimento na APS, ficou perceptível que quando se oferta uma escuta qualificada e empática é possível melhorar o acesso da população ao serviço de saúde, acolhendo a demanda do usuário e conseqüentemente construir vínculos e prestar um cuidado integral, porém ressalta-se que existem desafios a serem superados.

Face a isso, a implantação do serviço de acolhimento na APS no município de Campo Grande considera os desafios da gestão local e a necessidade de se repensar nas práticas de oferta de serviços de saúde e estratégias de acesso. Supõe-se ainda que a prática instituída não estava permitindo o acesso, sendo que o município repensa o processo de trabalho onde os aspectos prioritizados é implantação do dispositivo acolhimento, apoiado pelo Programa de

Residência Multiprofissional, dado que esta parceria coopera com a revisão de estratégias de ampliação do acesso da população usuária à APS no município.

Esta pesquisa tem por objeto analisar os efeitos possíveis dessa iniciativa, elementos que constituem a organização, os referenciais organizativos teóricos da prática do acolhimento.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 e é regulamentado pelas Leis nº 8080, de 19 de setembro de 1990 e Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população. Dentre os princípios previstos pelo SUS, destacamos dois: a universalidade e a equidade, justificados pelo diálogo mais favorável com o dispositivo do acesso. Entende-se que universalidade reconhece a saúde como direito fundamento de todo cidadão; já a equidade é um princípio de justiça social ¹. Nesta perspectiva esta pesquisa se propõe a tentar compreender os princípios da universalidade e equidade face à implantação do acolhimento no município de Campo Grande, considerando que pensar em acolhimento e acesso dentro do SUS é um desafio que está dado, em particular na Atenção Primária à Saúde (APS).

Para além dos princípios organizativos do SUS, destaca-se também a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que reafirma a APS como porta preferencial do sistema de saúde quando identifica e pressupõe que sejam estabelecidos mecanismos que garantam a acessibilidade e acolhimento com uma organização que seja capaz de receber e ouvir todas as pessoas que procuram o serviço assumindo uma postura central e resolutiva, diminuindo danos e sofrimentos ou, ainda, se responsabilizando pelo usuário, mesmo que este tenha que ser atendido em outros pontos da rede (BRASIL, 2017).

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi proposta em 2003 pelo Ministério da Saúde e traz como referencial a análise do processo de trabalho e da gestão do cuidado, pensando em sociabilidade entre trabalhadores e gestão, sendo que um dos dispositivos pensado de qualificação para humanização na saúde. O acolhimento é entendido como uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. No entanto, ainda que haja definições políticas e portarias nacionais, o desafio está posto para a organização do processo de trabalho na APS ².

Compreendemos que o acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família (USF) é uma provocação; ampliar e garantir o acesso a população adscrita requer um árduo trabalho, pois o acolhimento é cuidado e parte do pressuposto de um encontro entre usuários e trabalhadores, onde se constrói vínculos e responsabilização de ambas as partes.

Pensar em acolhimento é pensar em acesso, organização do processo de trabalho e a inserção de profissionais neste contexto da prática do fazer profissional, sendo assim é importante inserir as ações propostas pelo SUS, como os princípios da universalidade, acesso, descentralização, integralidade, equidade da atenção, regionalização, hierarquização, controle social e participação popular que devem ser norteadores no processo de trabalho da APS.

Nesta perspectiva, o acolhimento se dá através do acesso, organização do processo de trabalho e a inserção de profissionais neste contexto da prática do fazer profissional, sendo que a cooperação proposta pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) busca a garantia do exercício profissional com excelência nas áreas de cuidado integral à saúde, envolvendo as pessoas e a comunidade na gestão e organização do trabalho e da educação em saúde, visando à melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

A inserção dos trabalhadores de saúde, em especial os agentes comunitários de saúde, no processo de reorganização do acolhimento na APS têm sido desafiadores, pois devem ser repensadas práticas, a reestruturação do serviço e a própria capacitação destes profissionais. Fazer acolhimento vai para além do acolher; para fazer parte desse processo é necessário que exista uma relação de cuidado, a construção de vínculos entre trabalhadores e usuários, ter uma escuta qualificada e humanizada e garantia ao acesso dos serviços ofertados ²³

Deve-se pensar no usuário como protagonista deste processo, garantir o princípio da integralidade do cuidado e o cuidado centrado na pessoa, utilizando-se mais das tecnologias leves. O acolhimento deve ser visto como um potente instrumento de trabalho onde através dele é possível garantir a ampliação do acesso, resolutividade, construir vínculos e ofertar o cuidado de forma integral com outro olhar, agora não mais focado na doença, mas sim no usuário.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) preconiza que o cuidado seja centrado na família e que os profissionais de saúde tenham uma visão ampliada do processo saúde-doença, compreendendo o ambiente físico e social no qual esta família é inserida, levando em considerações práticas que vão além de biomédicas e curativas³.

Espera-se que uma APS forte, como proposto pela Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), deva ser comprometida com a resolutividade, em vincular pessoas a pessoas de modo a garantir que o usuário seja atendido por sua equipe de referência, facilitando o acesso e garantindo a continuidade do cuidado considerando as relações interpessoais de cada usuário⁹. Para tanto, este trabalho tem por objetivo geral compreender o processo de implantação do acolhimento na APS no município de Campo Grande-MS, a partir da contribuição do Programa de Residência Multiprofissional

em Saúde da Família, considerando os desafios a serem superados visando a garantia de acesso do usuário ao serviço de saúde, sendo que esta pesquisa opta por considerar o acolhimento como facilitador de acesso.

Deste modo, apresentamos a presente pesquisa organizada em três capítulos, sendo que na Introdução buscou-se fazer uma breve abordagem a respeito do objeto da pesquisa e das motivações que levaram à escolha do tema. No primeiro capítulo, foi descrito como é a APS no município de Campo Grande, como são realizadas as ofertas deste serviço, cobertura e área de abrangência. Na sequência foi descrito sobre o acolhimento e acesso na APS no município a partir da contribuição do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Frente a isto, este trabalho tem por objetivo geral compreender o dispositivo de acolhimento na APS no município de Campo Grande a partir da contribuição do Programa de Residência Multiprofissional. Como objetivos específicos, descrever a APS em Campo Grande; analisar os referenciais teóricos do dispositivo acolhimento e acesso na APS no município de Campo Grande; analisar a reorganização do acolhimento na APS em Campo Grande a partir da contribuição do Programa de Residência multiprofissional em Saúde da Família.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 – O Contexto da Atenção Primária em Saúde no Brasil

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (1978) foi considerada um marco importante por ser reconhecida pela formulação do documento sobre a valorização e cuidado em saúde, sendo a Declaração de Alma-Ata que estimulou a expansão da Atenção Primária à Saúde (APS) no mundo. A APS requer melhorias sociais amplas pois pressupõe a indissociabilidade entre saúde e desenvolvimento social, com ação intersetorial para enfrentar os determinantes sociais da saúde-doença (entre eles, a distribuição das riquezas), maior democratização e participação social e o acesso universal a uma rede de serviços de assistência à saúde, doravante chamados Centros de Saúde. Este documento trouxe percepções sobre o cuidado na atenção primária e conceito de saúde e teve como objetivo central promover saúde a toda população do mundo⁴.

Nesta perspectiva a APS surge com a proposta de reorganização e reestruturação do sistema de saúde com o propósito de responder às necessidades e demandas que a população apresenta, a fim de promover a saúde como direito social, considerando as vulnerabilidades e potencialidades no contexto que essa população vive no enfrentamento dos determinantes e condicionantes sociais.

Logo a efetividade da organização dos serviços de saúde no âmbito da APS possibilita a melhoria da atenção, resultando em impactos positivos na saúde da população e na eficiência do sistema⁵.

A APS é um conjunto de serviços de sistema de saúde que oferece acesso na porta de entrada do sistema a todas as necessidades e problemas na atenção à pessoa no seu autocuidado, em um determinado espaço de tempo, com a finalidade de promover a saúde⁵.

Quatro atributos essenciais da APS possíveis de serem contemplados neste nível de atenção são: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção. A partir do entendimento desses atributos observa-se que APS é coordenadora do cuidado e determina ações para os demais níveis de atenção à saúde⁵.

Em alguns países da América latina, entre eles o Brasil, as ações e serviços da APS foram introduzidas por agências internacionais, entre elas Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância

(UNICEF), reduzido seus valores, princípios e bases conceituais instituídas em Alma-Ata a programas seletivos, simplificados e desvinculados das ações realizadas em outros níveis de atenção ^{6,7}.

No Brasil, ao longo dos últimos anos buscou-se organizar a Atenção Básica, sendo que criado em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde, posteriormente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), onde o financiamento adota um modelo específico de organização das redes de atenção básica, incorporando conjunto de diretrizes para normatização do processo de trabalho⁸.

Diferente de outros países, no Brasil a ESF pauta-se pelo trabalho multidisciplinar e a inclusão da função de agente comunitário de saúde, uma vez que este profissional agrega os conhecimentos que traz de sua vivência no território, sendo o contato direto com a comunidade em sua realidade local, promovendo a promoção em saúde.

Um dos eixos proeminentes da APS aparece na Declaração de Alma Ata em 1978, que fez da APS a principal estratégia de um sistema nacional de saúde⁷. A atenção primária é uma forma de construir uma base e determinar outros níveis de atenção à saúde. As organizações do processo de trabalho e o uso racional de recursos básicos sendo que os profissionais visam à promoção, manutenção e melhoria da saúde ⁵.

Em países desenvolvidos e subdesenvolvidos, a APS é o modelo-chave de um sistema de saúde eficaz. Quando o sistema de saúde de um país se organiza com base na APS, além de apresentar melhores resultados em termos de indicadores de saúde, como redução da mortalidade, e otimização dos custos assistenciais, acesso a mais serviços, redução das internações e atendimentos de emergência ^{9,10,11,12}.

No Brasil, o termo equivalente a APS é Atenção Básica (AB). Esses termos estão relacionados aos conceitos de apego e responsabilização, acessibilidade, cuidado integral e integral, firmeza e domínio na gestão de enfermagem ^{11,12}.

Sob orientação da APS, o modelo utilizado no Brasil é a Estratégia Saúde da Família (ESF), iniciada em 1994 e originalmente concebida como instrumento de ampliação da cobertura assistencial. Atualmente, configura-se como o maior programa assistencial do país, sendo considerado o eixo estratégico da reestruturação do SUS, com grande potencial para a continuidade da construção da APS no Brasil. Devido à sua escalabilidade e cobertura, foi designado como modelo a ser seguido ^{10,11}.

O Ministério da Saúde tem utilizado estratégias para adaptar o conhecimento às novas recomendações para a construção da APS. Dentre eles, destaca-se a Política Nacional de

Humanização (PNH). A PNH opera com base em diretrizes éticas, clínicas e políticas, que se traduzem em determinados arranjos de trabalho ^{13,14}.

O acolhimento ajuda a refletir um processo de trabalho saudável, pois estabelece uma relação específica e de confiança entre usuários e profissionais ou equipes norteadas diretamente pelos princípios do SUS. Ele busca satisfazer a sociedade de forma regionalizada e harmoniosa, e a prestação de serviço de saúde é realizada de forma a atender integralmente o usuário^{14, 15}.

O acolhimento é um recurso destinado a apoiar a qualificação do sistema de saúde, pois permite aos usuários obter uma atenção justa, ampliada e integral a partir do reconhecimento de que esse acesso é um direito humano básico ^{15,16}. Acolher estimula a promoção, simplificação e organização do trabalho para ajudar os profissionais a atingirem os objetivos do plano, melhorar o trabalho e prestar bons serviços, tendendo assim a resolver problemas ^{17,18}.

Com isto, o acolhimento a ser apontado é o guia operacional básico do modelo proposto pelo SUS para garantir não só a universalização do acesso, mas também a qualificação da relação, na qual ouvir e atentar às necessidades são a base do processo, para que o serviço possa responder de forma resolutiva às necessidades do usuário ¹⁸.

O acolhimento é um mecanismo básico da APS, porém, só foi enfatizado durante o trabalho da recente equipe de saúde da família. Portanto, faz-se necessária a realização de um estudo avaliativo sobre a inserção do acolhimento nos serviços de APS no município de Campo Grande-MS.

2.2 – O município de Campo Grande

O município de Campo Grande-MS possui 8.092,951 km² e está localizado geograficamente na região Centro-Oeste do Brasil, porção central do estado do Mato Grosso do Sul, ocupando 2,26% da área total, divididos em 75 bairros.

Possui uma população de 786.797 de pessoas segundo o último censo do IBGE de 2010, mas existe uma estimativa de 2021 que corresponde a uma população de 916.001, o que representa cerca de 32% do total populacional do estado. Ainda segundo o IBGE, o município corresponde a quarta maior capital do Brasil em extensão territorial, no entanto não se apresenta como uma região metropolitana configurada, uma vez que possui uma população inferior a um milhão de habitantes. Integram ainda o município dois distritos: Anhanduí e Rochedinho ¹⁹.

A distribuição da população por sexo no município se mostra muito párea uma vez que

o percentual de mulheres é de 51,53% enquanto os homens correspondem a 48,47%, o que evidencia que por pouca diferença as mulheres são a maior parte da população ¹⁹.

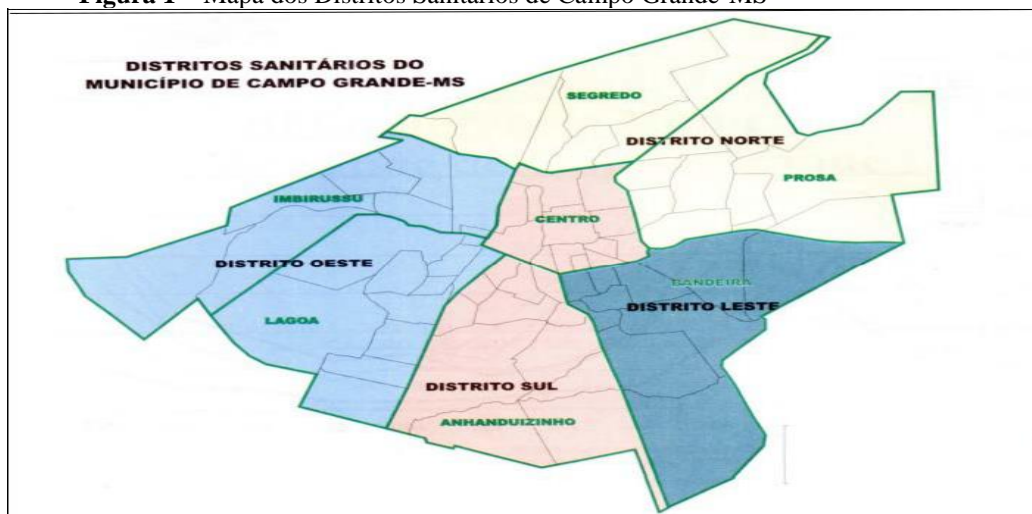
O município não possui 100% dos domicílios com esgotamento sanitário adequado; cerca de 41,30% da população ainda não foi beneficiada. Cerca de 96.3% de domicílios urbanos em vias públicas possuem arborização e 33.4% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Entende-se que esses números ainda são insuficientes uma vez que se deve trabalhar e investir em infraestrutura para que toda a população tenha acesso a esgotamento sanitário adequado, uma vez que a falta deste interfere diretamente na qualidade de vida da população, assim como aumenta a incidência de doenças infecciosas-parasitárias e de transmissão hídrica ²⁰.

Como tendência a outros municípios do Brasil, a Secretaria Municipal de Saúde (SESAU), organizou a divisão administrativa própria da saúde e reconhece uma organização por 7 (sete) distritos sanitários identificados como: Anhanduizinho, Bandeira, Centro, Imbirussu, Lagoa, Região Prosa e Segredo. A seguir, será apresentado como a APS se apresenta no município de Campo Grande-MS

2.3 – Atenção Primária em Saúde no município de Campo Grande

Conforme dados apresentados no Plano Municipal de Saúde (2014 a 2017) a Rede de Atenção Básica de Campo Grande é organizada a partir de territórios sobre os quais as Unidades de Saúde têm responsabilidade sanitária e o seu processo de expansão com ênfase na efetivação da ESF ²¹.

Figura 1 – Mapa dos Distritos Sanitários de Campo Grande-MS



Fonte: SESAU, 2021.

Tendo em vista a extensão territorial do município, a divisão em distritos sanitários foi criada com o intuito de facilitar e garantir o acesso da população vinculando-os a sua unidade de saúde de referência, sendo que a distribuição das UBS e USF por distritos sanitários se apresenta como o quadro abaixo:

Tabela 1 - Distribuição das UBS e USF por Distrito Sanitário, Campo Grande-MS

DISTRITOS SANITÁRIOS	UBS	USF	TOTAL
Região Prosa	00	05	05
Região Segredo	02	12	14
Região Anhanduizinho	04	14	18
Região Imbirussu	03	08	11
Região Bandeira	02	08	10
Região Lagoa	02	09	11
Região Centro	01	02	03
Total	14	58	72

Fonte: CRAB/SESAU, 2021.

Em levantamento realizado em 2010 pela Agência Municipal de Meio Ambiente e Planejamento Urbano (PLANURB), Região do Anhanduizinho é o distrito mais populoso e que apresenta maior vulnerabilidade social, sendo que o percentual de renda por família é o menor dentre os outros distritos.

Em relação à rede de saúde municipal, são: 15 (quinze) Hospitais Gerais entre hospitais públicos e privados com habilitação 1.463 leitos SUS, 6 (seis) Hospitais Especializados (maternidade, oncologia, pediatria, psiquiatria e cardiologia) com 209 leitos SUS, 6 (seis) Centros Regionais de Saúde (CRS) que atuam como pronto atendimento, conforme dados do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES)²¹.

O município ainda possui 6 (seis) Unidades de Pronto Atendimento Porte III (UPA), sendo que segundo a Portaria nº. 10, de 03 de janeiro 2017, que se refere às diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24horas de pronto atendimento, onde é recomendado o número de habitantes para a instalação da unidade. Observa-se que Campo Grande possui

unidades que atendem a sua população, uma vez que se propõe que a cada 200 mil habitantes tenha uma unidade instalada, o que evidencia que hoje o município tem capacidade instalada para atender sua demanda ²¹.

Nos anos de 2011 e 2012, o Ministério da Saúde publicou as portarias que lançaram a Rede de Atenção Psicossocial em Saúde Mental (RAPS), que trouxeram como proposta a criação, ampliação e articulação de diversos pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental como também para dependentes do uso de álcool e entorpecentes. Atualmente o município de Campo Grande possui 6 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), com um total de 57 leitos de acolhimento, conforme dados do CNES-Agosto/2021, sendo: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III (12 leitos de acolhimento); Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil III (08 leitos de acolhimento); Centro de Atenção Psicossocial III Margarida; Centro de Atenção Psicossocial III Vila Almeida; Centro de Atenção Psicossocial III Aero Rancho; Centro de Atenção Psicossocial II Afrodite Doris Contis; 01 Residência Terapêutica tipo II com 10 moradores; 01 Unidade de Acolhimento Adulto (15 leitos de acolhimento); 01 Urgência/emergência psiquiátrica (atende 10 leitos) e 01 Núcleo de Psiquiatria e Saúde Mental/CEM, atendimento ambulatorial agendado através do Sistema de Regulação (SISREG) em Psiquiatria e Psicologia²¹.

Já na APS observa-se um modelo misto, entre o modelo tradicional e ESF, embora ambos os modelos sejam formas de prover assistência primária em saúde à população, existem diferenças importantes de financiamento de processo de trabalho, que resultam em impacto diferenciado na forma de assistência à população. No município a APS está estruturada da seguinte forma:

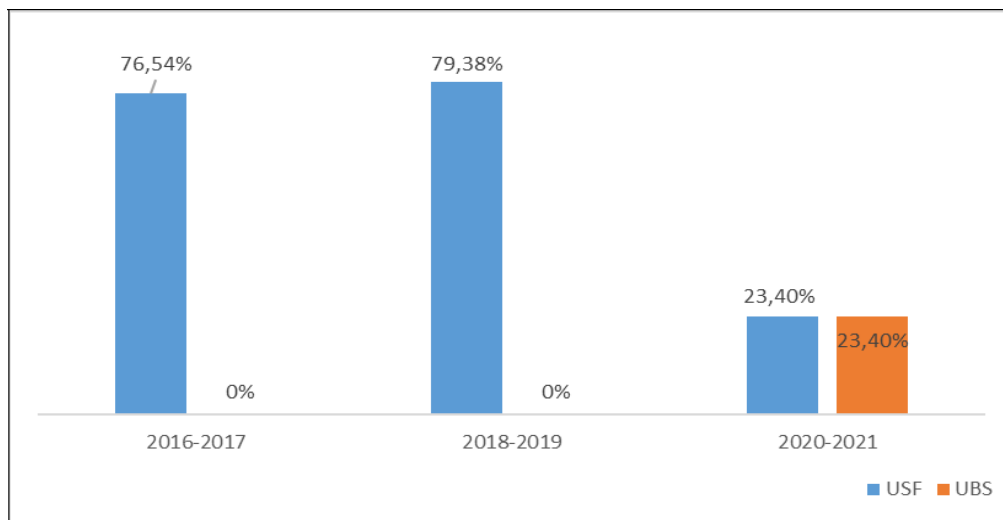
- 58 Unidades de Saúde da Família (USF),
- 03 Clínicas da Família,
- 14 Unidades Básicas de Saúde,
- 02 Unidades Móvel de Atendimento Odontológico (Odontomóvel),
- 01 Unidade Móvel de Prevenção em Saúde Bucal;
- 01 Equipe de Consultório na Rua (ECR);
- 06 Equipes Atenção Primária para População Prisional (EAPP).
- 16 equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária à Saúde (NASF-AP),

Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, os Núcleos

Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência assim como a resolubilidade das ações da APS, sendo constituída por equipe multiprofissional composta por diversas categorias de profissionais de saúde.

No município de Campo Grande esta estratégia foi implantada em 2010 e apresenta a seguinte série histórica:

Figura 2 – Série história de cobertura de UBS e USF 2010-2021, Campo Grande-MS

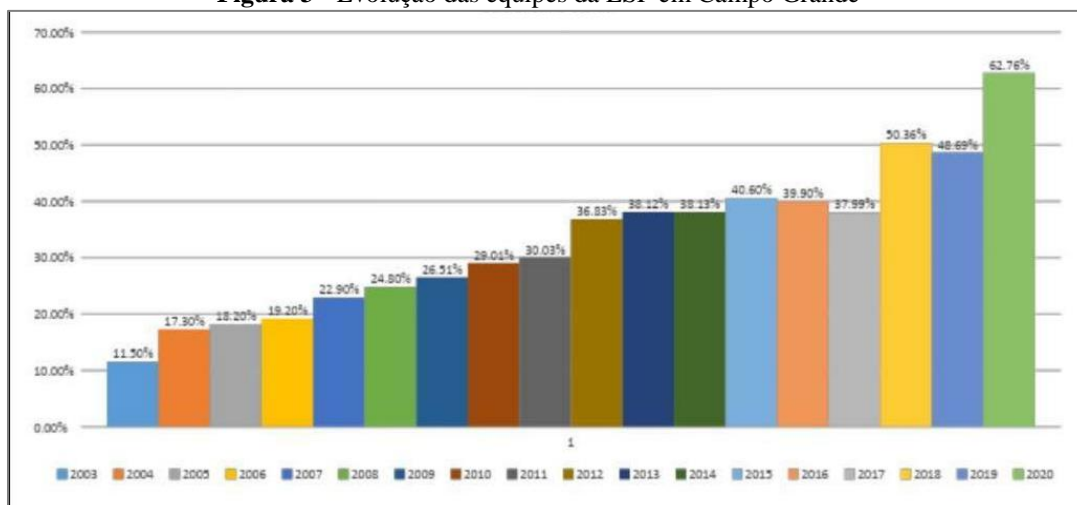


Fonte: SESAU/CRAB, 2021.

Importante salientar que o percentual de cobertura acompanha o número de equipes que são implantadas.

O município de Campo Grande apresenta uma evolução das equipes da ESF, conforme o gráfico abaixo:

Figura 3 - Evolução das equipes da ESF em Campo Grande



Fonte: SESAU/CRAB, 2021.

Segundo o levantamento de dados realizado no ano de 2019, Campo Grande possui uma cobertura de 45,96% da ESF, o que equivale a 407.100 da população assistida nesse modelo, porém evidencia que ainda é insuficiente para atender a população do município ²².

O sistema de saúde local apesar de relativamente estruturado, apresenta fragilidades no que diz respeito a cobertura e acesso a população. Importante ressaltar que ao se identificar essas fragilidades é preciso levar para os espaços de discussões, como o Controle Social, para que nos momentos de debate sejam levantadas propostas e ações a fim de resolver a problemática, cobrando junto à gestão local as suas devidas responsabilidades.

A APS no município Campo Grande se organiza no modelo híbrido entre UBS e USF, sendo que o município ainda possui 3 (três) Clínicas da Família, o que traz um novo modelo de ambiência de espaço físico, com processos de trabalho bem estruturados, acesso avançado e qualidade em tempo terapêutico oportuno e resolutividade, conforme diretrizes da APS ²².

A APS do município deve ser organizada para ser preferencialmente a porta de entrada da população ao serviço de saúde, com a capacidade de fornecer acesso; ainda assim sua rotina atualmente não proporciona uma porta de entrada ampla e acolhedora ao usuário como previsto na sua concepção. Para tanto, deve coordenar e ofertar o cuidado para os outros níveis de atenção, deve ter centralidade na família, melhoria da qualidade de vida e propagar a promoção da saúde e atenção continuada.

Observa-se que Campo Grande ainda apresenta uma baixa cobertura de oferta de serviço de saúde, porém mais que a cobertura o que deve ser refletido é a qualidade dessa atenção não apenas a oferta do serviço, mas sim, o modo pelo qual ele está sendo ofertado como é a participação dos profissionais de saúde nesse processo.

Segundo dados da Coordenadoria da Rede de Atenção Básica (CRAB), embora as USF e UBS possuam o mesmo objetivo de ofertar o cuidado primário em saúde, elas apresentam diferenças importantes tendo em vista que a USF desenvolve trabalho multidisciplinar adotando o formato por equipes que respondem pelas famílias de um território delimitado. A atual gestão municipal em cooperação com o Laboratório de Inovação na Atenção Primária à Saúde (INOVAAPS) tende a expandir mais as ESF que o modelo tradicional.

É possível observar uma tendência de migração das UBS para o modelo de ESF, percebe-se que a metodologia de trabalho da ESF conta com ferramentas como o Projeto Terapêutico Singular (PTS), agenda integrada, apoio matricial, visita/consulta domiciliar e vinculação, garantindo assim a integralidade do cuidado e conseqüentemente, maior

resolutividade.

Importante frisar que o município de Campo Grande aderiu a todos os Pactos do SUS, o que o torna responsável por desenvolver a política de saúde no âmbito municipal, isto é, gestão plena, com o objetivo de atender as necessidades da população e ainda atender à população referenciada de outros municípios. Em âmbito micro e macrorregional, o que justifica ainda ter demandas reprimidas, uma vez que o município não consegue absorver tudo por ser a capital do estado e ao mesmo tempo por ter uma oferta importante no que tange a urgência e emergência e atenção hospitalar se apresenta como referência no âmbito estadual.

Observa-se que o comportamento de cobertura das duas iniciativas que organizam a APS no município supõe-se que a prioridade no município tem sido a ESF, o que permitiria segundo a Política Nacional de Atenção Básica incentivar que as equipes ESF tenham seu processo de trabalho organizado visando a ampliação do serviço de saúde como a maior resolutividade dos casos, com criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde como também realizar escutas qualificadas; informar, atender e encaminhar (referência e contrarreferência), isto que para que a rede se comunique e não se perca a integralidade do cuidado do paciente.

Conforme o CNES, o município de Campo Grande saltou de 33,2% de cobertura de equipes de saúde da família em 2017 para 75,3% em 2020, sendo destaque nacional e entre as 8 (oito) capitais com maior cobertura de saúde da família. Esta cobertura da área da saúde visa a prevenção a doenças e acompanhamento da população, porém ainda se tem muito a avançar e buscar 100% de cobertura, pois só assim os serviços de urgência e emergência serão desafogados.

Para tanto, observar-se que apesar dos esforços e o evidente avanço na cobertura da APS, todo esse processo traz ainda limitações, sejam elas em relação a organização, entraves com financiamento público, falta de insumos, qualificação profissional, infraestrutura deficitária, diferentes modelos de gestão sendo que todas essas lacunas apresentadas mostram que construir um modelo de atenção à saúde é um trabalho árduo que requer a integração de saberes e práticas, uma visão multidisciplinar, intersetorial, o conhecimento das políticas e campo de prática, o que permite um olhar integral e o cuidado centrado no usuário e nas famílias

23.

2.4 – Acolhimento e Acesso na Atenção Primária a Saúde no município de Campo Grande-MS

Partindo de um dos objetivos dessa pesquisa que é analisar os referenciais teóricos do dispositivo acolhimento e acesso na ESF no município de Campo Grande, tomamos como ponto de partida as políticas nacional, estadual, municipal e a residência multiprofissional.

Para esta compreensão faz-se necessário uma revisão a partir das políticas vigentes pelo Ministério da saúde em que se identificam duas áreas dedicadas ao tema sendo a Política Nacional de Humanização (PNH) e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Segundo a PNH, criada em 2013, entende-se por acolhimento em saúde o reconhecer da singularidade e a legitimidade que o usuário traz devido a queixa de saúde, sendo que neste espaço deve-se construir vínculos entre trabalhadores e usuário de forma coletiva; logo, o acolhimento é a relação de cuidado, entendido através de uma escuta qualificada com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços de saúde.

Observa-se que a última publicação do Ministério da Saúde referente à PNH foi no ano de 2015, através do Caderno Humaniza SUS- Saúde Mental, desde então não houve mais atualizações referente a esta política, o que faz refletir que ou essa agenda não é mais prioritária ou ela já foi plenamente superada.

O acolhimento parte do pressuposto de que o cuidado se produz com base no encontro entre o trabalhador e o usuário, mediado por atos assistenciais produzidos através do trabalho ²⁴.

Sendo uma diretriz da PNH, o acolhimento norteia ações como a oferta de acesso em tempo oportuno ampliando a efetividade das práticas de saúde, isto a partir de uma escuta qualificada ao usuário. O acolhimento pode ser uma estratégia para reestruturação no processo de trabalho na saúde, melhorando a forma de atendimento aos usuários, ouvindo as demandas, elegendo quais são as reais necessidades dos pacientes, assumindo assim uma postura acolhedora capaz de escutar de forma qualificada, e com isso dar a devolutiva adequada com maior resolutividade e responsabilização ²⁵.

Nesta perspectiva, é possível observar que a PNH tem por objetivo a mudança na forma de oferta do cuidado a esses usuários, estimulando mudanças no processo de trabalho entre atenção e gestão e tende a possibilitar ações para reorganização dos serviços de saúde.

A PNAB (2017) descreve que a participação no processo de acolhimento é atribuição de todos os profissionais da equipe de saúde da APS, devendo ser priorizada a escuta qualificada com vistas a estabelecer vínculo com os usuários proporcionando atendimento humanizado, deste modo os profissionais devem assumir uma postura acolhedora ²⁶.

Falar de acolhimento nos serviços de saúde, principalmente na APS não é tarefa fácil, pois envolve interesse de todos, desde o trabalhador ao usuário e requer envolvimento da equipe para implantação deste serviço assim como uma prática multiprofissional ²⁷.

Na APS o acolhimento deve ser um mecanismo indispensável no fazer profissional, porém é possível observar que esse processo é recente e foi implantado juntamente ao modelo de trabalho adotado pelas equipes de ESF.

O acolhimento visa conhecer as reais necessidades dos clientes e tentar resolvê-las de forma rápida e eficaz, diminuindo as filas nas recepções dos serviços, proporcionando aos usuários uma assistência de qualidade e contribuindo, em totalidade, para a humanização no serviço ²⁵.

Na APS, o acolhimento pode ser entendido como a ampliação e facilitação de acesso, como dispositivo de reorganização do processo de trabalho, como uma postura de cuidado por meio da qualificação da relação entre usuários e profissionais, pautados em ações de cidadania e construção de vínculos ²⁸.

O acolhimento deve ser dispositivo de promoção e ampliação de acesso dos usuários aos serviços de saúde, devendo ser resolutivo de acordo com a demanda que o usuário apresenta e pressupõe o comprometimento da equipe em receber essas demandas e fazer os devidos encaminhamentos na unidade ²⁹.

É importante salientar que o acolhimento deve se dar durante todo o tempo que o usuário permanecer na unidade de saúde, sendo que é necessário estabelecer relação de confiança entre usuário e sua equipe assim com os demais profissionais, a construção de vínculo na APS é mecanismo de cuidado essencial ^{30,31,32}.

A mudança do foco assistencial da doença para o ser humano é essencial para que se estabeleça o acolhimento, e para que seja realizado um atendimento humanizado e acolhedor, o profissional foca o indivíduo integralmente; o objeto de trabalho não é a doença, e sim o paciente de forma global. Este formato de atendimento busca cada vez mais acabar com a fragmentação dos atendimentos na APS ²⁵.

Pode-se afirmar que o acolhimento, pelo fato de possibilitar a humanização do atendimento, sugere a garantia de acesso entendido como ingresso e apropriação do serviço de

saúde oferecido, sendo que os encaminhamentos corretos garantem a resolução dos casos de forma efetiva e feedback positivo à equipe de saúde³⁰.

O acolhimento deve ser visto como atitude e tecnologia de cuidado e mecanismo que busca a ampliação do acesso, sendo dispositivo de (re)organização do processo de trabalho, principalmente ao que diz respeito à vinculação e responsabilização. É possível chegar à conclusão que não existe uma única e melhor forma de acolher a demanda espontânea para todos os contextos²⁸.

No município de Campo Grande a primeira USF foi implantada no ano de 1999, no Distrito Norte, sendo a unidade de referência Marabá, sendo que essa implantação se deu devido a gestão municipal perceber a importância desse novo modelo de oferta de saúde.

A ampliação da ESF tem por consequência a melhor oferta de serviços de saúde a população, pois aumenta o acesso aos serviços como aos tratamentos odontológicos, controles de doenças infecciosas, sendo que esse acesso deve ser garantido aqueles grupos de pessoas que mais precisam, idosos, pessoas em situações de vulnerabilidades e crianças.

A orientação da ESF é não ter a centralidade no cuidado médico, mas sim evidenciar o trabalho multiprofissional que para uns também avança para o trabalho interprofissional com o intuito de fortalecer e estimular a autonomia do cuidado desses usuários e garantir que o princípio da integralidade seja contemplado, uma vez que a atenção vai perpassar por diversas áreas profissionais³³.

Diante disso, fica evidente a importância da USF estabelecer o acolhimento nos seus serviços, pois passa a resolver os problemas de seus usuários com mais agilidade, sendo que os profissionais devem se envolver neste processo independente da sua formação. Durante a escuta qualificada, o profissional se compromete e se responsabiliza a dar uma resposta para o problema, buscando atender as necessidades apresentadas pelo usuário, ofertar os serviços de saúde encaminhamento responsável e resolutivo na demanda não resolvida.

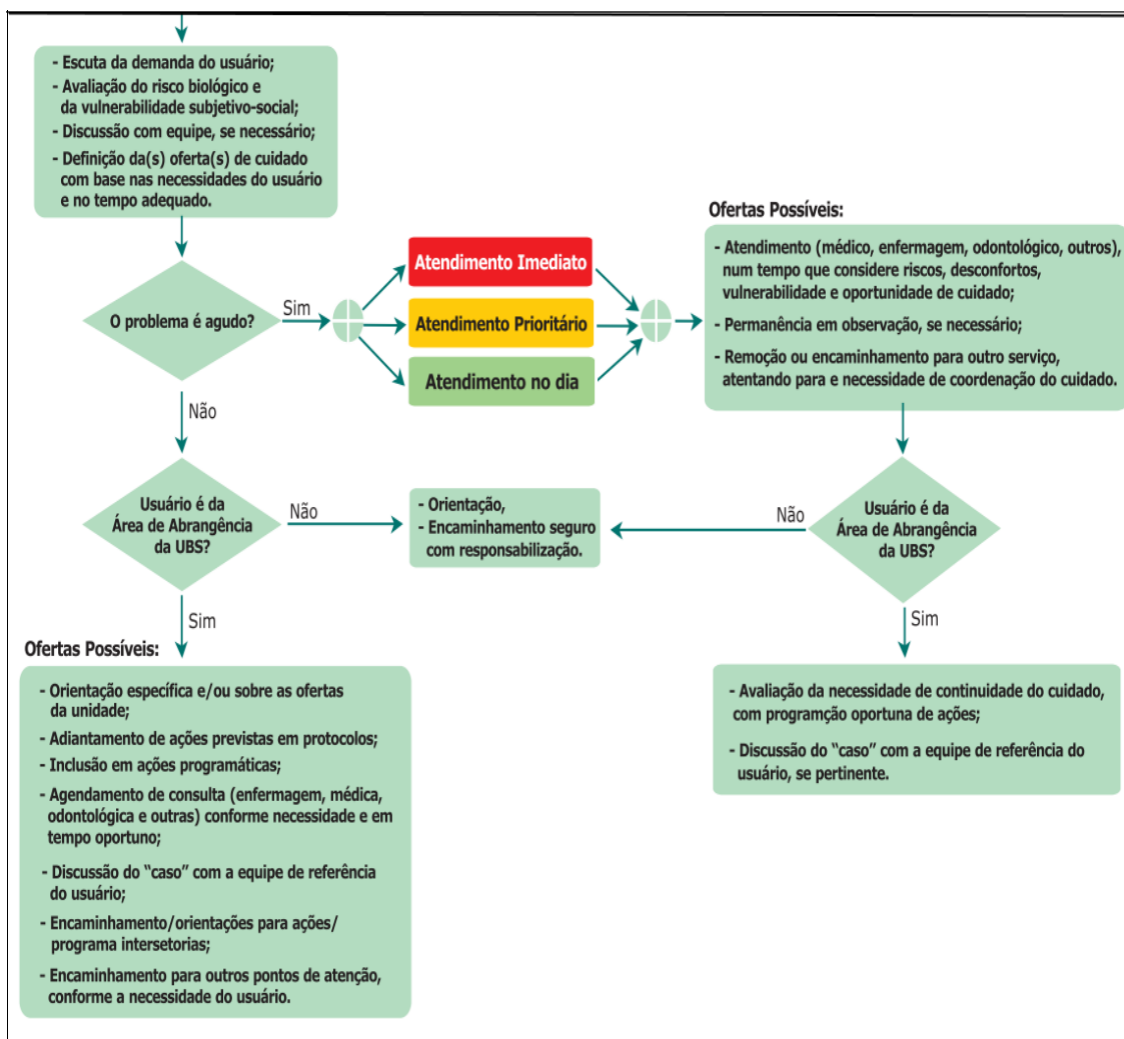
Para tanto, a implantação deste serviço em unidades de saúde da APS tem sua relevância pois é partir deste dispositivo que é possível constatar, com mais precisão, os problemas de saúde que acometem a população que busca atendimento na unidade, sendo que todo esse processo se torna um desafio, a reorganização do processo de trabalho, pressuposto para a implantação do acolhimento³⁴.

O Ministério da Saúde propõe no Caderno nº28 sobre o tema do acolhimento, à demanda espontânea na APS que contemple adequadamente tanto a agenda programada quanto à demanda espontânea, além de abordar as situações considerando as especificidades

de suas dinâmicas e o tempo, o que contribui significativamente para a qualificação e ampliação do acesso ³⁵.

O município de Campo Grande usa como guia orientador para o fluxo de acolhimento na APS, o caderno nº 28, sendo que é proposto o acolhimento como mecanismo de ampliação e facilitação do acesso, sendo que esta pesquisa entende que o acolhimento é um dispositivo que oportuniza o acesso aos serviços de saúde.

Figura 4 - Fluxo de acolhimento na Atenção Primária à Saúde



Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

Ao longo de algumas gestões estaduais houve a opção da implantação do acolhimento, porém na urgência e emergência, onde foram priorizadas oficinas formativas para trabalhadores e gestores com destaque na identificação de critérios de classificação de risco,

colocando o estado como referência no cenário nacional ^{36, 37}.

O acesso na APS deve ser uma questão central de discussão, uma vez que a oferta desse serviço de qualidade em tempo oportuno é um dos principais aspectos das políticas públicas de saúde, sendo um desafio posto a toda a equipe de saúde.

Ainda o acesso é considerado um dos atributos essenciais para o alcance da qualidade dos serviços de saúde, sendo que questões organizacionais como tempo de espera para agendamento de consultas, agenda flexível, facilidade em realização de exames, atendimento às demandas espontâneas de acordo com a queixa do usuário são essenciais para a garantia da qualidade na APS. Embora qualquer serviço de saúde possa apresentar diferentes formas de acesso, é na APS que se encontra a principal porta de entrada no SUS ¹⁰.

Em Campo Grande, a garantia do acesso deve ser realizada através do acolhimento com a prática da relação de cuidado, nos encontros reais entre os trabalhadores de saúde e usuários, uma vez que grande parte das queixas dos usuários podem ser resolvidas na APS, utilizando as modalidades de tecnologias leves-duras (protocolos, conhecimentos) e duras (materiais, equipamentos), que podem e devem estar disponíveis durante os atendimentos ²².

O acolhimento na APS em Campo Grande está posto como forma de inclusão dos usuários, na medida que presume que não apenas alguns grupos populacionais (portadores de doenças mais prevalentes, idosos, crianças) sejam beneficiados do trabalho das equipes de saúde, mas também todas aquelas pessoas que não apresentam nenhum dos critérios já tidos como padrões para atendimento²².

O acolhimento na APS no município tende a organizar o fluxo do usuário ao adentrar no serviço sendo que nesta perspectiva o mais importante é que os trabalhadores responsáveis por realizar as escutas de demandas que surgem espontaneamente (sem agendamento prévio) precisam ter a habilidade de analisar, identificar os riscos e dar a resposta para o usuário de forma clara, ofertando o cuidado disponível na USF, buscar o diálogo com a equipe multidisciplinar e ser resolutivo .

O trabalho em equipe na APS deve estar relacionado com a prática profissional, onde diferentes categorias se integram, trocam experiência e se articulam com os outros serviços, pois só assim o cuidado será efetivo com qualidade da atenção à saúde ³⁸.

Para fazer o acolhimento é necessário ter um olhar para os riscos e fragilidades que o usuário traz, uma vez que a presença de situações causadoras de vulnerabilidades, sejam elas riscos sociais ou não, podem ser necessárias a intervenção no mesmo dia, isto é esse usuário

deve passar por atendimento médico ou multidisciplinar, ou quando necessário ofertar o agendamento para matriciamento e nos casos mais complexos a construção de PTS, isto é, em curto prazo²².

A avaliação destes riscos e vulnerabilidades devem ser consideradas de forma dinâmica, uma vez que podem ocorrer mudanças na intensidade e ou grau do risco de um usuário estando na unidade e após sua saída. Deve-se ter o olhar sensível às demandas apresentadas pelos usuários uma vez que é no momento de sofrimento que é construído ou é fortalecido os vínculos, sendo que o ato de conhecer este usuário, sua história, colabora para identificação do problema e o devido acompanhamento, evitando muitas vezes condutas desnecessárias.

O acolhimento apresenta-se como recurso importante para a oferta do cuidado primário em saúde com a finalidade de promover a desmedicalização, o acolhimento pode estar presente em diferentes realidades e modalidades de AB, permitindo agregar novos personagens nesse trabalho, a partir do apoio dos gestores às equipes de saúde e o diálogo com os usuários¹⁹.

A prática de acolhimento deve ter como propósito a não limitação de acesso a ciclos de vida ou programáticos; deve criar maneiras de lidar com o imprevisto, assumindo uma postura de atitude e cuidado, deve oportunizar a escuta qualificada e interação entre usuário e equipe de saúde e que não pode ser confundido com triagem^{60,62}.

Visto a necessidade de melhorar o acesso na APS no município a gestão busca parcerias sendo que com essa perspectiva, o projeto INOVAAPS foi implantado em Campo Grande-MS com o objetivo de apoiar ações cientificamente embasadas e aplicáveis na prática, principalmente pela inovação de tecnologias assistenciais, de gestão e de comunicação, com o intuito de fortalecer a APS no âmbito do SUS nesta capital.

Esse projeto de cooperação se deu devido o olhar da gestão para APS sendo que apesar do sistema de saúde local ser estruturado, verifica-se a necessidade de superar as fragilidades até então apresentadas referente aos atributos da APS, como também o número de cobertura pela USF e a formação profissional.

O projeto propõe a reorientação do modelo assistencial com reorganização dos processos de trabalho na APS, qualificando as práticas, bem como o processo de aprendizagem no cotidiano do trabalho, abrangendo a formação em pós-graduação em saúde - nível de residência. Desta forma, almeja-se a produção de conhecimento e tecnologias que contribuam para suprir a lacuna de profissionais com perfil voltado para a APS.

2.5 – O Acolhimento na APS em Campo Grande a Partir da Contribuição do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família

A Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande (SESAU), em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), buscou junto ao Ministério da Saúde (MS) o apoio para planejar e implementar no município o projeto de formação profissional a nível de Residência Multiprofissional na APS ²³.

Tal projeto obteve êxito no ano de 2019, onde foi firmado Termo de Cooperação Técnica entre as instituições tendo por objetivo desenvolver ações estratégicas em comprimentos aos atributos da APS como também os princípios e diretrizes do SUS.

A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) é modalidade de ensino de pós-graduação que exige regime de dedicação exclusiva voltada para a Educação e Serviço, sendo que deve ser realizada sob supervisão docente assistencial da área correspondente com intuito de formar especialistas em diversas categorias da área da saúde, exceto medicina. O programa tem duração mínima de dois anos.

A Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, em seu Artº 13, institui a Residência em Área Profissional da Saúde, tendo por objetivo principal a inserção qualificada de jovens profissionais no mercado de trabalho em áreas prioritárias do SUS³⁹.

A categoria de pós-graduação *lato sensu* nos programas de residência multiprofissional em saúde propõem a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional, observando a necessidade de qualificação de todas as profissões na área da saúde, uma vez que é previsto uma série de ações que possibilitem a atenção integral à saúde, dando enfoque especial à APS ³⁹.

As Residências Multiprofissionais em Saúde da Família, são importantes instrumentos de práticas para as políticas de saúde no SUS, tendo em vista a reorientação do modelo de atenção em saúde no país assim como no município com base na AB e nas diretrizes da ESF que demanda construção de vínculos, acolhimento e o conhecimento do território⁶¹.

A RMS pretende ser uma nova estratégia para políticas de educação permanente que foque categorias profissionais não médicas da área e favoreça a produção das condições necessárias para mudanças no modelo médico-assistencial restritivo, ainda hegemônico, de atenção à saúde ³⁸.

Por mais que seja evidente a importância da discussão sobre a formação de profissionais para atuarem no SUS, é essencial identificar os melhores percursos para os profissionais já

inseridos no sistema e minimizar os efeitos de uma possível formação insuficiente e buscar formas de garantir que suas práticas atendam aos desafios da implementação do SUS em âmbito municipal.

Deste modo, a residência configura a possibilidade de mudanças de práticas dos profissionais já inseridos nos serviços estimulando-os a reflexão do fazer profissional com intuito de reorientar sua prática de acordo com as demandas do SUS.

A formação da equipe multiprofissional e interprofissional deve envolver a estratégia de agrupar os residentes em equipes com categorias diferentes, sendo que essa equipe de residentes integra uma equipe preceptora e permanece durante os 2 (dois) anos de residência vinculado a este cenário de prática ⁴⁰.

A presença das residências possibilita a ampliação de qualificação profissional de trabalhadores da saúde, diante disso o município de Campo Grande com olhar sensível identificou a necessidade de expansão e qualificação da sua rede APS e buscou estabelecer parceria através de uma cooperação técnica com a Fiocruz e o MS, o que resultou na elaboração de uma iniciativa com esta LABINOVAAPS.

O projeto INOVAAPS visa ampliar a oferta de programas no centro oeste e o papel da Fiocruz neste processo é a democratização da oferta de residências multiprofissionais, para tanto se faz necessário pensar em uma rede de formação que objetiva contribuir para a transformação e o aprimoramento da organização do trabalho em saúde e que integre os trabalhadores de saúde ⁴⁰.

Importante ressaltar que a Fiocruz, até o ano de 2019, ofertava exclusivamente seus próprios programas de residências tendo esse cenário alterado visto essa cooperação com o município de Campo Grande. O município foi privilegiado com essa parceria uma vez que através dessa iniciativa se deu a primeira turma de Residência Multidisciplinar em Saúde de Família e Comunidade, contemplando os cursos de: Enfermagem, Serviço Social, Odontologia, Psicologia, Fisioterapia, Educação Física e Farmácia.

Salienta-se que a unidade ofertante, credenciada pelo MEC é a SESAU, identificou a necessidade de formar uma equipe responsável pelo desenvolvimento do novo programa visto o número de vagas (77) e o tempo reduzido de implantação articulado às demais iniciativas de qualificação da APS no município.

Após a implantação do projeto e sua organização pontos de avanços já podem ser identificados, tais como: ampliação do acesso da população aos serviços de saúde, sendo que isso só se deu pela oferta de ações e serviços centrados nas necessidades da população com a

criação de instrumentos inovadores, como a Carteira de Serviços da APS e a Caderneta do Usuário.

É possível supor que a novidade possa muitas vezes causar receio por eventualmente trazer potenciais riscos, porém, mesmo com as dificuldades enfrentadas com todo esse novo projeto de implantação a cobertura da ESF no município cresceu consideravelmente.

É necessário refletir que a ampliação da cobertura não necessariamente implica acesso aos serviços. Trata-se de atributos distintos e necessitam de avaliações específicas, considerando as iniquidades territoriais, principalmente aquelas que envolvem vulnerabilidades²³.

Outro progresso que pode ser citado é quanto ao sistema de regulação, SISREG, que antes não era operacionalizado pelos profissionais médicos e enfermeiros da APS, sendo seu manejo realizado apenas por uma central de regulação e pelo setor administrativos que inseriam os encaminhamentos nas recepções das unidades de saúde. Hoje os profissionais têm acesso ao sistema e podem operacionalizar o mesmo de forma resolutiva no momento do atendimento. Fica claro que essa descentralização tem por objetivo a garantia de acesso de maneira oportuna aos usuários do SUS.

Visto isto, houve alguns problemas apontados pelos profissionais de saúde durante esse processo de implantação do projeto foram quanto à ambiência, infraestrutura das unidades e a falta de insumos. Diante dessa situação foram planejadas ações e já estão sendo instituídas com a finalidade de promover melhorias na estrutura e financiamento das equipes de saúde envolvidas²³.

A ambiência na saúde é preconizada pela PNH, sendo que se refere ao tratamento dado ao espaço físico, entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana. A seguir, será apresentada a metodologia utilizada para a realização deste trabalho.

3. METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa, através de uma análise documental. A pesquisa qualitativa pretende entender e esclarecer as dinâmicas das relações sociais, trabalha com conjunto de conceitos de valores e atitudes, motivos, opiniões e crenças, isto é, não se preocupa em quantificar a realidade apresentada ⁴¹.

Ainda deve-se trabalhar com o aprendizado, experiências com o entendimento dos processos, das relações e dos fatos da ação humana real. A tabela abaixo sintetiza a relação entre os objetivos desta pesquisa e a estratégia de coleta de dados e sua análise.

Tabela 2 - Síntese do Desenho da Pesquisa

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATÉGIAS DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS
Descrever a APS em Campo Grande;	Busca de fontes, com identificação e levantamentos dos documentos compostos por publicações, portarias e leis municipais entre outros materiais escritos. Análise documental dos materiais selecionados correlacionando com o referencial teórico da APS.
Analisar os referenciais teóricos do dispositivo acolhimento e acesso na APS no município de Campo Grande;	Correlacionar os referenciais teóricos do acolhimento com o conjunto de políticas e documentos governamentais publicizados.
Analisar a reorganização do acolhimento na APS em Campo Grande a partir da cooperação do Programa de Residência multiprofissional em Saúde da Família	Análise documental dos materiais que discorrem sobre o Programa de Residência Multiprofissional em Campo Grande, correlacionado com o referencial teórico sobre acolhimento e acesso na APS.

Fonte: A autora, 2021

A análise documental trata-se de uma metodologia de pesquisa onde o pesquisador deve ter a capacidade de identificar, interpretar e tratar as informações buscando sempre a compreensão e vinculação com sua fonte de origem. Ainda na pesquisa documental vale-se da análise de materiais que ainda não foram tratados ⁴².

Alguns aspectos são importantes e merecem destaque nesse processo de construção da pesquisa documental, dentre eles: o contexto em que está sendo produzido, a autenticidade e a

confiabilidade, o autor, as motivações e natureza do texto e a lógica interna do texto ³⁵.

A escolha dessa análise tem por objetivo extrair dados de documentos que não se limitam apenas aos materiais escritos, podendo ser utilizados fontes como vídeos, slides, apresentações, dos quais serão retiradas as informações de acordo com os objetivos desta pesquisa.

Tabela 3 - Síntese dos Documentos de Pesquisa

FONTE	CONCEITOS
POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (2015) - MINISTÉRIO DA SAÚDE	Relação interpessoal(construção de vínculo- equipe e usuário); Facilitador do acesso segundo a classificação de risco ao serviço de saúde; Promover resolutividade e continuidade do cuidado; Autonomia; Co-responsabilidade no cuidado, Transversalidade do cuidado; Criação de locais acolhedores e confortáveis(ambiência);
PNAB(2017) - MINISTÉRIO DA SAÚDE	Escuta qualificada, classificação de risco, avaliação da necessidade de saúde do usuário e vulnerabilidades; Resolutividade; Atendimento humanizado; Continuidade do cuidado, vínculo; Longitudinalidade do cuidado.
SESAU - CADERNO 28, ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA; APRESENTAÇÕES CRAB;	Acolhimento como postura, atitude e tecnologia de cuidado. Criação e fortalecimento de vínculos; Proximidade física; conhecer o usuário, identificar o problema e realizar o acompanhamento; Dispositivo de reorganização do processo de trabalho; Ações em conjunto: usuários, trabalhadores e gestores;
RESIDÊNCIAS - LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO	Qualificação do acolhimento; Ampliar a atuação clínico assistencial de todas as categorias profissionais das equipes de APS; Maior resolutividade das ações; Reorganização do processo de trabalho; Coordenação do cuidado; Acolhimento por equipe Vigilância em saúde no território;

Fonte: A autora, 2021.

A tabela apresentada traz uma síntese dos materiais que foram selecionados pois contemplavam os objetos de pesquisa, desde as políticas mais amplas a documentos municipais e apresentações envolvendo a temática, sendo que foram consultados os referencias teóricos

que tratam sobre acolhimento, APS, residência multiprofissional, e a relação e diálogo entre os temas.

3.1 – Local do estudo

Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande-MS;

3.2 Limitações do estudo

As limitações da pesquisa de análise documental estão mais associadas ao acesso aos documentos, ou seja, se as informações estão protegidas ou não disponíveis ao público. Outra dificuldade encontrada foi o fato de não haver muitos documentos publicados sobre a temática de acolhimento na APS no município de Campo Grande.

3.3 Universo

APS de Campo Grande;

3.4 Aspectos Éticos

De acordo com a Resolução Nº 466/2012 e a Resolução Nº 510/2016, embora toda a pesquisa envolvendo seres humanos deva ser apreciada por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), para que receba sua aprovação e possa iniciar a coleta de dados, a presente pesquisa utilizou o método de análise documental, acessando apenas dados de domínio público, sem envolvimento de seres humanos. Dessa forma, não necessita de apreciação por parte do CEP, sendo necessário apenas ser submetido ao comitê de ética em pesquisa - SESAU Campo Grande - MS.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa bibliográfica resultou em 115 artigos, sendo que 30 destes atenderam aos objetivos propostos, sendo selecionados inicialmente a partir da análise crítica do resumo. A maioria das publicações ocorreu entre 2010 e 2020, diante disso foi observado que o índice de publicações sobre o tema “acolhimento” tem sido baixa nos últimos dois anos.

Quanto ao tipo de pesquisa, identifica-se que a maior parte dos estudos são de caráter qualitativo, correspondendo à 24 (80%) e os demais são estudos quantitativos 6 (20%). Após a leitura na íntegra e sistematização das informações sobre temas e eixos, 3 grupos de discussão podem ser destacados: o processo de implantação do acolhimento, o acolhimento na perspectiva profissional e o acolhimento na perspectiva do usuário.

Para o tema de acolhimento, 14 artigos (42%) priorizam elementos conceituais e orientações técnicas, que discutiram aspectos relacionados ao processo de implementação do acolhimento. Existem dois métodos para avaliar o texto: receber uma experiência de implementação bem-sucedida e avaliações inconsistentes sobre como entender e executar o acolhimento. Duas modalidades podem ser observadas a partir do acolhimento: a primeira é mais pontual, baseada nas necessidades espontâneas, respeitando a ordem de chegada, a segunda é baseada no atendimento integral, vertical e multiprofissional.

O acolhimento é entendido como um método de escuta qualificada para fornecer respostas, entretanto, alguns estudos mostram que, na prática, o acolhimento se limita aos atendimentos pontuais e de urgência^{17, 43, 45, 46}. Portanto, o acesso e a atenção às reclamações são limitados.

Por outro lado, o acolhimento não é vivenciado em um momento específico do processo de trabalho, mas vivido plenamente no contexto de diferentes intervenções¹⁶. A imprecisão pode ser percebida nos diferentes modelos organizacionais de operacionalização da área de recepção da UBS.

Quanto ao local de recepção, menciona-se que se encontra em um espaço distinto, como: recepção; sala de espera, sala de enfermagem ou sala de vacina; local de consulta de enfermagem; porta de entrada da unidade; ou, ainda está no ambiente de atividades fora da unidade de saúde e/ou visitas domiciliares¹⁶. Esta questão da atmosfera da unidade é baseada nas diretrizes da PNH. A visita domiciliar é considerada um método de acolhimento e pode compreender melhor o usuário e sua integração na comunidade, promover o contato e explicar a importância da visita domiciliar no processo de acolhimento⁴⁷.

Como obstáculos para a efetivação do acolhimento no serviço, destacam-se: limitações estruturais, elencadas pela estrutura física insuficiente da unidade e escassez de profissionais; algumas questões éticas, como falta de privacidade e sigilo na interação profissional do usuário; falta de escuta e compromisso. Devido à falta de condições básicas para receber os usuários e ao desrespeito aos seus interesses particulares e necessidades pessoais, o acolhimento é suprimido ^{45, 46, 48..} A organização do número de profissionais impacta negativamente tanto os usuários (sem acesso a serviços verdadeiramente eficazes) quanto os trabalhadores (por exaustão, fadiga e fraqueza). Servir a todos com os mesmos padrões de qualidade pode causar insatisfação entre os dois participantes do processo de boas-vindas ⁴⁶.

Os assuntos envolvidos na prática precisam ser apoiados por um bom desempenho. Em estudo realizado no município de Campo Grande, foram definidas estratégias para melhorar a acessibilidade e humanização do acolhimento: implantação de sistema de agendamento (consultas permanentes, consultas telefônicas, criação de listas de espera); constituição de equipe multiprofissional de acolhimento; avaliação de prioridades; direção do fluxo e educação permanente da equipe, incluindo seminários de conscientização ⁴⁹.

A alta demanda não está relacionada à falta de vagas, mas sim à interrupção do plano de ação.

A visão de que o longo tempo de espera é uma característica cultural da população tem sido questionada. Portanto, percebe-se que, quando estratégias de organização do serviço promovem a visita do usuário por meio de iniciativas criativas, pode-se aumentar sua satisfação e, assim, melhorar a assistência prestada. Uma estratégia baseada na tentativa e erro não pode garantir a qualidade do serviço, nem satisfazer os usuários, nem a interação harmoniosa e saudável entre os profissionais ^{50,51}.

Nesta perspectiva o acolhimento é uma espécie de dispositivo humanizado que tem potencial para reduzir a demanda reprimida, oferecer mais serviços e responsabilizar toda a equipe pelo atendimento e satisfação dos usuários. Além disso, também pode desencadear mudanças nas práticas de saúde ^{48,49,50,52}. Há ressalvas quanto a essa reorganização da prática, portanto, essa descentralização que considera o sujeito médico como protagonista da enfermagem ainda precisa ser sensível aos usuários que não aceitam integralmente o papel de uma equipe multiprofissional.

Se implementado de forma desestruturada, pode gerar conflitos e dificultar os esforços de comunicação, principalmente pela desvalorização de suas atividades. Em um ambiente que não está tecnicamente preparado para lidar com esses impasses, os profissionais podem ficar sobrecarregados. Embora a experiência positiva mostra que existe um bom grau de aceitação

nos aspectos interdisciplinares e atende aos objetivos de aceitação e PNH.

Em relação às opiniões dos profissionais, 7 artigos (21%) foram selecionados para esta discussão. Dentre os discursos mais discutidos no texto, cinco temas relacionados se destacam: "o significado e o conceito dos profissionais"; "profissionais que realizam o acolhimento"; "características e capacidades"; "acolher facilitadores" e "dificultam os usuários fatores aceitáveis". Para o profissional, a aceitação do usuário é uma prática de acolher o usuário por meio de atitudes e comportamentos atenciosos, é dar atenção especial e considerar o cuidado integral e humanizado para ter a responsabilidade do cuidado, seja para resolver problemas ou fazer transferências necessárias.

Porém, ainda é possível perceber as falas de profissionais que acreditam que o acolhimento está relacionado à prática de triagem, na qual os usuários são selecionados, encaminhados, orientados ou aprovados, ou ainda pode ser interpretada como um fluxo de trabalho agilizado e permitir que o mesmo usuário tenha acesso ^{55,56}. Essa percepção dos profissionais tem levado a um empobrecimento da prática de acolhimento no seu real sentido que é acolher e acatar a demanda do usuário sem imposição de práticas excludentes ⁵⁷.

Em estudo realizado com profissionais de unidades de saúde do Nordeste, eles relataram que o acolhimento é um fator importante que auxilia na organização do fluxo de trabalho e das necessidades, pois, apesar das dificuldades e obstáculos, pode produzir, a fim de compreender mais amplamente as necessidades de saúde dos usuários. O conceito de saúde-doença pode ser transformado³. Estes conceitos fornecidos pelos profissionais estão em consonância com a PNH. O conceito de acolhimento é baseado no acolhimento dos usuários. Somente quando eles entram no sistema é que eles se responsabilizam por eles. Por meio de uma escuta qualificada, os indivíduos podem expressar suas insatisfações e preocupações ^{13,58,59}.

É também recomendado como elo entre as necessidades do usuário e as diversas possibilidades de cuidado¹. É um recurso destinado a apoiar a qualificação do sistema de saúde, pois permite que os usuários obtenham uma atenção justa, ampliada e integral a partir do reconhecimento de que esse acesso é um direito humano básico ⁴⁸. Por meio da análise do texto selecionado, os principais profissionais citados no processo de acolhimento são: auxiliares/técnicos de enfermagem, gerentes/gestão, enfermeiros, médicos, dentistas e demais profissionais não relacionados à saúde.

Dentre os fatores que promovem e dificultam a prática do acolhimento, pode-se observar que, aos olhos dos profissionais, inúmeros são os obstáculos para o acolhimento. O acolhimento sempre foi um desafio permanente e cheio de tensões. Para a autora, é necessário investir em

formas de aceitar as diferentes formas de os usuários buscarem ajuda, respeitando as particularidades e necessidades de cada um ⁴⁵.

Do ponto de vista da percepção do usuário, por meio da análise de 9 artigos (27%), três temas dominantes podem ser sistematizados na fala do usuário: "os usuários abraçam o conhecimento"; "percepção/sentimento"; e "acolhimento acessível". Pela análise da percepção dos usuários, pode-se perceber que associam o acolhimento à boa aceitação da equipe (bom atendimento), a orientação das consultas médicas, o fornecimento de medicamentos e a resolução dos agravos à saúde. E vincular o acolhimento aos cuidados prestados por uma equipe multiprofissional.

Quanto à acessibilidade do acolhimento, pode-se observar que os usuários veem a visita como prestação de ações e serviços, efetivo acolhimento administrativo e estabelecimento de contato com os profissionais. A percepção do acesso aos serviços de saúde está relacionada ao espaço geográfico, ou seja, ocorre por meio da filiação dos usuários e do bom relacionamento com os profissionais, o que por sua vez está relacionado à satisfação com os serviços de saúde ⁵³. A percepção e a satisfação do usuário com o serviço podem interferir na acessibilidade e no estabelecimento do vínculo, o que pode dificultar a coordenação do atendimento pela equipe e refletir na qualidade do serviço, e reforçam o conceito de que coesão, perseverança e atuação profissional estão relacionadas ao acolhimento ⁵⁹.

O acolhimento como uma das diretrizes da PNH precisa estar em suas dimensões éticas (atenção para ouvir e atentar para as diferenças), política (compromisso com os usuários envolvidos nas conexões institucionais da rede), sendo que pensar em humanização e acolhimento está além do pensamento visível, está mais corporificado na sensibilidade das relações, no compartilhar e na construção de um trabalho multiprofissional⁶³.

A política que orienta o trabalho da saúde pública no Brasil para que o SUS aconteça em sua essência, tem o acolhimento como um dos eixos centrais. Uma das diretrizes da PNH é estabelecer formatos de recebimento e inclusão de usuários para melhorar os serviços, reduzir filas, priorizar riscos e permitir o acesso a outros níveis do sistema. Ressalta-se que acolhimento não é sinônimo de triagem de consulta médica, mas escuta qualificada, valorizando as queixas dos usuários e garantindo os encaminhamentos necessários para os casos, que podem ser traduzidos em respostas resolvidas pela própria unidade, e o que não deve ser encaminhado de forma resolutiva a fim de garantir o acesso aos usuários a todos os níveis de atenção em saúde ^{64,65}.

Conforme visto no decorrer deste trabalho, a PNAB 2017 também reconhece o papel

dos gestores da atenção básica e recomenda que os mesmos sejam incluídos na equipe dependendo das necessidades locais, sendo que vários estudos relatam a importância destes profissionais na composição das equipes de atenção primária.

Observou-se ainda que a implantação ou reorganização do acolhimento na APS no município de Campo Grande, visto a cooperação do Programa de Residência Multiprofissional, melhorou a oferta de serviços de saúde, pois houve um aumento considerável de equipes na APS, sendo que essa combinação veio para auxiliar na redução das desigualdades na oferta de ações e serviços na APS.

Com isto, pode-se entender que a cooperação entre a gestão municipal, o Programa de Residência Multiprofissional e o Laboratório de Inovação na Atenção Primária à Saúde (INOVAAPS), tem sido de grande valia para o município uma vez que, várias ações já foram desenvolvidas tais como: produção da Carteira de Serviços da APS, criação da Caderneta do Usuário, reorganização do processo de trabalho do sistema de regulação da SESAU – SISREG – com vistas à integração com a APS, dentre outros benefícios.

Portanto, partindo do pressuposto, entender o dispositivo de acolhimento na APS no município de Campo Grande não é tarefa fácil, pois ainda existem poucos documentos, portarias, decretos publicados no município, porém as políticas nacionais são as que embasam e orientam a organização deste dispositivo. Porém, deve-se ter como guia norteador que atenção primária em saúde tem por objetivo a promoção em saúde, a integralidade, a coordenação do cuidado, sendo que deve promover a educação em saúde para os usuários e buscar cada vez mais diminuir as lacunas existentes nos sistemas de saúde.

5 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que, o acolhimento é um método desenvolvido para colaborar com a qualificação do sistema de saúde, permitindo que os usuários recebam um atendimento justo e integral de caráter multidisciplinar e intersetorial. É uma ferramenta que possibilita ao SUS implementar seus princípios constitucionais.

No entanto, ainda é necessário limitar seu método de desenvolvimento, pois se funcionar de forma desconectada e pontual, pode ser reduzida a uma atividade de pura triagem e privada de sua função principal: a humanização. Portanto, se for implementada de forma isolada, seu objetivo não será alcançado. Mesmo considerando que cada serviço tem sua particularidade e personalidade, também é necessária uma certa forma de organização do serviço que deve ser pautada por normas, principalmente como incentivos à educação continuada. Os serviços precisam ser auto organizados para fornecer serviços de acolhimento, e não o contrário.

Uma consideração para a opinião de profissionais e usuários é que quando se observa que existem mais obstáculos para a realização dessa atividade do que seus pontos positivos e estimulantes, os benefícios dos exercícios de acolhimento acabam não sendo relevantes como deveriam ser. Obviamente, o ambiente desfavorável e tantos outros pontos apontados na análise dificultam, mas o comportamento humanizado vai além das atividades cotidianas e deve ser considerado um fator inerente à prática profissional. É necessário estudar métodos ou estratégias para sistematizar o acolhimento das unidades de APS no município de Campo Grande, ou é preciso divulgar a experiência positiva dos profissionais na prática, e se estes realmente impactam na qualidade do serviço e na satisfação do usuário, entender que este é o toda a organização de serviços "peças essenciais". A cooperação do Programa de Residência Multiprofissional neste cenário de prática veio justamente para ampliar o acesso e qualificar os profissionais.

Por meio desta pesquisa, observou-se que as práticas de acolhimento em saúde no município tendem a se organizar para atender toda população e não para grupos específicos, sendo que é na APS que se promove o encontro do usuário com sua equipe a qual busca a construção de vínculos considerando a possibilidade de realização de uma promoção em saúde, resolutividade e acesso aos serviços de saúde.

Embora tenham havido avanços na implantação do SUS nos últimos anos, onde a APS desempenha um papel importante, ainda existem desafios a serem superados, com foco nas dificuldades de acesso das pessoas aos serviços de saúde. Quanto ao apoio ao usuário, esta

pesquisa confirma que se por um lado os usuários buscam resolutamente o atendimento médico, por outro também existem profissionais de saúde que não conseguem responder com os instrumentos e recursos de trabalho disponíveis e recomendados, o que prova claramente que a implantação do processo de acolhimento é repleta de conflitos e contradições.

Em relação ao acolhimento e ao trabalho em equipe, as pessoas descobrem quais são as ferramentas básicas que as equipes podem usar para atender aos seus usuários. Além disso, atendem aos requisitos da ESF, pois representam um caminho para a atenção integral à saúde. Por fim, é necessário realizar pesquisas sobre a participação e visão dos gestores no processo de acolhimento. Como a gestão é uma parte importante das operações de recepção, ela pode ajudar muito a reduzir os fatores que dificultam sua implementação. A capacitação dos profissionais e a realização de seminários de educação em saúde sobre o acolhimento aos usuários também são essenciais para o seu efetivo funcionamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm, e o Decreto 7508/11, de 28 de junho de 2011 que dispõe sobre a organização do SUS. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. [acesso 2021, dez 17]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1342>.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária a Saúde. [acesso 2021, dez 17]. Disponível em: < <https://aps.saude.gov.br/ape/esf/>>.
4. Tesser, C. D.; Poli-Neto, P.; Campos, G. W. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15, 3, 3615-624, 2010.
5. Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002.
6. Souza, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24, 1, 100-s110, 2008.
7. World Health Organization (WHO). The World Health Report 2008: Primary Health Care now more than ever. Geneva: WHO, 2008.
8. Neves C. A. B. Manual de práticas da atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27, 4, 2011.
9. Organização Pan-Americana Da Saúde (OPAS). Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da OPAS/ OMS. Washington, DC: OPAS, 2007.
10. Mendes, K. D. S.; Silveira, R. C. C. P.; Galvão, C. M. Revisão Integrativa: métodos de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, 17, 4, 758-764, 2008.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

13. Abrahão, a. L. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde. Informe-se em promoção da saúde, Niterói, 3, 1, 1-3, 2007.

14. Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

15. Carvalho, C. A. P. et al. Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. Arq. Ciênc. Saúde, São José do Rio Preto, 15, 2, 93-98, 2008.

16. Baraldi, D. C.; Souto, B. G. A. A demanda do acolhimento em uma unidade de saúde da família em São Carlos, São Paulo. Arq. Bras. Cienc. Saúde, Santo André, 36, 1, 10-17, 2011.

17. Cardoso, L. S. C. et al. Acolhimento no trabalho em saúde da família: um estudo qualitativo. CuidArte Enfermagem, Juiz de Fora, 3, 2, 149-155, 2009.

18. Brehmer, L. C. F; Verdi, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 15, 3, 3569-3578, 2010.

19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades (Campo Grande). Rio de Janeiro, 2021. [acesso 2021, dez 17]. Disponível em:
<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ms/campo-grande/panorama>.

20. Heller L. Relação entre saúde e saneamento na perspectiva do desenvolvimento. Ciênc Saúde Coletiva. 1998;3:73–84.F

21. Plano Municipal de Saúde, Secretaria de Saúde de Campo Grande, 2017. Campo Grande. [acesso 2021, dez 17]. Disponível em:
<http://www.campogrande.ms.gov.br/sesau/downloads/plano-municipal-de-saude-2018-2021/>.

22. Portal DAB. Experiência Municipal de Campo Grande. [acesso 2021, dez 17]. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Experiencia_municipal_Campo_Grande.pdf.

23. Ranzi DVM, Nachif MCA, Soranz DR, Marcheti PM, Santos ML de M dos, Carli ADD. Laboratório de inovação na Atenção Primária à Saúde: implementação e desdobramentos. Ciênc Saúde Coletiva. junho de 2021; 26:1999–2011.

24. Franco TB, Franco CM. Acolhimento com Classificação de Risco e a micropolítica do

trabalho em saúde: a experiência de Silva Jardim/Rio de Janeiro. Rev APS [Internet]. 2 de abril de 2012 [citado 1o de outubro de 2021];15(2). [acesso em 2021 dez 17]. Disponível em: <https://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/074-084.pdf>

25. Silva, L.G e Alves M. S. O acolhimento como ferramentas de práticas inclusivas de saúde. Revista APS, 11, 1, 2008, 74-84.

26. Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica, 2017. [acesso 2021, dez 17]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.

27. Martha, S. N. et al. Programa Saúde da Família sob a visão do usuário. Salusvita, Bauru, 30, 3, 159-177, 2011.

28. Coutinho LRP, Barbieri AR. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. 2015; 39(105):11.

29. Nery, S.R. et al. Acolhimento no cotidiano dos auxiliares de enfermagem nas Unidades de Saúde da Família, Londrina (PR). Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14, 1, 1411-1419, 2009.

30. Oliveira, E. R. A. et al. Acolhimento em saúde e desafios em sua implementação: percepção do acadêmico de enfermagem. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde, Vitória, 12, 2, 46-51, 2010.

31. Oliveira, A. et al. A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP. Interface (Botucatu), Botucatu, 12, 27, 749-762, 2008.

32. Pinafo, E.; Lima, J. V. C.; Baduy, R. S. Acolhimento: concepção dos auxiliares de enfermagem e percepção de usuários em uma unidade de saúde da família. Revista Espaço para Saúde, Londrina, 9, 2, 17-25, 2008.

33. Hennington, E. A. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21, 256-265, 2005.

34. Lima, A. S. O trabalho da enfermeira na Atenção Básica: uma revisão sistemática. 2011. 134 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

35. Macedo, C. A.; Teixeira, E. R.; Daher, D. V. Possibilidades e limites do acolhimento na percepção de usuários. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 19, 3, 457-462, 2011.

36. Mendes, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. Estudos Avançados, São Paulo, 27, 78, 27-34, 2013.

37. Zandoni da, Crispim S de F, Chead M de FM. Relato de experiência: Implantação do Núcleo de Educação Permanente em Urgência como proposta de integração ensino-serviço. In: 12o

Congresso Internacional da Rede Unida [Internet]. 2016 [citado 18 de novembro de 2021]. Disponível em: <http://conferencia2016.redeunida.org.br/ocs/index.php/congresso/2016/paper/view/4514>.

38. Peduzzi M, Agreli HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface - Comun Saúde Educ*. 2018; 22 (suppl 2):1525–34.

39. Rosa SD, Lopes RE. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. *Trab Educ E Saúde*. novembro de 2009;7(3):479–98.

40. Carvalho MAP de, Gutiérrez AC. Quinze anos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde: contribuições da Fiocruz. *Ciênc Saúde Coletiva*. junho de 2021; 26(6): 2013–22.

41. Minayo, Maria Cecília de Souza (org.). *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

42. Cellard, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis, Vozes, 2008.

43. Kripka, R. M. L.; Scheller, M.; Bonotto, D. L. Pesquisa documental na pesquisa qualitativa: conceitos e caracterização. *Revista de investigaciones UNAD, Bogotá, Colombia*, 2015,. 14, 2, 55-73.

44. Takemoto, M. L. S.; Silva, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 23, 2, 331-340, 2007.

45. 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, Juiz de Fora*, 11, 4, 362-37, 2008.

46. Brehmer, L. C. F; Verdi, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. *Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*, 15, 3, 3569-3578, 2010.

47. Santos, S. A. S. et al. The domiciliary visit as a practice of reception in the medical program of Family/ Niterói. *R. Pesq.: Cuid. Fundam. Online, Rio de Janeiro*, 5, 2, 3698-3705, 2013.

48. Matumoto, S. et al. Preparando a relação de atendimento: ferramenta par o acolhimento em unidades de saúde. *Rev. Latino-Am Enfermagem, Ribeirão Preto*, 17, 6, 1001-1008, 2009.

- 49.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 MaternoInfant, Recife, 10, 1, 131-143, 2010.
- 50.Baraldi Solange, et al. Globalização e seus impactos na vulnerabilidade e flexibilização das Relações do trabalho em saúde. Trab. Educ. Saúde, 6,3, 539-548, 2008.
- 51.Baraldi, D. C.; Souto, B. G. A. A demanda do acolhimento em uma unidade de saúde da família em São Carlos, São Paulo. Arq. Bras. Cienc. Saúde, Santo André, v. 36, n. 1, p. 10-17, 2011.
- 52.Scholze, A. S.; Duarte Junior, C. F.; Flores E Silva, Y. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? Interface (Botucatu), Botucatu, 13, 31, 303-14, 2009.
- 53.Santana, J. C. et al. Acolhimento em um serviço da Atenção Básica à Saúde de Minas Gerais. Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro, São João del-Rei, 2, 2, 166-176, 2012.
- 54.Souza, M. T.; Silva, M. D.; Carvalho, R. Revisão Integrativa: o que é e como fazer. Einstein, São Paulo, 8, 1, 1, 102-106, 2010.
- 55.Freire, L. A. M. et al. O acolhimento sob a ótica de profissionais da equipe de Saúde da Família. Reme, Belo Horizonte, 12, 2, 271-277, 2008.
- 56.Junges, J. R. et al. O discurso dos profissionais sobre demanda e a humanização. Saúde soc., São Paulo, 21, 3, 686-697, 2012.
- 57.Pinheiro, P. M.; Oliveira, L. C. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família. Interface (Botucatu), Botucatu, 15, 36, 187-198, 2011.
- 58.Savassi, L. C. M. A satisfação do usuário e a autopercepção da saúde em atenção primária [editorial]. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Rio de Janeiro, 5, 17, 3-5, 2010.
- 59.Lima, M. A. D. S. et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. Acta Paul Enferm, São Paulo, 20, 1, 12-17, 2007.
- 60.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. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14, 1, 1523-1531, 2009.
- 61.Coelho, M. O.; Jorge, M. S. B.; Araujo, M. E. O acesso por meio do acolhimento na Atenção Básica à Saúde. Revista Baiana de Saúde Pública, Salvador, 33, 3, 440-452, 2009.

62.Damasceno, R. F. et al. O acolhimento no contexto da Estratégia Saúde da Família. J Health Sci Inst, São Paulo, 30, 1, 37-40, 2012.

63.Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 10 DE 3 DE JANEIRO DE 2017. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2017.[acesso 2021, dez 17]. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html.

64.Lopes AS, Vilar RLA de, Melo RHV de, França RC da S. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. Saúde Em Debate. março de 2015;39(104):114–23.

65.Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. Saúde Em Debate. setembro de 2018;42(spe1):18–37.