

Estado da publicação: O preprint não foi publicado em outro meio.

O processo de acolhimento de pacientes em unidades básicas de saúde do Distrito Federal

Gabriel Machado de Castro, Laura Dourado Paiva, Luciana Benevides Ferreira

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.14850>

Submetido em: 2026-01-27

Postado em: 2026-03-02 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

EQUIPE DE PESQUISA

Autores:

1. Gabriel Machado de Castro, Acadêmico de Medicina

**Curso de Medicina, Centro Universitário de Brasília (CEUB),
Brasília - DF, Brasil**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4420-3905>

E-mail: gabriel.mc@sempreceub.com

2. Dra. Laura Dourado Paiva, Médica

**Graduada em Medicina pelo Centro Universitário de Brasília
(CEUB), Brasília - DF, Brasil**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1366-5306>

E-mail: laura.dourado@sempreceub.com

3. Dra. Luciana Benevides Ferreira, Doutora em Bioética

**Professora do Curso de Medicina do Centro Universitário de
Brasília (CEUB), Brasília - DF, Brasil**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7939-0846>

E-mail: luciana.benevides@ceub.edu.br

O PROCESSO DE ACOLHIMENTO DE PACIENTES EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Resumo

Introdução: A Atenção Básica à Saúde é a porta de entrada preferencial do sistema de saúde brasileiro, sendo responsável por realizar o primeiro atendimento à população e garantir o acesso aos demais serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Nessa perspectiva, é de extrema importância assegurar o acolhimento de qualidade dos pacientes nas unidades básicas de saúde (UBS), uma vez que isso pode definir a integralidade e a continuidade da atenção à saúde.

Objetivos: Esta pesquisa busca compreender o processo de acolhimento em UBS do Distrito Federal (DF), visando esclarecer os fatores que levam ao acolhimento inadequado e auxiliar no aprimoramento de políticas e programas voltados para a melhoria do acesso à saúde.

Métodos: Trata-se de um estudo qualitativo realizado em três UBS do DF, o qual analisou a perspectiva dos profissionais sobre demanda espontânea e agendamento, o conhecimento sobre acolhimento, as dificuldades enfrentadas e possíveis estratégias de aprimoramento. A coleta envolveu análise documental de 31 entrevistas semiestruturadas segundo a metodologia de conteúdo de Bardin (1977) e Franco (2008), seguido da pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e a interpretação dos dados.

Resultados: Identificou-se tanto as qualidades e avanços no sistema de saúde público, quanto as lacunas e obstáculos ainda existentes, uma vez que, apesar de o conceito de acolhimento ser bem definido e conhecido, sua aplicação na prática não é ideal ou, ao menos, satisfatória. A partir das respostas obtidas, nota-se uma falha na compreensão desse processo, onde alguns profissionais demonstram desconhecer quem é responsável pelo acolhimento e confundem suas etapas com triagem ou consulta. Esse cenário se soma à falta de clareza dos profissionais sobre como proceder em caso de ausência de outro servidor da equipe. Além disso, os vigilantes tendem a apresentar maior resistência no acolhimento, principalmente de pacientes que não são da área de abrangência da unidade.

Conclusões: As dificuldades identificadas decorrem da falta de um fluxo de serviço bem definido e comunicado, agravada pela limitação de profissionais e de infraestrutura, bem como pela insuficiência de capacitação contínua para toda a equipe. Logo, conclui-se que

um maior investimento na garantia de equipes completas, bem estruturadas e melhor capacitadas é essencial para um acesso amplo, facilitado, adequado e universalizado.

Palavras-chave

Atenção Básica; Atenção Primária em Saúde; Acolhimento; Acesso aos Serviços de Saúde.

THE PATIENT RECEPTION PROCESS IN BASIC HEALTH UNITS OF THE FEDERAL DISTRICT

Abstract

Introduction: Primary Health Care is the preferred gateway of the Brazilian health system, responsible for providing the first care to the population and ensuring access to other services of the Unified Health System (SUS). In this perspective, ensuring quality patient reception in Basic Health Units (UBS) is extremely important, as it can define the comprehensiveness and continuity of health care. **Objectives:** This research aims to understand the patient reception process in UBS of the Federal District (DF), seeking to clarify the factors leading to inadequate reception and to assist in improving policies and programs aimed at enhancing health access. **Methods:** This is a qualitative study conducted in three UBS in the DF, analyzing the professionals' perspective on spontaneous demand and scheduling, knowledge about reception, difficulties faced, and possible improvement strategies. Data collection involved documentary analysis and 31 semi-structured interviews analyzed according to Bardin's (1977) content analysis methodology, followed by pre-analysis, material exploration, result processing, and data interpretation. **Results:** Both strengths and advances in the public health system, as well as gaps and existing obstacles were identified. Although the concept of reception is well-defined and known, its practical application is not ideal or, at least, satisfactory. Based on the responses, there is a failure in understanding this process, where some professionals are unaware of who is responsible for reception and confuse its stages with triage or consultation. This scenario is compounded by a lack of clarity among professionals about how to proceed in the absence of another team member. Additionally, security guards tend to show greater resistance in reception, especially

toward patients not from the unit's coverage area. **Conclusions:** The identified difficulties stem from the lack of a well-defined and communicated service flow, aggravated by limitations in staffing and infrastructure, as well as insufficient continuous training for the entire team. Therefore, it is concluded that greater investment in ensuring complete, well-structured, and better-trained teams is essential for broad, facilitated, appropriate, and universal access.

Keywords

Primary Health Care; User Embracement; Health Services Accessibility.

EL PROCESO DE ACOGIDA DE PACIENTES EN UNIDADES BÁSICAS DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

Resumen

Introducción: La Atención Primaria de Salud es la puerta de entrada preferencial del sistema de salud brasileño, responsable de brindar la primera atención a la población y garantizar el acceso a los demás servicios de salud del Sistema Único de Salud (SUS). Desde esta perspectiva, es de suma importancia asegurar una acogida de calidad a los pacientes en las Unidades Básicas de Salud (UBS), ya que esto puede definir la integralidad y continuidad de la atención en salud. **Objetivos:** Esta investigación busca comprender el proceso de acogida en las UBS del Distrito Federal (DF), con el fin de esclarecer los factores que conducen a una acogida inadecuada y ayudar en el mejoramiento de políticas y programas dirigidos a la mejora del acceso a la salud. **Métodos:** Se trata de un estudio cualitativo realizado en tres UBS del DF, que analizó la perspectiva de los profesionales sobre la demanda espontánea y la programación de citas, el conocimiento sobre la acogida, las dificultades enfrentadas y las posibles estrategias de mejora. La recolección involucró análisis documental y 31 entrevistas semiestructuradas analizadas según la metodología de análisis de contenido de Bardin (1977), seguida de un preanálisis, exploración del material, tratamiento de los resultados obtenidos e interpretación de los datos. **Resultados:** Se identificaron tanto las cualidades y avances en el sistema de salud público, como las brechas y obstáculos aún existentes, dado que, a pesar de que el concepto de acogida está bien definido y es conocido, su aplicación práctica no es ideal o, al menos, satisfactoria. A partir de las respuestas obtenidas,

se observa una falla en la comprensión de este proceso, donde algunos profesionales demuestran desconocer quién es responsable de la acogida y confunden sus etapas con triaje o consulta. Este escenario se suma a la falta de claridad de los profesionales sobre cómo proceder en caso de ausencia de otro miembro del equipo. Además, los vigilantes tienden a presentar mayor resistencia en la acogida, principalmente de pacientes que no son del área de cobertura de la unidad. **Conclusiones:** Las dificultades identificadas se derivan de la falta de un flujo de servicio bien definido y comunicado, agravado por la limitación de profesionales y de infraestructura, así como por la insuficiencia de capacitación continua para todo el equipo. Por lo tanto, se concluye que una mayor inversión en garantizar equipos completos, bien estructurados y mejor capacitados es esencial para un acceso amplio, facilitado, adecuado y universalizado.

Palabras-clave

Atención Básica; Atención Primaria de Salud; Acogimiento; Accesibilidad a los Servicios de Salud.

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi estabelecido pela Constituição Federal de 1988 e garante o atendimento integral à saúde da população, uma vez que a saúde é um direito de todos os cidadãos brasileiros e um dever do Estado.¹ Nesse sentido, tem-se que, no Brasil, 71,5% da população depende do serviço público para o atendimento à saúde.²

Os serviços de saúde são divididos em diferentes níveis de atenção, sendo estes primário, secundário e terciário. O primeiro, refere-se a um atendimento mais descentralizado e próximo à população, já os demais são mais especializados e com maior densidade tecnológica. Dessa forma, a atenção primária à saúde (APS) é responsável pelo acesso da população ao sistema de saúde, sendo considerada como a porta de entrada de grande parte da população, proporcionando acessibilidade, integralidade, longitudinalidade e continuidade ao serviço.³

Assim, a APS, quando eficiente, é capaz de superar as desigualdades do acesso e da oferta de serviços públicos,⁴ sendo responsável pelo atendimento de 90% das demandas e/ou doenças de uma população. Para tanto, é necessário assegurar uma capacitação contínua dos profissionais, visando a qualificação de seus serviços.⁵ Nessa perspectiva, uma boa relação médico-paciente colabora para uma maior adesão ao acompanhamento e tratamento, uma vez que os pacientes conseguem sentir confiança para manter consultas de forma frequente visando monitorar de maneira mais eficaz seu estado de saúde, sendo um equilíbrio entre acesso, uso e efetividade.⁶

No entanto, existem diversos fatores que dificultam a atuação da APS e prejudicam o seu desempenho, como aspectos organizacionais, econômicos, sociais e epidemiológicos, além de falhas na comunicação entre equipes e, principalmente, na relação entre a demanda espontânea e a agenda programada.⁷ Dessa forma, faz-se necessário identificar estratégias que visem a organização dos serviços de saúde e a compreensão das demandas da comunidade, com o intuito de conseguir alcançar a plena performance da APS.⁸

No contexto atual, há uma busca pela renovação do modelo de atenção à saúde predominante no Brasil por meio da inserção de novas propostas que promovam maior qualidade, integralidade, efetividade e humanização dos serviços.

Dentre essas alternativas, o acolhimento é uma das estratégias que objetivam a melhoria da qualidade da atenção à saúde e o fortalecimento da relação trabalhador-usuário, constituindo vínculos humanizados e baseados em empatia. Além disso, é considerado o elemento central da Política Nacional de Humanização (PNH), como meio de aumentar a qualidade dos atendimentos na APS.⁹

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada pelo Ministério da Saúde, objetivando melhorar a APS por meio de mudanças nas ações e na organização dos serviços de saúde, humanizando o atendimento e ampliando o acesso da população aos serviços de saúde.¹⁰ Desse modo, tem-se o acolhimento como uma etapa do acesso ao serviço de saúde, caracterizado por ser o processo de escuta ativa e de resposta às demandas dos pacientes, articulando os níveis da rede de atenção e formando um vínculo com o usuário.¹¹ Porém, o conceito de acolhimento não deve ser confundido com o de triagem, uma vez que não está associado diretamente ao atendimento médico, mas sim à equipe de saúde de forma geral, tendo como finalidade acolher, receber, reconhecer e resolver as demandas dos pacientes.

O acolhimento é definido como o momento de admissão dos pacientes nos serviços de saúde, em que os profissionais identificam os problemas relatados e esclarecem as dúvidas em relação à continuidade do atendimento na unidade básica de saúde. Assim, ele precisa ser humanizado e eficiente para que o sistema de saúde atue de forma satisfatória, favorecendo uma maior organização, com redução das filas de espera, identificação dos grupos prioritários e o estabelecimento de uma boa relação entre a equipe e os pacientes.¹²

Não há uma padronização na forma de realizar o acolhimento, porém existe a compreensão de que diz respeito a um espaço de cuidado para além da visão técnica diagnóstica.¹³ Logo, é uma estratégia baseada na construção da boa relação trabalhador-usuário, tendo como consequência uma maior adesão aos serviços de saúde continuados. Por isso, para analisar essa ferramenta, é essencial avaliar como é utilizada na prática, variando em cada unidade de saúde, porém seguindo os mesmos princípios.¹⁴

A diretriz do acolhimento na sociedade é descrita por Vicari¹⁵ como a forma mais efetiva de promoção do acesso aos serviços de saúde, bem como um recurso

inigualável, multifacetado e humanizado. Esse processo garante uma abordagem mais eficaz dos pacientes, destacando-se idosos dependentes, pacientes em cuidados paliativos,¹⁶ gestantes,¹⁷ entre outros grupos populacionais prioritários. Nessa perspectiva, ao demonstrar uma excelente função estratégica e grande potencial, faz-se necessária uma ponderação acerca do acolhimento como um instrumento para avaliar a qualidade dos serviços de saúde.¹³

Desse modo, um acolhimento de qualidade vai além de um número limitado de senhas e da triagem para o atendimento médico, englobando uma escuta ativa com o reconhecimento das vulnerabilidades dos pacientes, seguida de propostas que visem solucionar suas necessidades.⁴ A prática de acolher não é limitada a um ambiente, horário ou profissional, sendo uma mudança comportamental que se baseia no respeito ao indivíduo e na construção de uma rede de apoio, por meio do diálogo e da escuta, para satisfazer as demandas do usuário através das redes de atenção à saúde. Nesse sentido, percebe-se que o conceito de acolhimento é diferente daquilo que é compreendido pela maioria dos profissionais, ou seja, existe a percepção equivocada de que trata-se de uma triagem responsável por identificar e direcionar rapidamente o indivíduo para o médico.¹⁸

Portanto, o acolhimento tem como finalidade a escuta qualificada do usuário e sua família, a garantia de uma maior cautela no processo de acesso ao sistema de saúde e a organização do atendimento à demanda espontânea.¹¹ Sendo assim, destaca-se a importância da empatia por parte dos profissionais da saúde para melhorar a eficiência desse processo. Entretanto, o excedente de população adscrita às equipes de saúde da família, a centralização no atendimento médico e a burocratização nesse setor, com horários restritos e profissionais rígidos, com pouca habilidade comunicativa, tornam-se empecilhos para a implementação de um serviço adequado.¹⁹

O contato direto com tais serviços e os relatos dos usuários, aliados a evidências da literatura, apontaram para uma rotina de desinteresse ou descuido dos profissionais com o acolhimento no SUS. Esta constatação motivou a presente pesquisa, que se propõe a compreender como esse processo se desenvolve nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Distrito Federal, analisando seus limites e possibilidades. Para isso, objetiva identificar e analisar os mecanismos de demanda

espontânea e agendamento, avaliar o conhecimento dos profissionais, compreender as dificuldades enfrentadas e identificar estratégias de aprimoramento, visando esclarecer os fatores que levam ao acolhimento inadequado e contribuir para o aprimoramento de políticas de acesso à saúde.

2. MÉTODOS

Este estudo adotou uma abordagem qualitativa que se baseou na descrição e análise do processo de acolhimento dos pacientes em UBS, buscando compreender como ele é vivenciado na perspectiva dos profissionais que atuam nesses serviços. A pesquisa foi conduzida de agosto de 2022 até agosto de 2023, envolvendo a revisão de fontes bibliográficas documentais e a realização de entrevistas semiestruturadas.

As entrevistas foram realizadas em três Unidades Básicas de Saúde do DF. A seleção desses locais baseou-se em critérios de conveniência e acessibilidade, com o intuito de observar a dinâmica do acolhimento em diferentes regiões administrativas. A amostra foi constituída por servidores públicos dessas unidades abrangendo tanto profissionais de saúde, como médicos e enfermeiros, quanto outros funcionários diretamente envolvidos no primeiro contato com o usuário, tais como recepcionistas, porteiros e vigilantes. O critério de inclusão foi ser servidor efetivo ou comissionado de uma unidade básica de saúde do Distrito Federal, enquanto foram excluídos aqueles servidores com menos de 3 meses de experiência na unidade em questão ou sem experiência prévia em atividades de acolhimento. A definição da amostra se deu por conveniência, a partir do contato estabelecido entre os pesquisadores e profissionais durante a pesquisa de campo, totalizando 31 participantes.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas presenciais, conduzidas por estudantes de medicina integrantes da equipe de pesquisa. O instrumento utilizado foi um roteiro com 20 perguntas, elaborado para explorar a compreensão dos participantes sobre o processo de acolhimento, suas formas de operacionalização, os elementos facilitadores e/ou obstáculos para a sua implementação. Antes de começar as entrevistas, todos os participantes foram formalmente convidados e tiveram os objetivos e procedimentos da pesquisa explicados. Foi obtido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos entrevistados, sendo assegurado o caráter voluntário e anônimo da participação, sem qualquer prejuízo em caso de recusa ou desistência. Este trabalho teve a autorização dos gerentes das unidades de saúde e foi submetido e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília (CEUB) e da

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), atendendo integralmente às diretrizes éticas nacionais e internacionais.

As respostas foram registradas manualmente em folhas de papel, juntamente a um sistema de codificação alfanumérico para garantir o anonimato dos participantes. Cada registro foi identificado por um código composto pela letra correspondente à UBS daquele profissional, seguida de um número sequencial que indicava a ordem de participação na pesquisa. Após o registro das 31 entrevistas, o conjunto do material foi submetido à análise de conteúdo qualitativa, conforme os métodos propostos por Bardin²⁰ e Franco²¹. O processo analítico seguiu as etapas de pré-análise, que envolveu a organização do material e uma leitura flutuante; a exploração do conteúdo, com a codificação e identificação de categorias temáticas recorrentes; e, por fim, o tratamento dos resultados e sua interpretação, que buscou estabelecer uma inter-relação sistemática entre as falas dos participantes e o referencial teórico sobre acolhimento na Atenção Primária à Saúde. Os dados brutos, sob a forma dos registros em papel, serão armazenados fisicamente em local seguro e sob a guarda dos pesquisadores responsáveis, com garantia de confidencialidade, por um período de cinco anos.

Em relação às contribuições, os autores participaram da concepção e desenho do estudo, coleta de dados, análise e interpretação dos dados, redação do manuscrito e revisão crítica relevante do conteúdo. Todos aprovaram a versão final a ser publicada e assumem a responsabilidade pela integridade do trabalho. Adicionalmente, declaram não possuir quaisquer vínculos profissionais ou hierárquicos com as UBS ou participantes que pudessem influenciar a coleta ou interpretação dos dados, e reafirmam a ausência de conflitos de interesses de qualquer natureza que pudessem afetar os resultados ou conclusões da pesquisa.

Embora não haja benefício direto para os entrevistados, espera-se que os resultados desta pesquisa contribuam para uma melhor compreensão do processo de acolhimento e do acesso à saúde na Atenção Primária, identificando os obstáculos à sua efetividade e fornecendo subsídios para o aprimoramento deste serviço. Esta pesquisa foi redigida em conformidade com as diretrizes e extensões relevantes da Rede EQUATOR, seguindo especificamente o guia de relato SRQR (Standards for Reporting Qualitative Research).²² Esta opção metodológica visa assegurar uma descrição abrangente, transparente e sistemática de todos os aspectos da pesquisa qualitativa realizada, garantindo a qualidade do relato e

possibilitando a avaliação crítica e a reprodutibilidade do trabalho por outros pesquisadores da área.

3. RESULTADOS

Para a realização das entrevistas, foi obtida uma amostra de 45 profissionais. Dentre esses, nove se recusaram a participar e outros cinco enquadraram-se no critério de exclusão, ou seja, atuavam na Unidades Básicas de Saúde há menos de três meses. Sendo assim, foram realizadas um total de 31 entrevistas com diversos profissionais das Unidades Básicas de Saúde caracterizados de acordo com os gráficos 1, 2 e 3. Foram entrevistados dez profissionais na UBS A, treze na UBS B e oito na UBS C, totalizando dois analistas de saúde (setor administrativo), seis vigilantes, nove técnicos(as) de enfermagem, sete enfermeiros(as), quatro médicos(as) e três Agentes Comunitários de Saúde - ACS.

Profissionais da UBS A

● Analistas ● Vigilantes ● Técnicos de enfermagem
● Enfermeiros ● Médicos



Gráfico 1:
Categorias
profissionais dos
entrevistados na
UBS A

Profissionais da UBS B

● Vigilantes ● Técnicos de enfermagem ● Enfermeiros
● Médicos ● ACS



Gráfico 2:
Categorias
profissionais dos
entrevistados na
UBS B

Profissionais da UBS C

● Vigilantes ● Técnicos de enfermagem ● Enfermeiros
● Médicos ● ACS



Gráfico 3:
Categorias
profissionais dos
entrevistados na
UBS C

Com o intuito de organizar a pré-análise dos dados, as respostas dos entrevistados para cada pergunta foram padronizadas em categorias de acordo com a similaridade do conteúdo. Desta forma, a resposta de um entrevistado que tenha se encaixado simultaneamente em dois padrões de respostas, foi contabilizado em ambos os grupos de dados, possibilitando uma análise concreta ao considerar a frequência de respostas que se enquadram nas categorias identificadas, e não a quantidade de entrevistados. Foi possível, também, separar as respostas por categoria profissional. Além disso, foram identificadas estratégias e planos de ação empregados em cada UBS que demonstram certa eficácia no serviço da APS.

Gráficos de colunas foram criados para ilustrar e facilitar a percepção sobre a diferença de respostas entre os profissionais das Unidades Básicas. Nesse sentido, a interpretação dos gráficos pode ser realizada da seguinte forma: os padrões de resposta estão representados no eixo horizontal e a frequência das respostas obtidas, no eixo vertical, enquanto que a identificação da ocupação dos profissionais entrevistados é caracterizada pelas diferentes cores das colunas.

Para a pergunta de número 1, “Quem é o profissional ou profissionais da equipe que realizam o acolhimento?”, os padrões de resposta estabelecidos foram “Todos os profissionais da equipe”, “Técnicos de enfermagem e enfermeiros”, “Agentes Comunitários de Saúde” e “Outros profissionais”. Dentro da opção “outros”, estão incluídos analistas e vigilantes, tendo em vista que um profissional de cada uma dessas áreas se considerou participante no processo de acolhimento.

Ao analisar o gráfico dos padrões de resposta, é possível perceber que 24 profissionais apresentam uma visão técnica sobre o acolhimento, como um procedimento feito apenas por técnicos de enfermagem/enfermeiros. Sendo que dois ACS acreditam que todos os profissionais atuam no acolhimento, enquanto um analista e um vigilante enxergam esse processo como função própria dos seus cargos.

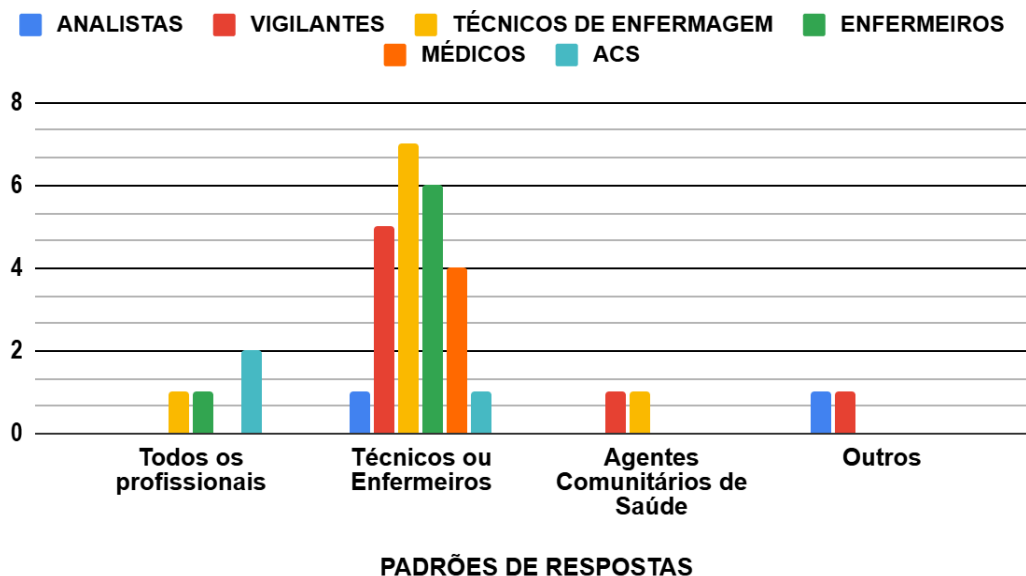


Gráfico 4: Respostas da pergunta 1 por categoria profissional

Foi delimitada uma resposta por pessoa para a pergunta de número 2 “Qual o horário do acolhimento?”. Todos os 31 profissionais entrevistados, de forma unânime, estão cientes de que o processo de acolhimento é realizado durante todo o horário de funcionamento da UBS.

Dentre as respostas obtidas para a pergunta 3 “A que horas o paciente tem que chegar na UBS para ser atendido?”, foram observadas as seguintes categorias: “Durante o funcionamento da UBS”, “Horário específico” e “Chegar bem cedo”.

Dezoito dos entrevistados responderam “chegar bem cedo” para conseguir atendimento. Apenas um técnico de enfermagem fez uma distinção clara entre os horários: para ele, a agenda marcada exigia um horário específico, enquanto a demanda espontânea dependia da chegada do paciente no início do expediente da UBS.

Dois profissionais, de forma acertada, definiram o acolhimento como um processo que poderia ser realizado a qualquer hora, destacando também a necessidade de o paciente chegar cedo à unidade para conseguir atendimento, devido à alta demanda em horários específicos.

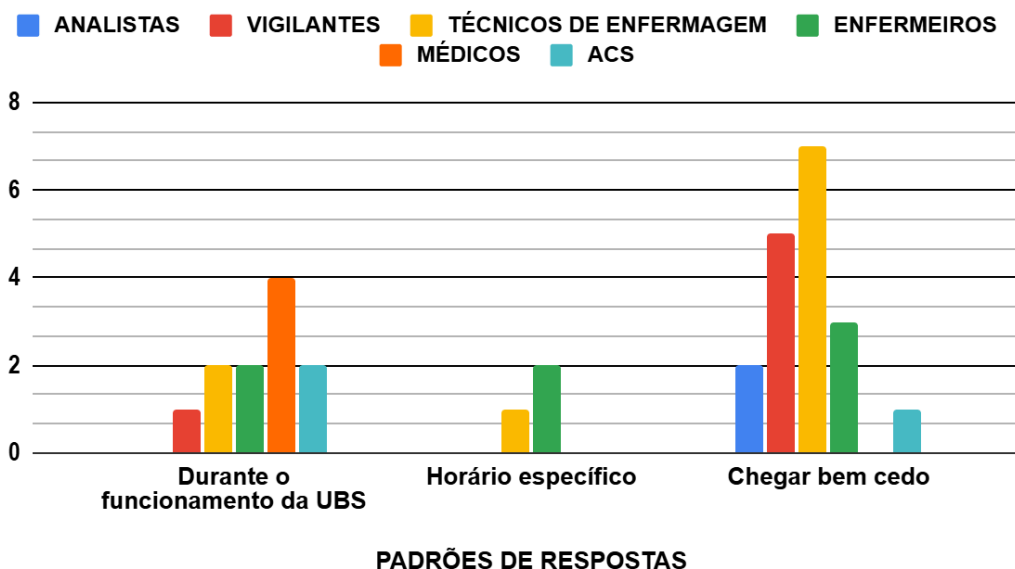


Gráfico 5: Respostas da pergunta 3 por categoria profissional

No que diz respeito à pergunta 4, “A distribuição dos pacientes que procuram o atendimento varia ao longo do dia ou se concentra em determinados horários?”, os padrões de resposta estabelecidos foram “Pela manhã”, “Pela tarde”, “Durante todo o dia” e “Depende do dia”.

Ao analisar o gráfico dos padrões de resposta, é possível observar que há uma grande variedade na percepção dos profissionais em relação ao horário de maior procura por atendimentos nas UBS. “Pela manhã” predominou entre técnicos de enfermagem (5), enfermeiros (4) e ACS (3), enquanto “Durante todo o dia” prevaleceu entre os vigilantes (4) e “Depende do dia” entre os médicos (2), variando de acordo com a função de cada profissional e suas interações com os pacientes.

Vale ressaltar que um vigilante destacou a diferença entre a distribuição dos pacientes e o motivo pela procura da UBS, sendo que para pacientes de demanda espontânea o horário de concentração seria pela manhã, no momento da abertura da UBS, enquanto para agendamento seria durante todo o dia, a depender dos horários disponibilizados pelos profissionais que os atendem.

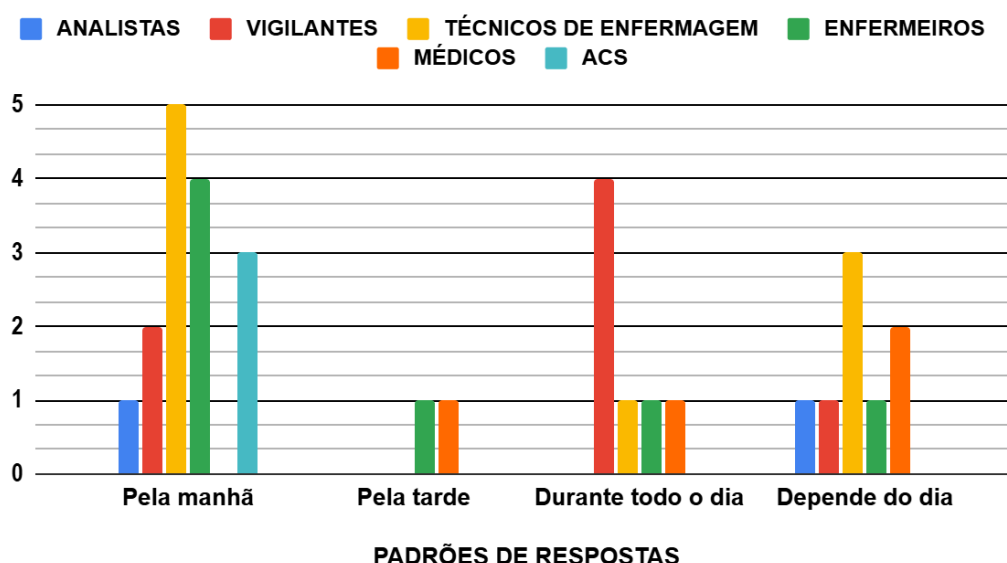


Gráfico 6: Respostas da pergunta 4 por categoria profissional

Com relação às respostas da pergunta 5 “O que mudou na rotina do acolhimento durante a pandemia?” Todos os participantes, com exceção de três profissionais que não trabalharam na UBS durante a pandemia, destacaram mudanças nas medidas de proteção, como isolamento, distanciamento social, Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e preocupação com a limpeza. As medidas relatadas pelos participantes da pesquisa em cada UBS foram:

Na UBS A, houve um aumento de atendimento restrito, bem como aumento da demanda, com maior foco em sintomáticos respiratórios, dando espaço apenas para o atendimento de demais pacientes em quadros de urgência, além de a validade das receitas ter aumentado para 1 ano. O fluxo de atendimento deixou de ser por equipe, sendo implementado um acolhimento específico para COVID-19.

A UBS B, apresentou melhora na organização, com mudança do fluxo de paciente, diminuindo o atendimento de pacientes sem sintomas de COVID-19 e com aumento dos cuidados, apesar da falta de recursos para tanto. Houve uma separação da triagem e do acolhimento, além de um aumento no atendimento por classificação de risco.

Já na UBS C, observou-se um aumento da demanda, principalmente devido à atuação em parceria com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que passou a encaminhar pacientes em situação de risco

para a unidade. Nesse contexto, registrou-se que pacientes com condições crônicas de saúde apresentaram agudizações por deixarem de frequentar a UBS regularmente, muitas vezes por receio de contrair a COVID. Para organizar o fluxo, foi implementado um acolhimento específico para sintomáticos respiratórios, utilizando tendas e salas reservadas para isolamento, bem como uma centralização do processo de acolhimento, que deixou de ser realizado por equipe.

Para analisar o fluxo de atendimento a pacientes com horário agendado, a pergunta de número 6 "Quando um paciente está agendado, como ele deve fazer ao chegar na UBS?" foi aplicada. As respostas foram organizadas e descritas por unidade de saúde participante, visando identificar padrões de conduta específicos a cada local de pesquisa.

Na UBS A, oito profissionais descreveram um processo em duas fases: o paciente deve inicialmente dirigir-se ao guichê da recepção e, em seguida, aguardar pela consulta ou realizar um novo agendamento. Paralelamente, três servidores afirmaram que nesta unidade não existe um processo formal de triagem ou acolhimento prévio. Segundo eles, essa avaliação é realizada diretamente pelo médico durante a consulta. Em contraste com essa visão, um enfermeiro e um vigilante relataram a existência de uma etapa de acolhimento/triagem com aferição de sinais vitais antes da consulta com o médico ou enfermeiro.

Na UBS B, 12 profissionais relataram que os pacientes passam pela triagem e depois são encaminhados para a consulta, onde são acolhidos e atendidos. Houve apenas uma resposta destoante das demais, de um médico, o qual referiu que os pacientes não passam pela triagem, sendo encaminhados diretamente para o acolhimento de cada equipe.

Na UBS C, todos os profissionais responderam que primeiramente o paciente passa pela recepção, sendo em seguida encaminhado para a triagem e depois para a consulta.

A análise revelou, contudo, uma divergência conceitual nas unidades B e C, o que influencia a descrição do fluxo de atendimento. Na UBS B, os profissionais utilizaram os termos "consulta com médico/enfermeiro" e "acolhimento" como sinônimos, descrevendo-os como um mesmo processo.

Já na UBS C, a confusão conceitual se deu entre "triagem" e "acolhimento", sendo ambas as noções tratadas como equivalentes na prática.

No que se refere à marcação de consultas, investigada pela pergunta 7 "Como é feita a marcação de consultas nessa equipe para as crianças em crescimento e desenvolvimento e pré-natal?", foram identificados dois padrões principais de resposta. Estes se dividiram entre o agendamento realizado diretamente pela equipe de saúde e aquele realizado pela família ou pelo próprio paciente na unidade.

Ao analisar o gráfico dos padrões de resposta, é possível observar que "Agendada pela equipe" foi a resposta predominante, totalizando 27 dos entrevistados. Porém, é válido destacar que dois médicos, três enfermeiros e um técnico de enfermagem alegaram que a marcação da primeira consulta geralmente é de responsabilidade do paciente e as demais, de responsabilidade da equipe. Já na visão de um ACS, a primeira consulta seria marcada pela equipe e as demais, pelo paciente/família. Também foi relatado que em UBS nas quais a família/paciente precisam marcar a consulta, pacientes acamados são exceções.

Não foram incluídos na análise um Analista e um vigilante, os quais desconhecem como é feito o processo.

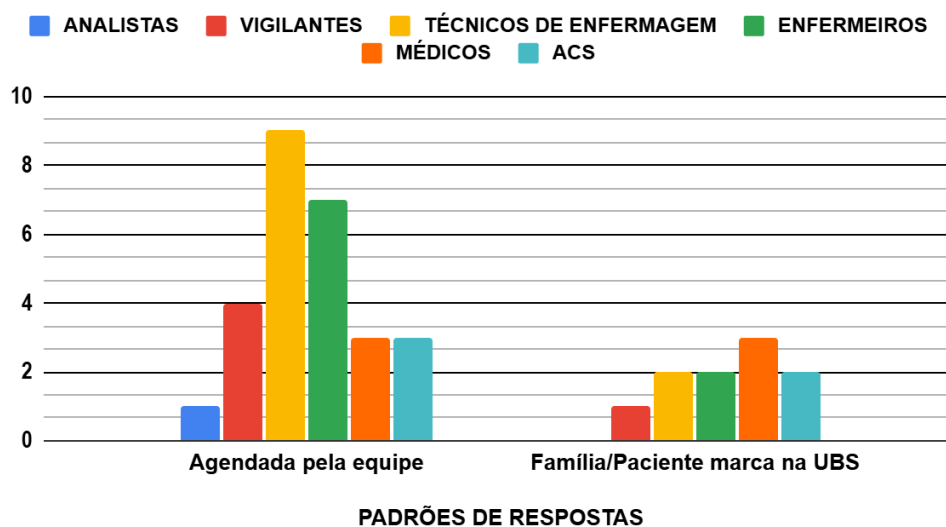


Gráfico 7: Respostas da pergunta 7 por categoria profissional

Com relação ao agendamento para troca de receitas, tema da pergunta 8 "Como é feito o agendamento para troca de receitas de pacientes em uso de medicação crônica (como diabéticos e hipertensos)?", foram

observadas as seguintes respostas: “De acordo com a demanda”, “Agendada pela equipe”, “Família ou paciente precisam marcar na UBS” e “Outra forma”. Dentro da opção “outra forma”, uma UBS utiliza a dinâmica de que o paciente precisa deixar a receita na unidade e buscá-la renovada depois de uma semana. Os profissionais de outra UBS relatam que, em sua unidade, a receita tem validade de 6 meses, funcionando como “livre demanda”, assim, a recomendação é ir na unidade antes de acabar o prazo, pois quando passa esse período a equipe precisa agendar a troca de receita.

Com relação a outros pontos relevantes, um analista desconhece como é feito o processo de agendamento para renovar receitas, enquanto um técnico de enfermagem citou que a troca de receita é por meio de busca ativa quando trata-se de um paciente “mais complicado”.

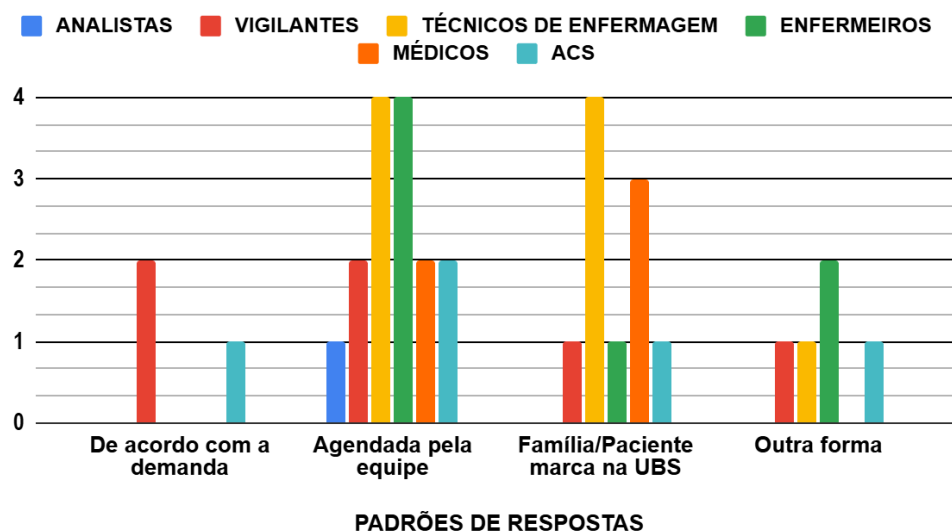


Gráfico 8: Respostas da pergunta 8 por categoria profissional

Os padrões de resposta identificados para a pergunta 9 “Qual o critério para o atendimento da demanda espontânea?” foram “Ordem de chegada” e “Estratificação de risco/vulnerabilidade”.

Ao analisar o gráfico dos padrões de resposta, é possível observar que a estratificação de risco é prevalente (23) entre todos os profissionais, exceto na enfermagem, que teve a mesma quantidade de resposta (quatro) em ambas as opções. No entanto, as concepções sobre a operacionalização da triagem variaram entre os profissionais. Um enfermeiro descreveu o processo como sendo realizado por ordem de chegada, com posterior estratificação do

paciente, sendo que o atendimento e sua prioridade dependem dessa classificação, favorecendo os quadros considerados mais graves. Já na perspectiva de um técnico de enfermagem, a ordem de chegada é o critério aplicado apenas quando a equipe de saúde está completa; enquanto que em situações de incompletude da equipe, o critério adotado passa a ser o grau de risco do paciente.

Os pesquisadores também indagaram: "Qual a conduta caso o paciente seja de fora da área adscrita pela UBS?". Para esta questão, 14 profissionais relataram que, se o paciente for classificado como de maior gravidade clínica, o atendimento seria realizado na UBS e, com a melhora do estado geral, ele seria orientado sobre sua unidade de saúde de referência. Em oposição, 13 entrevistados afirmaram que o paciente deveria ser atendido independentemente da classificação de risco, seguido da devida orientação sobre a unidade de referência. Ademais, um enfermeiro referiu a existência de uma equipe específica na UBS A, à qual o próprio servidor pertencia, focada em atender pacientes fora da área adscrita. Por outro lado, três vigilantes declararam que o paciente não poderia ser atendido na unidade, devendo procurar a UBS correspondente ao seu endereço.

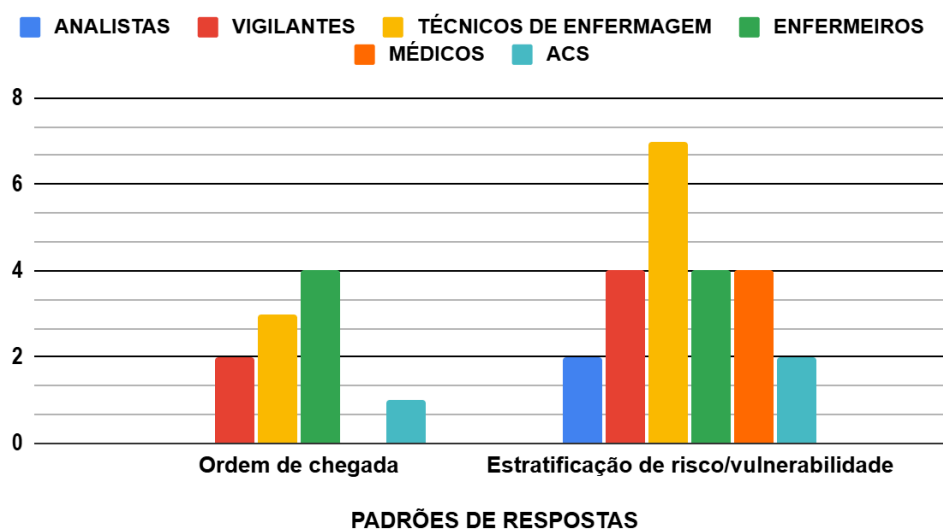


Gráfico 9: Respostas da pergunta 9 por categoria profissional

Para caracterizar a comunicação no processo de acolhimento, os entrevistados responderam à questão 10 "Como é feito o acolhimento do paciente (conversa)?". Suas respostas foram categorizadas em três padrões distintos: uma abordagem direta, centrada na queixa e nos sintomas

imediatos; uma abordagem que dedica o tempo necessário para ouvir a história completa do paciente; ou o desconhecimento sobre como essa interação ocorre.

A análise das respostas revelou uma divisão de percepções correlacionada à função profissional. Os dois analistas e os quatro vigilantes incluídos no estudo declararam desconhecer como se dá essa conversa, o que sinaliza que o acolhimento é percebido por esses servidores como um procedimento técnico de triagem. Entre os profissionais de saúde, observou-se uma diferença de enfoque: cinco técnicos de enfermagem associaram o acolhimento a uma conversa direta e objetiva sobre sinais e sintomas. Em contrapartida, cinco enfermeiros enfatizaram a necessidade de uma escuta dedicada e sem pressa para compreender a história integral do paciente.

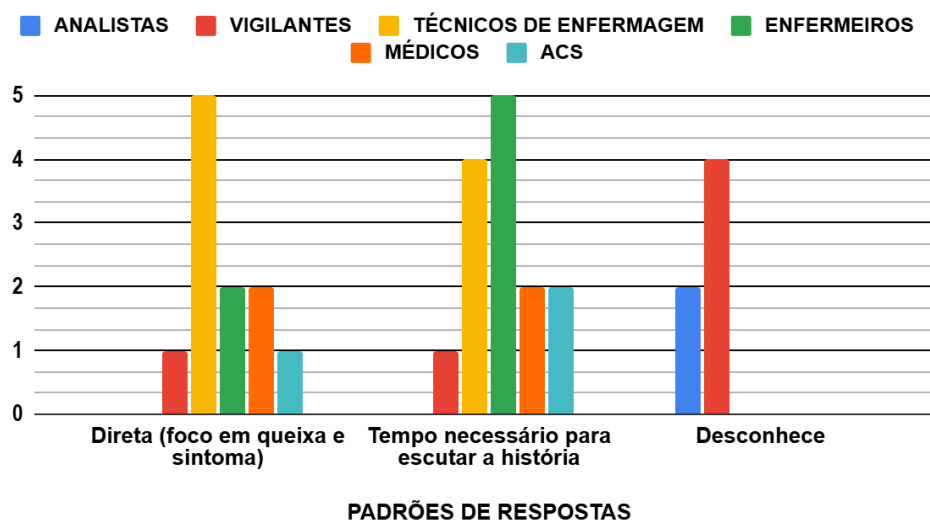


Gráfico 10: Respostas da pergunta 10 por categoria profissional

Na pergunta de número 11 “Como é feito o acolhimento de pacientes que estão sem profissionais de saúde (médicos, enfermeiros) na sua equipe?”, foram obtidas as respostas de acordo com as Unidades Básicas de Saúde participantes e, em seguida, tentou-se identificar um padrão de resposta de acordo com o processo de acolhimento de cada local de pesquisa.

Na UBS A, em caso de falta de médicos e enfermeiros, o padrão relatado por cinco profissionais (dois técnicos de enfermagem, dois enfermeiros e um médico) revela um fluxo comum: os técnicos de

enfermagem presentes acolhem o paciente e, a partir de uma avaliação inicial, ou o encaminham para outra equipe em caso de quadro grave, ou remarcam a consulta para outra data se o risco for baixo. Um técnico de enfermagem acrescentou que, nesta situação, o paciente é orientado em relação a cuidados pessoais e, em seguida, agendado para outra data ou encaminhado para outra UBS. Fora deste padrão, as opiniões variaram: um analista declarou desconhecer o procedimento, enquanto outro acredita que o técnico assume integralmente o atendimento. Já entre os vigilantes, um entende que o paciente passa a integrar a demanda espontânea, e o outro afirmou que não ocorre falta de profissionais naquela UBS.

De forma geral, na UBS B, foram identificadas três interpretações distintas sobre o fluxo pós-acolhimento. A primeira, compartilhada por seis profissionais, indica que os pacientes são diretamente atendidos e avaliados por uma equipe específica, que decide entre o encaminhamento para atenção especializada ou a remarcação da consulta, conforme o risco identificado. A segunda interpretação, sustentada por cinco servidores, descreve que a equipe inicial realiza a avaliação e reporta o caso à gerência, cabendo a esta a decisão final sobre o encaminhamento ou remarcação, com base na urgência. Por fim, duas respostas foram divergentes: um ACS afirmou que a unidade não realiza este atendimento, e um enfermeiro declarou que o paciente, nessa situação, passa a ser considerado uma vaga de demanda espontânea.

Na UBS C, quatro profissionais informaram que, após o acolhimento, o paciente é encaminhado para atendimento por outra equipe da unidade, com base na avaliação da gravidade do quadro clínico. Três outros profissionais mencionaram especificamente o sistema de "equipes irmãs", uma estratégia organizacional em que duas equipes atuam de forma integrada, de modo que uma presta suporte à outra conforme a necessidade. De forma distinta, um ACS indicou que a conduta adotada é encaminhar o paciente diretamente à gerência, onde será definida a melhor conduta.

Ao responderem a pergunta 12 "Você se sente capacitado para realizar escuta qualificada do paciente?", a maior parte dos profissionais, 21 dos 31 entrevistados, disse que se sente capacitado para realizar a escuta qualificada. No entanto, um terço dos entrevistados (dez) considera-se

despreparado, incluindo um médico, um enfermeiro e três técnicos de enfermagem, dados que se mostram preocupantes e merecem atenção, visto que tais profissionais participam ativamente da comunicação e escuta qualificada do paciente.

Os vigilantes que se sentem qualificados alegaram atuar há muito tempo na UBS, além de serem capacitados para entender a dúvida/necessidade do paciente e orientá-los a respeito. Uma técnica de enfermagem disse que, pela falta de profissionais, precisa aprender a realizar a escuta ativa, enquanto outra alegou que está sempre aprendendo pelos cursos online da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal - SES/DF, apesar de a UBS não exigir capacitação dos profissionais. Em contrapartida, uma técnica de enfermagem alegou se sentir insegura e frustrada, por falta de preparo e de valorização por parte dos pacientes.

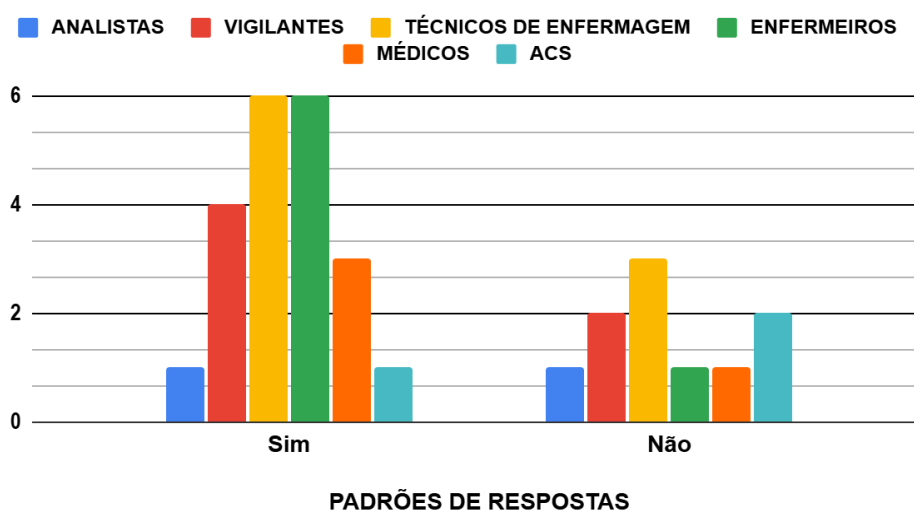


Gráfico 11: Respostas da pergunta 12 por categoria profissional

À pergunta 13 “Para onde o paciente é encaminhado após o acolhimento?”, foi delimitada uma resposta por pessoa. Elas foram categorizadas em três padrões: “Para a triagem”, “Consulta com o médico ou enfermeiro”, “Depende”. A maioria dos profissionais, 26 dos 31, disse que após o acolhimento, os pacientes são encaminhados para uma consulta médica ou com a enfermagem.

Dois vigilantes pensaram que o próximo passo seria seguir para a triagem, enquanto três técnicos de enfermagem de diferentes UBS responderam que depende, já que caso o paciente esteja marcado na

agenda, segue para a triagem/consulta, e caso seja demanda espontânea, avalia-se a possibilidade de encaixe em vaga disponível ou agendamento para outro dia.

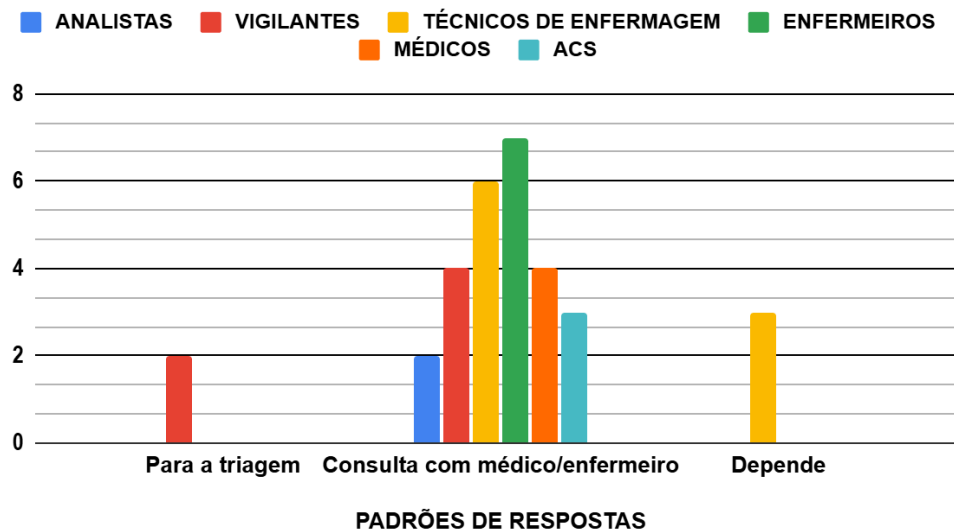


Gráfico 12: Respostas da pergunta 13 por categoria profissional

Com relação à pergunta 14 “Qual o critério para encaminhar o paciente da demanda espontânea para a consulta do médico ou para a consulta da enfermagem?”, os padrões de resposta observados foram “Gravidade do caso”, “Vaga na agenda” e “Desconhece”.

Três enfermeiros, dois da UBS B e um da UBS A, destacaram o protocolo da SES-DF sobre estratificação de risco como critério para definir para qual consulta o paciente é encaminhado. Nesse sentido, vale ressaltar o atendimento prioritário para classificação de risco amarelo/vermelho. Um médico, da UBS C, referiu que os casos classificados como verde/azul são encaminhados para a consulta com enfermagem e é avaliada a possibilidade de encaixe na agenda para consulta médica.

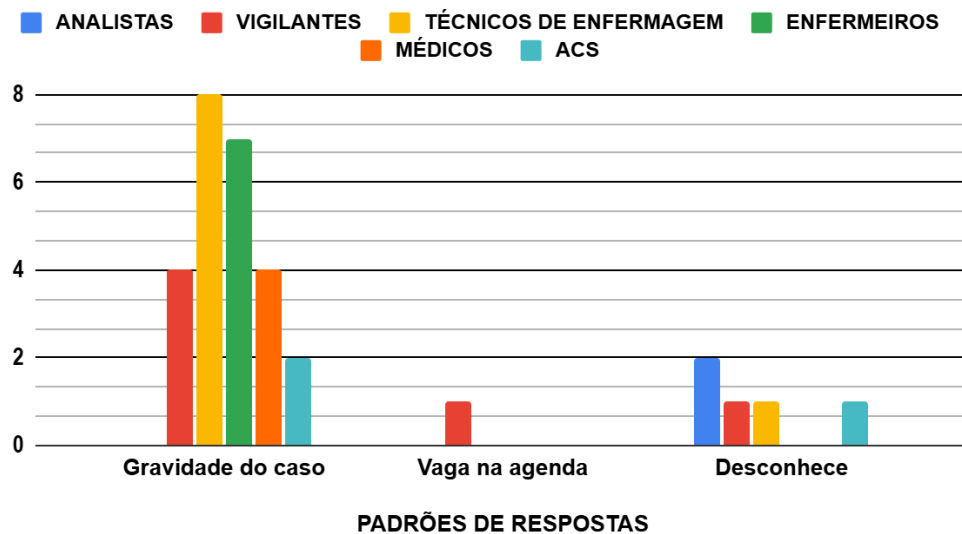


Gráfico 13: Respostas da pergunta 14 por categoria profissional

Para a pergunta 15 “Você percebe que seu trabalho é valorizado pelos outros profissionais?”, foi delimitada uma resposta por pessoa. As respostas identificadas foram “sim”, “não” e “mais ou menos”. A maior parte dos entrevistados (22) se sentem valorizados pelos outros profissionais. No entanto, cinco, sendo quatro técnicos de enfermagem e um vigilante, alegaram não se sentirem valorizados pelos pacientes, por serem muitas vezes tratados de forma ultrajante, enquanto um único ACS informou ser uma categoria profissional que sofre preconceito das demais. Os três vigilantes que responderam “mais ou menos”, relataram que percebem ser valorizados a depender dos profissionais. Outra queixa recorrente foi a desvalorização do atendimento prestado por profissionais que não são médicos, com relatos de pacientes que não consideram ter sido de fato atendidos quando consultados por enfermeiros ou outros profissionais da saúde.

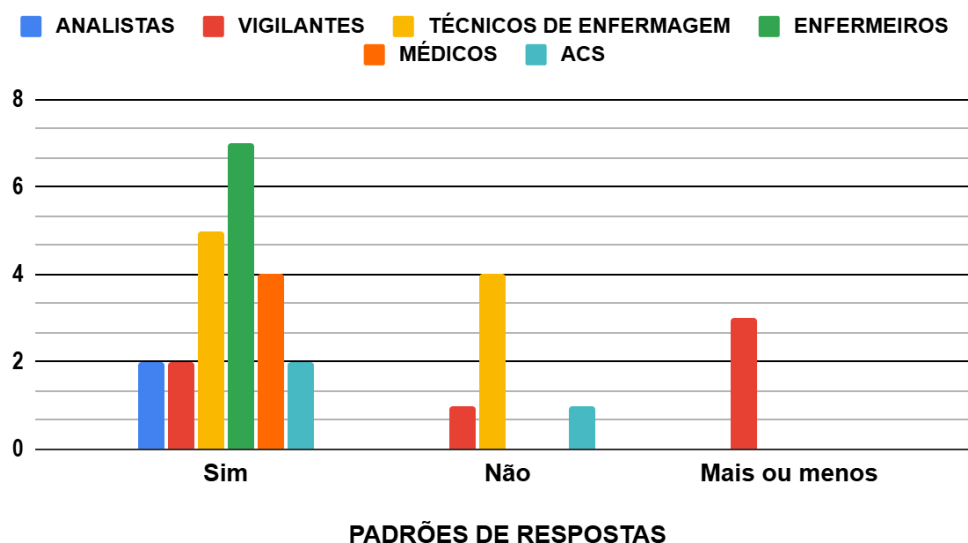


Gráfico 14: Respostas da pergunta 15 por categoria profissional

No que se refere à agenda dos profissionais, questão colocada na pergunta 16 “Quem define como é a agenda dos profissionais da equipe?”, as respostas estabelecidas foram “O próprio profissional define”, “Consenso da equipe em reunião”, “Gerência ou gestor definem”.

Ao analisar o gráfico, é possível perceber que a agenda raramente é decidida de forma exclusiva pelo próprio profissional, ou seja, na maioria das respostas (14) identificou-se a participação conjunta da equipe para definir a escala. Além disso, a reunião de equipe também estabelece uma quantidade específica de vagas de demanda espontânea e de agendamento para os servidores se organizarem entre si. Em contrapartida, dez entrevistados alegaram que tais funções são de responsabilidade da gerência.

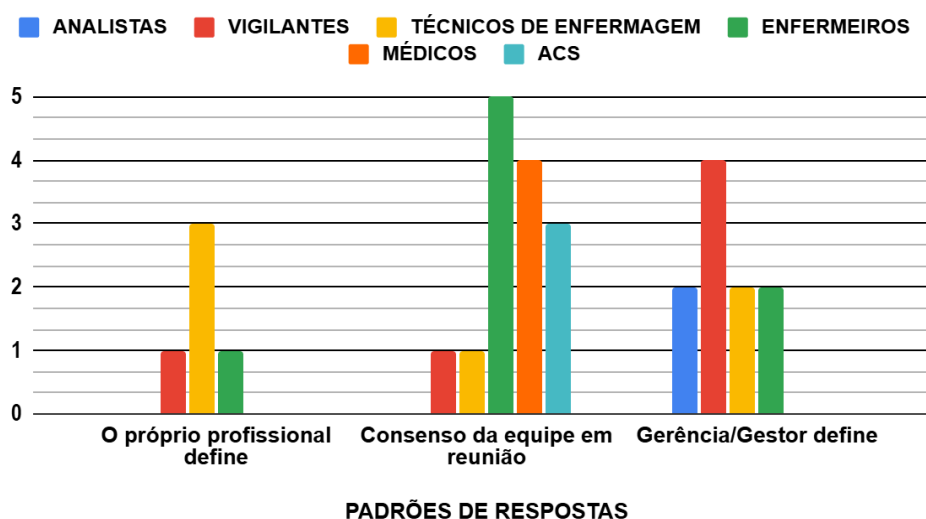


Gráfico 15: Respostas da pergunta 16 por categoria profissional

Quanto à pergunta 17 “A equipe faz reunião com seus integrantes? Com que periodicidade?”, as respostas obtidas categorizaram-se em: semanal, quinzenal, mensal e não realização de reuniões.

A análise do padrão de respostas demonstra que a periodicidade semanal é a mais frequente, com 23 registros, seguida por três ocorrências “quinzenal” e duas “mensal”. Dentre os que relataram não haver reuniões, um enfermeiro afirmou que elas não são realizadas com a equipe de acolhimento, e um vigilante declarou não participar desses encontros.

No entanto, dentre as respostas dos profissionais, foi avaliado que trabalhadores das mesmas UBS referiram diferentes periodicidades de reuniões. Além disso, é possível perceber que há uma dificuldade em manter as reuniões semanais, já que na UBS B, três técnicos de enfermagem alegaram que ocorrem muitos cancelamentos. Nesse sentido, um enfermeiro e um técnico de enfermagem da UBS C relataram que as reuniões ocorrem apenas na presença do médico da equipe, alternando com visita domiciliar quando há ausência desses profissionais.

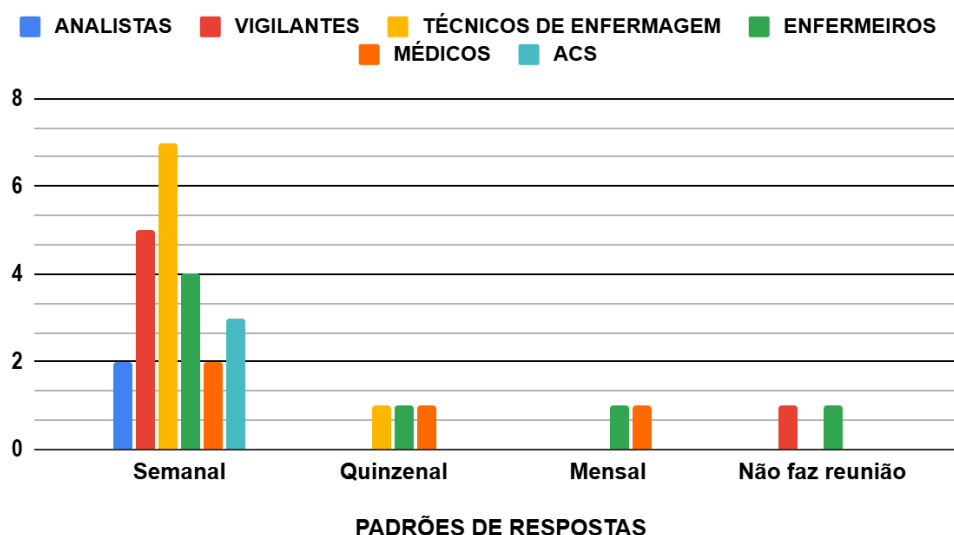


Gráfico 16: Respostas da pergunta 17 por categoria profissional

Na pergunta 18 “O que você acha que poderia ser feito para melhorar o acolhimento?”, os entrevistados deram as seguintes respostas: “Mais funcionários”, “Equipamentos”, “Estrutura física”, “Não tem reclamação” e “Outra proposta”.

Dezesseis profissionais enquadraram-se na categoria de “mais funcionários” para melhorar o acolhimento da UBS, com divergências de justificativa entre as categorias profissionais. Dentre esses: sete técnicos de enfermagem alegaram que quanto mais profissionais e com uma equipe completa, a sobrecarga do serviço seria evitada; três ACS esclareceram que a necessidade de mais profissionais é devido à alta demanda, ou seja, uma população adscrita maior que a quantidade de agentes para atendê-la; enquanto quatro vigilantes relataram que o ambiente da UBS é extenso e necessita de mais profissionais para a fiscalização de suas entradas e de seu ambiente interno simultaneamente.

Seis profissionais responderam que melhorariam os equipamentos em sua UBS, nessa resposta adequam-se instrumentos como computadores, ar condicionado e wifi, sendo a principal crítica quanto à qualidade do sistema de informação de saúde. Quatro entrevistados sugeriram que seria interessante uma melhora na estrutura física da UBS, com mais salas ou ampliação das salas já existentes para comportar melhor tanto profissionais quanto pacientes. Em contrapartida, um técnico de enfermagem e dois vigilantes não tiveram reclamações sobre o acolhimento de sua UBS.

Além disso, em “outras propostas ”: um médico sugeriu melhorar a assistência do manejo de crônicos agudizados, outro, separar o acolhimento de cada equipe e aprimorar a qualificação dos profissionais de saúde, e o médico da UBS A, alegou que seria interessante o paciente passar por uma triagem antes da consulta médica, uma vez que nessa UBS tal etapa do atendimento seria realizada durante a consulta médica. Dentre os enfermeiros, cinco deram como propostas: melhorar a organização dos dados dos pacientes; ter uma maior qualificação e capacitação da escuta dos profissionais; definir melhor os protocolos do acolhimento; e conscientizar os servidores sobre a ação da APS para evitar sobrecarga do sistema de saúde. Dois técnicos de enfermagem deram sugestões, sendo que uma foi aumentar a quantidade de vagas de atendimento e a outra foi melhorar a orientação dos pacientes em relação ao fluxo de atendimento. Ambos os analistas propuseram a contratação de um agente de portaria, para diminuir o tempo de fila e orientar os pacientes na entrada, melhorando o acolhimento da UBS.

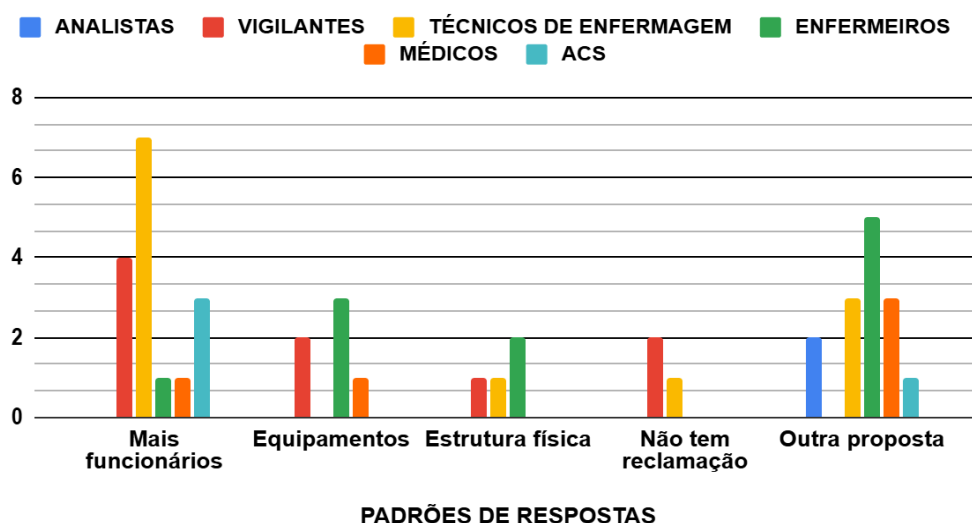


Gráfico 17: Respostas da pergunta 18 por categoria profissional

Com relação à pergunta 19 “Se você pudesse fazer uma mudança na atuação da sua equipe, qual seria?”, as respostas foram bastante diversas, sendo necessário encontrar padrões de respostas entre os profissionais.

Nessa perspectiva, onze profissionais relataram que não fariam qualquer alteração em suas equipes, enquanto outros três (dois enfermeiros e um técnico de enfermagem) alegaram não fazer parte das equipes de sua unidade. Outro padrão percebido foi com relação à contratação de mais profissionais: um médico e dois técnicos de enfermagem informaram que a UBS precisa de mais ACS para melhorar o cadastro e obter um maior controle sob o seu território; outro médico e três técnicos de enfermagem acreditam que devem ser contratados mais técnicos para diminuir a sobrecarga e o acúmulo de funções; quatro vigilantes alegaram que aumentariam o número de profissionais responsáveis pela segurança, porque são poucos trabalhadores para muitas entradas, sendo difícil algum se responsabilizar por acompanhar o trânsito dos pacientes na área interna da UBS; além desses, dois vigilantes e um enfermeiro referiram a necessidade de mais profissionais da saúde de forma geral, sugerindo mais parcerias com universidades para melhorar o atendimento, visto que há um déficit nas equipes de saúde.

Ademais, três entrevistados, questionaram sobre a estrutura física da UBS: um enfermeiro disse que mudaria o espaço para melhorar a atuação de

sua equipe; e dois vigilantes comentaram sobre a conscientização dos demais funcionários sobre a importância da segurança e sobre a possibilidade de estabelecer um plano de segurança para a sua UBS. Um dos vigilantes também alegou que o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ocupa uma área considerável da UBS, já que em uma UBS visitada, ambas instituições UBS e CAPS compartilhavam o mesmo prédio.

Três respostas destoaram das demais: um médico acredita que deveriam ser realizadas mais reuniões, e que deveria ter mais envolvimento e proatividade por parte dos profissionais da equipe; outro médico relata que deveriam ter estratégias para organizar melhor o atendimento à saúde da mulher, bem como planejamento familiar, além de serem implementadas intervenções coletivas com grupos específicos; e por último, um analista sugeriu alterar o fluxo de atendimento do serviço de sua UBS para a atuação de sua equipe.

No que diz respeito ao tema da pergunta 20, “Qual diferença que você acha que existe entre triagem e acolhimento?”, as respostas foram primeiramente divididas em dois grupos, aquelas que acreditam que os dois conceitos são iguais e as que reconhecem as duas ideias como distintas.

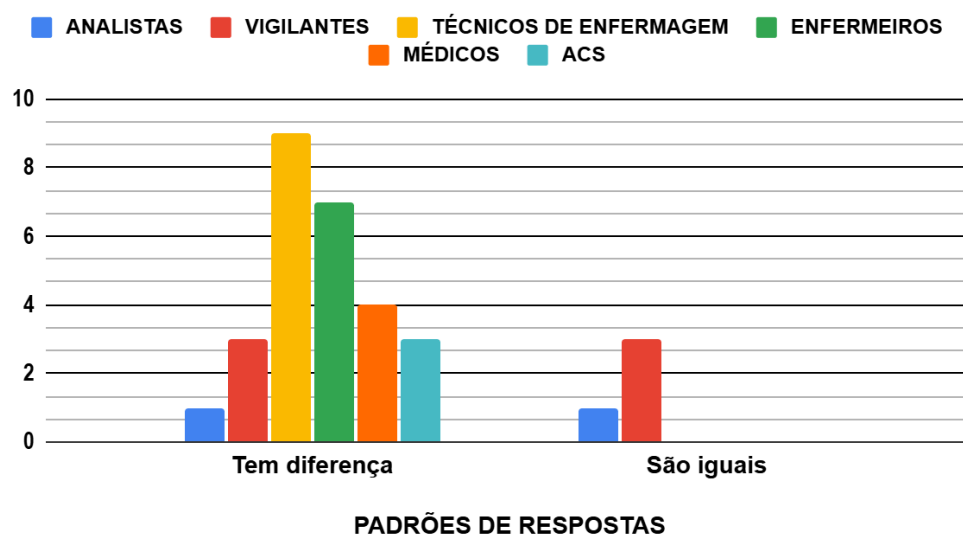


Gráfico 18: Respostas da pergunta 20 por categoria profissional

Quatro profissionais, um analista e três vigilantes, responderam que acolhimento e triagem trata-se do mesmo processo. Dentre os que diferenciaram, 14 profissionais descreveram a triagem como uma etapa para

avaliar os sinais vitais e conhecer os sintomas do paciente, sendo caracterizado como uma ação mais simples e direta. Além desses, quatro profissionais definiram a triagem como um mecanismo para classificação de risco dos pacientes, selecionando-os como urgência e emergência. Outros quatro entrevistados tiveram opiniões divergentes das demais: um médico alegou que a triagem é sobre orientar para onde o paciente deve ser encaminhado, feito por qualquer profissional; dois enfermeiros relataram que a triagem só poderia ser realizada por médicos; e por fim, um técnico de enfermagem acredita que a triagem é hospitalar, um processo mais direto focado em urgências.

Com relação ao acolhimento, dez entrevistados, dos 14 que diferenciaram os dois processos, compreendem que o acolhimento é uma etapa mais complexa, a qual demanda a escuta qualificada do paciente, sendo essencial para o entendimento da história, da queixa e de sua resolução. Três profissionais (dois ACS e um enfermeiro) percebem que o acolhimento é uma função que pode ser realizada por qualquer profissional da UBS. Ao contrário do que foi relatado por um vigilante, o qual acredita que o acolhimento é feito apenas pela enfermagem. Além desses, um ACS e um médico referiram que tal etapa seria para a orientação dos pacientes, enquanto outro médico, um enfermeiro e um vigilante, interpretaram o acolhimento como um momento para classificação de risco do paciente.

4. DISCUSSÃO

É notório que o processo de acolhimento encara diversas adversidades em sua prática. Segundo Gomide et al.,²³ os usuários do SUS buscam nos serviços de saúde uma ação efetiva que consiga resolver ou minimizar suas queixas. Logo, quando isso não ocorre da forma esperada, há uma maior procura por outros serviços, como as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Concomitantemente, o autor também indica que ocorrem falhas no acolhimento de pacientes na atenção primária, levando ao encaminhamento errôneo para os outros níveis de atenção, sobrecarregando o sistema com problemáticas que poderiam e deveriam ser resolvidas pela APS.²³ Tal fato também é abordado pelo estudo de Cook et al.,²⁴ a qual afirma que quanto maior a dificuldade em conseguir atendimento, com atrasos excessivos e falha na comunicação com os profissionais, maior é a desistência dos pacientes, levando a uma sobrecarga desnecessária dos atendimentos na atenção secundária e terciária.

Há, também, um despreparo dos profissionais de saúde, os quais apresentam com frequência uma visão com maior foco na doença, não levando em consideração as questões biopsicossociais, tendo uma abordagem mais especializada ao invés de mais ampla e humanizada.²⁵ Tais fatores corroboram com a chamada “peregrinação em busca do cuidado”, de acordo com Queiroz,²⁶ situação na qual o vínculo profissional-paciente é afetado pelas normas burocráticas, levando o usuário a percorrer diferentes setores da rede de atenção em busca de acesso ao serviço de saúde que sane suas reclamações. A falha na articulação entre as partes constituintes das redes de atenção e o excesso de demanda são complicações que atrapalham a implementação do cuidado qualificado, bem como a ausência de capacitação dos profissionais e a falta de espaços democráticos.¹⁹ De acordo com o estudo de Sousa et al.,¹² aproximadamente 20% das equipes avaliadas não possuíam um protocolo de acolhimento.

Durante a confecção desta pesquisa, uma nota técnica foi produzida pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) a respeito da qualificação do cuidado e do acesso nas Unidades Básicas de Saúde do DF. Por esse motivo,

parte do referencial teórico será baseado nesta portaria, visto que trata-se de uma caracterização tanto da APS quanto do processo de acolhimento específicos dessa região administrativa. No Distrito Federal, o processo de acolhimento nas unidades Básicas de Saúde é orientado pela Nota Técnica Nº 11/2022 - SES/SAIS/COAPS do DF,²⁷ que estabelece normas para padronizar e organizar o acesso aos cidadãos que dependem do serviço primário de saúde, facilitando a resolução de suas demandas e necessidades. Portanto, foram esclarecidas as atribuições por categoria profissional, a definição do horário de acolhimento, a realização da marcação de consultas, como proceder quando há falta de profissionais e o manejo de pacientes da demanda espontânea.

Diante dessas evidências, torna-se clara a necessidade de uma maior atenção à maneira como o acesso à atenção primária é feito, sendo imprescindível a criação de diretrizes e protocolos para garantir uma padronização nos atendimentos de qualidade à população. Como parte disso, é notória a relevância de investimentos em tecnologias de menor complexidade, com o intuito de incentivar o crescimento das unidades básicas de saúde.²⁸

Processo de acolhimento

O processo de acolhimento se baseia em receber o paciente no sistema de saúde de forma satisfatória e humanizada, para que este consiga ser ouvido e ter suas queixas solucionadas. Dessa forma, os servidores conseguem reconhecer e resolver problemas por meio de uma comunicação clara e efetiva, a qual demanda tempo e empatia, garantindo a continuidade do atendimento na UBS.¹² Diante do exposto, há um esclarecimento quanto ao questionamento da pergunta dez, sobre como é feita a conversa com o paciente durante o acolhimento, na qual 14 profissionais acreditam que demanda tempo, proporcionando ao paciente um ambiente seguro, de forma a garantir uma escuta ativa e melhorar o acesso e a relação usuário-trabalhador.

É previsto pelo Caderno de Atenção Básica nº 28 que existem três modelos diferentes de acolhimento a serem aplicados nas UBS, a fim de proporcionar um acesso de qualidade aos usuários do serviço público.⁸ Dessa forma, as UBS possuem a liberdade de escolher o modelo que se adequa melhor

às suas condições, visando implementar a estratégia que seja benéfica tanto aos pacientes quanto aos funcionários, influenciando no funcionamento do serviço como um todo. Nesse sentido, as modalidades de acolhimento mais frequentes no DF são o dividido entre as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e o atendimento geral, ou seja, tanto pela equipe disponível no dia, quanto pela equipe específica do cidadão.²⁹ Vale ressaltar que, independente do padrão escolhido, a prioridade é garantir uma escuta qualificada e ativa dos pacientes.

No entanto, em relação à demanda espontânea, a Secretaria de Saúde preconiza que o atendimento dos pacientes deve ser realizado por um sistema de retaguarda assistencial, o qual pode ser feito por uma equipe exclusiva para esta função ou por um rodízio entre as equipes, sendo cada uma responsável pela demanda em determinado período. Assim, ambos apresentam vantagens distintas, haja vista que o esquema de equipe exclusiva proporciona um maior vínculo entre usuário-trabalhador, enquanto o de rodízio apresenta uma maior disponibilidade de profissionais aptos para atender situações de urgência e emergência. Já os pacientes que estão fora de sua área podem ser atendidos pelos profissionais da demanda espontânea ou serem redistribuídos entre as equipes disponíveis no turno, a depender de seu grau de risco.²⁹

Em casos de falta de profissionais, a conduta varia de acordo com a gravidade do quadro do paciente. Na falta de médicos, pacientes verdes podem ser atendidos por enfermeiros ou serem orientados a retornar em outro período, já pacientes amarelos e vermelhos devem ser encaminhados para médicos de outras equipes. Na falta de enfermeiros, pacientes verdes podem ser atendidos pelos próprios médicos ou serem orientados a retornar em outro período. No entanto, o acolhimento não pode ficar sem um profissional, sendo necessário realizar um rodízio entre enfermeiros de todas as equipes caso o enfermeiro acolhedor não possa comparecer.²⁹ Tal fato responde à pergunta 11, na qual foram identificadas múltiplas respostas divergentes, o que mostra a falta de padronização e desconhecimento de como proceder com os pacientes que encontram-se sem profissionais de saúde em sua equipe. Vale destacar a estratégia de “equipes irmãs” da UBS C, na qual equipes específicas seriam

responsáveis pelo apoio uma da outra nos casos de perda de contingente profissional.

De acordo com a Portaria Nº114, de 10 de fevereiro de 2022, Brasília-DF,²⁹ após o acolhimento da demanda espontânea, os pacientes podem ser encaminhados para o atendimento de forma imediata ou em horários disponíveis no mesmo dia, a depender da gravidade do quadro, e caso o paciente seja da região, pode ser feita a marcação de consulta para datas posteriores. Em situações de demandas de baixa complexidade, como troca de receitas e pedidos de exames complementares, os profissionais da UBS podem solucioná-las de forma prática, sem necessidade de encaminhar e prolongar o tempo de espera. Por fim, se for preciso um encaminhamento para outra unidade, é importante orientar o usuário sobre onde ir, bem como avisar previamente a equipe do serviço a ser procurado.

Tais dados ajudam a responder a pergunta 13, na qual 26 entrevistados alegaram que os pacientes são encaminhados diretamente para a consulta com médico ou enfermeiro após serem acolhidos, sem diferenciar os agendados da demanda espontânea. Apenas três técnicos de enfermagem fizeram essa diferenciação, sendo que os agendados seriam encaminhados para a consulta e os demais, encaixados ou marcados para posteriormente. Além disso, também esclarece a pergunta 14, na qual 25 participantes concordam que a consulta da demanda espontânea é feita por médico ou por enfermeiro de acordo com a gravidade do caso.

Com relação à pergunta 16, é relevante salientar que não foi encontrada uma padronização sobre o fluxo de atendimento para pacientes com consulta agendada nas portarias vigentes, ou seja, não definem como estes devem proceder ao chegar na UBS. Tal ausência de diretrizes reflete nas divergências das respostas dos profissionais entrevistados. Assim, é imprescindível a criação de protocolos sobre quais etapas devem ser seguidas até o paciente ser encaminhado à consulta. Notou-se, também, uma dificuldade prática em diferenciar os processos de triagem e de acolhimento, o que contribui para a má compreensão do fluxo geral de atendimento, sendo essencial

promover a conscientização dos servidores sobre a distinção entre esses conceitos.

Profissional responsável pelo acolhimento

Tendo em vista que o acolhimento é caracterizado como uma ferramenta social para ampliar e facilitar o acesso à saúde, torna-se essencial o reconhecimento desta prática como um método que qualifica as relações de cuidado, de forma interprofissional, entre trabalhadores da unidade de saúde e usuários.^{29,30}

De acordo com a Nota Técnica Nº 11/2022 - SES/SAIS/COAPS do DF,²⁷ o processo de acolhimento é uma atividade multiprofissional e não exclusiva dos profissionais com formação em saúde. O documento normativo define atribuições específicas para as diferentes categorias que atuam nas UBS. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e outros servidores da recepção têm a função de praticar a escuta ativa para fortalecer o vínculo, participar do primeiro contato e direcionar os usuários aos devidos espaços de espera conforme a natureza da demanda. Aos Técnicos de Enfermagem, cabe atuar no acolhimento para orientar o fluxo do paciente dentro da unidade e auxiliar o enfermeiro nas atividades de triagem, como a aferição de sinais vitais. Enfermeiros das equipes e Médicos de Família e Comunidade são responsáveis por reservar as vagas necessárias para a demanda espontânea em seus respectivos horários. Por sua vez, o enfermeiro do acolhimento tem a função de acolher, classificar o risco e a vulnerabilidade do usuário, identificar sua equipe de referência, gerenciar as vagas disponíveis e atender os casos de demanda espontânea.

No que diz respeito às funções da gerência e dos supervisores administrativos, a mesma nota técnica estabelece algumas orientações para auxiliar tais profissionais. É recomendado que a gerência da unidade básica marque reuniões com o máximo de trabalhadores, visando instruir sobre a definição do acolhimento único e como funcionará o esquema de equipe retaguarda para esse setor. Além dessas atribuições, esses profissionais também devem: estabelecer planos de contingência para lidar com o afastamento de outros servidores; divulgar para a comunidade a estratégia de retaguarda assistencial; e monitorar/avaliar como está o processo de acolhimento na UBS.²⁹

Dessa forma, nota-se que a responsabilidade pelo acolhimento não é restrita a alguma categoria específica, tendo como prioridade a experiência do paciente, com foco no acesso inclusivo, efetivo e empático.²⁹ Portanto, o ponto principal não é a formação acadêmica, mas sim a capacitação dos profissionais que participam ativamente do processo de acolhimento.³¹

Horário de acolhimento

O horário de acolhimento depende primeiramente do período de funcionamento da UBS, variando de acordo com a carga horária total de horas semanais que os profissionais devem cumprir. Nessa perspectiva, sabe-se que a divisão dos turnos é manejada pela gerência, a qual precisa distribuir os profissionais de forma que estes consigam atender às demandas programadas e não programadas, dando um caráter ininterrupto ao processo de acolhimento. Assim, tem-se como uma das estratégias utilizadas realizar rodízios entre equipes nos horários de almoço e na última hora antes do encerramento das atividades da UBS, garantindo que haja atendimento em todo o período de funcionamento da unidade.²⁹

Logo, as táticas utilizadas ajudam a resolver as dificuldades abordadas nas perguntas três e quatro, uma vez que na três, 18 funcionários alegam que o paciente tem que chegar cedo para garantir atendimento, e na quatro, 15 profissionais referem ter uma maior quantidade de pacientes pela manhã. Nesse viés, se o tempo de atendimento da unidade for bem distribuído, o paradigma social envolvendo o paciente ter que obrigatoriamente chegar cedo na UBS para conseguir ser atendido seria solucionado.

No estudo de Figueiredo et al.,³² observou-se uma insatisfação dos usuários com relação aos horários de funcionamento das UBS que funcionam de segunda à sexta e encerram às 17h, tendo uma preferência por horários que facilitem o acesso da população trabalhadora. Dessa forma, tal problemática está relacionada com o que foi discutido pela Nota Técnica N° 11/2022 do DF, a qual esclarece a existência de três modelos de escala diferentes na região administrativa, sendo estes as UBS que funcionam das 7h às 17h, das 7h às 22h e das 7h às 19h bem como aos sábados.²⁷

No entanto, nenhuma UBS engloba todas as reivindicações de horários disponíveis para os usuários trabalhadores, uma vez que isto demandaria uma jornada de trabalho muito longa, sendo necessário mais funcionários para contribuírem com os turnos solicitados. Nessa perspectiva, esta adversidade corrobora com a queixa da pergunta 18, na qual 16 entrevistados responderam que há uma escassez de profissionais, sendo essencial a contratação de mais funcionários para melhorar o acolhimento. Além disso, tem-se na pergunta 19, 14 profissionais que também sugeriram a contratação de mais profissionais para um melhor funcionamento da equipe, visando a resolutividade das demandas dos pacientes que não conseguem ter acesso ao serviço de saúde.

Marcação de consultas

A marcação de consultas é feita por cada equipe, sendo importante a organização para que tenha horário de atendimento tanto para agenda marcada quanto da demanda espontânea, a qual possui uma quantidade máxima de vagas por período. Dessa forma, ao chegar na UBS, o paciente é acolhido, estratificado e encaminhado ao atendimento com sua equipe de referência. No entanto, em caso de sobrecarga do serviço e em dias de reunião, isto é, quando a equipe específica do usuário não consegue atendê-lo, este é encaminhado e atendido por outra equipe ou pelo próprio enfermeiro responsável pelo acolhimento, a depender do quadro clínico.²⁹

De acordo com o estudo de Lima et al.,³³ a qual realizou uma comparação entre os resultados de dois períodos de avaliação distintos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), foi identificada com relação à marcação de consultas, uma redução na quantidade de UBS que realizam a marcação de consultas todos os dias da semana, sendo necessário formar filas ou comparecer à unidade em horários específicos para tal marcação. Ainda é possível perceber, através das análises de dados, a dificuldade no agendamento das consultas, sendo utilizadas estratégias como a distribuição de senhas e formação de filas, o que corrobora com o problema organizacional do acesso por gerar uma disputa por vagas de

atendimento, reforçando a necessidade dos pacientes chegarem mais cedo para ter acesso à consulta.

O uso dos meios de comunicação (telefone, internet) como ferramenta tanto facilitadora do processo de marcação de consultas, quanto potencializadora do vínculo com o usuário, é abordado como uma estratégia eficiente para ampliar o acesso e aperfeiçoar a resolutividade da UBS. Isso é confirmado pela avaliação de satisfação do usuário, o qual muitas vezes não pode ir presencialmente em dias específicos ou por estar em horário de trabalho, ou estar debilitado, ou por não possuir condições econômicas para ir até a unidade marcar uma consulta.^{33,34} Dentre as principais queixas dos usuários que precisam marcar consulta, tem-se: falta de vagas para agendamento, falta de profissionais para atendimento e, por fim, demora no atendimento para marcação de consulta, mesmo entre aqueles classificados como urgentes.^{34,35}

Diante disso, é possível perceber, por meio das respostas à pergunta sete, que os próprios profissionais não têm um consenso sobre como se dá e de quem seria responsável por realizar a marcação das consultas, podendo este ser um fator que favorece o aumento no tempo de espera desse processo. Dessa forma, Gomide²³ confirma que a demora para marcação de consulta é um dos principais obstáculos relacionados à acessibilidade ao serviço de saúde. Sobre a percepção do usuário, a autora também identificou que os pacientes demonstram insatisfação quanto a definição de dias específicos para atendimento exclusivo de demanda espontânea ou somente para marcação de consultas, o que dificulta a garantia do acesso à saúde para ambos grupos. Esta queixa vai de acordo com o que a Portaria Nº114, de 10 de fevereiro de 2022, propõe, ou seja, as UBS devem se opor e evitar a delimitação de serviços para um dia ou horário específico, se adequando melhor às necessidades do usuário e períodos de maior procura da população.²⁹

No que diz respeito à troca de receitas, vale ressaltar que, dependendo do esquema utilizado para a prescrição e renovação destas, esse serviço pode conferir malefícios ao paciente. Tal atividade é percebida principalmente no manejo de questões relacionadas à Saúde Mental e às Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Segundo Neri,³⁶ em UBS incapazes de se adequar à crescente

demanda, prescrições e renovações de receitas não cumprem com a reavaliação do paciente preconizada em protocolos. Isso, além de tornar a compreensão sobre esse processo como algo burocrático e administrativo, descaracteriza a atenção integral ao paciente, a qual passa a ser um cuidado descontínuo, de periodicidade indefinida e sem plano de cuidados bem elaborados.

Ao analisar a pergunta oito, nota-se que ao aderir a dinâmica de deixar a receita na unidade e buscá-la renovada, ou ao funcionamento da troca de receita como “livre demanda” sem agendamento de consulta, ocorre a perda da avaliação da condição de saúde do paciente. Essas estratégias equivocadas reforçam o encontrado por Silva,⁷ que avaliou as prescrições e receitas de uma UBS do RJ, identificando uma grande quantidade de medicamentos prescritos diretamente proporcional ao aumento no risco de consumo desnecessário e erros de administração, acompanhados de possíveis iatrogenias, reações adversas, aumento de resistência bacteriana pelo uso indiscriminado de antibióticos, interferências na adesão ao tratamento, hospitalização e óbito.

Demanda Espontânea

Com relação ao atendimento da demanda espontânea, a Nota Técnica estabelece o sistema retaguarda como um suporte ao atendimento de pacientes que ingressam dessa forma à unidade de saúde, além da classificação de risco para definir o tipo de consulta solicitada em cada caso, como já citado anteriormente.²⁷

Nesse sentido, a Constituição Federal de 1988 estipula três princípios para o Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, equidade e integralidade. O cumprimento de tais princípios é essencial para a interpretação da saúde não como um serviço que se tem acesso por meio de uma contribuição ou pagamento, mas sim como um direito de todo cidadão.¹

O SUS descreve a UBS como porta de entrada de uma população adscrita e cadastrada no território ou área do município pela qual essa é responsável. Assim, Scaglia³⁷ demonstra fatores essenciais para definir a resolutividade de cada Unidade Básica de Saúde, como recursos, capacidade de gerenciamento local, demandas e mobilização da comunidade.

Desse modo, é reforçada a importância do atendimento universal pelos servidores envolvidos diretamente com a escuta qualificada e com o acolhimento, devendo sempre conferir assistência para todo e qualquer paciente que chegue à unidade.²⁹ O que se observa na prática, contudo, é a insatisfação dos usuários com o acesso ao serviço de saúde e com a efetividade das ações de referência e contrarreferência. Embora se reconheça constitucionalmente a saúde como um direito do cidadão, a materialização desse direito na forma de um acesso universal e equânime ainda não é uma realidade consolidada.³⁷

Esse tema também é abordado na pergunta nove, ao questionar como seria o atendimento da população fora da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde. Dentre as respostas que se destacaram, é válido citar a opinião de três vigilantes, os quais alegaram que o paciente não poderia ser atendido na UBS, visto que a unidade responsável pelo atendimento de saúde deveria corresponder ao endereço do usuário. Nesse contexto, a própria Nota Técnica N° 11/2022 problematiza esse tipo de pensamento, ao anunciar que o paciente precisa ser capaz de expressar as suas necessidades para que elas não sejam reprimidas ou redirecionadas. O documento contesta ainda a realidade que ocorre no processo de acolhimento, no qual o paciente é mandado embora da unidade por não haver profissionais de saúde na equipe, ou torna-se alvo de perguntas como “Qual o seu endereço de residência?”, sem ao menos ser questionado sobre a sua demanda naquele instante.²⁷

Concomitante a isso, Martins³⁸ caracteriza o acolhimento como um processo ainda fragmentado, o qual é dificultado pelas relações de poder que impedem o aperfeiçoamento dos profissionais. Essa hierarquização inibe que os servidores transcendam da empatia, ato de colocar-se no lugar do outro e compreender o que alguém sentiria em determinada situação, para alcançar a alteridade, compreensão e valorização das diferenças interpessoais.

Na mesma lógica, Dos Santos³⁹ ressalta que acesso e acolhimento estão interligados, não havendo um sem o outro. Assim, o autor reforça que o serviço deve ser garantido para todo e qualquer contato do cidadão com a UBS, independente do motivo da busca por atendimento. No entanto, o que costuma acontecer no DF é a verificação do endereço do usuário ou a exigência de algum comprovante de residência. O autor vai além e expõe que, justamente pelo acolhimento não ocorrer da forma idealizada, é possível compreender o porquê

de o paciente “mentir” o seu endereço, sendo necessário nesses casos, uma investigação detalhada para conhecer o usuário e avaliar os motivos dele procurar atendimento em outra UBS que não a sua de referência. Dentre as principais justificativas, tem-se: falha profissional quanto à orientação ou na distribuição das áreas do território, falta de informação do usuário sobre o funcionamento da APS e dificuldade de acesso à UBS de referência.³⁹

Alterações no acolhimento em função da pandemia de COVID-19

A APS teve um papel fundamental no combate à pandemia do COVID-19, que ocorreu do ano de 2020 a 2022. Dessa forma, ocorreram mudanças importantes tanto na atuação dos profissionais e na disponibilização de serviço pelas UBS quanto na procura pelos usuários, uma vez que a demanda por atendimento de quadros gripais e respiratórios aumentou consideravelmente em detrimento das consultas de pacientes com demais patologias, destacando-se os portadores de doenças crônicas, acarretando em uma descontinuidade do tratamento e sobrecarga do sistema de saúde.²⁹

Nesse viés, as UBS enfrentaram variadas adversidades para conseguirem se adaptar às novas demandas, necessitando de mais insumos, maior infraestrutura e melhor organização, uma vez que, inicialmente, houve uma limitação na orientação e na criação de protocolos para contribuir com a definição de condutas a serem seguidas para prevenção e promoção de saúde nesse contexto.⁴⁰

Desse modo, o estudo de Bousquat et. al⁴¹ destaca como principais alterações no acolhimento e no funcionamento das UBS, a falta de recursos básicos, como termômetros, oxímetros, oxigênio inalatório e acesso aos testes rápidos de antígeno e ao RT-PCR, bem como a reorganização do fluxo de pacientes, separando os sintomáticos respiratórios em ambientes específicos para o seu atendimento ambulatorial, tendo-os como prioridade. Vale ressaltar, ainda, a implementação das consultas remotas na rotina dos servidores, com o intuito de diminuir a aglomeração de pessoas na UBS, evitando a sobrecarga do serviço e a transmissão da doença. Esses dados estão em concordância com a pergunta cinco, na qual os entrevistados relataram também mudanças no fluxo de

atendimento, no distanciamento social e medidas de proteção, no manejo dos diferentes pacientes e na falta de recursos e auxílio.

Percepção do profissionais acerca do processo de acolhimento

Os profissionais entrevistados mostraram diferentes percepções acerca do processo de acolhimento, dos conceitos relacionados a ele e de sua capacidade para colocá-lo em prática. Dessa forma, a partir da pergunta 12, tem-se que, apesar de apenas 10 profissionais de 31 não se sentirem capacitados para realizar uma escuta qualificada, esta quantidade ainda é preocupante, uma vez que todos os funcionários da UBS têm a responsabilidade de realizar o acolhimento e deveriam ter um treinamento e um preparo maior para lidar e se comunicar com os diferentes tipos de pacientes. Assim, apesar de existirem cursos disponibilizados pela Secretaria de Saúde, estes não são exigidos pelas unidades, fato o qual precisa ser revertido.

De acordo com a pergunta 15, dos seis profissionais que não se sentem valorizados, quatro relatam sofrer preconceito por parte dos pacientes, não tendo o devido reconhecimento de seu trabalho. Tal queixa se enquadra no fato de os médicos serem vistos por muitos usuários como os únicos capazes de solucionar seus problemas, os quais não se satisfazem com o atendimento, mesmo que de qualidade, realizado por enfermeiros ou técnicos de enfermagem. Logo, é necessário reforçar o papel essencial de cada profissão para o bom funcionamento do sistema de saúde, visando acabar com tais estigmas.

No que se refere à periodicidade das reuniões de equipe (pergunta 17), observou-se a predominância do modelo semanal, relatado por 23 participantes. No entanto, houveram discordâncias nas respostas entre profissionais de uma mesma UBS, o que evidencia uma falha no controle sobre a participação de todos os funcionários. Ademais, outro problema identificado foi o cancelamento recorrente das reuniões, fato que prejudica a comunicação entre a equipe, além de afetar a adesão dos servidores, uma vez que não é estabelecida uma rotina.

Dentre as propostas citadas na pergunta 18 para melhorar o acolhimento, destacam-se a contratação de mais funcionários, a melhora dos

equipamentos e da estrutura física, uma maior capacitação dos profissionais em relação à escuta qualificada e à noção das atribuições da APS, bem como uma orientação eficiente dos pacientes sobre como funciona a UBS. Assim, é notória a necessidade de mais investimentos na infraestrutura e no preparo dos servidores para que a saúde pública possa funcionar de forma plena.

Já na pergunta 19, sobre as mudanças realizadas para melhorar a atuação da equipe, destacaram-se a contratação de mais profissionais, tanto da área da saúde, quanto da vigilância, e a melhora da estrutura física. Logo, é perceptível o déficit de funcionários, que gera uma sobrecarga na equipe e no serviço como um todo, haja vista o grande contingente de pacientes por equipe. É válido ressaltar a quantidade considerável de entrevistados que relataram não precisar realizar nenhuma mudança em sua equipe, mostrando um avanço nas equipes a que pertencem.

Por fim, a pergunta 20, com relação à compreensão sobre a diferença entre acolhimento e triagem, constatou-se que técnicos de enfermagem e enfermeiros tiveram um padrão de resposta mais coerente e semelhante, por estarem mais envolvidos com o processo de acolhimento e triagem em sua rotina. No entanto, a confusão entre as duas ações é evidente entre muitos profissionais, os quais, mesmo sabendo que são diferentes, não sabem ao certo sua aplicação na prática. Tal fato é preocupante, uma vez que, apesar de a triagem ser realizada apenas por profissionais de saúde, o acolhimento pode ser realizado por todos os servidores da UBS, os quais deveriam ser orientados e capacitados para garantir uma boa experiência para pacientes, sanando suas dúvidas e queixas com uma escuta ativa e qualificada.

5. CONCLUSÕES

Em resumo, pode-se concluir que, por meio da entrevista dos profissionais de saúde nas UBS participantes, foi possível compreender o processo de acolhimento estabelecido nesses ambientes ao analisar os padrões de resposta em comparação com o preconizado por notas técnicas e portarias da Secretaria de Saúde do DF. As descrições dos funcionários sobre características do seu próprio serviço, como escala, fluxo de atendimento, comunicação com o paciente, entre outras, foram essenciais para a identificação das estratégias e qualificação dos mecanismos utilizados no serviço de acolhimento, tanto com relação à demanda espontânea, quanto ao agendamento de consultas.

No que diz respeito à avaliação do conhecimento dos profissionais da UBS sobre o acolhimento, constata-se a necessidade de um incentivo das instituições para maior capacitação dos servidores que atuam diretamente na escuta qualificada do paciente, visto que as atividades e cursos sobre esse assunto existem, porém apresentam pouca procura.

De forma geral, foram encontrados obstáculos com relação a forma com que a UBS e seus profissionais lidam com: uma tentativa de oferta equilibrada entre os serviços da demanda espontânea e de agenda marcada; sobrecarga provocada pelo absenteísmo em equipes incompletas; falha na compreensão sobre o acolhimento e o fluxo de atendimento, fazendo com que o paciente se perca dentro da UBS ou entre os serviços ofertados pela rede de saúde.

Em vista disso, apesar de este trabalho ter alcançado os seus objetivos, foram percebidos diversos desafios para a implementação do acolhimento na prática. Assim, tem-se a sobrecarga do sistema de saúde, causada pela falta de profissionais para conseguir suprir as demandas do grande contingente de pacientes que dependem do sistema público. Aliado a isso, há uma falha na capacitação dos servidores, muitos dos quais não possuem conhecimento sobre conceitos e protocolos essenciais para o funcionamento de qualidade da UBS. Diante do exposto, é considerável a quantidade de equipes incompletas, as quais ainda precisam lidar com a falta de insumos, de infraestrutura e de valorização, tanto por parte do governo quanto pelos próprios pacientes.

Por fim, são necessários mais estudos sobre a APS e suas nuances, uma vez que esta é o principal meio de acesso ao SUS e ainda há muitos obstáculos a serem superados para que funcione de forma satisfatória, com um cuidado contínuo, de fácil acesso e universal.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Os autores do manuscrito intitulado “**O PROCESSO DE ACOLHIMENTO DE PACIENTES EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL**”, submetido para avaliação de preprints da plataforma SciELO, declaram que **não existem** conflitos de interesses financeiros, comerciais, profissionais, acadêmicos, pessoais ou de qualquer outra natureza que possam influenciar, de forma inadequada, os resultados, interpretações ou conclusões deste trabalho. Assumimos plena responsabilidade pela veracidade das informações prestadas e nos comprometemos a informar prontamente a Revista sobre qualquer fato superveniente que possa configurar novo conflito de interesses.

DECLARAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Os autores do manuscrito intitulado “**O PROCESSO DE ACOLHIMENTO DE PACIENTES EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL**”, submetido para avaliação de preprints da plataforma SciELO, declaram que cada autor contribuiu de forma significativa para a realização do presente trabalho, conforme descrito abaixo:

Nome do Autor	Contribuição
Gabriel Machado de Castro	Concepção e desenho do estudo; coleta de dados; análise e interpretação dos dados; redação do manuscrito; revisão crítica relevante do conteúdo; aprovação final da versão a ser publicada; responsabilidade pela integridade do trabalho.
Laura Dourado Paiva	Concepção e desenho do estudo; coleta de dados; análise e interpretação dos dados; redação do manuscrito; revisão crítica relevante do conteúdo; aprovação final da versão a ser publicada; responsabilidade pela integridade do trabalho.
Luciana Benevides Ferreira	Concepção e desenho do estudo; revisão da redação do manuscrito; revisão crítica relevante do conteúdo; aprovação final da versão a ser publicada; responsabilidade pela integridade do trabalho.

DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE DE DADOS

Os dados anonimizados que dão suporte aos achados deste estudo (incluindo o conjunto de dados transcrito e o instrumento de coleta) estão disponíveis mediante solicitação razoável e para fins acadêmicos. O acesso pode ser solicitado aos autores correspondentes pelo seguintes endereços:

<https://www.gti.uniceub.br/pic/article/viewFile/9591/5730>

<https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/>

Ou pelo contato com os pesquisadores: gabriel.mc@sempreceub.com

A disponibilidade está sujeita à aprovação de um plano de uso específico e ao cumprimento integral dos termos de confidencialidade e ética aprovados pelos Comitês de Ética em Pesquisa envolvidos.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Matta GC. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: Matta GC, Pontes ALM, organizadores. Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p. 61-80.
2. IBGE. Pesquisa nacional de saúde 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde. Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.
3. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
4. Silva LAN, Ferreira RS, Oliveira MC, Santos JM. Acesso e acolhimento na Atenção Básica da região Oeste do Pará. Saúde debate. v. 43, p. 742-754, 2019.
5. Pires TMS. Atenção primária e saúde da família [livro eletrônico]. Curitiba: Editora Intersaberes; 2020.
6. Gusso G, Lopes JMC, Dias LC, editores. Tratado de medicina de família e comunidade. 2a ed. Porto Alegre: ArtMed; 2019.
7. Silva JT. Análise das prescrições de medicamentos em unidades de atenção básica à saúde no município de Itaguaí-RJ. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2018.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Cadernos de Atenção Básica nº 28. 1 ed. vol. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p.
9. Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, editores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2a ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. 20p. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
11. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde. Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde. Protocolo de Acesso da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal – APS/DF. 40p. Brasília: DODF Nº 238, 2018.
12. Sousa ANA, Shimizu HE. Como os brasileiros acessam a Atenção Básica em Saúde: evolução e adversidades no período recente (2012-2018). Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, p. 2981-2995, 2021.
13. Giordani JMA, et al. Factors associated with service user embracement by primary health care teams in Brazil, 2012: a cross-sectional study. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 29, p. e2019468, 2020.
14. Lopes AS, et al. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. Saúde em debate, v. 39, p. 114-123, 2015.

- 15 Vicari T, Lago LM, Bulgarelli AF. Realidades das práticas da Estratégia Saúde da Família como forças instituintes do acesso aos serviços de saúde do SUS: uma perspectiva da Análise Institucional. *Saúde em Debate*, v. 46, p. 135-147, 2022.
16. Silva RM, Oliveira MHB, Sampaio IS. Challenges and possibilities of health professionals in the care of dependent older adults. *Ciênc. saúde coletiva*. v. 26, p. 89-98, 2021.
17. Silva MZN, Andrade AB, Bosi MLM. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. *Saúde debate*. v. 38, p. 805-816, 2014.
18. Clementino FS, Gomes LB, Ferreira JBB, Bezerra CLO, Dantas CSR. Acolhimento na Atenção Básica: análise a partir da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). *Rev. saúde ciênc. online*. 4(1):62-80. 2015.
19. Tesser CD, Norman AH, Vidal TB. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. *Saúde debate*. v. 42, p. 361-378, 2018.
- 20 Bardin, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
21. Franco, Maria Laura P. B. *Análise de conteúdo*. 3. ed. Brasília: Liber Livro, 2008.
22. O'BRIEN, Bridget C. et al. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Academic Medicine*, [S.l.], v. 89, n. 9, p. 1245-1251, set. 2014. Material suplementar (Checklist SRQR).
23. Gomide MFS, Silva KL, Rocha DG, Sena RR. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 22, p. 387-398, 2018.
24. Cook LL, Frymire E, Cunningham CT, Sauro K, Liu M, McBrien K. Association between continuity and access in primary care: a retrospective cohort study. *CMAJ Open*. v. 8, n. 4, p. E722-E730, 2020.
25. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. The benefits and challenges of the Family Health Strategy in Brazilian Primary Health care: a literature review. *Ciênc. saúde coletiva*. v. 21, p. 1499-1510, 2016.
26. Queiroz DM, Galavote HS, Rocha EN, Lopes PS, Siqueira MM. Challenges and potentials of the production of comprehensive care in Primary Health Care in Brazil. *Rev. bras. enferm.* v. 74, 2021.
27. Distrito Federal. Nota Técnica Nº 11, de 28 de julho de 2022. QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO E DO ACESSO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS) DO DISTRITO FEDERAL (DF). SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, Coordenação de Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF, 2022.
28. Fertonani HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. *Ciênc. saúde coletiva*. v. 20, p. 1869-1878, 2015.
29. Distrito Federal. Portaria Nº114, de 10 de fevereiro de 2022. ESTABELECE A POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, Secretário do Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília, DF, 2022.

30. Coutinho LRP, Barbieri AR, Santos MLM. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Saúde debate*. v. 39, p. 514-524, 2015.
31. Soares TA. Os benefícios do acolhimento na atenção básica de saúde: Uma revisão da literatura. UFMG, 2011.
32. Figueiredo DCM, Shimizu HE, Ramalho WM. A acessibilidade da Atenção Básica no Brasil na avaliação dos usuários. *Cad. saúde colet*. v. 28, p. 288-301, 2020.
33. Lima JG, Giovanella L, Fausto MCR, Bousquat A, Silva EV. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 52-66, 2018.
34. Gomes MAV, Pinto VO, Cassuce FC. Determinantes da satisfação no atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS). *Ciênc. saúde coletiva*. v. 26, p. 1311-1322, 2021.
35. Guimarães AF, et al. Acesso a serviços de saúde por ribeirinhos de um município no interior do estado do Amazonas, Brasil. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, v. 11, 2020.
36. Vitor Frazão Neri VF, Belarmino JES, Lopes LMA, Sales MA. RENOVAÇÃO DE RECEITAS NA ATENÇÃO BÁSICA: UM DIAGNÓSTICO DAS PRINCIPAIS DEMANDAS DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19. Em: *Anais do Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde - Vol.1, 2021; Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro. Brasil. Campinas : Galoá; 2021.
37. Scaglia JP, Zanoti MDU. Conhecimento de usuários de uma unidade básica de saúde quanto aos princípios do SUS. *CuidArte, Enferm*, p. 96-102, 2021.
38. Martins BEP, Passos CS. DESAFIOS À PRÁTICA DO ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO BRASIL. *REVISE-Revista Integrativa em Inovações Tecnológicas nas Ciências da Saúde*, v. 2, n. fluxocontinuo, 2019.
39. Dos Santos WEP, Nunes CJRR. O acesso ao acolhimento e ao atendimento na Atenção Primária à Saúde (APS)–análise das principais normativas: relato de experiência. *Health Residencies Journal-HRJ*, v. 4, n. 18, 2023.
40. Fernandez M, Fernandes LMM, Massuda A. A Atenção Primária à Saúde na pandemia da COVID-19: uma análise dos planos de resposta à crise sanitária no Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 17, n. 44, p. 3336-3336, 2022.
41. Bousquat A, Giovanella L, Facchini LA, Mendonça MHM, Cury GC, Nedel F. Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS- 2021. *Relatório de Pesquisa*. Rio de Janeiro: Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco; 2021.

Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores declaram que uma vez que um manuscrito é postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo só poderá ser retirado mediante pedido à Secretaria Editorial do SciELO Preprints, que afixará um aviso de retratação no seu lugar.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.