

Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: análise de sua implantação em município de grande porte do nordeste brasileiro

User Embracement in the Family Health Strategy: analysis of implementation in a large municipality of Northeast Brazil (abstract: p. 13)

Acogida en la Estrategia Salud de la Familia: análisis de la implantación en un municipio de gran porte del Nordeste brasileño (resumen: p. 13)

Milena Vieira da Silva Melo^(a)

<milena_vsm@hotmail.com> 


Franklin Delano Soares Forte^(b)

<franklinufpb@gmail.com> 


Geraldo Eduardo Guedes Brito^(c)

<eduardo.guedes.ufpb@gmail.com> 

Maria de Lourdes de Farias Pontes^(d)

<profa.lourdespontes@gmail.com> 

Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa^(e)

<talitha.pessoa@academico.ufpb.br> 

^(a,b,c,e) Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família, Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Centro de Ciências da Saúde (CCS), Universidade Federal da Paraíba (UFPB). *Campus* universitário I, Castelo Branco I. João Pessoa, PB, Brasil. 58051-900.

^(d) Programas de mestrado profissional em Gerontologia e de pós-graduação em Enfermagem, CCS, UFPB. João Pessoa, PB, Brasil.

O acolhimento requer postura ética e política na reorganização do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS). O estudo objetivou analisar a implantação do acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família (USF) de um município de grande porte do nordeste brasileiro. Trata-se de um estudo de caso com método qualitativo realizado por meio de entrevista semiestruturada com dez profissionais. Os dados qualitativos foram submetidos à análise de conteúdo, sob o paradigma da produção social da saúde. Da percepção positiva dos profissionais emergiu categorias relacionadas a: facilitação do acesso à USF, resolutividade, processo de trabalho otimizado e humanização. A implantação do projeto proporcionou mudanças significativas e sustentáveis, com impacto na gestão e cuidado na APS.

Palavras-chave: Acolhimento. Estratégia Saúde da Família. Avaliação em Saúde.

Introdução

Com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de 1988, um novo paradigma assistencial organizado pela Atenção Primária à Saúde (APS) passou a integrar as políticas e ações governamentais, com a oferta de ações de cuidado longitudinal na busca da melhoria da situação de saúde e ampliação do acesso dos usuários aos serviços^{1,2}.

Como principal forma de organização da APS no Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) apresenta mudanças significativas na conformação desse nível de atenção ao colocar na integralidade da atenção e no cuidado à família a centralidade de suas ações na busca de metas e objetivos institucionais, políticos e sociais. Os profissionais da ESF exercitam o compromisso com o envolvimento dos usuários a partir do estabelecimento do vínculo, visando também à promoção da humanização em saúde³⁻⁷.

Para se efetivar o princípio da integralidade da assistência em saúde em um país com profundas desigualdades socioeconômicas como o Brasil, desafios como a ampliação do acesso de qualidade aos serviços e aos bens de saúde; o desenvolvimento do processo de corresponsabilização entre trabalhadores, gestores e usuários; e a falta de preparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção à saúde apresentam-se à gestão e profissionais, especialmente na APS^{5,6,8}.

Uma das estratégias para melhorar a qualidade dos serviços de saúde prestados à população foi a implementação da Política Nacional de Humanização (PNH) de maneira transversal no SUS⁹⁻¹¹. A PNH aposta que alguns modos de organizar os processos de trabalho em saúde facilitam o enfrentamento dos problemas e potencializam sua resolução, de forma singular em cada contexto. Para tanto, aponta diretrizes que orientam e norteiam a política, entre elas, o acolhimento^{2,10,12}.

O acolhimento é proposto na PNH como um modo de operar ética e politicamente nos processos de trabalho em saúde em todos os seus momentos, de forma a propiciar uma escuta qualificada e uma postura cidadã e humanizada a todo usuário que procura um serviço de saúde. Está relacionado tanto à atitude profissional capaz de acolher, facilitar a escuta e buscar a resolução dos seus problemas quanto à reorganização do processo de trabalho de trabalhadores e gestores¹³⁻¹⁵.

Com a proposta do acolhimento na APS, a porta de entrada da Unidade de Saúde da Família (USF) é otimizada, facilitando o acesso e orientando o fluxo do usuário ao serviço. Uma das características do processo de trabalho na USF é realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências^{8,11,15,16}.

Experiências de implantação do acolhimento na ESF relatam esse dispositivo como facilitador do acesso, no sentido de garantir o atendimento a todos os indivíduos que procuram os serviços de saúde. Além disso, qualifica a relação trabalhador-usuário por meio de parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania e possibilita o fortalecimento das relações de vínculos e corresponsabilização na produção da saúde¹⁷⁻¹⁹.

Entretanto, as concepções sobre o acolhimento abarcam diferentes significados convergentes para uma compreensão deste na perspectiva da integralidade do cuidado e do conceito ampliado de saúde. Assim, o acolhimento deve ser transversal ao desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura, ressignificando-o como um instrumento de vigilância em saúde no SUS sob o paradigma da produção social da saúde, no qual este trabalho se ancora²⁰.

Nesse contraponto, uma alta proporção na implantação do acolhimento pode não significar efetivamente a reorientação das práticas de cuidado com centralidade no usuário, mas apenas uma organização de triagem e encaminhamento de casos, a depender dos obstáculos que a escuta qualificada e a resolutividade das necessidades dos usuários encontrem pela frente²¹.

Assim, estudos que tragam à luz uma reflexão teórica e epistemológica do acolhimento a partir de experiências vivenciadas no cotidiano dos serviços – evidenciando a percepção de trabalhadores, usuários e gestão – podem favorecer uma melhor compreensão desta estratégia para a produção do cuidado integral²⁰, resguardando a universalidade e equidade de acesso aos serviços de saúde no SUS. Assim, objetivou-se analisar, na perspectiva dos profissionais, a implantação do acolhimento na gestão do cuidado de uma USF em um município de grande porte do nordeste brasileiro.

Métodos

A implantação e respectiva análise do acolhimento na USF em pauta são frutos de um projeto de intervenção oriundo de um Trabalho de Conclusão de Curso do mestrado profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (Renaf), executado e defendido no ano de 2019. O presente trabalho apresenta um recorte da proposta de intervenção de implantação do acolhimento no referido serviço²².

Trata-se de um estudo de caso, com a finalidade de analisar a implantação do acolhimento na perspectiva de profissionais, por meio de abordagem qualitativa.

A análise da implantação do acolhimento foi realizada em USF pertencente ao município de Jaboatão dos Guararapes, situado na região metropolitana do Recife, PE, tendo uma área total de 258.694 km² e uma população estimada em 697.636 pessoas²³. O território municipal está dividido em sete regionais político-administrativas, cada qual contendo uma Coordenação Regional de Saúde²⁴. O município apresenta cobertura de atenção básica de 55,61%, considerando a ESF com cobertura de 50%²⁵.

A USF foi implantada em junho de 2015 e é formada por uma equipe de Saúde da Família (eSF) composta por um médico, uma enfermeira, uma cirurgiã-dentista, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar de saúde bucal (ASB), cinco agentes comunitários de saúde (ACS), um auxiliar administrativo e um auxiliar de serviços gerais. Apresenta na sua área de cobertura cinco microáreas com aproximadamente 3.426 pessoas cadastradas e mais uma área descoberta, totalizando mais de quatro mil pessoas assistidas.

Os sujeitos da pesquisa foram profissionais da USF, a saber: médico, enfermeira, técnica de enfermagem, auxiliar de saúde bucal, auxiliar administrativo (recepcionista), cinco ACS e auxiliar de serviços gerais. Partiu-se do princípio de que um dos pilares que sustenta e concede viabilidade à proposta do acolhimento é o aprimoramento da relação entre todos esses sujeitos envolvidos.

Após os seis meses da implantação do acolhimento, foi realizada a avaliação qualitativa com os profissionais. A coleta de dados foi feita por uma equipe treinada e duas pessoas com experiências em pesquisa qualitativa realizaram entrevistas utilizando roteiro semiestruturado. Após o acolhimento do dia, os profissionais que participaram do processo de implantação do acolhimento da USF foram convidados a participar da entrevista, realizada em uma sala reservada na própria USF, livre de ruídos externos, com média de 15 minutos de duração e com o auxílio de dois dispositivos de gravação de áudio digital. Considerando-se um universo de 12 trabalhadores da USF que participaram da implantação do acolhimento, duas entrevistas foram realizadas como piloto para avaliar a viabilidade do roteiro da entrevista de pesquisa.

Foram entrevistados dez profissionais, sendo eles quatro ACS, um auxiliar de serviços gerais, um auxiliar administrativo (recepcionista), uma enfermeira, um médico, uma técnica de enfermagem e uma ASB. O critério de inclusão para recrutamento dos sujeitos foi: profissional que trabalhasse na USF e que tivesse participado do processo de implantação do acolhimento. Foram excluídos profissionais que estivessem de férias durante o período de coleta de dados.

Após a coleta de dados, realizou-se a transcrição das entrevistas, atribuindo-se o código “P1” ao primeiro profissional entrevistado, “P2” ao segundo e assim sucessivamente, seguindo a sequência das entrevistas. Os dados das entrevistas foram analisados qualitativamente pela Análise de Conteúdo com abordagem temática, tendo como pano de fundo a perspectiva do acolhimento sob o paradigma da produção social da saúde^{20,26}. Buscou-se identificar os diversos sentidos atribuídos ao acolhimento pelos profissionais e a implicação destes com o processo de acolher.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, sendo aprovado pelo parecer n. 2.946.949, e seguiu todas as determinações legais previstas para pesquisas com seres humanos.

Resultados e discussão

A maioria dos profissionais entrevistados era do sexo feminino (80%), com idade entre 36 a 45 anos (40%), de cor parda (60%), com tempo de atuação profissional de seis a dez anos (60%) e com atuação na ESF também de seis a dez anos (50%).

A partir das entrevistas, foi percebido que o acolhimento facilitou o acesso dos usuários à USF; modificou o processo de trabalho da equipe; melhorou a resolutividade; e fortaleceu as relações entre eles e os usuários, além das relações entre si. Os resultados foram agregados pelos núcleos de sentido agrupados em quatro categorias temáticas: acesso, processo de trabalho, resolutividade e humanização.

A definição de acesso, no seu sentido funcional, diz respeito à utilização dos serviços conforme as necessidades, ou seja, o usuário tem o seu cuidado garantido quando entende que precisa dele^{27,28}. Acolhimento e acesso articulam-se e se complementam na implementação de práticas em serviços de saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado^{28,29}. Os profissionais referiram que o acolhimento facilitou o acesso dos usuários ao serviço de saúde.

Mudou principalmente no sentido das filas, ficou melhor de conseguir atendimento aqui na unidade [...]. (P1)

Está conseguindo trazer as pessoas ao posto para fazer a escuta dessa demanda, dessa necessidade, quantas e quantas pessoas não vinham aqui porque não tinham condições de ficarem na fila para marcar e agora eles vêm [...] agora a gente faz de acordo com o risco, tem gente que precisa mais do que outro. (P2)

Evitou de os moradores chegarem de madrugada, trouxe benefícios realmente pra eles que agora tem a semana livre, de segunda a sexta, para vir e resolver sem precisar se expor, como eles estavam vindo cedo e agora não precisa mais [...]. (P3)

Segundo os profissionais, o acolhimento trouxe benefícios no acesso do usuário à USF por modificar a organização do trabalho, abrir a agenda, disponibilizar a escuta qualificada e favorecer a resolução das demandas durante todos os dias da semana. Passou também a orientar o processo de trabalho por meio de critérios de acesso, além de uma fila de espera por situação de risco ou gravidade. Por fim, permitiu que os usuários pudessem expressar seus sentimentos, proporcionando uma abordagem mais ampla do indivíduo pela equipe e a realização de uma intervenção interprofissional.

A garantia de acesso expressa não apenas o que é desejável pela população, mas também uma APS de qualidade. Assim, o acesso encontra o desafio da complexidade em suas dimensões técnicas e organizacionais para o seu fortalecimento na APS, sendo necessárias estratégias para sua reorganização e viabilização da ampliação da capacidade de resposta às necessidades da população³⁰. O acolhimento aponta como uma dessas medidas possíveis, entendendo-se “acesso” como direito de cidadania e construído pela atuação de forma qualificada, cooperativa e inclusiva das equipes, com a participação da comunidade³¹.

O acolhimento não se limita apenas ao ato de receber, mas também se constitui em uma sequência de atos e modos que compõem o processo de trabalho em saúde, compreendendo-se como um instrumento de trabalho que incorpora as relações humanas³².

No que diz respeito às relações entre profissionais e usuários, deve haver a valorização da participação e da união de todos os envolvidos, de modo a oferecer o melhor que o serviço dispõe. Na USF, devido ao vínculo com a comunidade, os laços tornam-se mais estreitos e favorecem as relações de familiaridade e participação, como percebido pelos profissionais.



[...] melhorou também no meu modo de trabalho, acho que passei a entender mais o paciente porque temos desde a escuta inicial até o atendimento propriamente dito e isso acaba criando mais vínculo também. (P9)

O acolhimento, quando explorado pelo enfoque de uma tecnologia do encontro profissional/usuário, permite desencadear um processo de mudança nas práticas de saúde, direcionando-as a partir das tecnologias leves. A ideia de acolhimento, no sentido de uma sabedoria prática, quando adotada pela eSF, possibilita a permeabilidade entre as tecnologias duras, leve-duras e leves, essenciais ao sucesso do próprio cuidado, superando a fragmentação do trabalho e valorizando o trabalho em equipe^{32,33}.

A boa relação entre profissionais e usuários foi compreendida pela eSF também na perspectiva de modificar o processo de trabalho, mudança implicada pelo acolhimento. Este, enquanto dispositivo organizador, tem o potencial para desencadear uma mudança, de modo que o centro da atenção não mais se situe na consulta médica, mas sim na equipe multiprofissional, e possibilitar a ampliação da utilização do conhecimento e de tecnologias disponíveis para melhoria da qualidade na assistência centrada nas necessidades do usuário^{29,34}.

Eu considero que modificou sim o processo de trabalho tanto da equipe quanto o meu. Em relação à equipe eu acho que tornou mais flexível essa questão da relação do paciente com a equipe, então aproximou mais o paciente [...]. (P10)

E ficou bem melhor pra mim, agora a gente pode trabalhar direito e ouvir o que o paciente quer com calma, sem ser aquele tumulto [...]. (P1)

A meu ver, eu acho que todos podem interagir, dentista, técnica, o médico também, os agentes de saúde, acho que todo mundo pode dar o seu melhor para ajudar os pacientes, e a gente aqui para sempre melhorar o lado deles [...] modificou na parte boa porque a gente ajuda, escuta [...]. (P4)

A consistência na percepção positiva do usuário em relação ao acolhimento no decorrer do tempo de implantação pode estar associada à percepção dos profissionais de que o acolhimento esteve relacionado à resolutividade dos serviços.

Vê um todo do morador e aproxima mais sobre a sua necessidade do seu dia a dia pra alcançar o que ele quer, o objetivo do atendimento, do que ele necessita no momento que está procurando aqui a Unidade de Saúde. (P3)

Muitas coisas o paciente chega e a gente consegue resolver para ele sem precisar voltar sem nenhuma resposta [...] tem sempre alguém que pode atender o paciente e dar uma resposta para ele, sobre alguma coisa, para ele não voltar sem saber de nada. (P6)

Considerou-se resolutividade a resposta satisfatória que o serviço de saúde oferece ao usuário quando busca atendimento a alguma necessidade de saúde. Esse retorno não envolve exclusivamente a cura de doenças, mas também a suavização ou minimização do sofrimento e a promoção e manutenção da saúde³⁵. A resolutividade pode ser alcançada por meio de um atendimento acolhedor, com responsabilização dos profissionais da equipe e com condutas criativas e compreensivas, a partir das tecnologias disponíveis em cada nível de atenção³⁶.

A resolutividade está associada ao conhecimento técnico dos profissionais e à ação acolhedora, ao vínculo que se estabelece com o usuário e ao significado que se dá na relação profissional-usuário, que sugere o encontro de sujeitos com o sentido de atuar sobre o campo da saúde e proporcionar satisfação. Diversos estudos apontam a satisfação do usuário com a APS correlacionada com a resolução dos seus problemas de saúde^{35,37,38}.

Os profissionais foram se apropriando do novo processo de trabalho, passaram a conduzir melhor o acolhimento e, conseqüentemente, isso se refletiu em suas condutas. A partir do entendimento do acolhimento como uma postura, estabelece-se a percepção de uma maior qualificação no trabalho e na produção do cuidado, fortalecendo o vínculo com a comunidade e ocasionando, conseqüentemente, uma maior satisfação dos usuários³⁹. Dessa forma, o acolhimento não se limita a um espaço físico ou a um determinado horário ou profissional específico, extrapolando para uma mudança de atitude dentro do serviço de saúde, por meio do compartilhamento de saberes e responsabilidades¹⁵.

Transversalmente, os resultados da análise da implantação do acolhimento estiveram imbricados à humanização na saúde, relacionada ao restabelecimento da dignidade humana, muitas vezes comprometida nas interações no âmbito da assistência. Uma prática reducionista de cuidado pautada, exclusivamente, pela lógica tecnocientífica e automatismo resultante de uma certa forma de organização do processo de trabalho seriam fatores que contribuem com a desqualificação das relações entre os sujeitos⁴⁰. Assim, os profissionais da USF perceberam o acolhimento atrelado à humanização⁴¹.

Acolhimento... acho que é um modo de trabalhar de forma mais humanizada, mais amorosa [...] realizar uma escuta qualificada com o intuito de ajudar mesmo, resolver. (P9)

Eu acho que o acolhimento é um processo de humanização do atendimento, que você visa priorizar as necessidades dos pacientes e tentar solucionar aquilo que você pode dar prioridade [...]. (P10)

Estudos apontam que o acolhimento, enquanto dispositivo de humanização, tem o potencial de reduzir a demanda reprimida por oferecer maior acesso aos serviços, responsabilizar toda equipe pelo cuidado e pela satisfação do usuário e gerar um processo de mudança das práticas profissionais nos serviços de saúde^{36,42}.

Uma consideração quanto à percepção dos profissionais é a de que as relações interprofissionais desfavoráveis dificultam o acolhimento, porém, a humanização deve ultrapassar as atividades de rotina e ser encarado como algo intrínseco à prática de cada profissional³⁶.

[...] acredito que vendo um processo como um todo, deve existir alguns ajustes, principalmente na ideia da equipe, que às vezes a gente fica um pouco perdida em relação ao que deve ser feito e como deve ser feito, porque como eu disse é um processo difícil [...]. (P10)

O acolhimento não alcança o objetivo de humanização se for implantado como medida isolada e sem os ajustes necessários³⁶. Sendo assim, é necessário sempre qualificar a maneira como este é desenvolvido, pois, se trabalhado de forma desarticulada, pode ser resumido a uma atividade de triagem e descaracterizado da sua função de humanização.

As limitações do estudo foram em função da natureza qualitativa e sua impossibilidade de generalizações. Todavia, destacam-se a importância da construção coletiva da equipe em torno do acolhimento e desse processo avaliativo contemplando os profissionais de saúde.

Considerações finais

A análise positiva da implantação do acolhimento pelos profissionais esteve relacionada à garantia do acesso por meio da reorganização do processo de trabalho que aproximou equipe e usuários.

No decorrer de seis meses da implantação do acolhimento, as mudanças no processo de trabalho em equipe, com deslocamento da centralidade médica e percepção de maior resolutividade das ações, são fatores observados pelos profissionais.

A humanização das ações foi transversal à percepção dos profissionais em todos os aspectos relacionados à implantação do acolhimento, sendo este recomendado como uma importante ferramenta para a organização do processo de trabalho e de gestão do cuidado na APS, com consequente diminuição de filas e qualificação do cuidado integral.



Contribuição dos autores

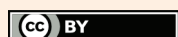
Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Conflito de interesse

Os autores não têm conflito de interesse a declarar.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Editora

Miriam Celí Pimentel Porto Foresti

Editor associado

Fernando José Guedes da Silva Júnior

Submetido em

27/07/22

Aprovado em

21/09/22



Referências

1. Affonso PHB, Bernardo MH. A vivência de profissionais do acolhimento em unidades básicas de saúde: uma acolhida desamparada. *Trab Educ Saude*. 2015; 13 Supl 1:23-43.
2. Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface (Botucatu)*. 2005; 9(17):287-301. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000200006>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 692, de 25 de Março de 1994. Programa de saúde da família: saúde dentro de casa. Brasília: Ministério da Saúde; 1994.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de Março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
5. Silveira MFA, Felix LG, Araújo DV, Silva IC. Acolhimento no Programa de Saúde da Família: um caminho para a humanização da atenção a saúde. *Cogitare Enferm*. 2004; 9(1):71-8.
6. Oliveira A, Silva Neto JC, Machado MLT, Souza MBB, Feliciano AB, Ogata MN. A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP. *Interface (Botucatu)*. 2008; 12(27):749-62. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832008000400006>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
8. Silva AP Jr. Acolhimento na gestão do cuidado na Unidade de Saúde da Família Tia Regina do Distrito Sanitário II da cidade do Recife [trabalho de conclusão de curso]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2012.
9. Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: política nacional de humanização - a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
10. Junges JR, Barbiani R, Fernandes RBP, Prudente J, Schaefer R, Kolling V. O discurso dos profissionais sobre a demanda e a humanização. *Saude Soc*. 2012; 21(3):687-92.
11. Borello JS. Projeto de intervenção: estratégia de acolhimento para a demanda espontânea dos usuários de unidade básica de saúde (PSF) de Pitangui, Minas Gerais [trabalho de conclusão de curso]. Pompéu (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2014.
12. Lopes GVDO, Menezes TMO, Miranda AC, Araújo KL, Guimarães ELP. Acolhimento: quando o usuário bate à porta. *Rev Bras Enferm*. 2014; 67(1):104- 10.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento na gestão e o trabalho em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
16. Sá CMCP, Moura SG, Braga LAV, Dias MD, Ferreira Filha MO. Experiência da implantação do acolhimento em uma unidade de Saúde da Família. *Rev Enferm UFPE*. 2013; 7 Esp:5029-35.



17. Beck CLC, Minuzi D. O acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica. *Saude (Santa Maria)*. 2008; 34(1-2):37-43.
18. Mitre SM, Andrade EIG, Cotta RMM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2012; 17(8):2071-85.
19. Chagas HMA, Vasconcellos MPC. Quando a porta de entrada não resolve: análise das unidades de saúde da família no município de Rio Branco, Acre. *Saude Soc*. 2013; 22(2):377-88.
20. Silva TF, David HMSL, Caldas CP, Martins EL, Ferreira SR. O acolhimento como estratégia de vigilância em saúde para produção do cuidado: uma reflexão epistemológica. *Saude Debate*. 2018; 42 Esp 4:249-60.
21. Silva LAN, Harayama RM, Fernandes FP, Lima JG. Acesso e acolhimento na Atenção Básica da região oeste do Pará. *Saude Debate*. 2019; 43(122):742-54.
22. Melo MVS, Forte FDS, Brito GEG, Pontes MLF, Pessoa TRRF. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: relato de experiência. In: Reichert APS, Vasconcelos ACCP, Coêlho AA, Forte FDS, Brito GEG, Pessoa TRRF, organizadores. *Cuidado, atenção e avaliação na APS: reflexões para a prática*. João Pessoa: Editora UFPB; 2020. p. 173-87.
23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Cidades: Jaboatão dos Guararapes* [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [citado 17 Maio 2018]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/pe/jaboatao-dos-guararapes/panorama>
24. Jaboatão dos Guararapes. *Pesquisa por serviços disponíveis por regionais* [Internet]. Jaboatão dos Guararapes: Servicos; 2018 [citado 17 Maio 2018]. Disponível em: <http://servicos.jaboatao.pe.gov.br/>
25. Brasil. Ministério da Saúde. *Sistema de nota técnica do departamento de atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
26. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
27. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
28. Nornan AH, Tesser CD. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. *Saude Soc*. 2015; 24(1):165-79.
29. Oliveira JR, Albuquerque MCS, Brêda MZ, Barros LA, Lisbôa GLP. Concepções e Práticas de Acolhimento apresentadas pela enfermagem no contexto da Atenção Básica à Saúde. *Rev Enferm UFPE*. 2015; 9 Supl 10:1545-55.
30. Camargo DS, Castanheira ERL. Ampliando o acesso: o acolhimento por equipe como estratégia de gestão da demanda na Atenção Primária à Saúde (APS). *Interface (Botucatu)*. 2020; 24 Supl 1:1-17. doi: <https://doi.org/10.1590/Interface.190600>.
31. Menezes ELC, Verdi MIM, Scherer MDA, Finkler M. Modos de produção do cuidado e a universalidade do acesso - análise de orientações federais para o trabalho das equipes da APS no Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2020; 25(5):1751-63.
32. Lucena LN, Melo RHV, Rodrigues MP, Andrade FB, Vilar RLA, Bosco Filho J. Avaliação da satisfação do usuário com o acolhimento na estratégia da saúde da família no Recife (PE). *Rev Cienc Plur*. 2018; 4(2):21-37.
33. Merhy EE, Reis AT, Santos AF, Campos CR, Malta DC. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2004.



34. Garuzi M, Achitti MCO, Sato CA, Rocha SA, Spagnuolo RS. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. *Rev Panam Salud Publica*. 2014; 35(2):144-9.
35. Rosa RB, Pelegrini AHW, Lima MADDS. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. *Rev Gauch Enferm*. 2011; 32(2):345-51.
36. Coutinho LRP, Barbieri AR, Santos MLM. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Saude Debate*. 2015; 39(105):514-24.
37. Gomide MFS, Pinto IC, Bulgarelli AF, Santos ALP, Gallardo MPS. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(65):387-98. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0633>.
38. Abreu DMX, Araújo LHL, Reis CMR, Lima AMLD, Santos AF, Jorge AO, et al. Percepção dos usuários sobre o cuidado prestado por equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Brasil. *Epidemiol Serv Saude*. 2018; 27(3):1-10.
39. Oliveira LML, Tunin ASM, Silva FC. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção em saúde. *Rev APS*. 2008; 11(4):362-73.
40. Sato M, Ayres JRCM. Arte e humanização das práticas de saúde em uma Unidade Básica. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55):1027-38. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0408>.
41. Silva TF, Romano VF. Sobre o acolhimento: discurso e prática em Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro. *Saude Debate*. 2015; 39(105):363-74.
42. Santana JCB, Fortes NM, Andrade AV, Soares APF, Lima JRM. Acolhimento em um serviço da atenção básica à saúde de Minas Gerais. *Rev Enferm Cent-Oeste Min*. 2012; 2(2):166-76.



User embracement requires an ethical and political posture in the reorganization of the work process in Primary Health Care (PHC). The objective was to analyze the implementation of user embracement in a Family Health Unit (FHU) in a large municipality of northeast Brazil. Case study with a qualitative method using semi-structured interviews with ten professionals. Qualitative data submitted to content analysis, under the paradigm of social production of health. The positive perception of professionals emerged from categories related to: facilitating access to the FHU, resolutivity, optimized work process and humanization. The implementation provided significant and sustainable changes, with an impact on the management and care of the PHC.

Keywords: User embracement. Family Health Strategy. Health evaluation.

La acogida requiere una postura ética y política en la reorganización del proceso de trabajo en la Atención Primaria de la Salud (APS). El objetivo fue analizar la implantación de la acogida en una Unidad de Salud de la Familia (USF) de un municipio de gran porte del Nordeste brasileño. Estudio de caso con método cualitativo por medio de entrevista semiestructurada con diez profesionales. Los datos cualitativos se sometieron al análisis de contenido, bajo el paradigma de la producción social de la salud. De la percepción positiva de los profesionales surgieron categorías relacionadas a la facilitación del acceso a la USF, resolución, proceso de trabajo optimizado y humanización. La implantación proporcionó cambios significativos y sostenibles, con impacto en la gestión y cuidado en la APS.

Palabras clave: Acogida. Estrategia Salud de la Familia. Evaluación en Salud.