SUELEN DA CUNHA DIAS

EVIDÊNCIAS DO PROCESSO DE ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

RIO GRANDE

2023

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

EVIDÊNCIAS DO PROCESSO DE ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

SUELEN DA CUNHA DIAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem - Universidade Federal do Rio Grande (FURG), como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de pesquisa: O trabalho da Enfermagem/ Saúde.

Orientadora: Laurelize Pereira Rocha

RIO GRANDE

2023

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha Catalográfica

D541e Dias, Suelen da Cunha.
Evidências do processo de acolhimento na Estratégia de Saúde da Família / Suelen da Cunha Dias. – 2023.
92 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande/RS, 2023.
Orientadora: Dra. Laurelize Pereira Rocha.

1. Acolhimento 2. Atenção primária à saúde 3. Enfermagem 4. Acesso aos serviços de saúde 5. Necessidades e demandas dos serviços de saúde I. Rocha, Laurelize Pereira II. Título.

CDU 614.2

Catalogação na Fonte: Bibliotecário José Paulo dos Santos CRB 10/2344

FOLHA DE APROVAÇÃO

Suelen da Cunha Dias

EVIDÊNCIAS DO PROCESSO DE ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação em 03 de julho de 2023 e aprovada por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Dr(a). Jamila Geri Tomaschewski Barlem
Universidade Federal do Rio Grande (FURG) - Efetivo

Prof. Dr(a). Janaina Senna Castanheira
Universidade Federal do Rio Grande (FURG) - Efetivo

Profa. Dr(a).Dianna Cecagno
Universidade Federal de Pelotas (UFPel) – Efetivo

Prof. Dr(a). Simoni Saraiva Bordignon
Universidade Federal do Rio Grande (FURG) – Suplente Interno

Prof. Dr(a). Cristiane Lima de Moraes
Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA) - Suplente externo

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi aprovada para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, atendendo às normas da legislação vigente do PPGEnf/FURG.

gov.br Documento assinado digitalmente
JAMILA GERI TOMASCHEWSKI BARLEM
Data: 29/02/2024 09:59:30-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Profa. Dra. Jamila Geri Tomaschewski Barlem
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

gov.br Documento assinado digitalmente
LAURELIZE PEREIRA ROCHA
Data: 29/02/2024 09:48:42-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Prof. (a) Dr. (a). Laurelize Pereira Rocha
Orientador (a)

RIO GRANDE
2023

DIAS, Suelen, da Cunha. **Evidências do processo de acolhimento na estratégia de saúde da família.** 2023. 92 folhas. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande/RS.

RESUMO

As Unidades de Estratégia Saúde da Família são a principal porta de entrada, investigar a organização e impacto da implantação do acolhimento permite que novas ações possam ser implementadas. Dessa forma, o objetivo geral deste estudo é: analisar as evidências científicas acerca do acolhimento e de ferramentas para classificação da demanda espontânea utilizadas nas Unidades de Saúde da Família. E como objetivos específicos: conhecer as evidências sobre o processo de acolhimento ao usuário nas Unidades de Saúde da Família; e, analisar as evidências sobre as ferramentas para classificação da demanda espontânea durante o acolhimento nas Unidades de Saúde da Família. Trata-se de uma revisão de escopo guiada pelo JBI Reviewers a partir das seguintes fontes de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line*, SCOPUS, Embase, Web of Science, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde e Bancode Dados em Enfermagem via Biblioteca Virtual em Saúde. Foram utilizados os seguintes descritores: Enfermagem, Atenção Primária á Saude, Acolhimento, Acesso aos Serviços de Saúde, Acessibilidade aos Serviços de Saúde, Triagem de demanda, Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde, Avaliação do Acesso e da Qualidade da Assistência à Saúde, Assistência Integral à Saúde e Profissionais de Saúde. Utilizou-se as recomendações específicas para escopo do check-list Preferred Reporting Itemsfor Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA-ScR). Para a seleção dos estudos foi utilizado o aplicativo Rayyan QCRI. A análisede dados foi realizada com apoio do software Interface de R pour les AnalysesMultidimensionnelles de Textes et de Questionnaires utilizando a análise de contéudo de Bardin. Os resultados do estudo foram apresentados no formato de dois artigos, organizados por meio da Classificação Hierárquica Descendente, o corpus geral foi constituído por dezesseis textos, separados em 457 segmentos de texto, com aproveitamento de 88.18%. O conteúdo foi categorizado em seis classes, e para a construção do primeiro artigo foi utilizadoa classe 1 com 21.59% e a classe 5 com 15.14% dos segmentos de texto. A primeira aborda questões acerca do atendimento na unidade e as mudanças em decorrência do atendimento à demanda espontânea; na segunda classe identificou-se que os estudos trazem questões acerca da escuta que é um método que permite que o profissional identifique as reais necessidades e problemas de saúde. Para a construção do segundo artigo foi utilizado a classe 2, com 22.33% de segmentos de textos; classe 3, com 14.14%; classe 4, com 15.38%; e classe 6, 11.41%. Destas emergiram as categorias: o enfermeiro como protagonista do acolhimento com classificação de risco; ausência e desconhecimento de protocolo norteador; fragilidades do acolhimento; a importância de manter a educação permanente e espaços de escuta aos profissionais; e as potencialidades do acolhimento. Apesar dos desafios evidencia-se que o acolhimento tem grande potencial para a resolutividade do processo de trabalho e a incorporação da classificação de risco oportuniza o cuidado integral e equitativo. Contudo, ainda há uma escassez de ferramentas utilizadas para a classificação da demanda espontânea que seja voltado para a Atenção Primaria a Saúde.

Descritores: Acolhimento. Atenção primária à saúde. Enfermagem. Acesso aos serviços de saúde. Necessidades e demandas dos serviços de saúde.

DIAS, Suelen Cunha. **Evidence of the welcoming process in the family health strategy. 2023**. 93 folhas. Dissertation (Master in Nursing) – Graduate Program in Nursing, Federal University of Rio Grande – FURG, Rio Grande-RS.

ABSTRACT

The Family Health Strategy Units are the main entry, investigating the organization and impact of the implementation of user embracement allows new actions to be implemented. The general objective of this study is: to analyze the scientific evidence about user embracement and tools for classifying spontaneous demand used in Family Health Units. Andthe specific objectives: to know the evidence about the user embracement process in Family Health Units; and analyze the evidence on the tools for classifying spontaneous demand during user embracement in Family Health Units. This is a scoping review guided by JBI Reviewers based on the following data sources: Medical Literature Analysis and Retrieval System online, SCOPUS, Embase, Web of Science, Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences, Spanish Bibliographic Index of Health Sciences and Nursing Database via Virtual Health Library. The following descriptors were used: Nursing, Primary Health Care, User Embracement, Access to Health Services, Accessibility to Health Services, Demand screening, Equity in Access to Health Services, Assessment of Access and Quality of Health Care, Comprehensive Health Care and Health Professionals. Specific recommendations were used for the scope of the checklist Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA-ScR). To select the studies as used the Rayyan QCRI application. Therefore, data analysis was carried out with the support of the software Interface de R pour les Analyzes Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires using Bardin's content analysis. The results of the study were presented in the format of two articles, organized using Descending Hierarchical Classification, the general corpus consisted of sixteen texts, separated into 457 text segments, with 88.18% utilization. The content was categorized into six classes, and to construct the first article, class 1 was used with 21.59% and class 5 with 15.14% of the text segments. The first addresses questions about service in the unit and changes resulting from meeting spontaneous demand; in the second class it was identified thatthe studies raise questions about listening, which is a method that allows professionals to identify real needs and health problems. To construct the second article, class 2 was used,with 22.33% of text segments; class 3, with 14.14%; class 4, with 15.38%; and class 6, 11.41%. From these categories emerged: the nurse as the protagonist of the user embracement with risk classification; absence and lack of knowledge of a guiding protocol; user embracement weaknesses; the importance of maintaining ongoing education and listening spaces for professionals; and the potential of user embracement. Although the challenges, user embracement has great potential for resolving the work process and the incorporation of risk classification provides comprehensive and equitable care. Furthermore, there is still a lack of tools used to classify spontaneous demand aimed at Primary Health Care.

Descriptors: Reception. Primary health care. Nursing. Access to services health. Needs and demands of health services.

DIAS, Suelen Cunha. **Evidencias del proceso de acogida en la estrategia de salud familiar.2023**. 92 folhas. Disertación (Maestría en Enfermería) – Programa de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Rio Grande – FURG, Rio Grande-RS.

RESUMEN

Las Unidades de Estrategia de Salud de la Familia son el principal punto de entrada, investigar la organización y el impacto de la implementación de la acogida permite implementar nuevas acciones. Por tanto, el objetivo general de este estudio es: analizar la evidencia científica sobre el acogimiento y las herramientas de clasificación de la demanda espontánea utilizadas en las Unidades de Salud de la Familia. Como objetivos específicos: conocer la evidencia sobre el proceso de acogimiento de usuarios en las Unidades de Salud dela Familia; y, analizar la evidencia sobre los instrumentos de clasificación de la demanda espontánea durante el acogimiento en Unidades de Salud de la Familia. Esta es una revisión de alcance guiada por revisores del JBI basada en las siguientes fuentes de datos: Sistema de Análisis y Recuperación de Literatura Médica en línea, SCOPUS, Embase, Web of Science, Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud, Índice Bibliográfico Españolde Ciencias de la Salud y Base de Datos de Enfermería. vía Biblioteca Virtual en Salud, se utilizaron los siguientes descriptores: Enfermería, Atención Primaria de Salud, Acogida, Acceso a los Servicios de Salud, Accesibilidad a los Servicios de Salud, Detección de la Demanda, Equidad en el Acceso a los Servicios de Salud, Evaluación del Acceso y Calidad dela Atención en Salud, Salud Integral Profesionales de atención y salud: Se utilizaron recomendaciones específicas para el alcance de la lista de verificación Elementos de informes preferidos para revisiones sistemáticas y metaanálisis (PRISMA-ScR). Para seleccionar los estudios se utilizó la aplicación Rayyan QCRI. El análisis de los datos se realizó con el apoyo del software Interface de R pour les Analyse Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires utilizando el análisis de contenido de Bardin. Los resultados del estudio fueronpresentados en formato de dos artículos, organizados mediante Clasificación Jerárquica Descendente, el corpus general estuvo compuesto por dieciséis textos, separados en 457 segmentos textuales, con 88,18% de utilización. El contenido se categorizó en seis clases, y para la construcción del primer artículo se utilizó la clase 1 con el 21,59% y la clase 5 con el 15,14% de los segmentos de texto. El primero aborda cuestiones sobre el servicio acogimientoen la unidad y los cambios resultantes de satisfacer la demanda espontánea; en la segunda clase se identificó que los estudios plantean interrogantes sobre la escucha, que es un método que permite a los profesionales identificar necesidades y problemas reales de salud. Para la construcción del segundo artículo se utilizó la clase 2, con el 22,33% de segmentos de texto; clase 3, con el 14,14%; clase 4, con el 15,38%; y clase 6, 11,41%. Surgieron las categorías: el enfermero como protagonista de el acogimiento con clasificación de riesgo; ausencia y desconocimiento de un protocolo guía; debilidades de acogimiento; la importancia de mantener espacios de educación continua y escucha para los profesionales; y el potencial de acogimiento. A pesar de los desafíos, es claro que el acogimiento tiene un gran potencial para resolver el proceso de trabajo y la incorporación de la clasificación de riesgos brinda una atención integral y equitativa. Sin embargo, aún faltan herramientas que permitan clasificar la demanda espontánea dirigida a la Atención Primaria de Salud.

Descriptores: Recepción. Primeros auxilios. Enfermería. Acceso a los servicios de salud. Necesidades y demandas de los servicios de salud.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 12
2. OBJETIVOS 18
2.1 Objetivo Geral 18
2.2. Objetivos Específicos 18
3. REVISÃO DE LITERATURA 19
3.1 Contextualização do acolhimento ao usuário na Atenção Primaria a Saúde 19
3.2 Acolhimento com classificação de risco na Atenção Primária a Saúde 23
4. METODOLOGIA 28
4.1 Etapas do Estudo 28
4.2 Identificação da questão de pesquisa 28
4.3 Identificação dos estudos relevantes 29
4.4 Seleção dos estudos 31
4.5 Etapa de análise dos dados 32
4.6 Agrupamento, síntese e apresentação dos dados 33
4.7 Aspectos Éticos 36
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO 37
5.1 ARTIGO 1 38
5.2 ARTIGO 2 54
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS 74
REFERÊNCIAS 76
APÊNDICE A 88

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação tem como objeto de estudo o acolhimento com classificação de risco (ACCR) entre usuários da Atenção Primária em Saúde (APS) sendo esta, a principal porta de acesso do usuário, analisar as evidências científicas acerca do acolhimento e de ferramentas para classificação da demanda espontânea utilizadas, conhecer e refletir sobre o produto de trabalho dessas Unidades.

A motivação pela temática surge de um longo de uma carreira onde fui enfermeira da Emergência do município de Rio Grande local onde participei da implantação do Sistema de Triagem por Classificação de Risco, anos após ingressei como profissional da Prefeitura do Município de Rio Grande atuando em uma Unidade Básica 24hs e logo após sendo relocada na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e foi atuando como Enfermeira em uma Unidade na periferia do município onde percebi a dificuldade de realizar o acolhimento na APS o que é uma pratica bem embasada nos serviços de emergência e Pronto Atendimento. Vivenciei a implantação do acolhimento padronizado em todas as unidades, a exclusão do atendimento por ordem de chegada e com limitação de fichas, e com isso o surgimento das dificuldades no acolhimento com classificação de risco, por uma demanda excessiva, pelo vínculo com os pacientes do território, pelo modelo centrado no atendimento médico de grande parte dos usuários pelo processo de capacitação dos profissionais.

Em 2020 com a pandemia da Covid-19 a situação ficouainda mais crítica, sendo que por um extenso período de mais de 12 meses, tiveram que ser remodeladas as atividades nas Unidades de Saúde da Familia (UBFs), sendo realizada a suspensão e diminuição de consultas eletivas, bem como grupos de atendimentos aos portadores de doenças crônicas, retornando muitas vezes ao atendimento médico do dia até mesmo fazendo com que o usuário não se deslocasse mais do que o necessário ao serviço de saúde evitando a sua contaminação. No momento do combate ao Coronavírus assumi o cargo de gestão da Estratégia Saúde da Familia (ESF), onde foi possível observar a importância que a APS tem para toda a Rede, visualizando que os usuários que não conseguem atendimento e encaminhamento adequado na USF buscam os Serviços de Urgência e Emergência sem a devida necessidade ou podendo sofrer agravos á saúde, que quando há alteração da sua patologia de forma aguda não há mais possibilidade de tratamento precoce de baixa complexidade sendo estes direcionados as portas de Urgência. Garantir um acolhimento adequado e resolutivo proporciona aos usuários uma melhor qualidade de vida além de potencializar o trabalho da Atenção Primária e consequentemente diminuir a demanda nas portas de emergência, entender e aperfeiçoar os fluxos da Rede de

Atenção a Saúde possibilita que cada caso seja atendido no local certo para resolutividade mais rápida e eficaz.

A APS tem importante papel no acolhimento dos usuários por ser a porta de entrada mais próxima de serviço de saúde no território de seu domicilio, o que favorece o vínculo e acompanhamento longitudinais dos usuários, a ESF foi criada para qualificar o atendimento e fortalecer as ações de promoção e prevenção a saúde no territórios, principalmente os mais vulneráveis. O desenvolvimento deste estudo, responde a um compromisso não apenas com o avanço do conhecimento da Enfermagem, mas também para a APS e ESF visando um cuidado centrado no usuário a partir da organização do trabalho da enfermagem que repercute também na área da saúde do trabalhador que desenvolve a assistência, conhecendo e avaliando o Acolhimento sobre as mais diversas formas já estudadas no Brasil e no mundo.

O estudo foi coordenado pela Profª Drª Laurelize Pereira Rocha vinculado a Linha de pesquisa – O trabalho da Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), tendo como foco o estudo dos componentes estruturais e funcionais do trabalho e sua relação com as políticas e as práticas na enfermagem e na saúde, em diferentes contextos socio-ambientais locorregionais, nacionais e internacionais, instrumentalizando o trabalho no âmbito da segurança, da saúde, do bem-estar laboral e formativo e do desenvolvimentotecnológico. Visando fortalecer a linha de pesquisa, buscou-se nesta dissertação, identificar subsídios claros e funcionais para a elaboração futura de um protocolo de acolhimento com classificação de risco para as Unidades de Saúde da Familia, objetivando organizar o trabalho nesses locais e consequentemente qualificar a oferta de saúde para os trabalhadores e usuários.Este estudo instiga a busca pela identificação de evidências científicasa partir de estudos na área e compreensão da temática para contribuir com o processo e ambiente de trabalho na realidade local. A intencionalidade de aprofundamento sobre o acolhimento com classificação de risco na atenção básica direcionou o estudo dessa temática.

1.INTRODUÇÃO

Com a intenção de assegurar o direito de acesso aos serviços do Sistema Unico de Saúde (SUS) novas politicas publicas são implantadas influenciadas pela alta demanda das portas de entrada além de manter o acesso igualitario á toda população; faz-se necessário a humanização responsável pela valorização tanto os usuários quanto os trabalhadores de saúde e gestores locais afim de obter a geração de saúde, esta feita por meio de trabalho e gestão compartilhada onde os vinculos se correlacionam e se responsabilizam durante todos esse processo, que tende a ser tranformador perante cada realidade. (BRASIL, 2002)

A Rede de Atenção á Saúde tem como primeiro nível a APS, esta sendo caracterizada pela realização de suas atividades voltadas para individual e coletivo, potencializando a prevenção e promoção da saúde de forma ampla durante todos os periodos da vida do individuo, sendo no acompanhamento dos cilcos, tratamento, reabilitação desde o nascimento até a morte, atingindo seu objetivo de cuidado e amparo integral ao individuo no seu contexto de vida. Sendo assimm, ela é identificadacomo a porta principal de cesso ao usuário do SUS, respeitando cada um dos principios de igualdade, universalidade e equidade, entre os demais disponibilizados na legislação,a APS é determinante na organização dos fluxos da rede de atendimento á saúde , organizando dos casos menos aos mais complexos, identificando e solucionando ou encaminhando para o local adequado. . Isso significa dizer que a APS funciona como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos (BRASIL, 2019; BRASIL, 2020).

A APS tem que ser um local de resolutividade aos usuários, não podendo se restringuir á um local de passagem obrigatória para quem necessita de atendiemnto, propiciar um atendimento adequado e procurando ampliar suas tentativas de sucesso em atendimento sem encaminhar o usuário á outro serviço tende a ser a melhor alternativa para criar credibilidade no serviço, bem como nos profissionais que acessam a porta de entrada principal da Rede de Saúde. (BRASIL, 2013).

A equipe de trabalhadores da APS, devem estar capacitados e preparados para o entendimento do usuário como um todo considerando suas condições de vida e possibilidades de manejo afim de ofertar alternativas que estejam ao alcance de que o próprio consiga realizar para ter um melhor estado de saúde, construindo ou recontruindo a autonomia de cada individuo, criando vinculos concretos de relacionamento usuário versus

equipe de saúde. (BRASIL,2013).

Entre todas as organização de atendimento das complexidades no SUS, o Brasil tem como uma de suas politicas a implantação do atendimento mais proximo a casa das pessoas, sendo assim, afim de qualificar o atendimento houve o grande avanço da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que é composta por equipe multidisciplinar e oferece todos os serviços de baixa complexidade no território de cada usuário como consultas, exames, tratamentos, vacinas e atividades de promoção e prevenção á Saúde. leva serviços multidisciplinares às comunidades por meio das Unidades de Saúde da Família(BRASIL, 2017; BRASIL, 2020).

As Unidades de ESF recebem Incentivo por desempenho que possuem grande importância no financiamento da APS e sua manutenção, atualmente ele se dá através do PREVINE BRASIL, onde cada equipe recebe de acordo com seu progresso avaliado atraves da produção, que é digitada e migra para o sitema do Ministério da Saúde, SISAB. Desde 2020, alem da Capitação Ponderada que é referente ao número de usuários cadastrados por cada equipe , são avaliados sete indicadores, sendo eles : Condulta de pré- natal anterior á 12ª semana, testagem rápida de Sífilis e HIV nas gestantes durante o pré- natal, consulta odontológica á gestante , realização de coleta de CP em mulheres com idade de 25 a 64 anos nos últimos 36 meses, vacinação de crianças com 3as doses aplicadas de poliomielite inativada e Pentavalente, consulta e verificação de pressão arterial no semestre de usuários hipertensos e consulta e exame de hemoglobina glicada no semestre (BRASIL, 2019; SES 2023) .

Em 2019 o Ministério da Saúde criou a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS) possibilitando aos usuários do SUS conhecer todos os serviços ofertados na APS, sendo assim um forte apoio aos gestores.. Ela é um documento realizado para atender a um das orientação da Política Nacional da Atenção Básica, deixando transparente o funcionamento das Unidades de Saúde e suas diretrizes,listando cada serviço ofertado, enfatizando a ampliação de acesso e comprometimento com o cuidado. Descreve os Programas elencados na ESF como o Mais Médicos, Programa Saúde na Hora entre outros que foram planejados para sanar alguns dos problemas principais identificados na APS como falta de profissionais médicos e necessidade de ampliação das equipes e horários de atendimento diferenciados, ainda conta com Academias de Saúde e Unidades Odontológicas Móveis (BRASIL, 2020).

Pela caracterização da Estratégia Saúde da Família temos um equipe multidisciplinar composta pelo médico, enfermeiro, tecnico de enfermagem, agente

comunitário de saúde, podendo ter ainda odontólogo, auxiliar de saúde bucal outras equipes de auxilio composta por educadores físicos , assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas e nutricionistas, preferencialmente, atuando nas áreas de maior vulnerabilidade social, tendo o conhecimento do cotidiano e composição de cadafamília. Isso aproxima a equipe de saúde e comunidade, estabelecendo vínculos, garantindo o acesso, e a responsabilização de cada pessoa afim de solucionar problemas de saúde de baixa complexidade, melhorando a qualidade de vida da população local. (BRASIL, 2006).

Tem como diretrizes a integralidade e a equidade da atenção, a responsabilidade do cuidado da saúde dos usuários bem como estratégias para que o próprio seja participativo na realização da manutenção á sua saúde. A organização do trabalho das equipes deve estar centralizada nas demandas dos usuários e na busca contínua de melhoria da capacidade de ser positiva aos serviços oferecidos à população. Além disso, é o primeiro contado e preferencial para o acolhimento. (BRASIL, 2013; MACINKO, MENDONÇA, 2018).

O acolhimento foi implantado para modificar as relações entre profissionais da mesma equipe, entre profissionais e usuários, ele favorece com que seja feita a avaliação do serviço, dos seus vínculos e suas resolutividades estabelecendoregramentos técnicos, humanos, éticos e solidários. Ele promove o usuário a participação ativa na sua busca pelo estado de saúde ideal. (SERVIN, 2017)

A porta de entrada do serviço de saúde após a implantação do acolhimento propõe atender a todos que procuram a Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), garante o acesso universal, realiza avaliação das queixas dos usuários organizando o atendimento conforme a prioridade técnica avaliada e podendo apartir do acolhimento direcionar o atendimento mais adequado ao usuário, sem o modelo centrado no atendimento médico mas sim por uma equipe multiprofissional. Sobressaem apartir do acolhimento a cidadania, a solidariedade e o fortalecimento da relação profissional-usuário (SILVA et al., 2015).

Entende-se ainda, que o acolhimento nos permite conhecer afundo os processo de trabalho na saúde, pois uma vez que o usuário tem a porta entrada aberta independente do dia, e horário, sem limitação de fichas e com a certeza de ser escutadoe solucionado sua necessidade da melhor forma possível cria-se um sentimento de confiança fortalecendo a relação tão importante entre equipe e comunidade, e se

mantendo os princípios e diretrizes do SUS. Fica organizado o atendimento de forma hierárquica e regionalizada. Além disso ele por não ser restrito promove para equipe de saúde um diagnóstico da comunidade atualizado e que favorece o planejamento e realizações das ações. (BARALDI, SOUTO, 2011).

Como uma das entradas principais do SUS,do Sistema Único de Saúde, as USF e aqueles profissionais que nela atuam devem dispor de instrumentos, como protocolos que garantam a os trabalhos da assistência das equipes e sua integração (SANTOS, 2018). Assim, vislumbra- se o processo de acolhimento com classificação de risco (ACCR) sendo uma ferramenta capaz de contribuir para identificação precoce de possíveis riscos de agravos à saúde, permitindo uma intervenção mais rápida e eficaz da equipe assistencial (SILVA, BARROS, TORRES, 2012).

A classificação de risco, exclui o atendimento por ordem de chegada bem como a distribuição de fichas restritas para atendimento médico, ela propõe a avaliação prévia de cada usuário, a escuta de suas queixas , a verificação de parâmetros técnicos como verificação de sinais vitais e exame físico breve garantido uma organização de atendimento pela ordem de urgência de cada um, atende-se primeiro após a classificação de risco os usuários com risco imediato até ao que deseja um atendimentonão urgente. Essa ferramenta mantém informado o tempo de espera a cada paciente bem como a sua atual situação clínica de atendimento podendo ser reavaliada sempre que necessário durante a espera posterior a classificação. Os profissionais tem que estar sempre atualizados as manobras para as melhores condutas e a equipe multiprofissional fica envolvida durante o ingresso na ESF do usuário, pois muitas demandas podem não requerer atendimento médico e sim de outro componente da equipe. Espera-se com isso satisfazer os usuários e manter ativo o processo de avaliação e reavaliação dos fluxos internos e externos pela equipe (BRASIL, 2002)

Objetivando melhorar a qualidade da assistência oferecida pelos serviços do SUS, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, que incentiva a inovação das práticas gerenciais e de promoção da saúde. Uma das ferramentas que compõe essa política é o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), constituindo-se como um dispositivo de interferência nos processos de trabalho nas unidades de saúde, sobretudo nas USF (BRASIL, 2010).

De acordo com a referida Política, o acolhimento independe do local ou do espaço específico, mas demanda o compartilhamento de angústias de profissionais e

usuários. Além disso, está diretamente relacionado à responsabilidade do profissional em atender as demandas do usuário com resolutividade necessária para cada caso (BRASIL, 2010). Assim, o acolhimento neste estudo é entendido como ação de aproximação inclusiva, evitando a exclusão do usuário que vai a UBSF buscando auxílio no serviço de saúde.

A classificação de risco apresenta-se como relevante estratégia para a avaliação e estratificação do risco possibilitando identificar quais casos necessitam de assistência imediata e quais podem aguardar atendimento com segurança. Dessa forma, percebe-se que a execução da atividade de classificação de risco encontra respaldo no princípio da equidade, no qual a realização de uma diferenciação positiva é realizada com a finalidade de evitar iatrogenias devido ao não atendimento das diferentes necessidades dos usuários dos serviços de saúde. Quando não realizada a classificação de risco, muitos casos podem se agravar ainda durante o aguardo pelo atendimento, podendo inclusive, chegar ao óbito, pela falta de assistência em tempo adequado (MELO, 2011).

O Ministério da Saúde, ao tratar do ACCR, ressalta a importância dos protocolos utilizados estarem em consonância com a realidade vivenciada em cada serviço, além de atentar as particularidades de cada território, como o perfil da demanda, os dados epidemiológicos, os recursos disponíveis e as diferenças culturais (BRASIL, 2013).

A utilização de protocolos no processo de ACCR mostra-se especialmente relevante nas USF haja vista os desafios comumente encontrados nesses locais, como: elevada demanda de pacientes, longos períodos de espera por atendimento, além de grande pressão e estresse vivenciado pelos profissionais de saúde, especialmente os Enfermeiros (VILLANI, LIMA SILVA, 2017; COSTA et al 2018).

Assim, o estudo se justifica à medida que se tem a necessidade de um instrumento norteador como Protocolo de Classificação de Risco, que proporcione melhor desempenho dos profissionais e maior segurança aos pacientes que buscam o serviço em USF. Um instrumento como um protocolo de acolhimento descrito por queixas de cada usuário e assim posteriormente a conduta ou classificação garantiria que o mesmo usuário receberia o atendimento padrão em qualquer Unidade do município, fortalecendo os princípios de igualdade e equidade do SUS.

Apesar da existência de um protocolo nacional de acolhimento à demanda espontânea, descrito nos cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde, observamos, pelo grande fluxo de usuários nas portas de entrada, uma grande demanda

de atendimento nas Unidades de Saúde da Família e consequentemente dos Serviços de Urgência, o que instiga a conhecer como o está sendo realizado o acolhimento aos usuários nas portas de entrada, quais são as fragilidades e potencialidades dessesserviços e dos seus respectivos acolhimentos. Evidenciando-se a importância de analisar estudos sobre o acolhimento com classificação de risco na Atenção Primaria em Saúde, especialmente nas USFs, devido a grande demanda de atendimentos nesses locais que quando não conseguem atender a população do seu território aumentam os agravos às doenças crônicas, impossibilitam o tratamento precoce, impedem a identificação de patologias sobretudo sobrecarregam os Serviços de Urgência e Emergência. O conhecimento dos fluxos de atendimento à demanda espontânea pode resultar em uma organização, ou utilização de métodos que facilitem e fortaleçam o acolhimento conforme priorizado nas Politicas de Atenção Básica.

Neste sentido, o estudo se propõe a pesquisar o que os estudos apresentam referente ao acolhimento nas portas de entrada da APS a partir do ano de 2011, quando o Ministério da Saúde apresentou o Caderno de Atenção Básica número 28 que trata exclusivamente do acolhimento a demanda espontânea. Assim, espera-se que esteestudo possa descrever como se apresentamas evidências científicas a respeito do processo de acolhimento ao usuário nas Unidades de Saúde da Família e investigar também as ferramentas para classificação da demanda espontânea utilizadas nas Estratégia Saúde da Família.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar as evidências científicas acerca do acolhimento e de ferramentas para classificação da demanda espontânea utilizadas nas Unidades de Saúde da Família.

2.2. Objetivos Específicos

Conhecer as evidências sobre o processo de acolhimento ao usuário nas Unidades de Saúde da Família;

Analisar as evidências sobre as ferramentas para classificação da demanda espontânea durante o acolhimento nas Unidades de Saúde da Família.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo foi construído buscando a sustentação teórica do tema, o qual está apresentado em dois tópicos principais: o primeiro intitulado “Contextualização do acolhimento ao usuário na atenção primária à saúde”; o segundo “Acolhimento com classificação de risco na Atenção Primária à Saúde”.

3.1 Contextualização do acolhimento ao usuário na Atenção Primaria a Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem como objetivo atender as necessidades do sujeito como um todo não só em sua singularidade mas também considerando o seu contexto sociocultural. (BRASIL, 2011). O Programa Saúde da Família, foi criado no Brasil, implantado em 1994, como uma importante forma de estratégia para reorganizar as ações na APS e ainda mais, visa manter os fluxo no Sistema de Rede emSaúde no país utilizando-se de referências de direcionamentos e redirecionamentos pré- estabelecidos (BRASIL, 1997). Quando implantado o Programa conseguia fazer umestreitamento das relações entre os divergentes níveis de complexidade de Atenção á Saúde, assim tornou-se possível fazer com que o usuário possa receber o cuidado integral a saúde e a garantia de continuidade dele. O modelo de trabalho era realizado pelo trabalho de equipe, com atendimento da população de um determinado território, mantendo as ações de promoção e prevenção a saúde bem como o atendimento e acompanhamento ás doenças agudas e crônicas (BRASIL, 1997).

O modelo de Saúde da Família foi reconhecido como Estratégia pelo Ministério da Saúde mantendo o formato de porta de acesso principal aos usuários, mantendo as diretrizes de igualdade, universalidade, vinculo com a população adscrita, permanência do cuidado de forma integral, controle e participação social, equidade e humanização (BRASIL, 2015).

A Estratégia Saúde da Família compõe o SUS, trazendo uma mudança de modelo de atendimento, reorganizando e reestruturando o sistema, baseado em todos os princípios que tendem a qualificar o atendimento, trazendo o usuário a satisfação de resolutividade das suas necessidades nas diferentes realidades de cada individuo em seu território, com todas as suas particularidades (BRASIL, 2015).

O grande aumento da demanda de atendimento nas portas de urgência e emergência e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, influenciam a implementação de formulação de políticas que asseguram aos usuários do SUS os seus direitos. Se

utilizar da humanização para dar valor aos usuários, profissionais de saúde e gestores para obtenção da saúde da população é um grande ato em prol da autonomia dos sujeitos para o processo de cuidado que possa ser abrangente para transformar também a realidade que se encontram inseridos, compartilhando as responsabilidades e solidariedade produzindo saúde (BRASIL, 2002).

Quando se fala em humanização do atendimento à saúde, a primeira coisa que vem em mente é uma política nacional do SUS, denominada HumanizaSUS, cujo preceito é a valorização de todos os sujeitos, independente das suas diferenças, que participam da produção de saúde. Busca suprir a falta de capacitação dos profissionais para trabalhar com toda a subjetividade que a prática de saúde possa apresentar, visando melhores condições de atuação no trabalho para que os profissionais possam ofertar um atendimento qualificado. (BRASIL 2004). Envolve agregar à eficiência técnica e científica, valores éticos, respeito e solidariedade ao ser humano, assim como valorizar a vida humana, sem juízo de valor e de forma acolhedora (DESLANDES, 2006).

O acolhimento surgiu na tentativa se ter uma solução para as inúmeras discussões que haviam sobre a forma de organização e orientação da saúde, tornando- se ele o principal modelo de a reorganizar a assistência. A Política de Humanização, do Ministério da Saúde (HumanizaSUS),descreve o acolhimento como um dispositivo que vai ultrapassa os limites da recepção do usuário na APS,sendo um manejo imediato de atenção, escuta qualificado e avaliação . A forma de trazer humanização para o atendimento é acolher (BRASIL, 2009).

O acolhimento está presente na prestação de cuidado, nas reuniões entre usuários e trabalhadores de saúde, ao receber e ouvir os usuários e na construção de vínculos, mediante a escuta qualificada, evitando a desvalorização das queixas dos usuários e identificando necessidades, sejam estas coletivas ou individuais. E exercendo o papel de mediador da viabilização do acesso e resolutividade do problema, a assistência oferecida aos usuários deve atender as necessidades dos mesmos na sua excentricidade, assistindo o usuário no âmbito biopsicossocial (GOMIDE, et al., 2018).

Apartir da acolhida é possível observar perfil das relações entre usuários e profissionais da saúde, entre UBSF e as demais estruturas da Rede, sendo este um componente de intervenção entre as partes envolvidas, utilizando preceitos de ética, humanidade e solidariedade, dinamizando o processo de produção de saúde como responsabilidade coparticipativas. (SERVIN, 2017)

Considerado nas relações humanas como um processo, o acolhimento deve ser

realizado por todos os trabalhadores da equipe multiprofissional e em todos os locais do atendimento, não se limitando ao ato de receber. Ao contrário, incorpora uma atos sequentes e atitudes que constituem o processo de trabalho (PERUZZO et al 2018).

O acolhimento modifica o que antes era preconizado como organização de entrada na APS e seu funcionamento, parte dos princípios de que todas as pessoas sejam atendidas no momento que buscam o serviço de saúde, preferencialmente o mais próximo de sua residência, garantindo a acesso universal; reorganizando os processos de trabalho, desconstruindo o modelo centralizado no atendimento médico para o de uma equipe multiprofissional e qualificando a relação trabalhador- usuário com humanidade e solidariedade (SILVA et al 2015).

Todo cuidado envolve as mais diversas relações, seja ela entre profissionais de saúde e usuários, onde o acolhimento, o ato de acolher, está presente, estando através da escuta qualificada, da formulação de ações de cuidado á saúde. Sendo assim, é equivocado quando há fala de que em determinado serviço há ou não acolhimento, se está restrito a determinada hora, o mais correto é observar e analisar como estão as relações e o quanto são satisfatórias (BRASIL,2013).

É possível realizar uma reflexão sobre a forma como se realiza o processo de trabalho em saúde, quais as bases das relações entre equipe e usuários de um determinado local, quais os princípios do SUS estão presentes, podendo atender às necessidades da comunidade e manter os fluxos com os demais serviços de saúde, de maneira organizada respeitando os níveis hierárquicos. É um recurso que qualifica a entrega final do trabalho em saúde, pois permite ao usuário acessar a Unidade mais próxima desua residência e apartir dela ser realizado o plano que atenderá suas solicitaçõespriorizando evitar os agravos á saúde de maneira ampla e integral, assegurando seus direitos previstos na legislação (BARALDI; SOUTO, 2011).

É de interesse da equipe da ESF acolher os usuários reconhecendo sua população suas necessidades imediatas e quais os objetivos podemos traçar para promover a saúde e a prevenção de doenças, manter o acompanhamento das familias durante todo o ciclo vital favorece o vinculo entre as partes, favorecendo um atendimento de qualidade, e o alcance dos indicadores de saúde pelos profissionais. Uma familia ciente da responsabilidade que deve ter pela sua própria saúde em um modelo assistencial conforme as diretrizes do SUS. (CAMELO et al 2016).

De acordo com Lopes et al (2014), o vínculo é utilizado como um instrumento de confiança entre usuários e profissionais, capaz de equacionar os problemas de

saúde, além de escutar, orientar e auxiliar em outros aspectos do cotidiano de vida e no apoio ao manejo de obstáculos. Ainda segundo o autor, o acolhimento não só humaniza o atendimento, mas também auxilia na organização do processo de trabalho, ao atender todos os usuários que procuram os serviços de saúde, ofertar respostas adequadas e encaminhar para o setor em que deve ser atendido, orientar quando for o caso dando continuidade ao cuidado mesmo em outras esferas da Rede de Atenção á Saúde.

Outro requisito do acolhimento refere-se ao atendimento oferecido ao usuário ao procurar a UBSF. Conforme a Política Nacional de Humanização propõe que o atendimento seja de acordo com as prioridades de risco á saúde, sendo do estado mais grave ao menos grave após a avaliação prévia com classificação de risco, exclui o atendimento conforme ingresso no serviço (BRASIL, 2009). Essa mudança por ter padrões a muito tempo já estabelecidos, com muitos aspectos burocráticos ainda é um grande desafio de aceitação para população (ROSSATO et al 2018).

Devido a insuficiente oferta de agendamentos de consultas e demanda reprimida, os usuários se mostram descontentes, principalmente com o tempo de espera dos procedimentos eletivos por ter que, muitas vezes, chegar em horário muito mais cedo na UBSF sendo exposto á perigos e violência no trajeto ou no período que ainda oserviço não estava aberto. O acolhimento desconstrói esse fluxo fazendo com que as consultas eletivas sejam asseguradas em horário de funcionamento da Unidade evitando a grande espera e a falta de garantia de atendimento, no momento do acolhimento as consultas não urgentes ficam agendadas para dia e horário cujo o paciente possa comparecer sem transtornos (ROSSATO et al 2018).

Conforme estudo de Camelo et al (2016) é predominante o trabalho nas unidades de saúde nos moldes tradicionais, com foco central no atendimento médico, no atendimento através de fichas por livre demanda, sem de fato existir a resolução do problema do usuário não contemplando sua necessidade.

Em estudo de Baraldi e Souto (2011), traz como a ausência de ações planejadas interferem nas grandes demandas suprimidas de atendimento, não estando ela diretamente relacionada somente a falta de vagas no sistema público de saúde. Foi possível constatar que a demora no tempo de espera assim como a formação de filas constantemente tem base cultural da população, que atualmente já demonstra satisfação quando é realizada a proposta de organização do atendimento apartir de estratégias facilitadoras do acesso, fortalecendo a satisfação do usuário e do profissional, com consequente melhoriado cuidado prestado.

Segundo o Ministério da Saúde:

> “a implantação do acolhimento de demanda espontânea “pede” e provoca mudanças nos modos de organização das equipes, nas relações entre os trabalhadores e nos modos de cuidar. Para acolher a demanda, espontânea com equidade e qualidade, não basta distribuir senhas em número limitado, fazendo com que os usuários formem filas de madrugada, nem é possível e nem necessário encaminhar todas as pessoas ao médico (o acolhimento não deve se restringir a triagem paraatendimento médico)” (BRASIL, 2013, p. 22)

Na ESF a equipe de profissionais para se realizar o atendimento ao usuário considera-se não só seu estado de saúde bem como o contexto no qual vive, muitas vezes é apartir dessa primeira conversa ao chegar na UBSF que é possível entender nãosó a queixa como os fatores desencadeantes dela, pela ESF estar inserida em territórios de alta vulnerabilidade as atribuições sociais e financeiras da familia são importantes para a realização da melhor conduta, estabelecendo vinculo entre a familia e/ou usuárioe o profissional (CAÇADOR, 2012). Muitas vezes no acolhimento se tem que saber atender o imprevisto, buscando a melhor solução para cada queixa de fora humanizada e ética pelo profissional, buscando burocratizar o mínimo possível o atendimento(BRASIL, 2011).

3.2 Acolhimento com classificação de risco na Atenção Primária a Saúde

O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) é a fusão de dois elementos chaves: o acolhimento e a classificação de risco. Embora as ações sejam distintas, eles se complementam. O acolhimento, entendido como ação de aproximação inclusiva, acolher e ser acolhido e a não exclusão do usuário na busca dos serviços de saúde, é encarado como uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização à atenção e gestão do SUS. Tal diretriz está relacionada à necessidade de escuta do usuário pelo profissional ou da equipe multi a qual está inserido no serviço de saúde e, ainda pela garantia de acesso a tais serviços (BRASIL, 2013).

Realizar o acolhimento é recepcionar a cada pessoa que ingressa no serviço, desde o primeiro momento. Por meio dele, a equipe de trabalho se responsabiliza integralmente pelo paciente, dando atenção as suas solicitações e queixas, estando aberto para entender as situações intrínsecas, sem que haja perda da avaliação técnica específica cada profissional, para que haja a resolução na |Unidade de origem ou seja

realizado o encaminhamento correto e responsável para a continuidade do cuidado e assistência (BRASIL, 2013).

A classificação de risco, por sua vez, está relacionada à avaliação dos riscos e da vulnerabilidade do usuário que busca assistência em uma unidade de saúde. Quandonão há a distinção de níveis de risco dos usuários, fato recorrente onde o atendimentose dá por ordem de chegada, muitos casos podem se agravar na própria fila de espera pelo atendimento, inclusivepode gerar óbitos pelo não atendimento em tempo adequado (BRASIL, 2013).

Segundo Jiménez (2013),entende-se que a avaliação na chegada do usuário ao serviço de saúde, realizar a manutenção de fluxos de encaminhamento, atendimento em tempo de espera adequados principalmente para as consultas médicas, a determinação de ordem de gravidade do estado de saúde de todos que acessam o serviço, manter a comunidade informada da forma de atendimento e tempo de espera, manter diálogo com usuário durante a permanência deste na Unidade estando ciente de cada um dos procedimentos são objetivos fundamentais para a classificação de risco.

Adequar os processos de trabalho, é fundamental aos serviços que implantam a classificação de risco e o acolhimento afim de ter bons resultados no atendimento á demanda. Para isso a disseminação dos objetivos e vantagens dessas práticas entre os profissionais da Rede de Saúde e a população em geral favorece a boa aceitação do modelo de atendimento(BRASIL, 2013).

O protocolo de classificação de risco, no Brasil, foi publicado em 2004 pelo Ministério da Saúde através da " Cartilha de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco", ele descreve as orientações dos fluxos de classificação de riscoe acolhimento seguindo a Política Nacional de Humanização. O protocolo tem por objetivo a formalização das normas implantadas pela Política, qualificando o atendimento e os profissionais atuantes na assistência (BRASIL, 2004).

O Ministério da Saúde, desde 2004, disponibilizou Cadernos de Atenção Básica provenientes das orientações da Política Nacional de Humanização, isso estimula os profissionais da UBSF utilizarem protocolos de classificação de risco,no entanto, não um protocolo específico para a APS (BRASIL,2004).

Em 2011, houve a publicação de uma proposta estruturada da Classificação de Risco, no Caderno da Atenção Básica, n. 28, v. II, em que foram disponibilizados de atendimento baseado em queixas mais frequentes e avaliação dos sinais e sintomas da demanda espontânea das unidades de saúde. Dessa forma, o acolhimento e a

Classificação de Risco passaram a ser priorizados no processo de trabalho da equipe de saúde, também da APS (BRASIL, 2013).

A atuação no processo de classificação de risco em unidades de saúde da família é atividade que com frequência é destinada a enfermeiros. Em 2012, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) normatizou a participação do enfermeiro nas atividades de Classificação de Risco nos serviços de urgência (COFEN, 2012). Essa Resolução foi revogada, em 2021, pelo COFEN, que publicou a Resolução nº 661/2021, a qual atualiza e normatiza, no âmbito do Sistema COFEN e Conselhos Regionais de Enfermagem (Coren), a participação da Equipe de Enfermagem na atividade de Classificação de Risco (COFEN, 2021). Também enfatiza que, para a equipe de enfermagem o profissional enfermeiro ainda é o responsável pela classificação de risco, assistência técnica qualificada para triagem conforme suas atribuições (BRASIL,2021).

Para a realização do acolhimento com classificação de risco é necessário que o profissional tenha a habilidade de comunicar-se de forma adequada para assistir o usuário em momentos de vulnerabilidade maior, ou simplesmente para realizar orientação acerca de como ocorre o todo o atendimento de classificação de riscoprevndo o tempo médio de espera para cada usuário. O profissional deverá estar atento para sanar as queixas e conduzir a resolução que trouxe o individuo a procurar uma Unidade de Saúde, fortalecendo a satisfação da clientela e possibilitando o fortalecimento dos vínculos (ACOSTA, 2012).

O ACCR, deve iniciar com a escuta a qual motivou o usuário a procurar o serviço , por profissionais com competência que sabem identificar quais casos devem ter prioridade de atendimento, e quias podem ser agendados para horário ou dia posterior ao da procura (ACOSTA, 2012). Devem haver protocolos pré-estabelecidos e conhecidos pelas equipes para a organização do trabalho, além de dar suporte as condutas adotadas pela equipe. O estudo de Rossato (2018), evidencia a importância determos um protocolo garantindo um atendimento de qualidade e organização da equipe e seu trabalho, bem como o estreitamento das relações entre os diferentes serviços disponíveis na Rede permitindo a continuidade do cuidado.

O Ministério da Saúde (2012) apresenta um fluxo de atendimento como ponto de partida, uma estratégia com o intuito de organizar o trabalho em equipe que deve ser adaptado enriquecido e remodelado de modo a facilitar a escuta qualificada dos usuários segundo suas necessidades, dar resolutividade as suas necessidades e otimizar o processo de trabalho.O usuário deve estar sempre informado do tempo de espera

aproximado para o seu atendimento.

Com a estratificação de risco é informado qual a conduta para a queixa apresentada e qual tempo de espera para o encerramento do seu atendimento. Na Atenção Básica segue-se a seguinte classificação de acordo com o quadro abaixo:

Quadro 1. Características do Protocolo de classificação de risco da Atenção primária

Tipo	Classificação do risco	Prioridade	Tempo alvo
1	Imediato	Vermelho	0 minutos
2	Prioritário (risco moderado)	Amarelo	Deve ser realizado entre 10 e 60 min (no mesmo turno)
3	Atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco com ulnerabilidade importante). Situação aguda ou crônicaagudizada	Verde	Atendimento no dia
4	Programático conforme agenda – Situação não aguda	Azul	Conforme agenda da Unidade e avaliação da situação

Fonte: Caderno 28, v. II da AB, 2011.

De acordo com o protocolo de classificação de risco da Atenção Básica, na **situação não aguda – Azul**: destina-se a situação não-urgente que poderá ser agendada para seu atendimento bem como programado para atendimento por parte da equipe seja uma consulta individual como um atendimento em grupo, não apresenta risco de piora do quadro pela a avaliação realizada no momento(BRASIL, 2012).

Atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante) – Verde: é o quadro clínico ou situação pouco urgente, porém deverá ser avaliada no mesmo dia, refere-se em geral as alterações agudas, não devendo ser adiada. O manejo deve ser feito sempre pelo profissional da equipe de acordo com a situação (BRASIL, 2012).

Atendimento prioritário (risco moderado) – Amarelo: necessita de conduta mais breve da equipe, pode ser iniciado já após o acolhimento medidas de controle mais rigorosos e frequentes das alterações dependendo de cada caso e sua complexidade.

Situação aguda ou crônica agudizada – Atendimento imediato (alto risco de vida) Vermelho: são as situações de atendimento imediato, com a presença de médico e a maior parte da equipe possível pela gravidade do estado de saúde do usuário, deve haver intervenção qualificada e no ato.(BRASIL, 2012).

A organização das portas de entrada possibilitam uma atenção maior e com

mais brevidade aos usuários em estado com maior gravidades, além de favorecer o estabelecimento de um fluxo de atendimento após a escuta inicial sendo superior ao antigo sistema de fichas por ordem de chegada.

4. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de escopo realizada de acordo com o método disposto pelo JBI Reviewers (BRIGGS, 2014; BRIGGS, 2015). As revisões de escopo tem proporcionado uma vasta gama de evidências da literatura, possibilitando um maior aprofundamento das mesmas (PETERS et al, 2020). Esse tipo de revisão é apropriada para examinar estudos para tomada de decisão também no campo teórico-metodológico, sendo direcionada apartir de umapergunta primária ou perguntas que se complementam, essas dirigem os estudos da revisão proposta. O protocolo deste estudo será registrado na Open Science Framework (OSF)[1] uma plataforma que facilita a colaboração transparente na pesquisa científica.

4.1 Etapas do Estudo

Foram seguidas cinco etapas: 1) identificação da questão de pesquisa; 2) identificação dos estudos relevantes; 3) seleção dos estudos; 4) análise dos dados; 5) agrupamento, síntese e apresentação dos dados (PETERS et al, 2020).

4.2 Identificação da questão de pesquisa

Visa identificar a questão acerca do acolhimento, bem como as relações com a Enfermagem nas Unidades de ESF, objetivando identificar estratégias de acolhimento e melhor acesso do usuário ao serviço de saúde. Para a elaboração da questão de pesquisa da revisão de escopo utilizou-se a estratégia PCC (acrônimo para população, conceito e contexto) onde P refere-se aos trabalhadores e usuários; C refere-se ao acolhimento e as ferramentas para classificação da demanda espontânea o outro C as Unidades de Saúde da Família. Assim, a questão de pesquisa delimitada foi: **"Como os estudos científicos abordam as evidências científicas acerca do acolhimento e de ferramentas para classificação da demanda espontânea dos usuários utilizadas pelos trabalhadores nas Unidades de Saúde da Família?"**

[1] OSF - Open Science Framework < https://osf.io >

4.3 Identificação dos estudos relevantes

Permite realizar a pesquisa na literatura realizando uma análise dos estudos científicos que esclarecem as questões relacionadas ao tema nas bases de dados analisadas. O levantamento foi realizado em setembro e outubro de 2022, por duas revisoras de forma independente, mediante consulta nas bases de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE via PubMed®), SCOPUS, Embase, Web of Science, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS) e Banco de Dados em Enfermagem (BDENF) via Biblioteca Virtual em Saúde.

Para operacionalização da busca foram utilizados os descritores controlados e não controlados extraídos dos vocabulários Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MESH), a partir da combinação dos operadores booleanos "AND" e "OR" com os seguintes termos, conforme apresentado no quadro2:

Quadro 2 – Descritores e termos

TERMOS MESCH/DECS	TERMOS UTILIZADOS E SEUS SIMILARES
Enfermagem	nursing
Atenção Primária á Saude	("Primary Health Care" OR "Care, Primary Health" OR "Health Care, Primary" OR "Primary Healthcare" OR "Healthcare, Primary" OR "Primary Care" OR "Care, Primary")
Acolhimento	"User Embracement"
Acesso aos Serviços de Saúde	"Health Services Accessibility" OR "Access to Health Services" OR "Access to Care" OR "Access to Cares" OR "Care, Access to" OR "Accessibility of Health Services" OR "Accessibility, Health Services"
Acessibilidade aos Serviços de Saúde	"Health Services Accessibility" OR "Health Practice, Public" OR "Health Practices, Public" OR "Practice, Public Health" OR "Practices, Public Health" OR "Public Health Practices"
Triagem de demanda	Triage
Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde	"Equity in Access to Health Services"
Avaliação do Acesso e da Qualidade da Assistência à Saúde	"Health Care Quality, Access, and Evaluation"
Assistência Integral à	"Comprehensive Health Care"

Saúde	
Profissionais de Saúde	"Personnel, Health" OR "Health Care Providers" OR "Health Care Provider" OR "Provider, Health Care" OR "Healthcare Providers" OR "Healthcare Provider" OR "Provider, Healthcare" OR "HealthcareWorkers" OR "Healthcare Worker" OR "Health Care Professionals" OR "Health Care Professional" OR "Professional, Health Care"

Fonte: Próprio Autor (2022)

As estratégias de busca utilizadas nas bases de dados encontram-se descritas no quadro a seguir:

Quadro 3 – Bases e estratégias de buscas

FONTES DE DADOS	ESTRATÉGIAS
Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINEvia PubMed® SCOPUS Embase Web of Science Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS) Banco de Dados em Enfermagem (BDENF) via Biblioteca Virtual em Saúde.	nursing AND (“Primary Health Care” OR “Care, Primary Health” OR “Health Care, Primary” OR “Primary Healthcare” OR “Healthcare, Primary” OR “Primary Care” OR “Care, Primary”) AND (“User Embracement” OR “Triage”)
	(“Health Care Quality”, Access, and Evaluation) AND (“Primary Health Care” OR“Care, Primary Health” OR “Health Care, Primary” OR “Primary Healthcare” OR “Healthcare, Primary” OR “Primary Care” OR “Care, Primary”) AND (nursing)
	("Health Services Accessibility" OR "Accessto Health Services" OR "Access to Care" OR "Access to Cares" OR "Care, Access to" OR "Cares, Access to" OR "Accessibility of Health Services" OR "Accessibility, Health Services" OR "Health Services Accessibility"OR "Health Practice, Public" OR "Health Practices, Public" OR "Practice, Public Health" OR "Practices, Public Health" OR "Public Health Practices") AND nursing
	("Personnel, Health" OR "Health Care Providers" OR "Health Care Provider" OR "Provider, Health Care" OR "Healthcare Providers" OR "Healthcare Provider" OR "Provider, Healthcare" OR "Healthcare Workers" OR "Healthcare Worker" OR "Health Care Professionals" OR "Health Care Professional" OR "Professional, Health Care") AND (“Primary Health Care” OR “Care, Primary Health” OR “Health Care, Primary” OR “Primary Healthcare” OR “Healthcare, Primary” OR “Primary Care” OR “Care, Primary”) AND (“User Embracement” OR “Triage”)
	(“Health Care Quality”, Access, and Evaluation) AND ("Personnel, Health" OR

	"Health Care Providers" OR "Health Care Provider" OR "Provider, Health Care" OR "Healthcare Providers" OR "Healthcare Provider" OR "Provider, Healthcare" OR "Healthcare Workers" OR "Healthcare Worker" OR "Health Care Professionals" OR "Health Care Professional" OR "Professional, Health Care") AND ((“Primary Health Care” OR “Care, Primary Health” OR “Health Care, Primary” OR “Primary Healthcare” OR “Healthcare, Primary” OR “Primary

Fonte: Próprio Autor (2022)

4.4 Seleção dos estudos

Os artigos encontrados na busca através das fontes de dados foram exportados para o aplicativo *Rayyan QCRI* da *Qatar Computing Research Institute*, com função de auxiliar em pesquisas do tipo revisão sistemática, fazendo através de um processo de semi-automação, uma triagem inicial dos artigos através de resumos e títulos (OUZZANI, M., *et. al*., 2016). Nesta etapa, duas revisoras realizaram a seleção dos artigos, em situação de divergência uma terceira pesquisadora foi acionada.

Os estudos foram selecionados com base nos critérios: artigos disponíveis na íntegra que atendessem a questão de pesquisa baseada na estratégia PCC, indexados nos últimos 10 anos. Foram excluídas revisões de literatura/reflexões, editoriais, resumos de anais, dissertações, teses, relatórios e documentos do Ministério da Saúde. Os artigos duplicados foram considerados apenas uma vez.

A seleção dos artigos foi realizada em três etapas: (1) leitura de títulos e resumos, e exclusão dos que não se enquadraram em qualquer um dos critérios; (2) leitura na íntegra dos artigos selecionados na primeira etapa; (3) seleção das obras que se enquadraram nos critérios de elegibilidade. Os artigos duplicados foram excluídos após a leitura na íntegra, com o intuito de evitar erros no momento da exclusão.

O processo de seleção dos estudos está apresentado no fluxograma (Figura 1), conforme as recomendações específicas para escopo do check- list Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA-ScR) (TRICCO et al., 2018). Assim, pode-se observar que inicialmente foram identificados 7906 artigos removidos 563 duplicados restando 7343 artigos, após leitura inicial de título e resumo filtrou-se 42 artigos para leitura na íntegra. Destes, 16 artigos compuseram a mostra final, de acordo com a questão de pesquisa.

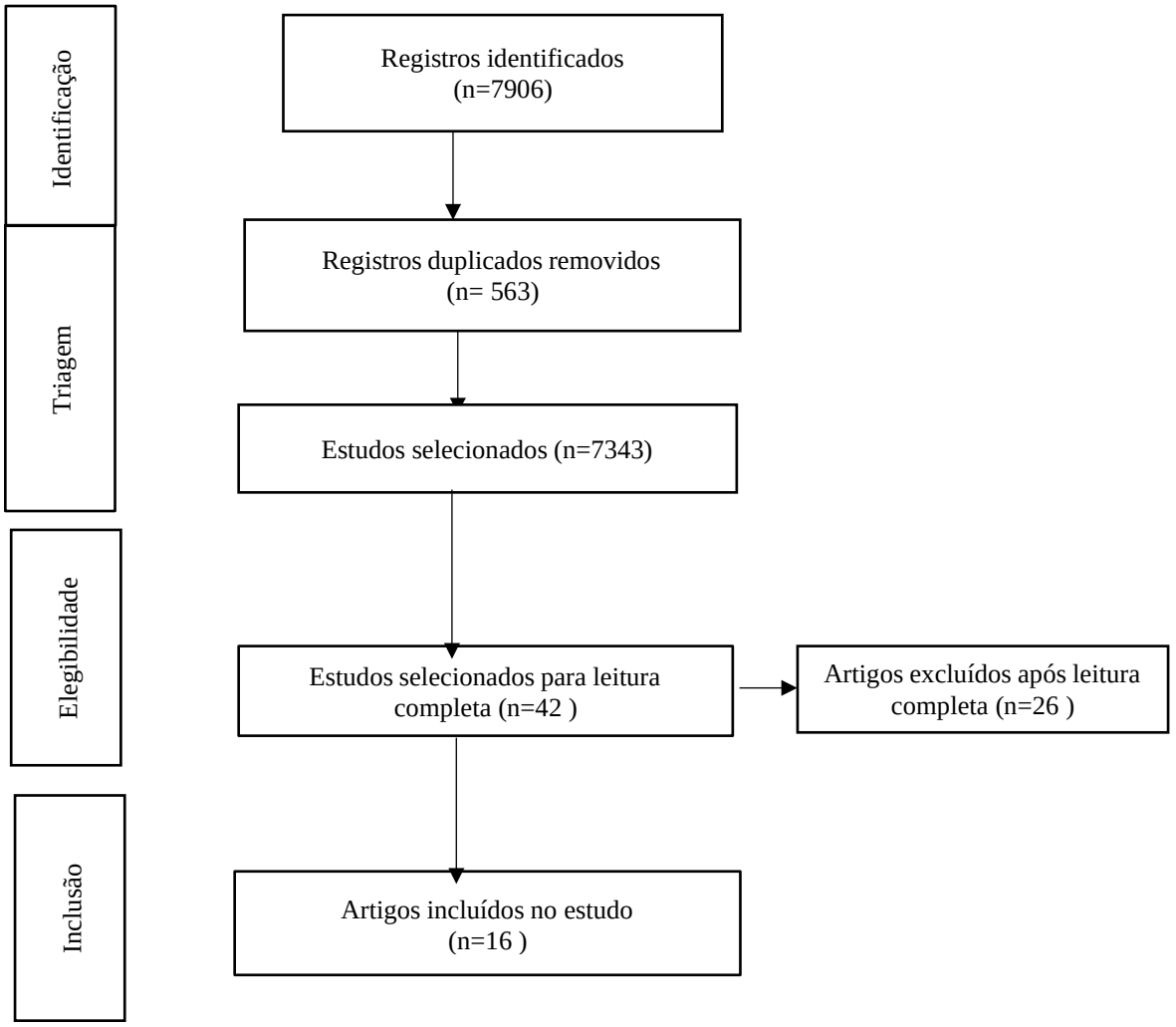


Figura 1 – Diagrama de fluxo da seleção dos estudos incluídos na revisão segundo o PRISMA[8]. Rio Grande, RS, Brasil, 2023.

4.5 Etapa de análise dos dados

Utilizou-se um instrumento elaborado com a finalidade de extrair os dados de caracterização dos estudos selecionados, composta pelos seguintes itens: identificação do título, país de publicação do artigo; autor; metodologia; objetivo do estudo; participantes e fonte de dados de indexação e periódico, e outro com (APÊNDICE A).

O processo de análise dos estudos consistiu na caracterização do panorama dos estudos de acordo com o seu objeto investigado. A análise de dados foi realizada por meio do software Interface de R pour Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRAMUTEQ) por meio do método Classificação Hierárquica Descendente (CHD) (RATINAUD, 2009). A leitura na íntegra dos estudos filtrados a partir do processo metodológico adotado resultou na etapa final e inclusão dos estudos

que obedeceram aos delineamentos desta revisão, sendo os dados tabulados e posteriormente submetidos à análise de conteúdo (BARDIN, 2010).

4.6 Agrupamento, síntese e apresentação dos dados

O corpus geral foi constituído por dezesseis textos, separados em 457 segmentos de texto (ST), com aproveitamento de 403 STs (88.18%). Emergiram 15.988 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 2.118 palavras distintas e 1.029 com uma única ocorrência. O conteúdo analisado foi categorizado em 6 classes: Classe 1, com 87 ST (21.59%); Classe 2, com 90 ST (22.33%); Classe 3, com 57 ST (14.14%); Classe 4, com 62 ST (15.38%); Classe 5, com 61 ST (15.14%) e Classe 6, com 46 ST (11.41%).

Vale ressaltar que essas 6 classes se encontram divididas em duas ramificações A e B sendo esta última subdividida na Classe 1 e Classe 5; a ramificação A se subdivide em C e D e ambas se dividem em duas classes dando origem as Classes 3 e 4 no primeira eas Classes 6 e 2 na segunda. (Figura 2)

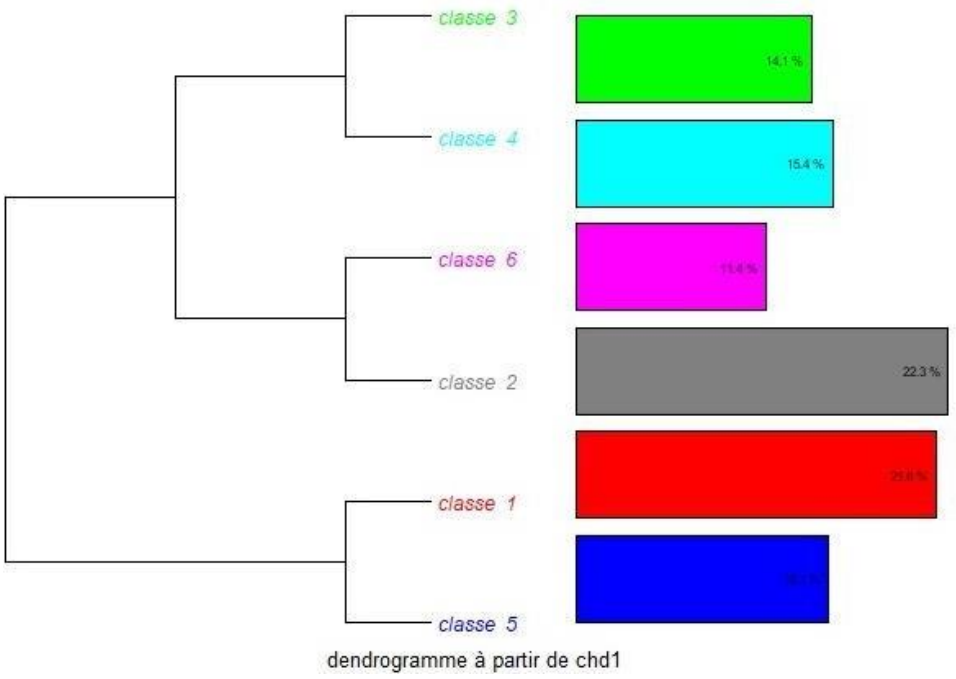


Figura 2 – Classes geradas por meio do método Classificação Hierárquica Descendente (CHD) - IRAMUTEQ. Rio Grande, RS, Brasil, 2023.

Foi elaborado uma síntese, para melhor visualização das Classes, composto pelas palavras de cada classe geradas a partir do teste qui-quadrado. Épossível a partir dele conhecer a frequência que as palavras se destacam nos segmentosdos textos analisados por esta pesquisa, conforme o quadro 4, a seguir:

Quadro 4 – Frequência palavras por classe – CHD – Iramuteq.

Classe 3			Classe 4			Classe 6			Classe 2			Classe 1			Classe 5		
Palavra	%	X^2	Palavra	%	X^2	Palavra	%	X^2	Palavra	%	X^2	Palavra	%	X^2	Palavra	%	X^2
processo	50,0	34,3	Atenção_primária_a_saude	94,44	90,47	Atenção_primária	84,47	120,16	realizar	65,3	29,7	achar	100,0	80,47	aqui	88,24	73,83
Vínculo	64,2	30,3	atenção	66,67	38,06	Saúde	85,0	112,7	Unidade_de_saúde da família	100.0	24,77	Ficar	76,0	46,6	Chegar	71,43	53,65
Organização	50,0	29,43	Doença	80,0	32,89	Sistema_de_triagem_de_manchesther	100,0	55,29	Municipio	76,92	23,08	Dia	68,0	33,92	Paciente	60,0	50,79
Logica	75,0	24,8	Individuo	87,5	32,61	Demanda_espontâneA	100,0	55,92	Recurso	81,8	23,07	Gente	48,33	29,7	Gente	40,0	33,93
Equipe_multiprofissional	100,0	24,5	Sistema_unico_de_saude	85,7	27,07	Sobrecarga	100,0	39,29	Atendimento	43,66	22,61	Conversa	88,89	24,63	Enfermagem	80,0	33,59
Confiança	100,0	24,52	Estratégia	70,0	23,5	Negativo	100,0	31,35	Urgência	75,0	19,78	Hoje	100,0	22,12	Tentar	87,5	33,7
Postura	83,33	24,01	Serviço	38,78	23,45	Ordem	80,0	23,55	Observar	66,67	17,65	Acolhimento_de_equipe	68,75	21,89	Resolver	57,89	28,38
Tomar	83,33	24,01	Influenciar	100,0	22,2	Analise			Classificacao_de_risco	60,0	17,65	Agenda	71,43	21,28	Momento	58,2	26,37
Estabelecer	71,4	19,25	Entrada	100,0	22,2	Ambiuidade	100	23,46	Profissional	41,18	16,75	Hora	66,67	18,7	Sair	71,43	17,57
Educação permanente	71,4	19,25	brasil	83,33	21,6	Chegada	66,67	18,39	Presente	85,7	16,5	Cor	100,0	18,3	Agendar	62,5	14,25
Procedimento	100,	18,3	Comunidade	83,3	21,6	Primeira_escuta	75,0	16,15	Material	100,	14,0	Bola	100,	18,39	Trazer	62,5	14,25

	0	5		3						0	5		0				
Eixo	100,0	18,35	Saude	42,42	20,19	Interferência	75,0	16,15	Literatura	100,0	14.05	Parecer	100,0	18,39	Querer	54,55	13,67
Deslocar	100,0	18,35	Foco	100,0	16,62	Frágil	75,0	16,15	Afirmar	100,0	14,05	Mandar	100,0	18,39	Atender	37,5	13,53
Participação	800,0	18,08	Tratamento	80,0	16,24	Atendimento	22,54	10,54	Referido	83,33	13,07	Começar	100,0	18,39	Acontecer	55,56	11,71
Melhoria	800,0	18,08	Responsabilizar	80,0	16,24	Usuário	19,44	9,41	Enfermeiro	39,68	12,96	Exame	100,0	14,67	Receber	55,56	11,71
Capaz	800,0	18,08	Atenção_basica	53,85	15,27	Atenção_primaria_a_saude	66,67	9,13	Identificar	63,64	11,12	Encaminhar	75,0	13,76	Triagem	75,0	11,27
Espaço	62,5	15,7	Importante	53,85	15,27	Responsabilizacao	66,67	9,13	Equipe_saude_da_familia	100,0	10,51	Azul	100,0	10,98	Auxiliares_de_enfermagem	75,0	11,27
Buscar	62,5	15,7	Risco	62,5	13,92	Diário	66,67	9,13	Questionamento	100,0	10,51	Alterado	100,0	10,98	Acolhimento	24,77	10,8
Sujeitar	64,55	15,2	Organizar	62,5	13,92	Acessar	66,67	9,13	Jornada	100,0	10,51	Pessoal	100,0	10,98	Escutar	36,0	9,03

Fonte: Próprio Autor (2022)

4.7 Aspectos Éticos

Por se tratar de uma pesquisa documental é dispensado a autorização dos Comitês de ética.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo apresenta os resultados do estudo no formato de dois artigos, o primeiro sob o título **O acolhimento nas Unidades de Saúde da Família: uma Revisão de Escopo,** que responde ao primeiro objetivo da dissertação: conhecer as evidências sobre o processo de acolhimento ao usuário nas Unidades de Estratégia da Família. Para a construção a desse artigo seguiu-se a Classificação Hierárquica Descendente utilizado a classe 1 com 87 ST (21.59%) e a classe 5 com 61 ST (15.14%).

O segundo artigo intitulado **Fluxos e ferramentas de acolhimento nas unidades de saúde da família - um desafio para todos: revisão de escopo,** corresponde ao segundo objetivo da dissertação: analisar as evidências sobre as ferramentas com classificação de risco da demanda espontânea utilizados nas Unidades de Estratégia da Família. Para a construção do artigo 2 foi utilizado a Classe 2, com 90 ST (22.33%); Classe 3, com 57 ST (14.14%); Classe 4, com 62 ST (15.38%); e Classe 6, com 46 ST (11.41%), conforme Classificação Hierárquica Descendente.

5.1 ARTIGO 1

O acolhimento nas Unidades de Saúde da Família: uma Revisão de Escopo

User embracement in Family Health Units: scope Review

Suelen da Cunha Dias
Laurelize Pereira Rocha

Resumo
Objetiva-se conhecer as evidências sobre o processo de acolhimento ao usuário nas Unidades de Saúde da Família. Trata-se de uma revisão de escopo pelo método do Instituto Joanna Briggs e consulta as fontes de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE via PubMed®), SCOPUS, Embase, Web of Science, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS) e Banco de Dados em Enfermagem (BDENF) via Biblioteca Virtual em Saúde publicada em português, inglês ou espanhol. Foi realizado o processo de análise de conteúdo de Bardin com apoio do software Iramuteq. Logo, a estratégia de busca resultou em sete estudos sendo estes todos de pesquisa de cunho qualitativo. Os resultados foram organizados por meio da Classificação Hierárquica Descendente em duas classes: a primeira aborda questões acerca do atendimento na unidade e as mudanças em decorrência do atendimento a demanda espontânea; na segunda classe identificou-se que os estudos trazem questões acerca da escuta que é um método que permite que o profissional identifique as reais necessidades e problemas de saúde. Assim, observa-se que o acolhimento tem grande potencial dentro do processo de trabalho das unidades e também contribui para a resolutividade.
Palavras-Chave: Acolhimento; Atenção Primária a Saúde; Enfermagem.

Resume
The objective is to understand the evidence about the user embracement process in Family Health Units. This is a scoping review using the Joanna Briggs Institute method and consults the online databases Medical Literature Analysis and Retrieval System (MEDLINE via PubMed®), SCOPUS, Embase, Web of Science, Latin American Literature, and the Caribbean in Health Sciences (LILACS), Spanish Bibliographic Index of Health Sciences (IBECS) and Nursing Database (BDENF) via the Virtual Health Library published in Portuguese, English or Spanish. Bardin's content analysis process was carried out with the support of the Iramuteq software. Therefore, the search strategy resulted in seven studies, allof which were qualitative research. The results were organized using the Descending Hierarchical Classification into two classes: the first addresses questions about service in the unit and changes resulting from meeting spontaneous demand; in the second class, studies raised questions about listening, which is a method that allows professionals to identify real needs and health problems. Thus, it is observed that welcoming has great potential within the work process of the units and contributes to resolution.
Key-Words: User embracement; Primary Health Care; Nursing.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) possui inúmeros desafios a enfrentar, entre eles os relacionados aos modos de pensar e organizar os serviços partir de opções técnico-políticas. Além da existência de serviços de saúde em um quantitativo adequado, é necessário que esses

sejam articulados e capazes de responder as necessidades de todos de maneira singular, integral, equânime e compartilhada[1].

Nessa perspectiva, insere-se a Atenção Básica com um caráter estruturante, estratégico e com maior grau de descentralização e capilaridade[1]. A Atenção Básica é considerada a principal porta de entrada do sistema de saúde e o centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde (RAS). É composta por um conjunto de ações que devem ser ofertadas gratuitamente à população em território definido, de acordo com suas necessidades e demandas, considerando os determinantes e condicionantes de saúde, atendendo a pessoa e sua singularidade e inserção sociocultural[2]. É de responsabilidade de todas as esferas de governo estimular a Estratégia Saúde da Família (ESF) como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica[2].

A Estratégia Saúde da Família possui como objetivo uma mudança no modelo de atenção à saúde, uma reestruturação do sistema, além de englobar os princípios e diretrizes da universalização, descentralização, integralidade e participação popular, os quais constituem a base do SUS[3].

Para ter um caráter resolutivo a Atenção Básica necessita de uma capacidade ampliada de escuta e análise quanto um fluxo de atendimento, objetivando lidar com as complexidades de sofrimentos, adoecimentos, demandas e necessidades de saúde às quais as equipes estão constantemente expostas. Neste ínterim, surge o processo de acolhimento, que deve abarcar todos os serviços que formam a atenção básica e não apenas os que se formam a partir da ESF[1].

O acolhimento pretende constituir novos modos de receber e escutar os usuários na Atenção Básica e surgiu a partir das discussões sobre a reorientação da atenção à saúde, sendo elemento fundamental para a reorganização da assistência[1,3]. É imprescindível que através do acolhimento a demanda do usuário seja acolhida, escutada, problematizada e reconhecida como legítima. Além disso, os momentos que os usuários procuram o serviço, em situação de sofrimento, são fundamentais para criação e fortalecimentos de vínculos e na continuidade do cuidado[1].

O acolhimento à demanda espontânea na Atenção Básica se constitui como um mecanismo de ampliação do acesso do usuário, onde a equipe deve atender todos que chegarem as Unidades de Saúde da Família (USF), conforme necessidade, fazendo que a unidade contemple adequadamente tanto a agenda programada quanto a demanda espontânea[2,4]. Representa uma reorganização do processo de trabalho em equipe e exige mudanças no modo de organização das equipes, nas relações entre os trabalhadores e nos

modos de cuidar[4]. Organizar o atendimento a partir do acolhimento exige que os profissionais reflitam sobre o conjunto de ofertas que eles têm apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população e território[2].

Nesse sentido, o acolhimento propõe inverter a lógica de organização e o funcionamento do serviço de saúde, partindo dos seguintes princípios: atender a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; reorganizar o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional e qualificar arelação trabalhador/ usuário a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania[4].

O acolhimento se estabelece entre as relações dos usuários e trabalhadores, nos modos de escuta, na maneira de lidar com o não previsto, nos modos de construção de vínculos, podendo facilitar a continuidade do cuidado, principalmente para aqueles que procuram o serviço fora de atividades agendadas[1]. Considerado um processo de relações humanas, o acolhimento deve ser realizado por todos os trabalhadores de saúde e em todos os setores do atendimento, não se limitando ao ato de receber. Ao contrário, incorpora uma sequência de atos e atitudes que constituem o processo de trabalho[5].

Neste sentido, o estudo se propõe a identificar as evidências científicas relativas ao acolhimento nas portas de entrada da APS a partir do ano de 2011, quando o Ministério da Saúde apresentou o Caderno de Atenção Básica número 28[1,6] que trata exclusivamente do acolhimento à demanda espontânea. Assim, buscou-se descrever como se apresenta na literatura o processo de acolhimento ao usuário nas Unidades de Estratégia da Família. A partirdisso, têm-se como questão de pesquisa: "como os estudos científicos abordam o processo de acolhimento realizado pelos trabalhadores da demanda espontânea dos usuáriosnas Unidades de Saúde da Familia?" e como objetivo: conhecer as evidências sobre o processo de acolhimento ao usuário nas Unidades de Saúde da Família.

Método

Trata-se de uma revisão de escopo realizada de acordo com o método do Instituto Joanna Briggs[7] e com base nas recomendações do guia internacional PRISMA-ScR10[8]. Através dele, é possível mapear os principais conceitos, classificar áreas de pesquisa e identificar lacunas do conhecimento. Para tanto, foram seguidas cinco etapas: 1) identificação da questão de pesquisa; 2) identificação dos estudos relevantes; 3) seleção dos estudos; 4) análise dos dados; 5) agrupamento, síntese e apresentação dos dados[9].

Para elaborar a questão de pesquisa utilizou-se o mnemônico PCC (População, Conceito e Contexto): P refere-se aos trabalhadores e usuários; C refere-se ao acolhimento; eC as Unidades de Saúde da Família. Visando identificar a questão acerca do acolhimento, bem como as relações com a Enfermagem nas Unidades de APS, objetivando esclarecer as interferências na entrada do usuário no serviço de saúde, a questão de pesquisa delimitada foi: "como os estudos científicos abordam o processo de acolhimento realizado pelos trabalhadores a demanda espontânea dos usuários nas Unidades de Saúde da Familia?"

Adotou-se os seguintes critérios de elegibilidade: artigos disponíveis na íntegra nos idiomas português, inglês ou espanhol; periódicos nacionais indexados nos últimos 10 anos, de acordo com o Caderno da Atenção Básica, n. 28[1,6] compreendendo de janeiro de 2011 a agosto de 2022. Foram excluídas revisões de literatura/reflexões, editoriais, resumos de anais, dissertações, teses, relatórios, duplicações de artigos e; documentos do Ministério da Saúde.

O levantamento foi realizado em setembro e outubro de 2022 mediante consulta nas fontes de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE via PubMed®), SCOPUS, Embase, Web of Science, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS) e Banco de Dados em Enfermagem (BDENF) via Biblioteca Virtual em Saúde. Para operacionalização da busca foram utilizados os descritores controlados e não controlados extraídos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MESH), através de estratégias de busca de acordo com a especificidade de cada fonte de dados conforme apresentado a seguir (Quadro 1).

Quadro 1: Estratégias de busca de acordo com a especificidade de cada fonte de dados

FONTE DE DADOS	ESTRATÉGIAS
• Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE via PubMed® • SCOPUS • Embase • Web of Science • Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) • Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS) • Banco de Dados em Enfermagem (BDENF) via Biblioteca Virtual em Saúde	nursing AND ("Primary Health Care" OR "Care, Primary Health" OR "Health Care, Primary" OR "Primary Healthcare" OR "Healthcare, Primary" OR "Primary Care" OR "Care, Primary") AND ("User Embracement" OR "Triage")
	("Health Care Quality", Access, and Evaluation) AND ("Primary Health Care" OR "Care, Primary Health" OR "Health Care, Primary" OR "Primary Healthcare" OR "Healthcare, Primary" OR "Primary Care" OR "Care, Primary") AND (nursing)
	("Health Services Accessibility" OR "Access to Health Services" OR "Access to Care" OR "Access to Cares" OR "Care, Access to" OR "Cares, Access to" OR "Accessibility of Health Services" OR "Accessibility, Health Services" OR "Health Services Accessibility" OR "Health Practice, Public" OR "Health Practices, Public" OR "Practice, Public Health" OR "Practices,

	Public Health" OR "Public Health Practices") AND nursing
	("Personnel, Health" OR "Health Care Providers" OR "Health Care Provider" OR "Provider, Health Care" OR "Healthcare Providers" OR "Healthcare Provider" OR "Provider, Healthcare" OR "Healthcare Workers" OR "Healthcare Worker" OR "Health Care Professionals" OR "Health Care Professional" OR "Professional, Health Care") AND (“Primary Health Care” OR “Care, Primary Health” OR “Health Care, Primary” OR “Primary Healthcare” OR “Healthcare, Primary” OR “Primary Care” OR “Care, Primary”) AND (“User Embracement” OR “Triage”)
	(“Health Care Quality”, Access, and Evaluation) AND ("Personnel, Health" OR "Health Care Providers" OR "Health Care Provider" OR "Provider, Health Care" OR "Healthcare Providers" OR "Healthcare Provider" OR "Provider, Healthcare" OR "Healthcare Workers" OR "Healthcare Worker" OR "Health Care Professionals" OR "Health Care Professional" OR "Professional, Health Care") AND ((“Primary Health Care” OR “Care, Primary Health” OR “Health Care, Primary” OR “Primary Healthcare” OR “Healthcare, Primary” OR “Primary

Fonte: Autor.

Os artigos encontrados foram exportados para o aplicativo Rayyan QCRI da Qatar Computing Research Institute, com função de auxiliar em pesquisas do tipo revisão sistemática, fazendo através de um processo de semi-automação, uma triagem inicial dos artigos através de resumos e títulos. A seleção dos artigos foi realizada em três etapas: (1) leitura de títulos e resumos, e exclusão dos que não se enquadraram em qualquer um dos critérios; (2) leitura na íntegra dos artigos selecionados na primeira etapa; (3) seleção das obras que se enquadraram nos critérios de elegibilidade. Os artigos duplicados foram excluídos após a leitura na íntegra, com o intuito de evitar erros no momento da exclusão. Nesta etapa, duas revisoras fizeram a seleção dos artigos, em situação de divergência uma terceira pesquisadora foi acionada. Utilizou-se as recomendações específicas para escopo do check-list Preferred Reporting Itemsfor Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA- ScR)[8].

Para organização e síntese dos dados, utilizou-se dois instrumentos elaborados pelos autores, o primeiro com a finalidade de extrair os dados de caracterização dos estudos selecionados e o segundo para realizar a síntese do conhecimento temático a partir dosprincipais resultados e conclusões.

O processo de análise dos estudos consistiu na caracterização do panorama dos estudos de acordo com o objeto investigado. Os resultados foram submetidos a análise de

conteúdo de Bardin[10] com apoio do software Interface de R pour Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRAMUTEQ) através do método da Classe Hierárquica Descendente (CHD).

Os textos encontrados foram classificados em função de seus vocabulários e o conjunto se dividiu pela frequência das formas reduzidas. A partir de matrizes que cruzaram segmentos de textos (ST) e palavras (repetidos testes X^2, adotado valor de $p<0,05$), aplicou-se o método de CHD para obter uma classificação estável e definitiva. O software analisou e fracionou o corpus por meio de cálculos estatísticos até chegar aos ST[11,12].

A partir disso, o corpus geral foi constituído por dezesseis textos, separados em 457 segmentos de texto (ST), com aproveitamento de 403 STs (88.18%). O conteúdo foi categorizado em 6 classes, e para a construção a desse artigo foi utilizado a classe 1 com 87 ST (21.59%) e a classe 5 com 61 ST (15.14%), correspondendo a sete artigos científicos.

Por se tratar de uma pesquisa documental é dispensado a autorização dos Comitês de ética. Porém, por considerar que o estudo se fundamenta em dados existentes nas principais unidades de indexação nacional e internacional, de domínio público, as informações metodológicas, resultados e principais conclusões apresentam confiabilidade e fidedignidade garantida, sendo devidamente referendados, com aporte adequado quanto à apresentação e interpretação dos seus resultados.

Resultados

A estratégia de busca identificou um total de 7906 publicações. Após exclusão de 563 duplicatas e 7301 por critérios de elegibilidade estabelecidos, sendo apenas 42 estudos foram selecionados para leitura na íntegra. Destes, excluíram-se 26 por não atenderem a questão de pesquisa, resultando em um total de dezesseis estudos incluídos na revisão. Após realização da análise qualitativa, baseada na CHD, compuseram a amostrafinal deste estudo sete artigos científicos. Para a descrição das buscas e seleção dos artigos utilizou-se o Preferred Reporting Items for Systematic Reviewand Meta-Analys (PRISMA-ScR)[8]. (Figura 1)

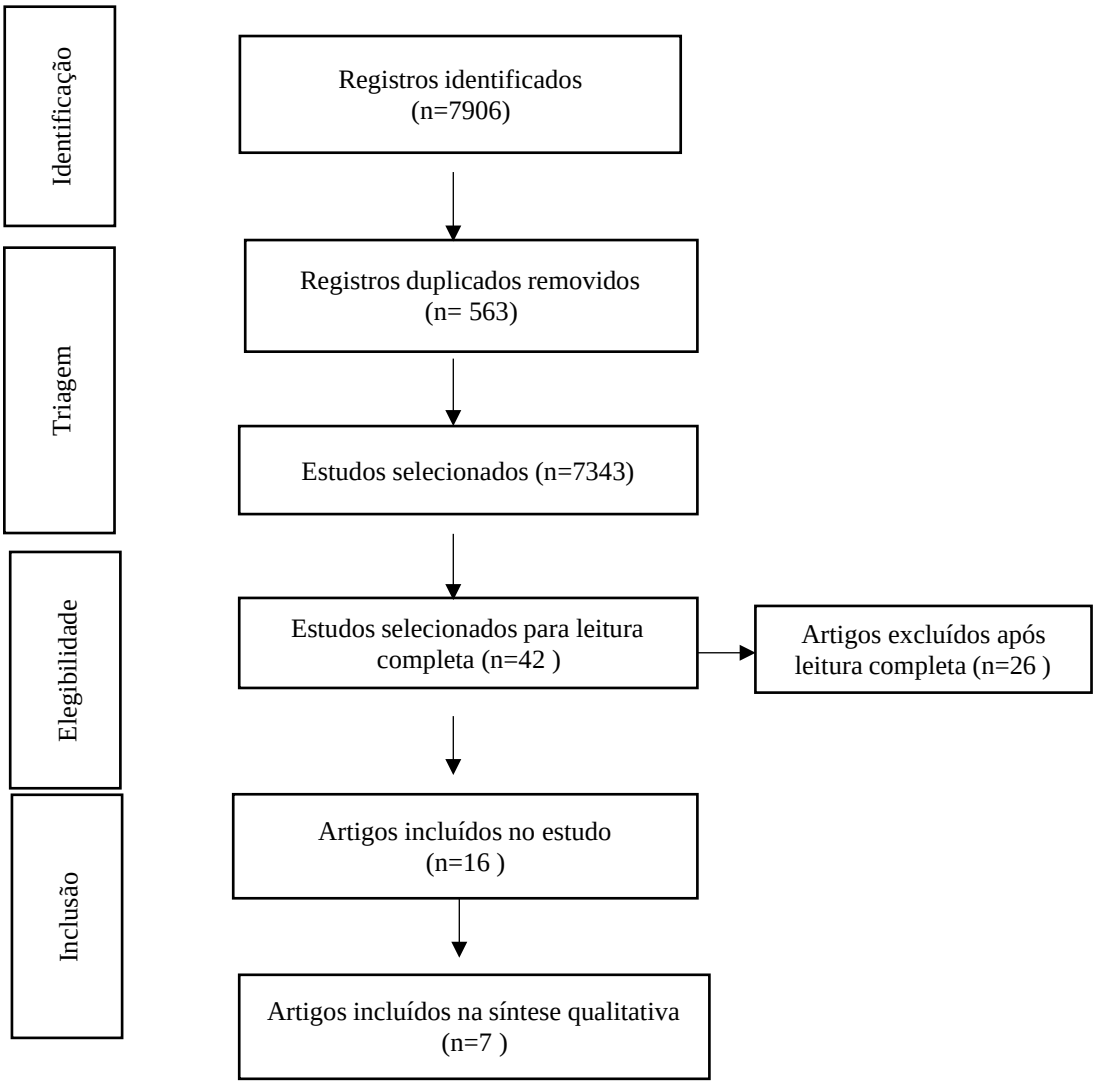


Figura 1 – Diagrama de fluxo da seleção dos estudos incluídos na revisão segundo o PRISMA-ScR[8] Rio Grande, RS, Brasil, 2023.

Destaca-se que todos os estudos foram derivados de pesquisas de cunho qualitativo, não sendo possível classificar o nível de evidência. Observa-se que os sete estudos incluídos na revisão de escopo foram publicados principalmente em língua portuguesa (n=5; 71,42%)[13,14,15,16,17], todos no Brasil. Houve também um estudo publicado na Colômbia (n=1;14,29%)[18] e outro na Costa Rica (n=1; 14,29%)[19].

Nota-se que entre 4 estudos, os participantes eram profissionais de saúde vinculados às USF´s e UBS (n=4; 57,14%)[7,11,15,19] e os outros artigos apenas referiam-se a APS sem caracterização do lugar. Logo, quanto ao ano de publicação, verificou-se que os estudos acerca desta temática começaram pelo ano e 2012 apresentando maior incidência a partir de 2017, podendo-se relacionar com o lançamento da Política Nacional da Atenção Básica(PNAB)[20]. A caracterização dos artigos incluídos encontra-se no Quadro 2.

Quadro 2 – Características dos estudos incluídos na revisão de escopo. Rio Grande, RS, Brasil, 2023.

Título	Autoria/ ano	País	Objetivo	Tipo de estudo	Participantes	Fonte de Dados
Percepção dos enfermeiros sobre o acolhimento e classificação de risco na Atenção Primária à Saúde (APS) [19]	Costa AB, Gouvea PB, Rangel RC, Scnheider P, Alves TF, Acosta AS, 2018	Costa Rica	Conhecer a percepção dos enfermeiros sobre a recepção e classificação de risco na atenção primária à saúde	Descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa	16 enfermeiros	BDENF LILACS/
Acolhimento na atenção primária à saúde na óticade enfermeiros[13])	Camelo MS, Lima LR de, Volpe CRG, Santos WS, Rehem TCMSB, 2016	Brasil	Compreender como ocorre o processo de acolhimento em unidades básicas de saúde na ótica de enfermeiros	Exploratório de abordagem qualitativa	10 enfermeiros	BDENF / LILACS
Acolhimentona percepçãodos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde[18]	Marques-Ferreira MLS, Barreira-Penques RMV, Sanches-Marin MJ, 2014	Colômbia	Compreendera percepção de enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde sobre o acolhimento	Abordagem qualitativa	21 enfermeiros	BDENF / LILACS
Opiniões de usuários de saúde sobre oacolhimento com classificação de risco[14]	Nonnenmacher CL, Weiller TH, Oliveira SG, 2012	Brasil	Conhecer as opiniões dos usuários de saúde sobre o dispositivo de acolhimento com classificação de risco	Exploratório, com abordagem qualitativa	11 Usuários do sistema de saúde	BDENF / LILACS
Ampliando o acesso: o Acolhimentopor Equipe como estratégia degestão da	Camargo DS, Castanheira ERL,2020	Brasil	Analisar uma experiência de mudanças no acesso por meio do estudo da implantação	Abordagem qualitativa na forma de estudo de caso	12 profissionais de saúde vinculados a ESF	LILACS

demanda na Atenção Primária à Saúde (APS) [15]			do AE, dispositivo de acesso focado na gestão da demanda por meio da reorganização das agendas das equipes de Saúde da Família (SF) na cidade de São Bernardo			
Acolhimento da demanda espontânea na Atenção Primária: necessidades de aprendizagem de enfermeiros[16]	Morelato CS *et al.*, 2021	Brasil	Identificar necessidades de aprendizagem de enfermeiros sobre acolhimento com classificação de risco da demanda espontânea na Atenção Primária à Saúde (APS)	Abordagem qualitativa	15 enfermeiros	Web of Science
O acolhimento como analisador das relações entre os profissionais, gestores e usuários[17]	Fortuna CM *et al.*, 2017	Brasil	Analisar, a partir da ótica dos profissionais de saúde, as relações estabelecidas entre eles e destes com gestores e usuários por meio do analisador acolhimento.	Abordagem qualitativa	137 profissionais de saúde	Web of Science

A análise no software IRAMUTEQ por meio da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) viabilizou a construção de duas classes por meio da análise léxicaautomatizada dos conteúdos. A primeira classe aborda questões sobre o atendimento na unidade, acolhimento por equipe e a resolutividade e a segunda classe corresponde a escuta, os profissionais de enfermagem e o acesso dos usuários.

Acerca do atendimento nas unidades passarem a ser o acolhimento por demanda espontânea observa-se que no estudo[13] essa proposta visa reverter a lógica dos atendimentos, oportunizando aquele que mais precisa, tendo por base suas necessidades, independente de seuhorário de chegada reorganizando assim as atividades da unidade. Logo, essa forma de atendimento proporciona um cuidado que resgata a equidade, além de organizar os demais encaminhamentos dentro da rede pelo sistema de referência e contrarreferência.

Neste sentido, nota-se que o Acolhimento por Equipe (AE), aquele realizado pelos técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros, possibilita uma oferta de consultas no mesmo dia e o agendamento a curto prazo, contribuindo para a redução das agendas que se estendiam por longos meses. Ainda, por meio do AE é possível identificar queixas que não necessitam de atendimento médico podendo ser agendado consulta de enfermagem. Assim, observa-se que para as queixas agudas o AE permite que usuários que antes não procuravam a unidade por incompatibilidade de horários agendados possam ser atendidos independente da anterior limitação de vagas por dia[15].

Por seguinte, observa-se que o acolhimento contribui para a resolutividade dos problemas dos usuários, pois, por meio do fortalecimento do vínculo com o usuário é possível também tornar este protagonista do seu cuidado[14]. Portanto, apesar das dificuldades esse modelo de atendimento apresenta pontos positivos tanto para a comunidade quanto aos profissionais, já que, possibilita uma melhor organização dos serviços da unidade, além de ampliar e tornar a ESF a porta de entrada dos usuários ao SUS, contribuindo para a resolutividade e para o encaminhamento aos demais serviços dentro da rede[18,19].

Já na segunda classe estão relacionadas questões acerca da escuta, visto que, a escuta qualificada é um método que viabiliza o acolhimento pois permite que o profissional identifique as principais demandas do usuário contribuindo para a resolutividades de seus problemas de saúde[15,17]. Assim, é possível triar e classificar as queixas que são agudas e as que podem ser orientadas a agendar consulta médica ou multiprofissional para outro momento,oportunizando que as reais urgências sejam atendidas conforme a necessidade[18].

Outro estudo[14] retrata que os usuários, inicialmente, não compreendiam o porquê da escuta qualificada realizada pela enfermagem devido a centralização do modelo biomédico. Contudo, por meio de ações de educação permanente entre todos os profissionais foi possível uma melhor compreensão a fim de repassarem essas informações com a população possibilitando o entendimento desse novo formato de atendimento que contribui para a resolutividade e aproxima a comunidade e os profissionais, estreitando o vínculo que é importante na ESF[18].

Dessa forma, os profissionais de enfermagem, principalmente os enfermeiros que

realizam o acolhimento, referem como principais dificuldades para o desempenho de talfunção a sobrecarga de atribuições e a ausência de protocolos que guiem a classificação. Logo,muitos relatam que a população ainda apresenta o estigma do médico ocasionando inseguranças frente ao papel do enfermeiro, implicando muitas vezes na tomada de decisão deste profissional[16,19].

Neste intuito, apesar de todas as dificuldades e das mudanças no processo de trabalho o acolhimento é uma modalidade que proporciona maior acesso aos usuários nos serviços de saúde, visto que, garante um acesso de forma igualitária visando um atendimento humanizado baseado nas principais necessidades do usuário. Ainda, acesso e acessibilidade são palavras com significados diferentes, porém, estas se interligam já que a acessibilidade é a maneira comque as pessoas podem chegar aos serviços de saúde e o acesso refere-se ao alcance do usuário para seu atendimento. Assim, o acolhimento interfere nestes dois parâmetros, já que, oportuniza que a demanda espontânea da comunidade seja atendida sem restrições e limitações, como, ambiente, vagas e turnos específicos[13,17].

Discussão

Nesta revisão identificou-se que o acolhimento ainda é pouco explorado em estudos científicos, visto que, evidenciou-se pelo número reduzido de artigos encontrados. Ainda são poucos estudos conduzidos sobre essa temática e os encontrados em sua grande maioria, estavam relacionados apenas aos enfermeiros das USF´s, assim, é preciso de novos estudos que compartilhem as experiências e o desempenho dessa prática assistencial[21].

A predominância do Brasil como país que mais publicou estudos nessa temática deve-se ao fato que essa atividade é uma das principais desenvolvidas nas USF, visto que, proporciona o atendimento a todos os usuários que procurarem os serviços de saúde. Dessa forma, o cuidado é baseado na avaliação das necessidades e vulnerabilidades identificadas por meio da escuta qualificada. Logo, este atendimento não deve ser programático devendo ocorrer conforme a demanda[2].

Quanto as características da população do estudo, nota-se que os profissionais de saúde que mais apareceram nos estudos foram enfermeiros, pois compreende-se que o acolhimento é realizado em inúmeras unidades pelo enfermeiro da equipe de referência do usuário. Essa atividade permite que o enfermeiro conheça as principais demandas da sua área de abrangência possibilitando a construção do vínculo com a comunidade[22].

Outrossim, para auxiliar os profissionais de saúde para desempenharem essa atividade o Ministério da Saúde lançou um Caderno de Atenção Básica n.28, com dois volumes[1,6]. O

primeiro volume trata-se do conceito de acolhimento a demanda espontânea, a organização do processo de trabalho nas unidades e como implementar essa ferramenta[1].· Já o segundo volume apresenta as principais queixas encontradas na APS[6]. Assim, estes dois materiais tem a finalidade de qualificar e nortear os profissionais frente a este modelo de atendimento utilizados em conjunto com a PNAB [2].

Ademais, nota-se que os estudos desta presente revisão são pesquisas de abordagem qualitativa. Esse método possibilita compreensão de informações referentes a experiências e necessidades, assim, as reflexões sobre as diversas visões do contexto auxiliam na construção do conhecimento que embasa a pesquisa. Além de explorar contextos específicos como o processo de acolhimento facilitando a apreensão deste destacando a perceção dos profissionais de saúde[23].

Observa-se que os usuários, inicialmente, não compreendiam acerca desse novo modelo de processo de trabalho das unidades. O propósito de transformar os antigos modelos de atenção à saúde para os atuais, como, a troca de fichas para o atendimento pelo acolhimentoà demanda espontânea é preciso reformular a organização dos serviços da unidade. Assim, ao reorganizar os atendimentos da unidade adapta-se uma agenda semanal com as ações programáticas com o objetivo de sistematizar o atendimento profissional, desmistificandoantigos padrões, como o biomédico, e ambientalizando a equipe e os usuários nessa nova forma de atendimento técnico-assistencial, visto que, pode haver resistência dos pacientes frente às mudanças do atendimento[24].

Logo, percebe-se que ao implementar o acolhimento como uma nova ferramenta no processo de trabalho a reorganização das unidades e das equipes acontecerá automaticamente, já que, impacta nas práticas assistências, no cuidado, nas novas tecnologias e nos recursos materiais e humanos. Dessa forma, essa nova forma de atendimento proporciona maior autonomia aos trabalhadores tanto na gestão das atividades quanto na organização dos serviços da unidade[25].

Dessa forma, percebesse que tanto os usuários quanto os profissionais dos estudos selecionados destacam a resolutividade como peça chave do acolhimento, apesar dos desafios enfrentados a fim de implementar esse novo modelo de atendimento a resolução dos problemas possibilita o sucesso desse novo modelo. Assim, ao desempenhar o acolhimento é necessário algumas mudanças de atitudes, organizacionais e assistenciais, já que, acolher não éapenas uma nova forma de humanização, mas uma prática qualificada que busca sanar os problemas com maior resolutividade[26].

Ainda, os usuários começaram a compreender melhor esse novo formato de

atendimento devido ao seu alto índice de resolutividade, visto que, a resolução dos problemas e agravos de saúde pode estar associada ao conhecimento técnico-científico dos profissionais e da escuta qualificada e acolhedora. Assim, um vínculo entre o profissional e o usuário é construído o que proporciona maior conhecimento sobre suas necessidades de saúde correlacionando com a melhor opção para resolução de seus problemas de saúde aumentando a satisfação do usuário com o atendimento recebido[27].

Neste sentido, ressalta-se a necessidade de desempenhar ações de educação em saúde a fim de auxiliar a população acerca dos atendimentos realizados nas unidades, que podem ser realizadas por qualquer membro da equipe multiprofissional, descentralizando apenas do papel do enfermeiro. Destaca-se que os ACS são os profissionais da equipe que estão com contato direto com a comunidade e exercem um papel fundamental, pois, unem o saber popular com o saber cientifico a fim de instrumentalizar os usuários acerca da promoção da saúde, prevenção de doenças e das rotinas das unidades[28] .

Em consonância com os achados é possível identificar que os profissionais de saúde destacam como potencialidades do acolhimento o vínculo criado com os usuários, a descentralização da imagem do médico, a autonomia do enfermeiro, entre outros. O acolhimento então é considerado uma ferramenta útil que faz repensar antigas práticas assistências com a finalidade de alcançar melhores resultados, aumentando os níveis de resolutividade e contribuindo para uma reorganização dos serviços de saúde[29].

Quanto as dificuldades nota-se que os profissionais de saúde encontram-se sobrecarregados devido ao aumento da carga de trabalho derivada do atendimento a demanda espontânea somada as demais atribuições do enfermeiro e a falta de membros na equipe, o que ocasiona em desgaste físico e mental. Além disso, muitas vezes a estrutura física das unidades não favorecem uma escuta qualificada, pois, a ausência de salas para realização do acolhimento pode gerar um constrangimento aos usuários que precisam compartilhar suas questões de saúde em meio a um local que não oferece sigilo. Assim, estas questões podem afetar do desenvolvimento do processo de acolhimento interferindo na continuidade do cuidado[30].

Ainda, quando observa-se protocolos e fluxos auxiliam no desenvolvimento do acolhimento, visto que, alguns profissionais sentem-se inseguros quanto a qual conduta devem desempenhar frente a cada caso. Logo, o caderno n28 pode ser considerado o principalmaterial cientifico com fluxos de atendimentos da APS, por meio de material interativos e fluxogramas que guiem os atendimentos[1]. Contudo, como observado nos estudos dessa pesquisa os profissionais ainda sentem falta de protocolos e fluxos específicos que

padronizem os atendimentos nas unidades proporcionando mais organização nos serviços e entre a Rede de Atenção a Saúde.

Por conseguinte, percebe-se que para colocar em prática o acolhimento garantindo o acesso dos usuários aos serviços de saúde é necessário que três pilares estejam em consonância: a gestão, os profissionais e os usuários. Assim, a gestão fortalece a garantia de condições adequadas para o desenvolvimento e a reorganização do processo de trabalho, pois, estes aspectos possuem influência na atuação dos profissionais e o atendimento realizado por esses impactam na saúde da população. Por seguinte, quando esses pilares estão alinhados é possível proporcionar uma assistência integral e de qualidade a comunidade, favorecendo o acesso equitativo e humanizado[31].

Conclusão

Diante dos resultados observa-se que o atendimento nas unidades foi reestruturado para que ocorra em decorrência da demanda espontânea, ainda, como o atendimento é baseado nas reaisnecessidades dos usuários proporciona que o atendimento seja integral e equitativo. Logo, o acolhimento por equipe também contribui para toda a equipe de enfermagem tenha contato com o paciente e possibilita que através desse primeiro contato suas queixas sejam identificadas e solucionadas, sem que exista a necessidade do atendimento médico quando possível.

Assim, esta forma de atendimento contribui para a resolutividade dos problemas de saúde oportunizando uma melhor organização do cuidado e do gerenciamento da unidade, visto que, a escuta qualificada viabiliza identificar as necessidades e urgências de cada atendimento desencadeando encaminhamentos aos profissionais e serviços correspondentes.

Dessa forma, nota-se que os enfermeiros são os principais profissionais envolvidos nesse processo, porém, estes enfrentam algumas dificuldades, pois sentem-se sobrecarregados pelas diversas atribuições e pela ausência de aparatos como protocolos e fluxos que auxiliem no desempenho dessa atividade. Além disso, ainda existe a preferência pelo modelo biomédico. Contudo, apesar das dificuldades, o acolhimento proporciona que os usuários tenham mais acesso aos serviços de saúde, já que, oportuniza que estes sejam atendidos e suas queixas escutadas e direcionadas, sem barreiras ou restrições.

Como limitações do estudo aponta-se que há uma escassez de estudos nessa temática, pois, a revisão encontrou apenas sete estudos relacionados ao objetivo do estudo. Assim, destaca-se a importância do desenvolvimento de mais pesquisas sobre esse assunto, buscando resoluções efetivas para a prática assistencial, de acolhimento e acesso ao usuário no SUS.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea Vol I. Brasília; 2013. [citado 2023 Mar 11]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf

2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. [Internet]. Brasília; 2017. [citado 2023 Marc 11]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

3. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família. Avaliação da Implementação em Dez Grandes Centros Urbanos. Brasília; 2005. [citado 2023 Marc 11]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_familia_avaliacao_implantacao_dez_grandes_centros_urbanos.pdf

4. Silva TF, Romano VF. Sobre o acolhimento: discurso e prática em Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro. Saúde debate. 2015;39(105):363-374. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002005

5. Peruzzo H, Bega A, Lopes A, Haddah M, Peres A, Marcon S. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. Esc. Anna Nery. 2018;22(4): e20170372. Disponível em: https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0372

6. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Vol II Brasília; 2013. [citado 2023 Mar 11]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns_cab28v2.pdf

7. Joanna Briggs Institute (JBI). Reviewer's manual: 2015 edition/ supplement. Austrália: JBI; 2015.

8. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Ex - tension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. Ann Intern Med 2018; 169:467-73. Disponível em: https://doi.org/10.7326/M18-0850

9. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). JBI Manual for Evidence Synthesis, JBI, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.46658/JBIMES-20

10. Bardin, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2010.

11. Silva R, Ribeiro EAW. O software IRAMUTEQ como ferramenta metodológica para análise qualitativa nas pesquisas em educação profissional e tecnológica. Brajets. 2021;14(2):275-84. Disponível em: https://doi.org/10.14571/brajets.v14.n2.275-284

12. Tavares APM. Patient Safety Incidents and the second victim phenomenon among nursing students. Rev Esc Enferm USP. 2022;56:e20220005. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0005en.

13. Camelo MS, Lima LR de, Volpe CRG, Santos WS, Rehem TCMSB. Acolhimento na

atenção primária à saúde na ótica de enfermeiros. Acta paul enferm [Internet], 2016 29(4):463–8. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1982-0194201600063

14. Nonnenmacher CL, Weiller TH, Oliveira SG. Opiniões de usuários de saúde sobre o acolhimento com classificação de risco. Rev. Eletr. Enferm. [Internet]. 2012;14(3):541-9. Disponível em: https://revistas.ufg.br/fen/article/view/13462

15. 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) [Internet]. 2020;24(suppl 1): e190600. Disponível em: https://doi.org/10.1590/Interface.190600

16. Morelato CS, Dorneles LL, Martins V do P, Goés F dos SN de, Viana AL, Brunello MEF, et al. Receiving spontaneous demand in Primary Care: nurses' learning needs. Rev BrasEnferm [Internet]. 2021;74(2). Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0317

17. Fortuna CM, Oliveira KF de, Feliciano AB, Silva MV da, Borges FA, Camacho GA, et al. Embracement as an analyzer of the relationships between professionals, managers and users*. Rev esc enferm USP [Internet]. 2017;51. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016003303258

18. Marques-Ferreira MLS, Barreira-Penques RMV, Sanches-Marin MJ. Acolhimento na percepção dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. Aquichan. 2014;14(2): 216-225. Disponível em: https://doi.org/10.5294/aqui.2014.14.2.8.

19. Costa AB, Gouvea PB, Rangel RC, Scnheider P, Alves TF, Acosta AS. Percepção dos enfermeiros sobre o acolhimento e classificação de risco na Atenção Primária à Saúde (APS). Enfermería Actual de Costa Rica. 2018;35: 103-115. Disponível em: http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i35.32113.

20. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília; 2012. [citado 2023 Mar 22]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf

21. Ribeiro APM, Frisanco FM, Barbieri MRB, de Lima VB, Jacob LMS, Maciel Júnior MM . The importance of the implementation of primary health care in primary care: integrative review. Research, Society and Development. 2022. 11(11):e148111133325. 2022. Disponível em: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i11.33325

22. Carnut L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. Saúde em Debate. 2017;41(115). Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-1104201711515

23. Patias ND, Hohendorff JV. Critérios de qualidade para artigos de pesquisa qualitativa. Psicologia em Estudo. Psicol. Estud. 2019; 19. Disponível em: https://doi.org/10.4025/psicolestud.v24i0.43536

24. Pereira SB, Brasileiro ME. Acolhimento com classificação de risco na atenção primária à saúde: revisão integrativa. Gestão & Tecnologia. 2019;29. Disponível em: https://www.faculdadedelta.edu.br/revistas3/index.php/gt/article/view/20/24

25. Silva MD, Guedes ECS , Araujo FG.. Acesso e acolhimento na práxis da atenção

primária em saúde: revisão integrativa. Rev.Interdisciplinar em Violência e Saúde. 2018; 1(1). Disponível em: https://doi.org/10.9010/S1679-74492020000200030

26. Gomides MFS, Pinto IC, Bulgarelli AF, Santos ALP, Gallardo MDPS. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2018;22(65):387-398. Disponível em: https://doi.org//10.1590/1807-57622016.0633

27. Melo MVS, Forte FDS, Brito GEG, Pontes MLF, Pessoa TRRF. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: análise de sua implantação em município de grande porte do nordeste brasileiro. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2022;26(suppl 1). Disponível em: https://doi.org/10.1590/interface.220358

28. Baudini AP, Da Costa MC, Bastos SE, Honnef F, Arboit J. Ações de educação em saúde no processo de trabalho de Agentes Comunitários de Saúde. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde. 2019;21(4): 100–109. Disponível em: https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/31020

29. Barros MMA, Mendes MLC, Frota LM, Almeida JR. Acolhimento em unidade de atenção primária à saúde: potencialidades e desafios. SANARE - Revista de Políticas Públicas. 2018; 17(2). Disponível em: https://10.36925/sanare.v17i2.1269

30. 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. 2021;2. Disponível em: http://doi.org/10.46635/revise.v2ifluxocontinuo.1710

31. Alban L, Carvalho M, Carvalho AC. Reasons for sickness absenteeism among nursing workers in Brazil: an integrative review. Rev Bras Med Trab. 2021;19(3).351-362. Disponível em: https://doi.org/10.47626/1679-4435-2021-629

5.2 ARTIGO 2

Fluxos e ferramentas de acolhimento nas unidades de saúde da família - um desafio para todos: revisão de escopo

Suelen da Cunha Dias
Laurelize Pereira Rocha

Resumo:
O acolhimento a demanda espontânea foi implementado pelo SUS há mais de uma década, contudo, ainda há incertezas quanto a sua execução na prática diária. Objetiva-se analisar as evidências sobre as ferramentas para classificação da demanda espontânea durante o acolhimento utilizadas nas Unidades de Saúde da Família. Trata-se de uma revisão de escopo pelo método do Instituto Joanna Briggs, mediante busca nas fontes de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (*MEDLINE via PubMed*®), *SCOPUS, Embase, Web of Science,* Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS) e Banco de Dados em Enfermagem (BDENF) via Biblioteca Virtual em Saúde publicada em português, inglêsou espanhol. A partir da utilização do *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analys* (*PRISMA-ScR*) forma selecionados nove estudos. Para a análise dos dados foi utilizado o software Iramuteq e a análise de conteúdo de Bardin. Construiu-se cinco categorias: o enfermeiro como protagonista do acolhimento com classificação de risco; ausência e desconhecimento de protocolo norteador; fragilidades do acolhimento; aimportância de manter a educação permanente e espaços de escuta aos profissionais; e as potencialidades do acolhimento. Assim, apesar dos desafios evidencia-se que o acolhimento com classificação de risco é um modelo de atendimento que oportuniza o cuidado integral por meio da escuta. Contudo, ainda há uma escassez de ferramentas utilizadas para a classificaçãoda demanda espontânea que seja voltado para a Atenção Primaria a Saúde.
Palavras-chave: Acolhimento. Atenção primária à saúde. Enfermagem. Necessidades e demandas dos serviços de saúde.

User embracement flows and tools in family health units - a challenge for everyone: Scope review

Abstract:
User embracement on spontaneous demand was implemented by the SUS more than a decade ago, however, there are still uncertainties regarding its implementation in daily practice. The objective is to analyze the evidence on the tools for classifying spontaneous demand during reception used in Family Health Units. This is a scoping review using the Joanna Briggs Institute method, by searching the online databases Medical Literature Analysis and Retrieval System (MEDLINE via PubMed®), SCOPUS, Embase, Web of Science, Latin American Literature and of the Caribbean in Health Sciences (LILACS), Spanish Bibliographic Index of Health Sciences (IBECS) and Nursing Database (BDENF) via the Virtual Health Library published in Portuguese, English or Spanish. Using the Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses (PRISMA-ScR), nine studies were selected. For data analysis, Iramuteq software and Bardin content analysis were used. Five categories were constructed: the nurse as the protagonist of the reception with risk classification; absence and lack of knowledge of a guiding protocol; reception weaknesses; the importance of maintaining ongoing education and listening spaces for professionals; and the potential of

reception. Thus, despite the challenges, welcoming with risk classification is a care model that provides comprehensive care through listening. However, there is still a lack of tools used to classify spontaneous demand aimed at Primary Health Care.
Keywords: User embracement. Primary health care. Nursing. Needs and demands of health services.

Flujos y herramientas de acogida en unidades de salud familiar - un desafío para todos: Revisión de alcance

Resumen:
La recepción a demanda espontánea fue implementada por el SUS hace más de una década, sin embargo, aún existen incertidumbres sobre su implementación en la práctica diaria. El objetivo es analizar la evidencia sobre los instrumentos de clasificación de la demanda espontánea durante la recepción en las Unidades de Salud de la Familia. Esta es una revisión de alcance utilizando el método del Instituto Joanna Briggs, mediante búsquedas en las fontes de datos en línea Medical Literature Analysis and Retrieval System (MEDLINE vía PubMed®), SCOPUS, Embase, Web of Science, Latin American Literature and of the Caribbean in Health Sciences (LILACS), Índice Bibliográfico Español de Ciencias de laSalud (IBECS) y Base de Datos de Enfermería (BDENF) a través de la Biblioteca Virtual en Salud publicada en portugués, inglés o español. Utilizando los elementos de informes preferidos para revisiones sistemáticas y metanálisis (PRISMA-ScR), se seleccionaron nueve estudios. Para el análisis de los datos se utilizó el software Iramuteq y el análisis de contenido Bardin. Se construyeron cinco categorías: el enfermero como protagonista de la recepción conclasificación de riesgo; ausencia y desconocimiento de un protocolo guía; debilidades de recepción; la importancia de mantener espacios de educación continua y escucha para los profesionales; el potencial de recepción. Así, a pesar de los desafíos, la acogida con clasificación de riesgo es un modelo de atención que brinda atención integral a través de la escucha. Sin embargo, aún faltan herramientas que permitan clasificar la demanda espontánea dirigida a la Atención Primaria de Salud.
Palabras clave: Recepción. Primeros auxilios. Enfermería. Necesidades y demandas de los servicios de salud.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde, principal porta de entrada dos usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS), objetivando desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades. Caracteriza-se por um conjunto de ações individuais e coletivas que incluem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde (CONASS, 2007).

Como forma de expansão, consolidação e qualificação da APS, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) orienta o apoio e estímulo à Estratégia Saúde da Família (ESF) nas esferas dos serviços municipais de saúde. A ESF visa à reorganização da APS no país, favorecendo uma reorientação do processo de trabalho para aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, ampliando a resolutividade e impactando na situação de saúde das pessoas e coletividades (BRASIL, 2017).

Neste sentido, as Unidades Saúde da Família (USF) localizadas dentro do território adscrito proporciona a criação de vínculo entre profissionais e usuários, oportunizando que a assistência ultrapasse os parâmetros biológicos e que tenha um olhar volta para todas as singularidades do indivíduo, tornando possível uma maior resolutividade no atendimento. Ainda, por ser ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS), proporciona os encaminhamentos por meio dos sistemas de referência direcionando o usuário e evitando superlotações (FACCHINI *et al.*, 2018).

Logo, observa-se que as unidades trabalham com menos equipamentos e tecnologias, mas compreendem diversas habilidades, competências clínicas e conhecimentos científicos, ainda, são cenários onde é desenvolvida a promoção da saúde por meio de ações de educação em saúde, tornando os usuários multiplicadores do conhecimento dentro de sua comunidade. Assim, ao abordar o cuidado integral ao paciente é possível aumentar a resolutividade dos atendimentos, reduzindo os encaminhamentos ao nível terciário. Nesse contexto, a escuta aos problemas e agravos é o ponto chave para o desenvolvimento de ações individuais e coletivas a fim de prevenir e tratar os processos de saúde-doença (LAVRAS, 2011).

Entre as principais atividades das USF's encontra-se o acolhimento, este, é uma modalidade de atendimento ao usuário, constituindo uma atividade que classifica a demanda espontânea, logo, não é necessário realizar agendamento. Este atendimento é realizado através de uma escuta qualificada por parte dos profissionais, em que estes identificam as principais demandas e necessidades do paciente direcionando para outras atividades dentro da RAS (BRASIL, 2013). Diante disso, por meio do acolhimento é possível pôr em prática dois preceitos da APS a integralidade e a continuidade do cuidado, pois, ao fortalecer o vínculo com o usuário pela escuta pode-se identificar precocemente possíveis agravos (MITRE *et al.*,2012).

Neste intuído, a principal proposta do acolhimento é identificar as demandas do paciente proporcionando resolutividade por meio da escuta qualificada. No entanto, observa- se que para desempenhar essa atividade é imprescindível atuação em conjunto de todos os membros da equipe rompendo a assistência baseada no modelo biomédico. Assim, o acolhimento é uma forma de dar voz ao usuário e este se tornar colaborador na sua terapêutica,valorizando suas demandas e proporcionando um cuidado que melhore sua qualidade de vida, além de, valorizar o papel e a competência do enfermeiro (GUIMARÃES *et al.*, 2017).

Dessa forma, o Ministério da Saúde lançou dois cadernos sobre acolhimento a demanda espontânea orientando o processo de trabalho e guiando a prática profissional. No primeiro caderno é possível identificar um fluxograma que aborda uma classificação sintética

estratificando e orientando o cuidado conforme situações agudas e não agudas. No entanto, no mesmo caderno observa-se o destaque sobre a importância de um fluxograma e protocolos locais devido as especificidades de cada região. Assim, uma ferramenta de classificação possibilita uma melhor organização da prática assistencial (BRASIL, 2013). Logo, define-se que a classificação de risco é um processo dinâmico que envolve as demandas dos usuários proporcionando um atendimento prioritário aqueles que suas situações envolvam potenciais riscos à vida, agravos e sofrimento ao paciente (BRASIL, 2004).

Contudo, estudos elucidam que a falta de ferramentas, protocolos e fluxos para o desempenho do acolhimento pode dificultar a execução dessa atividade, visto que, centraliza essa função no profissional enfermeiro pela sua competência e habilidade clínica(SAMPAIO *et al*., 2022). Ainda, estes profissionais sentem-se inseguros quanto a classificação devido a pressão dos usuários e a falta de um documento que respalde o atendimento. Em consonância com o estudo anterior nota-se que existem protocolos como o de Manchester, no entanto, os profissionais relatam que nunca utilizaram ou que este apresenta alguns fatores que dificultam sua aplicabilidade na APS, já que, é focado apenas nos sinais e sintomas, não visualizando o usuário em sua totalidade (SILVA *et al*., 2019; MORELATO *et al*., 2021).

Dessa forma, apesar do acolhimento a demanda espontânea já ter sido desenvolvido e indicado pelo SUS por mais de uma década, ainda há incertezas quanto a sua execução na prática diária, visto que, o fluxograma do Ministério da Saúde apesar de ser o mais utilizado, é considerado um manual genérico, pois não atende as especificidades das diversas regiões do país. Assim, o presente trabalho objetiva analisar as evidências sobre as ferramentas para classificação da demanda espontânea utilizada durante o acolhimento nas Unidades de Saúde da Família.

METODOLOGIA

Trata-se de uma *Scoping Review*, utilizando as recomendações específicas do guia internacional *Preferred Reporting Itemsfor Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA-ScR*) (TRICCO *et al*., 2018) e *Joanna Briggs Institute Reviewers Manual* (BRIGGS, 2014). Foram seguidas cinco etapas para revisão: 1) identificação da questão de pesquisa; 2) identificação dos estudos relevantes; 3) seleção dos estudos; 4) análise dos dados; 5) agrupamento, síntese e apresentação dos dados(PETERS *et al*., 2020).

Para a elaboração da questão de pesquisa, utilizou-se a estratégia PCC: P – população: trabalhadores e usuários; C – Conceito: acolhimento com classificação de risco; e C – Contexto: Unidades de Saúde da Família. Assim, a questão de pesquisa delimitada foi: “Como

os estudos científicos abordam as evidências sobre as ferramentas para classificação da demanda espontânea do usuário durante o acolhimento realizado pelos trabalhadores nas Unidades de Estratégia da Família?"

Foram adotados os seguintes critérios de seleção: a) artigos disponíveis na íntegra nos idiomas, português, inglês ou espanhol; b) periódicos nacionais indexados nos últimos 10 anos, considerando a publicação da Classificação de Risco, de acordo com o Caderno da Atenção Básica, n. 28, v. I e II, compreendendo de janeiro de 2011 a agosto de 2022. Foram excluídas revisões de literatura/reflexões, editoriais, resumos de anais, dissertações, teses, relatórios, duplicações de artigos e documentos do Ministério da Saúde.

Para identificação dos estudos relevantes, utilizou-se as bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System* on-line (*MEDLINE via PubMed*®), *SCOPUS*, *Embase*, *Web of Science*, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS) e Banco de Dados em Enfermagem (BDENF) via Biblioteca Virtual em Saúde. Duas revisoras realizaram abusca de forma independente no período de setembro e outubro de 2022.

Os descritores utilizados foram de acordo com a classificação dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MESH): Acolhimento; Atenção primária à saúde; Enfermagem; Triagem de demanda; Acesso aos serviços de saúde; Necessidades e demandas dos serviços de saúde; Assistência integral à saúde; e Acesso e avaliação da assistência à saúde. Os artigos encontrados nessa busca foram exportados para o aplicativo *Rayyan QCRI da Qatar Computing Research Institute*, ferramenta capaz de realizar um processo de semi-automação e triagem inicial dos artigos através de resumos e títulos.

Na seleção dos artigos, empregou-se o recurso dos operadores booleanos AND e OR, conforme descrito nas cinco estratégias de busca utilizados, conforme ilustra o quadro abaixo (quadro 1):

Quadro 1 – Fonte de dados e estratégias de buscas

FONTES DE DADOS	ESTRATÉGIAS
• Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE via PubMed® • SCOPUS • Embase	nursing AND ("Primary Health Care" OR "Care, Primary Health" OR "Health Care, Primary" OR "Primary Healthcare" OR "Healthcare, Primary" OR "Primary Care" OR "Care, Primary") AND ("User Embracement" OR "Triage")

• Web of Science • Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) • Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS) • Banco de Dados em Enfermagem (BDENF) via Biblioteca Virtual em Saúde.	(“Health Care Quality”, Access, and Evaluation) AND (“Primary Health Care” OR “Care, Primary Health” OR “Health Care, Primary” OR “Primary Healthcare” OR “Healthcare, Primary” OR “Primary Care” OR “Care, Primary”) AND (nursing)
	("Health Services Accessibility" OR "Access to Health Services" OR "Access to Care" OR "Access to Cares" OR "Care, Access to" OR "Cares, Access to" OR "Accessibility of Health Services" OR "Accessibility, Health Services" OR "Health Services Accessibility" OR "Health Practice, Public" OR "Health Practices, Public" OR "Practice, Public Health" OR "Practices, Public Health" OR "Public Health Practices") AND nursing
	("Personnel, Health" OR "Health Care Providers" OR "Health Care Provider" OR "Provider, Health Care" OR "Healthcare Providers" OR "Healthcare Provider" OR "Provider, Healthcare" OR "Healthcare Workers" OR "Healthcare Worker" OR "Health Care Professionals" OR "Health Care Professional" OR "Professional, Health Care") AND (“Primary Health Care” OR “Care, Primary Health” OR “Health Care, Primary” OR “Primary Healthcare” OR “Healthcare, Primary” OR “Primary Care” OR “Care, Primary”) AND (“User Embracement” OR “Triage”)
	(“Health Care Quality”, Access, and Evaluation) AND ("Personnel, Health" OR "Health Care Providers" OR "Health Care Provider" OR "Provider, Health Care" OR "Healthcare Providers" OR "Healthcare Provider" OR "Provider, Healthcare" OR "Healthcare Workers" OR "Healthcare Worker" OR "Health Care Professionals" OR "Health Care Professional" OR "Professional, Health Care") AND ((“Primary Health Care” OR “Care, Primary Health” OR “Health Care, Primary” OR “Primary Healthcare” OR “Healthcare, Primary” OR “Primary

Fonte: DIAS *et al*., 2024.

A seleção dos artigos compreendeu três etapas: (1) leitura de títulos e resumos, e exclusão dos que não se enquadraram em qualquer um dos critérios; (2) leitura na íntegra dos artigos selecionados na primeira etapa; e (3) seleção das obras que se enquadraram nos critérios de elegibilidade. A amostra final foi composta com base na leitura dos materiais na íntegra. Os artigos duplicados foram excluídos após a leitura na íntegra, evitando erros no momento da exclusão. Utilizou-se dois instrumentos para o processo de identificação dos artigos: o primeiro elaborado com a finalidade de extrair os dados de caracterização dos estudos selecionados; e o segundo para realizar a síntese do conhecimento temático a partirdos principais resultados e conclusões.

A análise dos dados foi realizada por meio do software *Interface de R pour lesAnalyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (*IRAMUTEQ*) por meio do método de Classe Hierárquica Descendente (CHD), posteriormente os dados foram submetidos e categorizados, conforme a análise de conteúdo de Bardin (BARDIN, 2010).

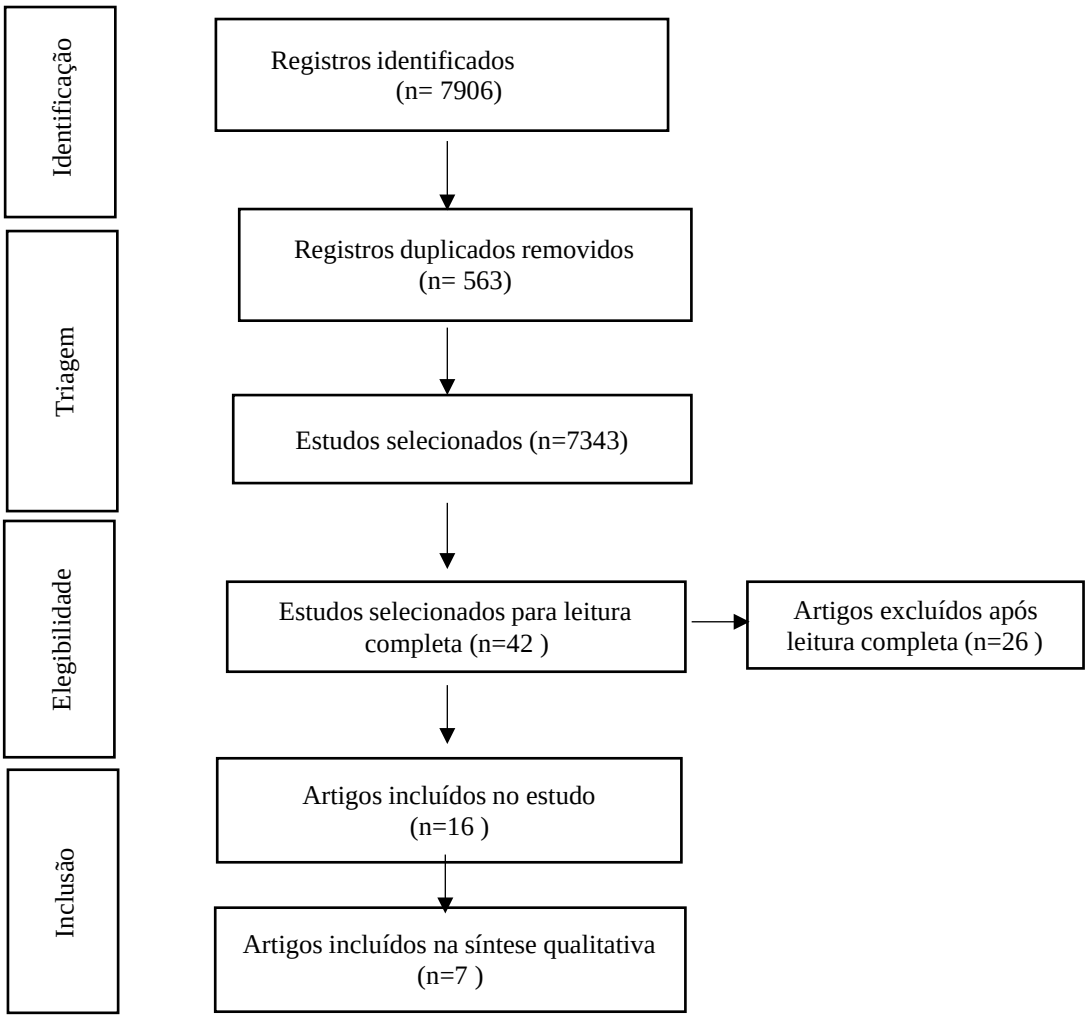
Inicialmente, os textos foram classificados em função de seus vocabulários dividindo o conjunto pela frequência das formas reduzidas, por meio de matrizes cruzou-se os segmentos de textos (ST) e palavras, aplicando o método CHD para obtenção de uma classificação definitiva e estável. Dessa forma, o *IRAMUTEQ* através de cálculos estatísticos analisou e fracionou o corpus até chegar nos STs (SILVA & RIBEIRO, 2021; TAVARES, 2022). O corpus foi constituído por 16 artigos que formou 457 segmentos de texto (ST), com aproveitamento de 403 STs (88.18%). Para a construção desse artigo foi utilizado a classe 2, com 90 ST (22.33%); classe 3, com 57 ST (14.14%); classe 4, com 62 ST (15.38%); e classe6, com 46 ST (11.41%), que correspondem a nove artigos.

A apreciação ética não se fez necessária pois os dados utilizados são considerados de domínio público e acredita-se em sua confiabilidade e fidedignidade que por serem dados vinculados a indexação nacional e internacional.

RESULTADOS

Foi possível a partir da busca encontrar 7906 estudos. Após exclusão de 563 duplicatas e 7301 por critérios de elegibilidade previamente estabelecidos, selecionou-se 42estudos para a leitura na íntegra. Assim, excluíram-se 26 por não responderem a questão PCC, constituindo uma amostra de 16 artigos científicos. Após, realização da análise qualitativa por meio da CHD, obteve-se um total de nove estudos. Para a descrição das buscas e seleção dos artigos utilizou-se o *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta- Analys (PRISMA-ScR*) (TRICCO *et al*., 2018). (Figura 1)

Figura 1 - PRISMA-ScR



Fonte: DIAS *et al.*, 2024.

Percebe-se que todos os estudos selecionados foram derivados de pesquisas qualitativas, assim, não é possível classificar o seu nível de evidência. Nota-se que os nove estudos que foram incluídos neste estudo estão publicados em língua portuguesa, sendo todos desenvolvidos no Brasil. Ainda, observa-se que todos os artigos selecionados na busca foram encontrados na fonte de dados BDENF (MACEDO *et al.*, 2011; SILVA *et al.*, 2013; PENNA *et al.*, 2014; HENTGES & COGO, 2017; MOREIRA *et al.*, 2017; ROSSATO *et al., 2018;* BORGES *et al.*, 2021; BOUHUSCH *et al.*,*2021*; SALES *et al.*, 2022)

Identifica-se que entre os estudos em três artigos os participantes eram exclusivamente enfermeiros (n=3;33,33%)(ROSSATO *et al., 2018;* BORGES *et al.*, 2021; SALES *et al.*, 2022), outros três artigos foram com profissionais de saúde vinculados as ESF (n=3; 33,33%) (MACEDO *et al.*, 2011; HENTGES & COGO, 2017; MOREIRA *et al.*, 2017) e outros artigos apenas referiam-se a APS sem caracterização do lugar ou profissional (n=3; 33,33%)(SILVA *et al.*, 2013; MOREIRA *et al.*, 2017; ROSSATO *et al., 2018*). Já quanto ao ano de publicação,

observa-se que os estudos acerca desta temática começaram pelo ano de 2011(MACEDO *et al.,* 2011) e o ano com maior incidência foi o de 2021 com dois artigos (BORGES *et al.,* 2021; BOUHUSCH *et al.,2021*), conforme indicado no quadro abaixo:

Quadro 2 – Quadro comparativo de todas as obras que foram utilizadas.

Título	Autoria/ano	País de publicação	Objetivo	Tipo de estudo	Participantes	Fonte de dados e Periódico
O atendimentoàs urgências em unidadesde saúde da família	(SALES *et al.*,2022)	Brasil	Conhecer os aspectos da estrutura e processo do atendimento às urgências nas Unidades de Saúde da Família.	Estudo descritivo, de natureza qualitativa	08 enfermeiras	BDENF LILACS Enferm. foco
Weakening of nurses practice delivering same day- access in primary care	(BOHUSCH *etal*., 2021)	Brasil	Analisar as fragilidades da prática do enfermeiro no atendimento à demanda espontânea nas unidades de atenção primária do município do Rio de Janeiro	Estudo exploratório de abordagem qualitativa	20 enfermeiros	BDENF LILACS Revista Gaúcha de Enfermagem
Acolhimento com classificação de risco na Estratégia Saúde da Família: percepção da equipe de enfermagem	**(**ROSSATO *etal*., 2018)	Brasil	Conhecer a percepção da equipe de enfermagem acerca do Acolhimento com Classificação de Risco na Estratégia de Saúde da Família (ESF)	Estudo descritivo de abordagem qualitativa.	quatro enfermeiras quatro técnicos de enfermagem	BDENF Rev Enferm UFSM
Competências desenvolvidas por equipe de saúde da família sobre o acolhimento após atividade	(HENTGES & COGO, 2017)	Brasil	Identificar o conhecimento, as habilidades e as atitudes sobre acolhimento desenvolvidas por uma Equipe de	Estudo descritivo de abordagem qualitativa	21 profissionais que integravam a ESF, formada por agentes comunitários	BDENF Journal of nursing and health/ UFPEL

educativa			Saúde.		de saúde, auxiliar administrativo, auxiliar em saúde bucal, enfermeiros, médicos, odontólogo, técnicos de enfermageme técnico em saúde bucal.	
Manchester triage system in primary health care: ambiguities and challenges related to access	(MOREIRA *etal*., 2017)	Brasil	Compreender ambiguidades e desafios relacionados ao acesso, após a implantação do Sistema de Triagem de Manchester na atenção primária à saúde.	Estudo de abordagem qualitativa	Enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem totalizando22 profissionais.	BDENF LILAC´S Texto Contexto Enferm
Acolhimento: triagem ou estratégia para universalidadedo acesso na atenção à saúde	(PENNA *etal*., 2014)	Brasil	Caracterizar o acolhimento como uma das estratégias para concretização do acesso na concepção dos profissionais da ESF	Estudo descritivo de abordagem qualitativa	13 profissionaisda ESF	BDENF LILACS Rev Min Enfermag em
Acolhimentona estratégiasaúde da família: as vozes dos sujeitos do cotidiano	(SILVA *et al*.,2013)	Brasil	Refletir como o acolhimento se concretiza na sua vivência cotidiana e analisar como é percebido por usuários e trabalhadores.	Estudo descritivo de natureza qualitativa	14 Trabalhado-res e quatro Usuários	BDENF LILACS Rev Enferm UERJ
Possibilidadese limites do acolhimento na percepção	(MACEDO *etal*., 2011)	Brasil	Identificar os saberes dos usuários sobre acolhimento e	Estudo qualitativo e descritivo	12 usuários ESF	BDENF LILACS Rev enferm

de usuários			analisar suas possibilidades e limites.			UERJ 2011
Avaliação do acesso aos serviços da atenção primária na perspectiva dos enfermeiros	(BORGES *etal*., 2021)	Brasil	Caracterizar o perfil sociodemográfi-co e profissional dos enfermeiros de UBS tradicionais eavaliar o acesso de primeiro contato dos usuários.	Pesquisa de campo, transversal, descritiva	8 enfermeiras	BDENF Rev Enferm Atenção Saúde

Fonte: DIAS *et al.*, 2024.

Os resultados deste estudo foram elaborados com o auxílio análise no software IRAMUTEQ por meio da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), logo, por meio da análise léxica automatizada do conteúdo foram construídas quatro classes. Após, realizada a análise de conteúdo, foram elaboradas cinco categorias: Enfermeiro como protagonista do acolhimento com classificação de risco; Ausência e desconhecimento de protocolo norteador; Fragilidades do acolhimento; Importância de manter a educação permanente e espaços de escuta aos profissionais; e Potencialidades do acolhimento.

Enfermeiro como protagonista do acolhimento com Classificação de Risco

O enfermeiro da equipe é o principal responsável pelo acolhimento, realizando-o na maioria das vezes sem apoio do restante da equipe, uma vez que os profissionais de nível superior atuam predominantemente na retaguarda após a avaliação do profissional enfermeiro. O enfermeiro é o centro principal de avaliação do usuário na porta de entrada, quem dirige e coordenada o acolhimento nas Unidades de Estratégia Saúde da Família. Entretanto, destaca-se a importância da atuação com avaliações e atuações multiprofissionais para a avaliação do usuário na porta de entrada da APS (BOUHUSCH *et al.,2021*). É possível observar que o enfermeiro apresenta uma autonomia em seu acolhimento, a partir das queixas e avaliação do usuário são mais resolutivos que os demais componentes da Equipe (ROSSATO *et al., 2018*).

Para os usuários o acolhimento a demanda espontânea que o profissional enfermeiro executa configura uma barreira de acesso ao médico, o que traz a avaliação ainda do antigo modelo que era centralizado no médicos, nota-se uma falta de entendimento dos usuários acerca da real importância do acolhimento. A capacitação dos técnicos de enfermagem, para

que eles possam desenvolver competência e habilidades para o aperfeiçoamento do processo de trabalho é destacada na perspectiva de uma desconstrução do acolhimento centrado em um profissional de nível superior (BOUHUSCH *et al.,2021*). Além disso, também é referenciada a importância do técnico de enfermagem aprimorar suas competências de avaliação clínica afim de atuarem no ato de acolher o usuário (ROSSATO *et al., 2018*).

Ausência e desconhecimento de protocolo norteador

A falta de um protocolo de classificação de risco voltado as demandas da USF possibilita a subjetividade da escuta, uma avaliação impulsionada pelas crenças, experiências e conhecimentos tornam-se a principal ferramenta para a avaliação do usuário. A implantação de um protocolo que direcione as portas de entrada das Unidades de Saúde mantém os princípios do SUS como igualdade, universalidade e equidade. Os usuários não conseguiram identificar o funcionamento do serviço de saúde, abrindo um leque de opções para as condutas além das incertezas acerca da avaliação ideal (BOUHUSCH *et al.,2021*).

Em um estudo realizado em uma USF, foi possível verificar que mais de 80% dos enfermeiros não utilizavam nenhum protocolo para designar o acolhimento realizado aos usuários (SALES *et al.,* 2022). O acolhimento como classificação de risco foi referido como atividade realizada por 87,5% das enfermeiras e nenhuma delas seguia algum protocolo. acolhimento foi referido por todas as enfermeiras como parte do atendimento às urgências realizado nas USF (SALES *et al.,* 2022). Ter um protocolo direcionador garante maior segurança ao profissional que atua nas portas de entrada da Atenção Primária, além de padronizar o direcionamento de cada caso para as demas portas da Rede de Atendimento, a garantia de realizar a conduta correta para cada caso (ROSSATO *et al., 2018*).

Fragilidades do acolhimento

Devido a alta demanda os usuários entendem que grande o acolhimento é não organiza o trabalho na USF, o que possibilita identificar que não há esclarecimento de parte da comunidade quanto ao fluxo de entrada nas USFs. A alta cobrança de resolução nas USF pressiona a equipe que muitas vezes não conta com médicos de carga horária suficiente para atendimento, sobrecarregando os profissionais que ali atuam, trazendo o desgaste dos profissionais e a insatisfação dos usuários (BOUHUSCH *et al.,2021*).

É relatado o acolhimento como dificuldade de acesso a consulta médica, visto que anterior á implantação do “Processo de Acolhimento”, o sistema de distribuição de fichas garantia a quem retirava a ficha o direito de consulta no dia, essa situação instiga os profissionais a buscarem uma forma de trabalho que não seja tão conflitante no território

(HENTGES & COGO, 2017). Para os usuários o acolhimento não é resolutivo, sendo ineficaz ás necessidades de quem ingressa o serviço (PENNA *et al.*, 2014).

É citado também que as USFs apresentaram barreiras de acesso, como a limitação de horários de funcionamento e atendimentos, e demora nos atendimentos, não sendo possível atender a toda demanda conforme a expectativa do usuário (SILVA *et al.*, 2013).

Os profissionais que atuam na USF demonstram como fragilidades a sobrecarga de trabalho, ampliação de tempo de espera do usuário, a priorização aos casos agudos para atendimento no dia. O uso de protocolo de Manchester é citado como limitado, não sendo suficiente para resolução das queixas apresentadas aos profissionais, porquanto que é voltado ao serviço de emergência o que dificulta a utilização na APS (MACEDO *et al.*, 2011).

Importância de manter a educação permanente e espaços de escuta aos profissionais

É possível identificar a falta de educação permanente e capacitações para os profissionais das USF's, priorizando reuniões mensais predominantemente, sem a instituição de protocolos que norteiem e orientem a ação realizada ao usuário ao ser acolhido na Unidade (SALES *et al.*, 2022).

Uma equipe multidisciplinar com o planejamento e manutenção de educação permanente para a realização do acolhimento, é capaz de autoavaliar e refletir sobre o processode trabalho possibilitando maior êxito em sua atuação, a partir do fomento do conhecimento acerca de condutas desconhecidas, ressaltando-se a complexidade do diálogo e escuta clínica a ser desenvolvida (HENTGES & COGO, 2017).

O acolhimento na USF é pautadona necessidade do usuário com todos os seus aspectos biológicos, culturais e sociais, afim de desenvolver uma relação próxima entre profissional e população do território. A reflexão acerca do acolhimento, até mesmo com o uso de tecnologias e ferramentas que facilitem o atendimento fortalece os princípios previstos de integridade e todos os envolvidos podem sair beneficiados. É necessário ter espaços para a discussão da situação do território respeitando e trabalhando com as características individuais das diversidades (SILVA *et al.*, 2013).

Potencialidades do acolhimento

Os Usuários reconhecem que o Sistema de Triagem de Manchester apresenta uma forte potencialidade já pela suspensão das fichas por ordem de chegada, trazendo isso como a garantia de acesso a toda comunidade e ao serviço de saúde (MOREIRA *et al.*, 2017). Os princípios do acolhimento podem ser apresentados por três características que são: atender a todos que acessam a USF, poder ofertar o acesso universal a toda população e reconstruir o

modelo de atendimento redirecionando o atendimento médico-paciente para o atendimento de uma equipe multiprofissional (PENNA *et al.*, 2014).

Por mais que o profissional no acolhimento mostre-se resolutivo realizando a escuta e a tentativa de sanar a necessidade do usuário, nem sempre é feito de forma tranquila, ocasionando tensão e alterações de relação entre profissional e usuário durante a prática, principalmente quando não identificada a prioridade de atendimento (HENTGES & COGO, 2017).

DISCUSSÃO

A amostra das produções científicas identificadas centralizaram a nível nacional, que pode estar atrelado ao Sistema Único de Saúde e sua forma de organização dos serviços de saúde. De acordo com as características do sistema de saúde, que pode ser considerado único no mundo, as publicações estão mais associadas a pesquisadores brasileiros (BRASIL, 1990; BRASIL, 2017). Quanto ao número restrito de artigos encontrados na temática, visualiza-se a necessidade da realização de mais estudos e pesquisas, compartilhando as vivências e experiências tantos dos profissionais como dos usuários para possibilitar mudanças nos processos conduzidos nas USF's (RIBEIRO et al., 2022).

A PNAB designa a gestão e aos serviços de saúde a determinação do fluxo das portas de entrada da APS não citando um único profissional ou categoria para atender prioritariamente a sala de acolhimento (BRASIL, 2017). Outrossim, nota-se que todos os estudos selecionados nessa revisão foram pesquisas de abordagem qualitativa. Entende-se que esse método de pesquisa permite a compreensão de conhecimentos referente as vivências e experiências do participante, e estas reflexões auxiliam na construção científica acerca da temática. Assim, esse tipo de pesquisa permite explorar contextos de saúde e o processo de trabalho dos sujeitos envolvidos (PATIAS & HOHENDORFF, 2013).

Por meio do acolhimento é possível identificar as principais queixas e demandas do usuário realizando uma classificação conforme seus problemas de saúde e agilizando a resolutividade.Observa-se que essa escuta qualificada deriva das competências de avaliação clínica do profissional que também pode ser desempenhada pelo profissional técnico da equipe, contudo, ainda há um pouco de resistência desencadeado pelo grau de escolaridade do profissional nível médio de ensino. Diante disso, a consonância entre os profissionais a fim de garantir a resolutividade do atendimento e a organização das demais atividades e encaminhamentos dentro da rede é essencial (BRASIL, 2013; COUTINHO *et al*., 2015).

Por mais que os enfermeiros tenham um bom vínculo com a população ainda existe uma pequena parcela que reivindica o atendimento pelo profissional médico e relutam acerca dessa nova modalidade de atendimento. No entanto, esse olhar mais voltado para o paciente e sua singularidade vem ganhando cada vez mais espaço, visto que, proporciona um atendimento equitativo e integral, promovendo a saúde com foco nas suas necessidadestornando o paciente uma peça-chave no cuidado (CANDEIAS *et al*., 2021).

Destaca-se a importância do apoio da gestão nesse processo de trabalho e modelagem de atendimento, proporcionando capacitações e atualizações aos profissionais que estão na porta de entrada e acompanhando as atividades desempenhadas nas unidades a fim de proporcionar condições para seu desenvolvimento. A produção do conhecimento contribui para o fortalecimento e segurança dos profissionais na realização do acolhimento com classificação de risco e tomada de decisão acerca dos encaminhamentos necessários, colaborando para a organização do processo de trabalho nas unidades e para a resolutividade (BARROS *et al*., 2014).

Nesta perspectiva, a gestão dos serviços pode contribuir também com a elaboração de protocolos e fluxos municipais visando respaldar o atendimento prestado pelos profissionais, visto que, a inexistência desses materiais dificultam a implementação do acolhimento epodem ocasionar fragilidades no atendimento. Implementar o atendimento nas unidades, por meio de protocolos, permite que este possa ser desempenhando com precisão e os encaminhamentos realizados dentro das possibilidades que existem na rede de atenção à saúdedo município. O acolhimento com classificação de risco é uma das possíveis ferramentas a serem utilizadas no sentido de provocar uma mudança no modelo assistencial (POERSCH & ROCHA, 2016).

No entanto, apesar dos pontos positivos do acolhimento, ainda se enfrenta algumas fragilidades e desafios. As cobranças e exigências realizadas pela gestão no desempenho do processo de trabalho somado a sobrecarga de atribuições do enfermeiro e a falta de reconhecimento contribuem para uma fragilidade no atendimento, ocasionando também insatisfação por parte dos usuários. Neste sentido, os usuários ainda sofrem com algumas barreiras no atendimento, como, as filas nas unidades, o tempo de espera para as consultas, o horário de funcionamento, o atendimento recebido no local, as opções de tratamento e a limitação das consultas médicas que podem causar descontentamento. Assim, como consequência observa-se a falta de adesão ao tratamento proposto e uma vulnerabilidade no vínculo com a equipe de referência, visto que, as relações interpessoais e e a ausência de

protocolo específico influenciam no atendimento(VIEGAS *et al*., 2015; MAIOLINO *et al*., 2022).

Um aspecto importante para a implementação e manutenção do acolhimento com classificação é a educação permanente em saúde uma ferramenta utilizada pelos gestores do SUS que permite a reflexões críticas e científicas acerca das práticas assistências. Como é uma atividade que envolve os profissionais é de suma importância que esta seja realizado com base no processo de trabalho que é realizado nas unidades. Logo, a educação permanente proporciona subsídios para que os trabalhadores possam formular estratégias a fim de tornar os atendimentos mais resolutivos. Assim, as atividades que envolvem o acolhimento com classificação de risco visam empoderar os profissionais com o intuito de qualificar sua prática assistencial por meio de ações que contribuem para o desenvolvimento de seu raciocínio clínico ocasionando em resolutividade no processo de saúde (CARROTA *et al*., 2009; GOUVEA *et al*., 2020).

Neste sentido, os profissionais descrevem que os espaços de educação permanente permitem um lugar de fala, escuta, troca de experiências e reflexões. Nota-se que espaços de aprendizagem oferecem também suporte as angústias similares decorrentes das mudanças no processo de trabalho. Ademais, o envolvimento dos trabalhadores permite diálogos enriquecedores que influenciam no desenvolvimento das atividades da unidade sempre se adaptando a realidade de cada local (OLIVEIRA *et al*., 2020).Identificam-se potencialidades no acolhimento com classificação de risco, já que, garante acesso universal e igualitário aos serviços de saúde. Ainda, fortalece os vínculos interpessoais auxiliando na produção de um cuidado integral e longitudinal, com base no respeito e na dignidade humana. Além disso, possibilita reorganização do processo de trabalho nas unidades desmistificando o modelo biomédico para uma assistência multiprofissional, assim, buscando a resolutividade dos problemas de saúde de acordo com a prioridade de cada caso (BARROS *et al*., 2018; QUEIROZ *et al*., 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos resultados encontrados observa-se que o acolhimento com classificação de risco apresenta potencialidades para a APS, visto que, a partir da classificação pode-se atender os casos conforme prioridade contribuindo para o aumento da resolutividade dos problemas de saúde dos usuários, para a reorganização dos serviços e para o rompimento do modelo biomédico.

No entanto, devido a inexistência de protocolos específicos os profissionais da equipe multidisciplinar sentem-se inseguros a desempenhar essa atividade, principalmente a equipe técnica, recaindo a responsabilidade e o atendimento para o enfermeiro que se utiliza da subjetividade e competência clínica para realizar a tomada de decisão acerca dos encaminhamentos do usuário na rede de atenção à saúde. Entretanto, uma das fragilidades desse processo é a sobrecarga de trabalho do enfermeiro que pode ocasionar em maior tempo de espera do usuário para resolutividade das suas necessidades.

A inserção de ferramentas para a realização do acolhimento e a realização de investimento em capacitações aos profissionais e educação permanente são necessários para subsidiar o entendimento não só dos profissionais, mas de toda comunidade acerca do real papel do acolher realizado nas Unidades de Saúde da Família. É necessário descontruir o conceito de atendimento centrado na consulta médica realizando a aproximação da equipe toda que constitui cada USF.

Apesar dos desafios evidencia-se que o acolhimento com classificação de risco é um modelo de atendimento que oportuniza o cuidado integral por meio da escuta. Contudo, ainda há uma escassez de ferramentas utilizadas para a classificação da demanda espontânea, visto que, a ferramenta mais encontrada nos artigos era a competência clínica dos enfermeiros que varia de acordo com a subjetividade.

Como limitações deste estudo observa-se que há uma necessidade de produções científicas acerca de metodologias resolutivas para o acesso do usuário, de forma equitativa e resolutiva, já que, a APS é considerada a principal porta de entrada do SUS. O acolhimento com classificação de risco é uma ferramenta ainda pouco debatida e reproduzida pelos profissionais.

REFERÊNCIAS/REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2010.

BARROS, M. E. B. *et al*. O apoio institucional como dispositivo para a implantação do acolhimento nos serviços de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n.1, p1107-1117, 2014. Disponível em:< https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0238> Acesso em 05 de setembro de 2022.

BARROS, M. M. A. *et al*. Acolhimento em unidade de atenção primária à saúde: potencialidades e desafios. **Revista de Políticas Públicas**, v. 17, n. 2, s/p, 2018. Disponível em:< https://doi.org/10.36925/sanare.v17i2.1269 > Acesso em 08 de setembro de 2022.

BOHUSCH, G. *et al*. Weakening of nurses practice delivering same day-access in primary care. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 42, e20200314, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200314> Acesso em 01 de setembro de 2022.

BORGES, J. P. A. *et al*. Avaliação do acesso aos serviços da atenção primária na perspectiva dos enfermeiros. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**. v. 10, n. 2, e202113, 2021. Disponível em: < https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/4238 > Acesso em 02 de setembro de 2022.

BRASIL . Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização - PNH**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf> Acesso em 04 de setembro de 2022.

BRASIL . Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco**. Brasília (DF): MS; 2004. Disponível em < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf> Acesso em 18 de Junho de 2022.

BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.html > Acesso em 04 de setembro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf> Acesso em 16 de Junho de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 110 p. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> Acesso em 15 de Junho de 2022.

BRIGGS. Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 Edition.[Internet]. Adelaide: Joanna Briggs Institute; 2014. Disponível em: < https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL> Acesso em 25 de Julho de 2022.

CANDEIAS, D. *et al*. Práticas e saberes do acolhimento na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n.3, e5308, 2013. Disponível em:< https://doi.org/10.25248/reas.e5308.2021 > Acesso em 04 de setembro de 2022.

CARROTA, F. *et al*. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalho. **Saúde Sociedade**, v. 18, n. 1, s/p. 2009. Disponível em:< https://www.scielo.br/j/sausoc/a/GTfXCT4kzQsMGKNd5FmmJmN/?lang=pt > Acesso em 06 de setembro de 2022.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde . Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011.** Brasília (Brasil): CONASS, 2007. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.10.pdf> Acesso em 12 de Junho de 2022.

COUTINHO, L. R. *et al*. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde em Debate**. v. 39, n. 105, p.514-524, 2015. Disponível em:< https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002018 > Acesso em 04 de setembro de 2022.

FACCHINI, L. *et al*. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 42, s/n , pp. 208-223, 2018. Disponível em: < https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114 > Acesso em 15 de Junho de 2022.

GOUVEA, M. P. *et al*. Desafios da educação permanente no acolhimento em saúde. **REAS**, v. 57, s/n, e4090, 2020. Disponível em: < https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4090 > Acesso em 06 de setembro de 2022.

GUIMARÃES, J.M. *et al*. Care Management In The Family Health Support Core: Technologies Operated In The Professional Dimension. **Int Arch Med**, v.10, n. 92, 2017. Disponível em: < https://doi.org/10.3823/2362> Acesso em 18 de Junho de 2022.

HENTGES, I. C.; COGO, A. L. P. Competências desenvolvidas por equipe de saúde da família sobre oacolhimento após atividade educativa. **Journal of Nursing and Health**, v. 7, n.1, p. 4-15, 2017. Disponível em: < https://doi.org/10.15210/jonah.v7i1.9108> Acesso em 01 de setembro de 2022.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, pp. 867-874, 2011. Disponível em: < https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005> Acesso em 16 de Junho de 2022.

MACEDO, C. A. *et al*. Possibilidades e limites do acolhimento na percepção de usuários. **Revista Enfermagem UERJ,** v.19, n.9, p. 457-462, 2011. Disponível em: <https://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a20.pdf > Acesso em 02 de setembro de 2022.

MAIOLINO, R. *et al*. Factors of illness in primary care health workers. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 7, e31311729988, 2022. Disponível em: < http://doi.org/10.33448/rsd-v11i7.29988 > Acesso em 06 de setembro de 2022.

MITRE, S. *et al*. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, pp. 2071-2085, 2012. Disponível em: < https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800018> Acesso em 17 de Junho de 2022.

MOREIRA, D. *et al*. Manchester triage system in primary health care: ambiguities and challenges related to access. **Texto contexto – enferm**, v. 26, n.2, e5970015, 2017. Disponível em:< https://doi.org/10.1590/0104-07072017005970015> Acesso em 02 de setembro de 2022.

MORELATO, C. S. *et al*. Receiving spontaneous demand in Primary Care: nurses' learning needs. **Revista Brasileira de Enfermagem,** v. 74, n. 2, s/p, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0317> Acesso em 20 de Junho de 2022.

OLIVEIRA, M. C. *et al.* Promoção de saúde de trabalhadores da atenção básica: relato de experiência extensionista. **Rev. SPAGESP**, v. 21, n. 2, p. 139-153, 2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677297020200002000011&lng=pt > Acesso em 08 de setembro de 2022.

PATIAS, N. D.; HOHENDORFF, J. V. Critérios de qualidade para artigos de pesquisa qualitativa. **Psicologia em Estudo. Psicol. Estud**, v. 19, s/n, s/p, 2013. Disponível em:< https://doi.org/10.4025/psicolestud.v24i0.43536 > Acesso em 04 de setembro de 2022.

PENNA, C. M. M. *et al*. Acolhimento: triagem ou estratégia para universalidade do acesso na atenção à saúde? **REME**, v.18, n. 4, p.815-822, 2014. Disponível em:< https://doi.org/10.5935/1415-2762.20140060> Acesso em 02 de setembro de 2022.

PETERS, M. D. J. *et al*. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). JBI Manual for Evidence Synthesis, JBI, 2020. Disponível em: < https://synthesismanual.jbi.global> Acesso em 25de Julho de 2022.

POERSCH, L. G.; ROCHA, C. M. F. Acolhimento sob a perspectiva dos profissionais da saúde da estratégia saúde da família. **Sanare**. v. 15, n. 02, p. 60-67, 2016. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1039 > Acesso em 05 de setembro de 2022.

QUEIROZ, D. M. *et al*. Challenges and potentials of the production of comprehensive care in Primary Health Care in Brazil. **Rev Bras Enferm,** v. 74, n. 5, e20210008, 2021. Disponível em:< https://doi.org/10.1590/0034- 7167-2021-0008 > Acesso em 08 de setembro de 2022.

RIBEIRO, A. P. M. *et al.* The importance of the implementation of primary health care in primary care: integrative review. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 11, e148111133325, 2022. Disponível em:< http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i11.33325> Acesso em 04 de setembro de 2022.

ROSSATO, K. *et al*. Acolhimento com classificação de risco na Estratégia de Saúde da Família: percepção da equipe de enfermagem. **Rev Enferm UFSM**, v.8, n.1, p. 144-56, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/26655> Acesso em 01 de setembro de 2022.

SALES, O. S. *et al*. O atendimento às urgências em unidades de saúde da família. **Enfermagem em Foco**, v.13, e-20226, 2022. Disponível em:< https://doi.org/10.21675/2357-707X.2022.v13.e-20226 >Acesso em 01 de setembro de 2022.

SAMPAIO, R. A. *et al*. Desafios no acolhimento com classificação de risco sob a ótica dos enfermeiros. **Cogitare Enfermagem**, v. 27, n. 27, p. e80194, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.80194 Acesso em 18 de Junho de 2022.

SILVA, M. H. *et al*. A atuação do enfermeiro na atenção primária à saúde referente à classificação de risco através do sistema de triagem de manchester. **Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro**, v.2, s/n, 2019. Disponível em: < https://revistas.unipacto.com.br/storage/publicacoes/2019/352_a_atuacao_do_enfermeiro_na_atencao_primaria_a_saude_referente_a_classi.pdf> Acesso em 20 de Junho de 2022.

SILVA, M. R. F. *et al*. Acolhimento na estratégia saúde da família: as vozes dos sujeitos do cotidiano. **Revista Enfermagem UERJ,** v. 20, n. 6, p.784-788, 2013. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6006 > Acesso em 02 de setembro de 2022.

SILVA, R.; RIBEIRO, E.A.W. O software IRAMUTEQ como ferramenta metodológica para análise qualitativa nas pesquisas em educação profissional e tecnológica. **BRAJETS**, v.14, n. 2, p.275-84, 2021. Disponível em: < https://10.14571/brajets.v14.n2.275-284> Acesso em 26 de Julho de 2022.

TAVARES, A.P.M. Patient Safety Incidents and the second victim phenomenon among nursing students. **Rev Esc Enferm USP**. v.56, e20220005, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0005en > Acesso em 26 de Julho de 2022.

TRICCO, A. C. et al. PRISMA Ex - tension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation**. Ann Intern Med,** v. 169, s/n, p. 467-73, 2018. Disponível em: < https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30178033> Acesso em 25 de Junho de 2022.

VIEGAS, A. P. B. et al. Profeta da Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n.1, p. 100-112, 2015. Disponível em:< https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100008> Acesso em 05 de setembro de 2022.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo demonstra que apesar da temporariedade extensa de análise de dez anos, ainda são poucas as pesquisas referentes ao acolhimento na APS e principalmente nas USFs, acredito que não pela sua falta de problemática ou conteúdo para discussões visto que os resultados demonstram o quanto é necessário aprimorar este processo de trabalho, gerado pelo ingresso do usuário na porta de entrada mais indicada pela Rede de Apoio a Saúde. As publicações em grande parte foram feitas a partir de 2017, com o surgimento da Política Nacional de Atenção Básica, que reforça ofertar aos usuários um acesso facilitado aos serviços da APS, mantendo as diretrizes do SUS, normatizando o funcionamento das Unidades de Estratégia Saúde da Familia.

A mudança no atendimento da USF que tinha por modelo o atendimento centrado no profissional médico, ocasionou questionamentos por parte da população que passa pela escuta e avaliação geralmente do profissional enfermeiro para direcionar seu atendimento e da equipe que recebe um novo fluxo para adequar as suas rotinas. O profissional enfermeiro ainda é predominantemente o que mais realiza o acolhimento nas equipes e o que nas pesquisas encontradas traz para refletirmos a grande sobrecarga de trabalho, o acumulo de funções, a pressão tanto da comunidade que necessita de atendimento quanto da equipe que recebe o encaminhamento. Énecessário que os demais profissionais da equipe técnica, em especial o médico, também participem do acolhimento, da classificação de risco, da educação permanente da comunidade explicando o objetivo desse formato de atendimento affim de dar suporte ao profissional de enfermagem.

Não foi encontrado em nenhum artigo, um instrumento norteador, um protocolo de atendimento com fluxogramas das principais queixas o que demonstra que o acolhimento não é padronizado e que a classificação de risco precisa de material mais especifico direcionando as queixas e o estado fisico á conduta adequada. Esse fator é indispensável para avaliar a satisfação do usuário bem como dar amparo aos profissional que esta realizando o acolhimento.

A implantação do acolhimento abriu as portas para a comunidade entrar na suas Unidade de Saúde e ser recebida pela equipe ou profissional propiciando o estabelecimento de vinculo entre as partes, esse é um objetivo principal da Estratégia Saúde da Familia pois, conhecendo bem seus usuários, as familias do território adscrito

é possível elaborar um plano de ações de prevenção e promoção a saúde viavél para todos, fazer acompanhemento de todas as intercorrências agudas ou cronicas quepossam ser direcionadas quando necessário com a garantia de retorno para o cuidado acompanhado, podendo cada um ser responsável pela sua saúde de forma consciente.

Este estudo buscou, a partir dos resultados, o arcabouço necessário para reflexõese propostas que possam diminuir os problemas enfrentados pelos profissionais relacionados aoacolhimento e a criação de protocolos de ACCR nas UBSFs.

Os resultados desta pesquisa serão tornados públicos por meio de trabalhos apresentados em congressos e artigos científicos publicados em periódicos recomendados. Também, está prevista a divulgação dos resultados para a Secretaria Municipal de Saúde, por meio de apresentação dos principais achados. O estudo trará um potencial para o desenvolvimento de publicações científicas e novas pesquisas geradas a partir dos resultados.

Com este estudo, acredita-se que possa trazer uma visibilidade aos problemas identificados no acolhimento da APS, acrescentando informações à saúde pública que, posteriormente, possam respaldar estratégias que promovam ações de intervenções e melhorias na APS, ele é um incentivo para garantir a qualidade dos trabalhadores que atuam na ESF, mantendo o acesso de atendimento garantido á toda população.

REFERÊNCIAS

ACOSTA A.M; DURO C.L.M; LIMA M.A.D.S. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. **Rev Gaúcha Enferm.** v.33, n.4; p.181-190, 2012.

ALBAN, L.; CARVALHO, M.; CARVALHO, A. C. Reasons for sickness absenteeism among nursing workers in Brazil: an integrative review. **Rev Bras Med Trab**. v.19, n.3, p.351-362, 2021. https://doi.org/10.47626/1679-4435-2021-629

BARALDI, D. C.; SOUTO, B. G. A. A demanda do acolhimento em uma unidade de saúdeda família em São Carlos, São Paulo. **Arq. Bras. Cienc. Saúde**, Santo André, v. 36, n. 1, p. 10-17, 2011. https://doi.org/10.7322/abcs.v36i1.69

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2010.

BARROS, M. E. B. et al. O apoio institucional como dispositivo para a implantação do acolhimento nos serviços de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v.18, n.1, p.1107-1117, 2014. https://10.1590/1807-57622013.0238

BARROS, M.M.A.; MENDES, M.L.C.; FROTA, L.M.; ALMEIDA, J.R. Acolhimento em unidade de atenção primária à saúde: potencialidades e desafios. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, v.17, n.2, 2018. Disponível em: https://10.36925/sanare.v17i2.1269

BAUDINI, A.P. et al. Ações de educação em saúde no processo de trabalho de Agentes Comunitários de Saúde. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde,** v.21, n.4, p.100–109, 2019. Disponível em: https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/31020

BOHUSCH, G. et al. Weakening of nurses practice delivering same day-access in primary care. **Rev Gaúcha Enferm**, v.42, e20200314, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200314

BORGES, J.P.A.; LIMA, R.F; SANTOS, S.C.R. Avaliação do acesso aos serviços da atenção primária na perspectiva dos enfermeiros. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v.10, v.02, e202113, 2021. Disponível em: https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/4238

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família:** uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf

BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de informação da atenção básica: SIAB: indicadores** 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/SIAB_2002.pdf

BRASIL, Ministério da Saúde (BR). **Humaniza SUS - acolhimento com avaliação e classificação de risco:** um paradigma ético-estético no fazer em saúde**.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002-2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família. **Avaliação da Implementação em Dez Grandes Centros Urbanos**. Brasília; 2005. [citado 2023 Marc 11]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_familia_avaliacao_implantacao_dez_grandes_centros_urbanos.pdf

BRASIL. **Política nacional de humanização da atenção e da gestão do SUS — material de apoio.** Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.** Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde. 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS:** documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial União, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf

Brasil . Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização - PNH**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção a saúde. Departamento de atenção básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. 1ª edição. Reimp. – Brasília. Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea. Vol II** Brasília; 2013. [citado 2023 Mar 11]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns_cab28v2.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família - **Avaliação da Implementação em dez grandes centros urbanos.** Brasília: MS; 2015. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_familia_avaliacao_implantacao_dez_grandes_centros_urbanos.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. **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). Diário Oficial da União, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. **Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019**. Brasília 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9795.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União, 2019. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/previne-brasil/arquivos/portaria-no-2-979-de-12-de-novembro-de-2019.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS).** Brasília 2020. 83 p. Livroilus. Disponível em:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carteira_servicos_atencao_primaria_saude.pdf

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE cidades**. Brasília [online] 2022. Disponível: https://cidades.ibge.gov.br/

CAMARGO, D.S.; CASTANHEIRA, E.R.L. Ampliando o acesso: o Acolhimento por Equipe como estratégia de gestão da demanda na Atenção Primária à Saúde (APS). **Interface**, v.24, n.1, e190600, 2020. https://doi.org/10.1590/Interface.190600

CAMELO MS et al. Acolhimento na atenção primária à saúde na ótica de enfermeiros. **Acta Paulista de Enferm**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 463-468, 2016. https://doi.org/10.1590/1982-0194201600063

CANDEIAS, D. Et al. Práticas e saberes do acolhimento na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**.v.13, n.3, e5308, 2021. https://doi.org/10.25248/reas.e5308.2021

CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde em Debate**.v.41, n.115, 2017. https://doi.org/10.1590/0103-1104201711515

CARROTA, F. et al. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalho. **Saúde Soc**., v.18, n.1, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/GTfXCT4kzQsMGKNd5FmmJmN/?lang=pt

CAÇADOR, B.S et al. Ser enfermeiro na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. **Rev Min Enferm**, v.19, n. 3, p. 612-26, 2015. Disponível em: http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1027.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências [Internet]. 1986

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 423/2012**. Normatiza no âmbito do sistema cofen /Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do enfermeiro na atividade de classificação de risco. Brasília – COFEN, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 661/2021**. Atualiza e normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação da Equipe de Enfermagem na atividade de Classificação de Risco. Brasília – COFEN, 2021.

CONASS(Conselho Nacional de Secretários de Saúde). Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011**. Brasília (Brasil): CONASS, 2007. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.10.pdf>

COSTA, A.B. et al. Percepção dos enfermeiros sobre o acolhimento e classificação de risco na Atenção Primária à Saúde (APS). **Enfermería Actual de Costa Rica**.v.35, s/n, p.103-115, 2018. http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i35.32113.

COUTINHO, L. R. et al. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde em Debate**. v.39, n.105, p.514-524, 2015. https://doi.org/10.1590/0103- 110420151050002018

DESLANDES, S. F. Humanização dos cuidados em saúde conceitos, dilemas e práticas. **Criança, mulheres e saúde collection.** 2006 ISBN 978-85-7541-329-6. https://doi.org/10.7476/9788575413296.

FACCHINI, L. et al. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 42, s/n , pp. 208-223, 2018. https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114

FORTUNA, C. M. et al. Embracement as an analyzer of the relationships between professionals, managers and users*. **Rev esc enferm USP**, v.51, s/n, 2017. DOI: https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016003303258

GOMIDES, M. F. S. et al. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**.v,22, n.65, p.387-398, 2018. DOI: https://doi.org//10.1590/1807-57622016.0633

GOUVEA, M. P.; CARNEVALLE, C. V.; MOURA, R. F. Desafios da educação permanente no acolhimento em saúde. **REAS**. v.57, e4090, 2020. Disponível em:

https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4090

GUIMARÃES, J.M. et al. Care Management In The Family Health Support Core: Technologies Operated In The Professional Dimension. **Int Arch Med**, v.10, n. 92, 2017. https://doi.org/10.3823/2362

HENTGES, I. C.; COGO, A. L. P. Competências desenvolvidas por equipe de saúde da família sobre o acolhimento após atividade educativa. **Journal of Nursing and Health**. v.7, n.1, p. 4-15, 2017. Disponível em: https://lume.ufrgs.br/handle/10183/163482

Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 Edition.[Internet]. Adelaide: Joanna Briggs Institute; 2014. Disponível em: https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL

Joanna Briggs Institute (JBI). Methodology for JBI Scoping Reviews - Joanna Briggs 2015. [Internet]. Australia: JBI; c2015. Disponível em: <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf>

JIMENEZ, J. G. Clasificacion de pacientes en los servicios de urgências y emergencias: hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. Emergencias, Pamplona, v. 15, pp. 165-174, 2003. Disponível em: http://www.colegidemetges.ad/sum/sum2.html

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, pp. 867-874, 2011. https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005

MACEDO, C. A.; TEIXEIRA, E. R.; DAHER, D. V. Possibilidades e limites do acolhimento na percepção de usuários. **Rev. enferm. UERJ.** v.19, n.3, p.457-462, 2011. Disponível em: https://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a20.pdf

MAIOLINO, R.; VIEIRA, G. C.; PASSOS, J. P. Factors of illness in primary care health workers. Research, **Society and Development**. v.11, n.7, e31311729988, 2022. http://doi.org/10.33448/rsd-v11i7.29988

MARQUES-FERREIRA, M. L. S.; BARREIRA-PENQUES, R. M. V.; SANCHES-MARIN, M. J. Acolhimento na percepção dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. **Aquichan**.v.14, n.2, p.216-225, 2014. DOI: https://doi.org/10.5294/aqui.2014.14.2.8.

MARTINS, B. E. P.; PASSOS, C. S. Desafios à prática do acolhimento na atenção primária em saúde no brasil. **REVISE - Revista Integrativa em Inovações Tecnológicas nas Ciências da Saúde**. v.2, s/n, 2021. http://doi.org/10.46635/revise.v2ifluxocontinuo.1710

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde Debate**, v.42, n.esp, p.18-37, 2018.https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102

MELO, M. R. A. C; LAUS, A. M; OHARA, R. Caracterização do perfil assistencial dos pacientes adultos de um pronto socorro. **Rev. bras. Enfermagem**, v.63, n.5, p.749-754, 2010. https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000500009

MELO, M. V. S. et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: análise de sua implantação em município de grande porte do nordeste brasileiro. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**.v.26, s/n, 2022. https://doi.org/10.1590/interface.220358

MITRE, S. et al. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, pp. 2071-2085, 2012. https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800018

MOREIRA, D. de A. et al. Manchester triage system in primary health care: ambiguities and challenges related to access. **Texto contexto – enferm**, v.26, n.2, e5970015, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0104-07072017005970015

MORELATO C. S. et al. Receiving spontaneous demand in Primary Care: nurses' learning needs. **Rev Bras Enferm**, v.74, n.2, 2021. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0317

NONNENMACHER, C. L.; WEILLER, T. H.; OLIVEIRA, S. G. Opiniões de usuários de saúde sobre o acolhimento com classificação de risco. **Rev. Eletr. Enferm.**, v.14, n.3, p.541-9, 2012. Disponível em: https://revistas.ufg.br/fen/article/view/13462

OLIVEIRA, M. C. et al. Promoção de saúde de trabalhadores da atenção básica: relato de experiência extensionista. **Rev. SPAGESP**. v.21, n. 2, p.139-153, 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167729702020000200011&lng=pt.

OUZZANI, M.; HAMMADY, H.; FEDOROWICZ, Z. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. **Syst Rev**, v.5, n. 210, 2016. https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4

PATIAS, N. D.; HOHENDORFF, J. V. Critérios de qualidade para artigos de pesquisa qualitativa. **Psicologia em Estudo. Psicol. Estud**. v.19, s/n, 2019. https://doi.org/10.4025/psicolestud.v24i0.43536

PENNA, C. M. M.; FARIA, R. S. R.; REZENDE, G. P. Acolhimento: triagem ou estratégia para universalidade do acesso na atenção à saúde? **REME rev. min. enferm**. v.18, n.4, p. 815-822, 2014. Disponível em: https://www.reme.org.br/exportar-pdf/965/en_v18n4a04.pdf

PEREIRA, S. B.; BRASILEIRO, M. E. Acolhimento com classificação de risco na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Gestão & Tecnologia**. v.29, s/n, 2019. Disponível em: https://www.faculdadedelta.edu.br/revistas3/index.php/gt/article/view/20/24

PETERS, M. D. J; GODFREY, C.; MCINERNEY, P.; MUNN, Z.; TRICCO, A. C.; KHALIL, H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBI Manual for Evidence Synthesis*, JBI, 2020. https://doi.org/10.46658/JBIMES- 20-12

PERUZZO, H.; BEGA, A.; LOPES, A.; HADDAH, M.; PERES, A.; MARCON, S. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. **Esc. Anna Nery**, v. 22, n. 4, e20170372, 2018. https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0372

POERSCH, L. G.; ROCHA, C. M. F. Acolhimento sob a perspectiva dos profissionais da

saúde da estratégia saúde da família. **Sanare**.v.15, n. 2, p.60-67, 2016. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1039>

QUEIROZ, D. M.; OLIVEIRA, L. C.; ARAÚJO-FILHO, P. A.; SILVA, M. R. F. Challenges and potentials of the production of comprehensive care in Primary Health Care in Brazil. **Rev Bras Enferm**. v.74, n.5, e20210008, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0008

RIBEIRO, A. P. M. et al. The importance of the implementation of primary health care in primary care: integrative review. **Research, Society and Development**. v.11, n.11, e148111133325, 2022. http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i11.33325

RATINAUD, P. IRAMUTEQ: Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires [Computer software]. 2009 Disponível em: <http://www.iramuteq.org>

ROSSATO K, REAL V, OLIVEIRA G, ARAUJO C. Acolhimento com Classificação de Risco na Estratégia Saúde da Família: percepção da equipe de enfermagem**. Rev Enferm UFSM**. v.8, n.1, p.144-156, 2018. https://doi.org/10.5902/2179769226655

SANTOS, A.M. Redes regionalizadas de atenção à saúde: desafios à integração assistencial e à coordenação do cuidado [online]. Salvador: **EDUFBA**, 2018, 311 p. ISBN 978-85-232-2026-

SANTOS, CMC; PIMENTA, C.A.M; NOBRE, M.R.C. The PICO strategy for the research question construction and evidence searches. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 508-511, 2007. https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023

SALES, O. S. et al. O atendimento às urgências em unidades de saúde da família. **Enferm Foco**. v.13, s/n, e-20226, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.21675/2357- 707X.2022.v13.e-20226

SAMPAIO, R. A. et al. Desafios no acolhimento com classificação de risco sob a ótica dos enfermeiros. **Cogitare Enfermagem**, v. 27, s/n, p. e80194, 2022. https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.80194

SERVIN S. C. N, PINHEIRO E, MACIEL D.O. Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco Sistema Único de Saúde (SUS) Hospitais Municipais/ São Luís/MA**.** Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_acolhimento_classificacao_risco.pdf

SECRETARIA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL (SES). Indicadores Previne Brasil. Governo Estado do Rio Grande do Sul(RS). Disponível em: https://admin.atencaobasica.rs.gov.br/upload/arquivos/202303/21132255-indicadores-q1-2023.pdf

SILVA, P. M.; BARROS, K. P.; TORRES, H. C. Acolhimento com classificação de risco na Atenção Primária: percepção dos profissionais de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 225–231, 2012. Disponível em: https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v16n2a11.pdf

SILVIA, M. R. F.; PONTES, R. J. S.; SILVEIRA, L. C. Acolhimento na estratégia saúde da família: as vozes dos sujeitos do cotidiano. **Revista Enfermagem UERJ**. v.20, n.6, p.784- 788, 2013. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6006>.

SILVA, T. F.; ROMANO, V. F. Sobre o acolhimento: discurso e prática em Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro. **Saúde debate**, v. 39, n. 105, p. 363-374; 2015. https://10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0357

SILVA, M. D.; GUEDES, E. C. S.; ARAUJO, F. G. Acesso e acolhimento na práxis da atenção primária em saúde: revisão integrativa. **Rev.Interdisciplinar em Violência e Saúde**. v.1, n.1, 2018. https://doi.org/10.9010/S1679-74492020000200030

SILVA, R.; RIBEIRO, E. A. W. O software IRAMUTEQ como ferramenta metodológica para análise qualitativa nas pesquisas em educação profissional e tecnológica. **Brajets**. v.14, n.2, p.275-84, 2021. Disponível em: https://10.14571/brajets.v14.n2.275-284

SILVA, M. H. et al. A atuação do enfermeiro na atenção primária à saúde referente à classificação de risco através do sistema de triagem de manchester. **Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro**, v.2, s/n, 2019. Disponível em: < https://revistas.unipacto.com.br/storage/publicacoes/2019/352_a_atuacao_do_enfermeiro_na_atencao_primaria_a_saude_referente_a_classi.pdf>

TAVARES, A. P. M. Patient Safety Incidents and the second victim phenomenon among nursing students. **Rev Esc Enferm USP**. v.56, s/n, e20220005, 2022. https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0005en

TRICCO, A. C. et al. PRISMA Ex - tension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. **Ann Intern Med,** v.169, s/n, p. 467-73, 2018. https://doi.org/10.7326/M18-0850

VIEGAS, A. P. B. et al. Profeta da Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Saúde e Sociedade**., v.24, n.1, p.100-112, 2015. https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100008

VIEIRA C, CORIOLANO-MARINUS M. Desafios do acolhimento na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa. **Saúde em Redes**. v.2, n. 2, p. 211 – 225, 2016. http://doi.org/10.18310/2446%2D4813.2016v2n2p211%2D225

VILLANI, R. A. G.; LIMA, E. H.; SILVA, M. S. Acolhimento da atenção primária à saúde: uma revisão dos benefícios e desafios. **Veredas**, v. 10, n. 1, p. 42-58, 2017. Disponível em: <https//www.even3.com.br/anais/mpct2017/47254-ACOLHIMENTO-DA-ATENCAO-PRIMARIA-A-SAUDE-UMA-REVISAO-DOS-BENEFICIOS-E-DESAFIOS>.

APÊNDICE A

Artigos identificados na Pesquisa

N	Título/País de Publicação	Metodologia de estudo	Fonte de dados	Periódico/Ano	Objetivo	Participantes	Aborda Classificação de Risco
1	O atendimento às urgências em unidades de saúde da família /BRASIL	Estudo descritivo, de natureza qualitativa	BDENF LILAC´S	Enferm Foco/2022	Conhecer os aspectos da estrutura e processo do atendimento às urgências nas Unidades de Saúde da Família.	08 enfermeiras	Sim
2	Weakening of nurses practice delivering same day-access in primary care /BRASIL	Estudo exploratório de abordagem qualitativa.	BDENF/ LILACS	Revista Gaúcha de Enfermagem/2021	Analisar as fragilidades da prática do enfermeiro no atendimento à demanda espontânea nas unidades de atenção primária do município do Rio de Janeiro	20 enfermeiros	Não

3	Percepção dos enfermeiros sobre o acolhimento e classificação de risco na Atenção Primária à Saúde (APS)/ COSTA RICA	Estudo descritivo com abordagem qualitativa	BDENF / LILACS	Revista Enfermería Actual/2018	conhecer a percepção dos enfermeiros sobre a recepção e classificação de risco na atenção primária à saúde	16 enfermeiros	Sim
4	Acolhimento com classificação de risco na Estratégia Saúde da Família: percepção da equipe de enfermagem/ BRASIL	Estudo descritivo de abordagem qualitativa.	BDENF	Rev Enferm UFSM/2018	conhecer a percepção da equipe de enfermagem acerca do Acolhimentocom Classificação de Risco na Estratégia de Saúde da Família (ESF)	4 enfermeiras 4 técnicos de enfermagem	Sim
5	Competências desenvolvidas por equipe de saúde da família sobre o acolhimento após atividade educativa/ BRASIL	Pesquisa qualitativa	BDENF	Journal of nursing and health UFPEL/ 2017	identificar o conhecimento, as habilidades e as atitudes sobre acolhimento desenvolvidaspor uma Equipe de Saúde.	população foi composta de 21 profissionais que integravam a Equipe de Saúde da Família, formada por agentes comunitários de saúde, auxiliar administrativo, auxiliar em saúde bucal, enfermeiros, médicos, odontólogo, técnicos de enfermagem e técnico em saúde bucal.	Sim

6	Manchester triage system in primary health care: ambiguities and challenges related to access/ BRASIL	Estudo de abordagem qualitativa	BDENF / LILAC´S	Texto Contexto Enferm/ 2017	compreender ambiguidades e desafios relacionados ao acesso, após a implantação do Sistema de Triagem de Manchester na atenção primária à saúde.	enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem, totalizando 22 profissionais.	Sim
7	Acolhimento na atenção primária à saúde na ótica de enfermeiros/ BRASIL	Para tal foi realizado um estudo exploratório de abordagem qualitativa	BDENF / LILAC´S	Acta Paul Enferm/2016	Compreender como ocorre o processo de acolhimento em unidades básicas de saúde na ótica de enfermeiros. Métodos Foram utilizadas entrevistas semiestruturadas, e para análise dos dados adotou-se a técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin.	10 Enfermeiros	Sim
8	Acolhimento: triagem ou estratégia para universalidade do acesso na atenção à saúde/ BRASIL	Pesquisa qualitativa	BDENF / LILAC´S	Rev Min Enferm/2014	Caracterizar o acolhimento como uma das estratégias para concretização do acesso na concepção dos profissionais da ESF	13 profissionais da ESF	Sim
9	Acolhimento na percepção dos enfermeiros da Atenção Primária à	Método: pesquisa qualitativa	BDENF / LILAC´S	CHIA, Colombia/2014	O presente estudo propõe-se a compreender a percepção de	21 enfermeiros	Não

	Saúde/ COLOMBIA				enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde sobre o acolhimento.		
10	Acolhimento na estratégia saúde da família: as vozes dos sujeitos do cotidiano BRASIL	Estudo descritivo de natureza qualitativa	BDENF / LILACS	Rev Enferm UERJ/2012	Refletir como o acolhimento se concretiza na sua vivência cotidiana e analisar como é percebido por usuários e trabalhadores	14 Trabalhadores 4 Usuários	Não
11	Opiniões de usuários de saúde sobre o acolhimento com classificação de risco/BRASIL	Pesquisa exploratória com abordagem qualitativa	BDENF / LILACS	Rev Eletr Enf/2012	Conhecer as opiniões dos usuários de saúde sobre o dispositivo de acolhimento com classificação de risco	11 Usuários	Sim
12	Possibilidades e limites do acolhimento na percepção de usuários	Estudo qualitativo e descritivo	BDENF / LILACS	Rev enferm UERJ/2011	Identificar os saberes dos usuários sobre acolhimento e analisar suas possibilidades e limites	12 usuários ESF	Não
13	Ampliando o acesso: o Acolhimento por Equipe como estratégia de gestão da demanda na Atenção Primária à Saúde (APS)/BRASIL	Pesquisa qualitativa na forma de estudo de caso, com base na experiência de dois serviços de APS que implantaram o	LILACS	Interface (Botucatu)/ 2020	Analisa uma experiência de mudanças no acesso por meio do estudo da implantação do AE, dispositivo de acesso focado na gestão da demanda por meio da	12 profissionais de saúde vinculados a ESF	Sim

		AE			reorganização das agendas das equipes de Saúde da Família (SF) na cidade de São Bernardo do Campo.		
14	Acolhimento da demanda espontânea na Atenção Primária: necessidades de aprendizagem de enfermeiros/BRASIL	Estudo qualitativo por meio de observação participante, aplicação de instrumento semiestruturado, grupo focal e análise de conteúdo temática.	WEB OF SCIENCE	Rev Bras Enferm/2021	Identificar necessidades de aprendizagem de enfermeiros sobre acolhimento com classificação de risco da demanda espontânea na Atenção Primária à Saúde (APS).	15 enfermeiros	Sim
15	Avaliação do acesso aos serviços da atenção primária na perspectiva dos enfermeiros/BRASIL	Pesquisa de campo, transversal, descritiva, conduzida por entrevista e aplicação de questionário estruturado e instrumento PCATool,	BDENF	Rev Enferm Atenção Saúde/2021	caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros de Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais e avaliar o acesso de primeiro contato dos	8 enfermeiras	Não

		versão profissionais			usuários		
16	Embracement as an analyzer of the relationships between professionals, managers and users/BRASIL	Trata-se de uma pesquisa qualitativa com referencial teórico-metodológico da análise institucional	WEB OF SCIECE	Rev Esc Enferm USP/2017	analisar, a partir da ótica dos profissionais de saúde, as relações estabe#lecidas entre eles e destes com gestores e usuários por meio do analisador acolhimento.	137 profissionais de saúde	Não