

**EXPERIÊNCIAS
EXITOSAS DE
ACOLHIMENTO
À DEMANDA
ESPONTÂNEA
E PROGRAMADA
NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**



*Cecília Nogueira Valença;
Eva Emanuela Lopes Cavalcante Feitosa;
José Adailton da Silva;
Lyane Ramalho Cortez;
Ricardo Henrique Vieira de Melo*

Organizadores



SEDISUFERN
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

EXPERIÊNCIAS EXITOSAS DE ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA E PROGRAMADA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

*Cecília Nogueira Valença;
Eva Emanuela Lopes Cavalcante Feitosa;
José Adailton da Silva;
Lyane Ramalho Cortez;
Ricardo Henrique Vieira de Melo*

Organizadores



Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Reitor

José Daniel Diniz Melo

Vice-Reitor

Henio Ferreira de Miranda

Diretoria Administrativa da EDUFRN

Maria da Penha Casado Alves (Diretora)

Helton Rubiano de Macedo (Diretor Adjunto)

Bruno Francisco Xavier (Secretário)

Conselho Editorial

Maria da Penha Casado Alves (Presidente)

Judithe da Costa Leite Albuquerque (Secretária)

Adriana Rosa Carvalho

Anna Cecília Queiroz de Medeiros

Cândida de Souza

Fabrcio Germano Alves

Francisco Dutra de Macedo Filho

Gilberto Corso

Grinaura Medeiros de Moraes

José Flávio Vidal Coutinho

Josenildo Soares Bezerra

Kamyla Álvares Pinto

Leandro Ibiapina Bevilaqua

Lucélio Dantas de Aquino

Luciene da Silva Santos

Marcelo da Silva Amorim

Marcelo de Sousa da Silva

Márcia Maria de Cruz Castro

Marta Maria de Araújo

Martin Pablo Cammarota

Roberval Edson Pinheiro de Lima

Sibele Berenice Castella Pergher

Tercia Maria Souza de Moura Marques

Tiago de Quadros Maia Carvalho

Secretária de Educação a Distância

Maria Carmem Freire Diógenes Rêgo

Secretária Adjunta de Educação a Distância

Ione Rodrigues Diniz Moraes

Coordenadora de Produção de Materiais Didáticos

Maria Carmem Freire Diógenes Rêgo

Coordenadora de Revisão

Aline Pinho Dias

Coordenador Editorial

José Correia Torres Neto

Gestão do Fluxo de Revisão

Edineide Marques

Gestão do Fluxo de Editoração

Rosilene Paiva

Conselho Técnico-Científico – SEDIS

Maria Carmem Freire Diógenes Rêgo – SEDIS (Presidente)

Aline de Pinho Dias – SEDIS

André Moraes Gurgel – CCSA

Antônio de Pádua dos Santos – CS

Célia Maria de Araújo – SEDIS

Eugênia Maria Dantas – CCHLA

Ione Rodrigues Diniz Moraes – SEDIS

Isabel Dillmann Nunes – IMD

Ivan Max Freire de Lacerda – EAJ

Jefferson Fernandes Alves – SEDIS

José Querginaldo Bezerra – CCET

Lilian Giotto Zaros – CB

Marcos Aurélio Felipe – SEDIS

Maria Cristina Leandro de Paiva – CE

Maria da Penha Casado Alves – SEDIS

Nedja Suely Fernandes – CCET

Ricardo Alexandro de Medeiros Valentim – SEDIS

Sulemi Fabiano Campos – CCHLA

Wicliffê de Andrade Costa – CCHLA

Revisão Linguístico-textual

Camila Maria Gomes

Revisão de ABNT

Edineide Marques

Revisão Tipográfica

José Correia Torres Neto

Projeto gráfico, capa e diagramação

Isadora Veras

Finalização

Luiza Fonseca de Souza

Catálogo da publicação na fonte
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Secretaria de Educação a Distância

Experiências exitosas de acolhimento à demanda espontânea e programada na atenção primária à saúde [recurso eletrônico] / Organizado por Ricardo Henrique Vieira de Melo, Lyane Ramalho Cortez, José Adailton da Silva, Eva Emanuela Lopes Cavalcante Feitosa e Cecília Nogueira Valença. – 1. ed. – Natal: SEDIS-UFRN, 2020.

6854 KB.; 1 PDF

ISBN 978-65-5569-095-8

1. Atenção primária a Saúde - Experiências. 2. Atenção primária a Saúde - Acolhimento. 3. Atenção primária a Saúde - Demanda Espontânea. I. Melo, Ricardo Henrique Vieira de. II. Cortez, Lyane Ramalho. III. Silva, José Adailton da. IV. Feitosa, Eva Emanuela Lopes Cavalcante. V. Valença, Cecília Nogueira. VI. Título.

CDU 614
E96

SUMÁRIO

SAÚDE

9

O PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA (PEPSUS) ARTICULADO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

10

Eva Emanuela Lopes Cavalcante Feitosa
Lyane Ramalho Cortez
José Adailton da Silva
Cecília Nogueira Valença

REFLETINDO SOBRE “ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”

15

O ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ENTRE A OBRIGAÇÃO E A LIBERDADE

16

Ricardo Henrique Vieira de Melo
Eva Emanuela Lopes Cavalcante Feitosa
Lyane Ramalho Cortez
José Adailton da Silva
Cecília Nogueira Valença

RELATOS DE EXPERIÊNCIAS ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA E PROGRAMADA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

21

OS DESAFIOS DO ACOLHIMENTO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EDNA BEZERRA DINIZ, NO MUNICÍPIO DE BOA VISTA/RR

22

Amanda Pereira Triani
Isabelle Katherinne Fernandes Costa

PERFIL DA DEMANDA ESPONTÂNEA E AGENDADA NA UNIDADE DE SAÚDE DE SANTA LUZIA I, NO MUNICÍPIO DE TOUROS/RN

26

Joice Cristina Dantas Brandão Marinho
Maria Betânia Morais de Paiva

ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA UBS CASTANHEIRA, EM LARANJAL DO JARI/AP

30

Edith Dolores De Armas Muñoz
Cleyton Cezar Souto Silva

É POSSÍVEL HAVER ACOLHIMENTO COM DISTRIBUIÇÃO DE FICHAS?

36

Pierre Patrick Pacheco Lira
Daniele Vieira Dantas

A IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO E DO ACESSO AVANÇADO NA ESF III EM POÇO COMPRIDO, NO MUNICÍPIO DE BOA SAÚDE/RN

41

Renata Allana da Costa Pereira
Daniele Vieira Dantas

ACESSO AVANÇADO NO ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA E PROGRAMADA

45

Thomaz Vieira Cesar
Dhyanine Morais de Lima

PRIMEIROS DIAS DE IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO

48

Flávia Nathália de Góes Chaves
Isaac Alencar Pinto

PERFIL DA DEMANDA ESPONTÂNEA E PROGRAMADA DA EQUIPE HILDA FERREIRA II EM AQUIDABÃ/SE

52

Áquila Talita Lima Santana Alves
Juliana Ferreira Lemos
Laianny Krízia Maia Pereira Lopes

O ACOLHIMENTO, NOSSA CARTA DE APRESENTAÇÃO

56

Dayanis Lafargue Martínez
Juliana Ferreira Lemos
Laianny Krízia Maia Pereira Lopes

CARACTERIZAÇÃO DA DEMANDA ESPONTÂNEA E PROGRAMADA E O DESAFIO DE LIDAR COM UMA PROCURA MAIOR QUE A OFERTA

60

André Martins Ornelas
Maria Helena Pires

ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA E PROGRAMADA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE

65

Yeilin Rodrigues Jerez
Maria Helena Pires

EXPERIÊNCIA DE ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA E PROGRAMADA EM BOA VISTA/RR

70

Jihan Ramide Da Silva Assen
Marilia Rute de Souto Medeiros

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO À DEMANDA ESPONTÂNEA: SEM MUROS, SEM BARREIRAS

74

Zoila Guethón Silva
Tulio Felipe Vieira de Melo

COMPORTAMENTO DAS DEMANDAS ESPONTÂNEAS E PROGRAMADAS DA UBS JOEL FERREIRA RAMOS DO MUNICÍPIO CARAÚBAS/RN

77

Yoenys Pimienta Leal
Tulio Felipe Vieira de Melo

DESAFIOS NA ESTRUTURAÇÃO DO ACOLHIMENTO À DEMANDA NA ATENÇÃO BÁSICA

80

Soraia Lemos Ehlers
Ricardo Henrique Vieira de Melo

CONSIDERAÇÕES FINAIS

84

SOBRE OS ORGANIZADORES

86

APRESENTAÇÃO

Este livro faz parte de uma coletânea de livros vinculados ao curso de especialização em Saúde da Família do Programa de Educação Permanente em Saúde da Família (PEPSUS), desenvolvido por educação a distância.

O PEPSUS foi produzido pelo Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde (LAIS), em parceria com a Secretaria de Educação a Distância da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (SEDIS/UFRN).

Neste curso, os profissionais são impelidos a desenvolver uma microintervenção no seu território, de acordo com os módulos educacionais que foram estudados, o que possibilita a qualificação do profissional que atua na Atenção Primária à Saúde.

Os módulos do PEPSUS que geraram microintervensões foram: Observação na Unidade de Saúde; Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada; Planejamento Reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério; Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento; Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde; e Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde.

Efetivamente, esta obra se trata de uma compilação de relatos de experiências do módulo de Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada, oriundos das microintervensões realizadas por profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no PEPSUS, com apoio de seus facilitadores pedagógicos.

Espera-se que as narrativas possam inspirar a força de trabalho do Sistema Único de Saúde (SUS) na reflexão e na ação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção em cenários semelhantes. A equipe PEPSUS deseja uma excelente leitura desta obra e convida para conhecer as demais experiências exitosas relatadas nos demais livros.

Ricardo Henrique Vieira de Melo
Lyane Ramalho Cortez
José Adailton da Silva
Eva Emanuela Lopes Cavalcante Feitosa
Cecília Nogueira Valença

SAÚDE



O PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA (PEPSUS) ARTICULADO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Eva Emanuela Lopes Cavalcante Feitosa
Lyane Ramalho Cortez
José Adailton da Silva
Cecília Nogueira Valença

O Programa de Educação Permanente em Saúde da Família (PEPSUS) trata-se de uma proposta inovadora de educação permanente que tem como público-alvo os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), em especial aqueles vinculados às políticas de provimento e fixação de profissionais na Atenção Primária à Saúde (APS), como o Programa Mais Médicos (PMM) do Ministério da Saúde.

Este programa considera a APS como coordenadora do cuidado no território e ordenadora das ações e serviços de saúde, sendo a porta de entrada de preferência do Sistema Único de Saúde (SUS) no contexto das redes de atenção à saúde. Deste modo, trabalha na perspectiva de: auxiliar a ESF no cadastro das famílias e na sua classificação por riscos socio sanitários; identificar subpopulações com fatores de riscos, graus de riscos e com condições de saúde complexas.

A APS precisa ser resolutiva, isto é, capaz de solucionar mais de 85% dos problemas de saúde de sua população; coordenar e orientar os fluxos e contrafluxos de pessoas, informações e produtos entre os componentes das redes; e ser responsável por acolher e responsabilizar-se, sanitária e economicamente, por sua população adscrita (MENDES, 2010).

Portanto, o PEPSUS é uma estratégia de apoio e fortalecimento da APS que possibilita ao aluno ser protagonista de seu processo de ensino-aprendizagem, realizando transformações positivas nos serviços de saúde ao qual está vinculado. O método da problematização proporciona que o conhecimento prévio seja aperfeiçoado e retorne ao serviço por meio de intervenções.

A Metodologia da Problematização tem uma orientação geral como todo método, caminhando por etapas distintas e encadeadas a partir de um problema detectado na realidade. Constitui-se uma verdadeira metodologia, entendida como um conjunto de métodos, técnicas, procedimentos ou atividades intencionalmente selecionados e organizados em cada etapa, de acordo com a natureza do problema em estudo e as condições gerais dos participantes. Volta-se para a realização do propósito maior que é preparar o estudante/ser humano para tomar consciência de seu mundo e atuar

intencionalmente para transformá-lo, sempre para melhor, para um mundo e uma sociedade que permitam uma vida mais digna para o próprio homem (BERBEL, 1999, p. 144).

O PEPSUS apresenta uma proposta que engloba cursos de **especialização, aperfeiçoamento e extensão**, utilizando a Educação a Distância (EAD) como meio para as ofertas educativas, sendo ofertado pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Secretaria de Educação à Distância (SEDIS) e o Ministério da Saúde, que lançam mão do Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVASUS) como ferramenta.

O AVASUS engloba módulos educacionais de conteúdos de diversas mídias (textos, áudios, vídeos etc.) e permite, ainda, que cada profissional acompanhe seu próprio processo de aprendizagem e o progresso de seu itinerário formativo. Esse ambiente de aprendizagem foi desenvolvido pela UFRN e hospeda o PEPSUS.

O curso de **especialização em Saúde da Família** possui duração de 48 semanas, com carga horária total de 360 horas, sendo 345 horas a distância, via Ambiente Virtual de Aprendizagem.

A Especialização está organizada em três eixos: Eixo I – Investigação em Atenção Primária à Saúde; Eixo II – Itinerários Formativos na Atenção à Saúde; Eixo III – Gestão em Atenção Primária à Saúde. O curso possui módulos obrigatórios e módulos optativos, os quais produzem um itinerário formativo. O tempo de dedicação ao curso deve ser de, no mínimo, oito horas semanais.

O Eixo I, intitulado Investigação em Atenção Primária à Saúde, contém três módulos obrigatórios dispostos de conteúdos considerados básicos para a formação do profissional que atua na APS. O Eixo II, Itinerários Formativos na Atenção à Saúde, é composto por uma parte obrigatória (correspondente a 210 horas) e por uma parte optativa (correspondente a 30 horas), e traz conteúdos prioritários para quem atua na APS.

Por fim, no Eixo III, Gestão em Atenção Primária à Saúde, ocorrerá a sistematização do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), a partir do monitoramento e da avaliação das microintervenções construídas e executadas no território ao longo do curso. O eixo finaliza com o momento presencial de defesa do TCC por avaliadores.

Cabe salientar que investir na formação e qualificação das Equipes de Saúde da Família, em larga escala, por meio da Educação a Distância (EaD), é estratégico para favorecer a formação em serviço e proporcionar melhorias imediatas e contínuas nos serviços de saúde e na qualidade da atenção.

Este Programa de Educação Permanente em Saúde da Família estrutura-se em propostas pedagógicas que se complementam, possibilitando ao profissional da saúde da família um itinerário formativo que perpassa pela especialização, aperfeiçoamento e formação como preceptor.

Os módulos são inter-relacionados e seguem de forma ascendente na complexidade das ações, oportunizando a escolha para a construção de um itinerário formativo, de forma a

tornar o processo de ensino-aprendizagem autônomo e mais coerente com a necessidade do território de atuação de cada aluno.

Assim sendo, o módulo optativo é intitulado Tópicos Especiais em Saúde da Família, que dispõe de diversos módulos em relação aos quais o estudante terá opção de cursar um na construção do seu itinerário formativo na especialização ou, ainda, construir uma linha de aperfeiçoamento paralela ao curso.

A proposta pedagógica da especialização se sustenta numa base clínica e de saúde coletiva, sendo transversal ao abranger: promoção da saúde e vigilância em saúde; atenção à demanda espontânea e programada; educação em saúde; gestão do cuidado e controle social; planejamento, monitoramento e avaliação com foco nos indicadores do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

O PMAQ-AB foi criado pela Portaria nº 1.654 de 19 de julho de 2011 do Ministério da Saúde e instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o PMAQ-AB e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável (BRASIL, 2011).

Os indicadores do PMAQ-AB têm impacto em trabalhadores, usuários e gestores municipais, estaduais e federais, pois envolvem a implantação de mudanças no processo de trabalho com resultados no acesso e na qualidade dos serviços. O PMAQ-AB, portanto, está articulado a uma avaliação e a uma certificação que vincula repasses de recursos conforme o desempenho alcançado na implantação e no desenvolvimento dos elementos avaliados pelo programa (BRASIL, 2011).

Nesse cenário, o aluno realiza microintervenções como atividade final de cada módulo, cujos resultados são apresentados na forma de relatos de experiência e postados na REDE PEPSUS. Esses relatos compilados fazem parte do Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) de cada discente. Salienta-se que todas as microintervenções precisam estar vinculadas ao serviço de saúde no qual o aluno/profissional atua, de modo a proporcionar transformações positivas nos serviços.

Destaca-se também que o aluno da especialização é acompanhado por uma equipe de especialistas do PEPSUS, seja pela equipe de matriciamento, seja pelo facilitador pedagógico, que acompanha todo o processo de aprendizagem, inclusive a orientação do TCC. Já os módulos de extensão e aperfeiçoamento são totalmente autoinstrucionais, isto é, sem facilitação pedagógica da equipe PEPSUS.

Enquanto proposta de **extensão**, o PEPSUS dispõe de módulos de 30 horas, no AVASUS, com opção de emissão de certificados. Para isso, qualquer profissional de saúde pode escolher os módulos mais importantes para suas necessidades de educação permanente, ou com base nas necessidades do território. Nessa forma de ingresso, a extensão pode ser livremente cursada por alunos não vinculados à especialização em Saúde da Família.

É válido frisar que a extensão é dinâmica, pois busca atender às necessidades mais imediatas dos profissionais de saúde, a partir de ofertas de qualificação profissional por meio de cursos de curta duração. A extensão também atende às demandas do segundo ciclo forma-

tivo do Programa Mais Médicos (PMM), na medida em que estes médicos precisam cumprir 30 horas mensais de educação permanente.

Já a proposta para o **aperfeiçoamento** se apresenta como um desafio a ser implementado, cuja lógica perpassa pela ideia central de concentrar linhas formativas de aperfeiçoamento que façam nexos com uma determinada área temática. Destarte, um conjunto de módulos com áreas temáticas em comum irá compor um aperfeiçoamento.

A certificação de aperfeiçoamento para cada conjunto de módulos optativos se dará àquele que concluir, com aprovação, no mínimo 180 horas, ou seja, seis módulos de 30 horas cada. No aperfeiçoamento, o PEPSUS disporá de linhas formativas (a exemplo das linhas de cuidado à saúde, por exemplo, Saúde da Criança, Saúde da Mulher) referentes à linha formativa escolhida pelo cursista.

O objetivo da modalidade de aperfeiçoamento é contemplar os profissionais que já possuem especialização em Saúde da Família ou profissionais que buscam aperfeiçoamento em determinadas áreas de conhecimento, que serão traduzidas no PEPSUS como linhas formativas de temáticas específicas. Entretanto, essa modalidade está em fase de revisão para implementação e apresenta-se como perspectiva vindoura para o PEPSUS.

Ressalta-se que os módulos das modalidades de aperfeiçoamento e de extensão serão os mesmos módulos ofertados na modalidade optativa dos Tópicos Especiais do curso de especialização, a fim de acolher as diferentes necessidades formativas dos trabalhadores do SUS.

Ademais, merece destaque a equipe que compõe a estrutura do PEPSUS: coordenação geral; coordenação pedagógica; matriciadores pedagógicos; facilitadores pedagógicos; supervisores pedagógicos; professores conteudistas; revisores técnico-científico e pedagógico dos materiais; revisores de português e normas de ABNT; produção e comunicação (formatação, diagramação, confecção de vídeos, entre outros) e suporte.

Destarte, a educação permanente dos trabalhadores da saúde precisa dialogar com as prioridades da atenção aos usuários do SUS e do território de atuação desses profissionais, de modo a promover mudanças significativas no seu processo de trabalho.

Portanto, o PEPSUS se faz uma proposta de Educação Permanente em Saúde sob a perspectiva de inserção de cursos baseados nas tecnologias de ensino a distância, que ampliam o acesso à informação oportunamente, conforme a necessidade do serviço, dos profissionais e do território, possibilitando formação/aperfeiçoamento qualificado, autônomo, crítico e reflexivo.

REFERÊNCIAS

BERBEL, N. A. N. (org.). **Metodologia da problematização**: fundamentos e aplicações. Londrina: UEL; Comped; Inep, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1654_19_07_2011.pdf. Acesso em: 27 maio 2020.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005> Acesso em: 27 maio 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE. **Programa de Educação Permanente em Saúde da Família – PEPSUS**. Natal, RN, 2019.

REFLETINDO SOBRE “ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”



O ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ENTRE A OBRIGAÇÃO E A LIBERDADE

Ricardo Henrique Vieira de Melo
Eva Emanuela Lopes Cavalcante Feitosa
Lyane Ramalho Cortez
José Adailton da Silva
Cecília Nogueira Valença

“Quem à boa árvore se chega, boa sombra o acolhe” (Provérbios).

Aproximando-se do cenário da Atenção Primária à Saúde (APS), acolher significa oferecer e obter refúgio, proteção, conforto, abrigo, amparo, abraço. É receber alguém, ouvir atento e disponível, buscando de forma mais humana aliviar o sofrimento vivido. “É reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade” (BRASIL, 2013, p. 7). Implica, na ousadia de ser humano, a gestão de dúvidas, mitos, queixas e ansiedades, durante a organização do cuidado a partir do problema (MELO, 2016).

Aprofundando-se no contexto da APS, a Política Nacional de Humanização (PNH) indica entre suas diretrizes que o acolhimento, além da dimensão individual, deve ser: “construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho”, na bricolagem entre equipes de trabalhadores/profissionais e usuários dos serviços de saúde com suas redes socioafetivas. Assim, deve ser fundamentado em relações de confiança, compromisso e vínculo (BRASIL, 2013, p. 7).

A nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) atesta o acolhimento enquanto parte das atribuições comuns aos membros das equipes que atuam na Atenção Básica, esclarecendo a obrigação de todos em:

Participar do acolhimento aos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento de vínculo (BRASIL, 2017, p. 18).

Vilar, Lopes e Melo (2015, p. 39) discutem os múltiplos sentidos e dimensões que permeiam a temática, sinalizando aspectos referentes a uma postura solidária e resolutiva diante do duelo entre demandas e necessidades dos usuários, de modo a compreender que o acolhimento “não é um espaço ou local, mas todos os locais e momentos no serviço de saúde”.

Dessa forma, a qualificação e humanização da assistência/atenção à saúde são reforçadas por meio da centralização do processo nos usuários e nas famílias, valorizando a inclusão

pela reciprocidade de reconhecimento. “Exerce-se uma análise (avaliação) e uma ordenação (classificação) da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos” (BRASIL, 2004, p. 17).

Convém destacar uma trindade de sentidos neste escopo. O primeiro sentido remete o acolhimento a uma forma de tecnologia para o cuidado, voltada para os aspectos relacionais (interativos) entre os interessados (força de trabalho e usuários). O segundo, por sua vez, compreende o acolhimento enquanto instrumento de facilitação de acesso, pois visa acolher demandas e atendê-las em tempo oportuno. E, finalmente, o terceiro o caracteriza como dispositivo estruturante para organização do processo de trabalho (VILAR; LOPES; MELO, 2015).

Seria fantasioso considerar que, no dia a dia, durante os momentos de acolhimento, apenas os aspectos positivos seriam evidenciados numa arena micropolítica em que se disputam e negociam ansiedades e necessidades. As relações dos profissionais/trabalhadores de saúde (entre si e com os usuários) são ambíguas porque constroem, sustentam ou minimizam os modos de ser e de ver, os conceitos e os contextos emocionais e instrumentais, o interesse e desinteresse em si e no outro (MELO; VILAR, 2017).

Em revisão integrativa, Coutinho, Barbieri e Santos (2015) identificaram diversos fatores facilitadores e dificultadores – por parte dos profissionais – e percepções de satisfação e insatisfação – da parte dos usuários –, quanto ao acolhimento. Para aqueles, há de positivo: a receptividade da comunidade, os espaços de conversação e a visibilidade (reconhecimento) do trabalho. E, de negativo: a burocracia, a resistência/indiferença, a sobrecarga de trabalho, e a falta de: espaço físico adequado; privacidade; valorização; recursos humanos (preparo); organização (agendas); e comunicação. Para estes, a satisfação fluiu com: bom atendimento, escuta às queixas, ambiência, responsabilização, comprometimento e resolução dos problemas. Enquanto o sentimento de insatisfação imperou na dificuldade de acesso, na demora para marcação/resultados de exames, na impessoalidade das relações e na falta de: recursos materiais e humanos; privacidade; respeito; e preparo dos profissionais.

Na tentativa, com sucesso ou insucesso, de implementação do ideário do acolhimento, podem ocorrer desencontros entre a teoria e a prática, entre a estrutura normativa e a realidade assistencial de cada território de adscrição. Os cenários reais possuem diversos jogos, simbólicos e materiais, de identificação e diferenciação, de hierarquização e poder, que determinam o dualismo entre a obrigação – representada pela normalização das instituições, na tutela do controle, na hegemonia da racionalidade impessoal – e a liberdade, da singularidade, sensibilidade e autonomia na forma de organizar o cuidado (SPERONI; MENEZES, 2014).

O acolhimento tem sido “vendido” como um valor da marca “humanização” aos que dele necessitam ou utilizam. Suas variações de interação não dizem respeito apenas às regras definidas por cada organização, mas, também, à disposição de cada funcionário em acolher. Não se deve permitir que o processo de acolhimento seja reduzido exclusivamente a qualquer sistema de classificação de risco ou de triagem, arriscando servir, em alguns contextos, como um artifício para camuflar a oferta de carteiras de serviços insuficientes. “Neste contexto, a pretensa autonomia do usuário como sujeito de direitos permaneceria subordinada a diretrizes institucionais [...] que assegura a autoridade do sistema e o poder de seus

representantes” (SPERONI; MENEZES, 2014, p. 385). Na frente de batalha deve prevalecer uma prática solidária que permita o estabelecimento de alianças, mesmo com os conflitos existentes, entre usuários e profissionais de saúde, em prol da garantia dos atributos da APS para a população.

Uma ferramenta complementar, centrada na equipe, surgiu apostando na ampliação dos olhares sobre os determinantes sociais do processo de saúde-doença-cuidado, reorganizando o acesso dos usuários aos serviços de saúde. Trata-se do acolhimento coletivo, que se faz inovador por valorizar o trabalho vivo em espaços criadores e promotores de integração. É feito em roda, onde olhares e expectativas se cruzam durante a conversação e a negociação das necessidades de saúde dos usuários (CAVALCANTE FILHO et al., 2009).

O acolhimento coletivo não é uma triagem. Extrapola a classificação de riscos que determina a sequência de ações em prol da recuperação da saúde. Não é uma sala de espera. É um espaço de encontro onde o conhecimento circula e não somente é transmitido dos sabidos para os ignorantes. Não é uma pré-consulta. É a integração de trabalhadores e usuários para a construção de projetos terapêuticos individuais e coletivos considerando expectativas, referenciais teóricos, desejos, sentimentos e experiências (CAVALCANTE FILHO et al., 2009, p. 326).

As situações consideradas mais graves recebem atenção imediata. As demandas mais agudas são atendidas no mesmo turno ou resto do dia e as demais ocasiões não urgentes se acomodam na articulação entre as agendas profissionais e as ofertas de atividades individuais e coletivas ao longo da semana. Convém esclarecer que existem necessidades e negociações que só surgem durante a abordagem individual, com privacidade. O arranjo coletivo complementa a escuta qualificada, entretanto exige infraestrutura física adequada das unidades de saúde (requisito ausente em diversas realidades brasileiras), para que seja possível a acomodação de todos os participantes de forma, também, acolhedora (CAVALCANTE FILHO et al., 2009).

A conversa ou conversação possui grande potência de uso durante o processo de acolhimento. O intercâmbio de ideias, opiniões e expectativas possibilita o compartilhamento do saber prático, agregando valores, sentimentos, emoções e crenças que desencadeiam mudanças nas rotinas estabelecidas. A conversação solidifica uma prática em que são respeitadas as representações populares em um ambiente conflitivo, cooperativo e formador de consensos, minimizando resistências quanto à escuta, problematização e reflexão, pois fornece a possibilidade de se fazer entender, compreender a si mesmo e ao outro (MELO, 2016).

Outro modo de enfrentamento desta problemática é o chamado acesso avançado, um sistema que considera o agendamento de consultas na proporção de 70% para a demanda espontânea e de 30% para a demanda programada aos usuários, no mesmo dia ou em até 48 horas após o primeiro contato com o serviço de saúde. Alguns estudos mostram uma associação positiva com a organização das demandas, com a resolutividade dos serviços e com a satisfação dos usuários, após sua implantação, inclusive com redução de faltas às consultas programadas. Trabalha-se a partir de um número de consultas suficientes

para reduzir a espera no dia, sem restringir as consultas futuras, o que requer comprometimento multiprofissional e reavaliação constante do processo de trabalho (ROCHA; BOCCHI; GODOY, 2016).

O acolhimento é também uma diretriz ética, estética e política. Isso porque se movimenta na relação com a alteridade, na invenção de novas formas de acolher, reafirmando compromissos coletivos com o cuidado do outro e com a construção de políticas de saúde transversais, subvertendo a individualização do fracasso que reduz o sujeito à doença. Sendo, ainda, produto e produtor de afetos, desestabiliza os envolvidos, tornando impossível o acolher sem ser acolhido (ROMANINI; GUARESCHI; ROSO, 2017).

Apesar de todos os esforços para equilibrar as demandas espontânea e programada, ainda persistem, em várias realidades, algumas barreiras que modulam a resolução dessa complexa equação. Entre elas: o excessivo número de usuários e famílias sob responsabilidade das equipes de saúde, que faz a demanda por consulta ultrapassar a capacidade de acesso oportuno; a distância geográfica, nos cenários rurais, a qual dificulta o acesso às pessoas com dificuldade de transporte e locomoção (acamados, domiciliados); a falta de um horário de cuidado estendido na APS; a inadequação de perfis profissionais para ampliação da clínica; o número de equipes não consistidas e/ou com elevada rotatividade de profissionais (ROCHA; BOCCHI; GODOY, 2016).

O acolhimento pode e deve ser um dos principais meios para avaliação da satisfação dos usuários, visto que representa um instrumento gerencial regulador de fluxos capaz de contribuir para organização do processo de trabalho, além de ser um emergente transformador de práticas. Tornam-se imperiosas a proximidade e a coparticipação dos gestores locais, distritais e demais instâncias gerenciais para apoio institucional aos técnicos das unidades de APS, durante as reuniões sistemáticas, compartilhando sucessos e fracassos das estratégias de reconstrução de práticas (SILVA; ROMANO, 2015).

Para Lopes, Vilar e Melo (2015), as relações sociais, durante o acolhimento, são permeadas pela reciprocidade, pois quem se relaciona (acolhe ou é acolhido) sempre tem algo a oferecer, mas também espera do outro algo em troca. Na essência, o acolhimento pretende humanizar as relações entre os representantes dos serviços de saúde e seus usuários, por meio de escuta qualificada, formação de vínculo e respeito, com a responsabilização pela solução de seus problemas.

De forma geral, no contexto da APS, o acolhimento ainda se encontra fragmentado, mediado pela verticalização das relações de biopoder, permeado por estruturas normativas rígidas que limitam o agir, moldado a perfis profissionais desinteressados no outro e, até mesmo, em si. Diante disso, é preciso valorizar a liberdade e a harmonia de compor, a várias mãos e mentes, as melodias necessárias e os arranjos inovadores para a produção do cuidado.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017.
- BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. **HumanizaSUS**: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- CAVALCANTE FILHO, J. B. *et al.* Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 31, p. 315-328, dez. 2009.
- COUTINHO, L. R. P.; BARBIERE, A. R.; SANTOS, M. L. M. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 514-524, jun. 2015.
- LOPES, A. S.; VILAR, R. L. A.; MELO, R. H. V. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 114-123, mar. 2015.
- MELO, R. H. V. **Versando saúde coletiva**: textos, poemas & rodapés. Natal: EDUFRN, 2016.
- MELO, R. H. V.; VILAR, R. L. A. As interações sociais entre profissionais de saúde: dádiva ou cruz? *In*: LOPES, J. A. V.; MARTINS, P. H.; LACERDA, A. (org.). **Dádiva, Cultura e Sociedade**. Rio de Janeiro: Fundação Casa de Rui Barbosa, 2017. p. 87-104.
- ROCHA, S. A.; BOCCHI, S. C. M.; GODOY, M. F. Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 87-111, mar. 2016.
- ROMANINI, M.; GUARESCHI, P. A.; ROSO, A. O conceito de acolhimento em ato: reflexões a partir dos encontros com usuários e profissionais da rede. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 486-499, abr. 2017.
- SILVA, T. F.; ROMANO, V. F. Sobre o acolhimento: discurso e prática em Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 363-374, jun. 2015.
- SPERONI, A. V.; MENEZES, R. A. Os sentidos do Acolhimento: um estudo sobre o acesso à atenção básica em saúde no Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 380-385, dez. 2014.
- VILAR, R. L. A.; LOPES, A. S.; MELO, R. H. V. Acolhimento e especificações do âmbito hospitalar e da Atenção Primária à Saúde. *In*: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM; KALINOWSKI, C. E.; CROZETA, K.; FONSECA, R. M. G. S. (org.). **PROENF Programa de Atualização em Enfermagem**: Atenção Primária e Saúde da Família: Ciclo 3. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2015. p. 33-49. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 3).

RELATOS DE EXPERIÊNCIAS

ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA E PROGRAMADA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



OS DESAFIOS DO ACOLHIMENTO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EDNA BEZERRA DINIZ, NO MUNICÍPIO DE BOA VISTA/RR

Amanda Pereira Triani
Isabelle Katherinne Fernandes Costa

Neste relato irei abordar como se deu a implantação do acolhimento na Unidade Básica de Saúde (UBS) Edna Bezerra Diniz, situada em Boa Vista, capital de Roraima.

A Estratégia Saúde da Família é considerada, atualmente, como um eixo estratégico e reorganizador do Sistema Único de Saúde – SUS (ABRAHÃO, 2007; MENDES, 2013).

Dentre as novas propostas de estruturação da Atenção Primária, destaca-se a Política Nacional de Humanização (PNH). A partir de orientações éticas, clínicas e políticas, a PNH visa reorganizar processos e arranjos de trabalho. Uma das estratégias que a norteiam é o acolhimento (BRASIL, 2006). Ele surgiu a partir das discussões sobre a reorientação da atenção à saúde e vai além da recepção ao usuário, considerando o contexto da atenção desde a entrada deste no sistema (HENNINGTON, 2005).

A partir do reconhecimento de que o acesso a um cuidado justo, ampliado e integral, por meio da multiprofissionalidade e intersectorialidade, é um direito humano fundamental, o acolhimento surge como ferramenta capaz de possibilitar que o SUS cumpra seus princípios constitucionais (COUTINHO; BARBIERE; SANTOS, 2015).

A implantação do acolhimento em nossa UBS se deu cerca de dois meses após sua inauguração. Houve uma mobilização de toda a equipe, a fim de aprofundar-se no tema, já que nem todos os integrantes tinham conhecimento do assunto. Diante disso, foi solicitado em reunião, após explanação dos pontos principais sobre o acolhimento, que a equipe estudasse o Caderno 28 do Ministério da Saúde, que trata sobre o tema.

Devido à agenda médica, inicialmente, ser mais cheia que a do enfermeiro, decidiu-se que ele faria a classificação de risco no primeiro horário e o técnico de enfermagem seguiria até o fim do turno com um acolhimento mais minucioso para detectar alguma situação de risco que justificasse um atendimento prioritário. Para isso, o técnico foi orientado a esclarecer dúvidas com o enfermeiro, ou médica, durante o resto do turno.

No primeiro dia de implantação do acolhimento e durante toda a semana que se seguiu, tivemos várias dificuldades. O sistema que utilizamos, o Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS), apenas permite que o técnico faça uma triagem. Então, após o

primeiro horário de classificação de risco feito pelo enfermeiro, o que temos é o retorno da triagem, o que já desconfigura o acolhimento com classificação de risco.

Outra dificuldade gerada por esse sistema é que sua classificação de risco é feita de acordo com os critérios de Manchester, de modo que se trata de uma ferramenta de características hospitalocêntricas que ainda não se readaptou para Atenção Básica, apesar dos inúmeros pedidos dos trabalhadores que o utilizam há cerca de um ano no município de Boa Vista (RR). Os critérios de Manchester no sistema geram confusão na avaliação do paciente em sua classificação de risco no contexto da Atenção Básica.

Outro ponto relatado pelo enfermeiro foi a dificuldade de organizar a ordem das prioridades para a escuta qualificada. Com o acolhimento, a nossa unidade lotou; havia inclusive pessoas sentadas no chão, o que gerou estresse em toda a equipe, devido ao barulho e à interferência em nossa comunicação. O enfermeiro chamava as pessoas por ordem de chegada, porém ficava preocupado em saber se não havia alguém com febre, dor intensa, diarreia e afins para priorizar a escuta desses usuários, tendo que ir até a sala de espera para fazer essas perguntas, pois o sistema não diferencia essas pessoas para tal.

Porém, tal medida ficou inviável com a superlotação da unidade e com o fato de nossa população ser muito exigente – parcela expressiva quer ser atendida, no máximo, dentro de uma hora de espera, apesar das inúmeras explicações de como funciona o atendimento das prioridades. Dessa forma, alguns acabavam distorcendo as questões relativas a seus sintomas a fim de logo serem atendidos. Isso gerou desgaste na equipe.

Além disso, com o aumento da população de imigrantes venezuelanos e com a existência de um abrigo próximo a nossa UBS, recebemos uma demanda expressiva dessa população e suas queixas priorizam o seu atendimento, pois geralmente trata-se de crianças com febre associada à alguma infecção respiratória ou do trato gastrointestinal. Todavia, por enquanto, somos uma Equipe de Saúde da Família e esta demanda extrapola a nossa capacidade de atendimento. Então, temos que encaminhar alguns desses pacientes para unidades próximas, as quais também estão sofrendo com a pressão migratória na cidade, ou para os hospitais, que estão com a mesma dificuldade.

O acolhimento em nossa unidade se deu por cerca de uma semana e meia, pois o enfermeiro foi deslocado novamente da unidade para estratégias de vacinação na cidade contra o sarampo. Porém, com as dificuldades que observamos, há uma preocupação por parte de nossa equipe com a execução do nosso papel de Atenção Básica, de forma que os problemas relatados possam afetar nossas reuniões, visitas domiciliares e atividades de educação em saúde, por exemplo.

Há um consenso na nossa equipe de que o acolhimento é uma boa ferramenta para a execução do princípio da equidade do SUS. Porém, ainda é cedo para avaliar seus impactos positivos.

A literatura corrobora a existência das dificuldades e evidencia a falta de normatização e padronização para a prática do acolhimento. Em revisão integrativa sobre o acolhimento na Atenção Primária, Coutinho, Barbieri e Santos (2015) verificaram que ele ainda não está totalmente sistematizado nos modelos de atenção à saúde, fato este que pode ser uma das

causas para as dificuldades apresentadas, tanto pelos profissionais quanto por usuários. Portanto, faz-se necessário organizar o serviço, pautando-o em normatizações e incentivos à educação permanente.

A estratégia de como o acolhimento com classificação de risco será feito, em nossa unidade, precisa ser rediscutida pela equipe. Atualmente, estamos sem a classificação de risco realizada por um profissional de ensino superior, devido aos frequentes deslocamentos do enfermeiro da UBS em virtude das ações contra o sarampo, citadas anteriormente. Toda a equipe acolhe o usuário e avisa à médica se há algum caso de dor, febre e afins para que seja priorizado o atendimento desta pessoa, se ainda houver vagas no dia. Porém, isso ainda ocorre de forma não sistematizada.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde. **Informe-se em Promoção da Saúde**, Niterói, v. 3, n. 1, p. 1-3, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

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

HENNINGTON, E. A. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 256-265, fev. 2005.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.

PERFIL DA DEMANDA ESPONTÂNEA E AGENDADA NA UNIDADE DE SAÚDE DE SANTA LUZIA I, NO MUNICÍPIO DE TOUROS/RN

Joice Cristina Dantas Brandão Marinho
Maria Betânia Morais de Paiva

Dando continuidade às intervenções sugeridas durante este módulo, nossa Equipe de Atenção Básica (EAB) – composta pela enfermeira, pela técnica de enfermagem e por quatro agentes comunitárias de saúde (ACS) –, discutiu sobre outro grande problema existente em nossa unidade: o adequado acolhimento à demanda espontânea e programada.

O acolhimento surgiu a partir das discussões sobre a reorientação da atenção à saúde, sendo elemento fundamental para a reorganização da assistência em diversos serviços de saúde, direcionando a modificação do modelo tecnoassistencial. É um dispositivo que está inserido na Política de Humanização do Ministério da Saúde (HumanizaSUS), e que vai além da recepção ao usuário, pois considera toda a situação da atenção a partir da entrada deste no sistema. Acolher significa humanizar o atendimento (HENNINGTON, 2005).

O acolhimento possibilita uma reflexão acerca dos processos de trabalho em saúde, pois estabelece uma relação concreta e de confiança entre o usuário e o profissional ou a equipe, estando diretamente orientado pelos princípios do SUS (BRASIL, 2010), podendo atender às demandas da sociedade e estabelecer relação com os outros serviços de saúde, de maneira regionalizada e hierarquizada. Ele facilita, dinamiza e organiza o trabalho de forma a auxiliar os profissionais a atingirem as metas dos programas, a melhorarem o trabalho e executarem um bom atendimento, predispondo a resolutividade do problema (CARDOSO *et al.*, 2009).

Cientes de que a criação e manutenção do vínculo do usuário com a unidade de saúde dar-se-á a partir deste primeiro contato, faz-se necessária a implementação do acolhimento em todas as unidades básicas de saúde (UBS). Em nossa UBS, propusemos, durante reunião, realizar um estudo do perfil da demanda espontânea e programada que chega diariamente à unidade, a fim de iniciarmos o projeto de implementação de um adequado acolhimento aos usuários, com base em suas necessidades, uma vez que nunca se foi discutido e proposto nada sobre esse tema.

A agenda programada da unidade consta de: um dia para atendimento geral de crianças e do Programa de Crescimento e Desenvolvimento; outro dia para pré-natal e atendimento de planejamento reprodutivo; um dia destinado ao atendimento de clínica geral; e outro dia voltado para os programas de doenças crônicas e visitas domiciliares. Fora essa demanda agendada, há sempre as demandas espontâneas, que muitas vezes equivalem em quantidade à demanda agendada. Assim, na unidade existem quatro dias de atendimento com

agenda programada e um dia dedicado à demanda espontânea e outras atividades, como reuniões de equipe ou planejamento da assistência.

Justamente por haver esse excesso de demanda espontânea, nossa equipe acredita ser de extrema importância realizar este perfil para que possamos melhorar nosso acolhimento e agendamento das consultas programadas. Na unidade, não há um funcionário responsável e disponível para tal função, isto é, para realizar a escuta qualificada, muito menos um espaço destinado a isso, por falta de estrutura física. Sendo assim, em muitas circunstâncias ocorre a entrada do paciente diretamente para a sala do médico ou do enfermeiro, fato este que compromete a organização dos atendimentos, atrasando o andamento das consultas já agendadas.

O trabalho de estudo do perfil dos usuários de demanda espontânea foi realizado pela equipe durante sete dias. Como as demandas agendadas já seguem um cronograma, como referido acima, já dispomos do perfil de atendimento desses usuários. Dessa forma, julgamos mais importante estudar o perfil da demanda espontânea para que assim pudéssemos encaixar esses pacientes na demanda programada ou direcioná-los ao atendimento adequado no dia, conforme o caso. Criamos uma tabela, na qual foram colocados os seguintes dados: horário de procura da unidade; idade do usuário; gênero sexual; motivo da procura à unidade; e desfecho do paciente. A partir desses dados, fizemos um planejamento de como poderíamos orientar e direcionar essa demanda de forma adequada com base nas premissas de um adequado acolhimento e escuta qualificada.

Durante sete dias, avaliamos o perfil de cada usuário que chegou à unidade, fora da demanda agendada, buscando atendimento médico. Verificamos que o total de atendimentos durante a semana foi de 140, sendo 45 provenientes de demanda espontânea (não agendada). O horário mais procurado para atendimento foi das 11 horas às 13 horas, provavelmente devido à menor quantidade de usuários na unidade a esta hora, uma vez que a maioria já foi atendida. A idade dos usuários variou bastante, desde lactentes a idosos, porém as faixas etárias abaixo dos cinco anos e acima dos 35 anos predominaram. Com relação ao gênero sexual que mais procura a unidade sem agendamento, o feminino corresponde a 60% dos usuários.

Dentre os principais motivos de procurarem a unidade, encontramos: renovação de receitas controladas; febre/cefaleia; solicitação de exames; necessidade de mostrar resultados de exames; diarreia; infecção de via aérea superior; e amenorreia acompanhada de medo de estar grávida.

Com base neste perfil, os desfechos mais comuns para esses usuários foram: atendimento no dia de acordo com a prioridade e classificação de risco, marcação de consulta agendada, encaminhamento para o hospital e orientações gerais.

Durante a execução desta atividade, houve bastante dificuldade para se conseguir um profissional disponível para realizar a escuta qualificada, além de não haver um ambiente adequado para isso. Tivemos que alternar os profissionais que realizavam a escuta a esses usuários entre técnica de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS).

Apesar das dificuldades, a partir deste perfil que obtivemos, concluímos, mais uma vez, que se faz necessária uma política de saúde em nossa área voltada para saúde mental, uma vez que a grande maioria dos atendimentos era de renovação de receitas controladas de psicotrópicos. Além disso, é importante também orientar sobre a real necessidade de se solicitar determinados exames de rotina, bem como agendar os usuários que já apresentem esses resultados em mãos, para que assim possamos fazer um acompanhamento adequado desses pacientes.

Percebemos também como há falha estrutural e de recursos humanos para se realizar um adequado acolhimento na unidade. Além disso, existem hábitos populacionais já arraigados na população, de tal forma que muitos querem ser atendidos por qualquer motivo e unicamente pelo médico, não querendo ouvir orientações de outros profissionais. A partir disso, organizamos uma reunião com a Secretaria de Saúde do Município (SMS), solicitando uma melhor infraestrutura de atendimento e capacitação profissional para realizar esse acolhimento.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília, 2010.

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

HENNINGTON, E. A. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 256-265, fev. 2005.

ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA UBS CASTANHEIRA, EM LARANJAL DO JARI/AP

Edith Dolores De Armas Muñoz
Cleyton Cezar Souto Silva

O acesso ao sistema de saúde está diretamente relacionado às necessidades de qualificar e viabilizar a resolução das demandas dos usuários, tendo como porta de entrada o acolhimento. A Equipe de Saúde da Família tem sua produção de vínculo e confiança construída por meio do ato de acolher, que não está de forma alguma limitado ao espaço físico de uma recepção, devendo ser um ato contínuo. Souza et al. (2008) afirmam que o acolhimento é uma forma de garantir o acesso de todo usuário, propiciando vínculo entre comunidade e equipe, com a possibilidade de refletir sobre o processo de trabalho para realizar um cuidado de forma integral.

Em 2003, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Humanização (PNH), com intuito de melhorar a qualidade do acesso aos serviços de saúde, desenvolvendo atividades focadas na humanização do cuidado (BRASIL, 2003).

Como fruto do HumanizaSUS, foi produzida, em 2004, a cartilha da PNH, intitulada “Acolhimento com classificação de risco”, indicando-o como uma ação técnico-assistencial que pressupõe mudanças da relação profissional/usuário por meio de parâmetros técnicos-éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde. Na Atenção Primária à Saúde (APS), os parâmetros para acompanhamento da implantação da PNH incluem formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema (BRASIL, 2004).

O acolhimento é prática integrante da PNH, com a intenção de melhorar o processo de trabalho nos serviços básicos de saúde, principalmente no que diz respeito à demanda espontânea. No ano de 2013, ano este em que o acolhimento foi tema da Conferência Nacional de Saúde, o Ministério da Saúde lançou em seus Cadernos de Atenção Básica dois volumes voltados para o tema do acolhimento às demandas espontâneas (BRASIL, 2013).

A implementação do acolhimento como prática nas unidades básicas de saúde tem por finalidade não apenas fornecer escuta qualificada aos usuários do serviço, mas melhorar a atenção a estes, priorizando uma mudança no modelo de atendimento por meio da classificação de risco e avaliação de vulnerabilidades, não só do indivíduo, como do coletivo (FIGUEIREDO, 2010).

Na prática dos serviços de saúde, ao se colocar em exercício o acolhimento e a classificação de risco dos usuários, mudanças nos processos de trabalho tornam-se essenciais para um

bom desenvolvimento da assistência. Este processo depende do entendimento não só dos usuários, mas principalmente dos profissionais da equipe, para que a adaptação aos novos processos se torne positiva e bem aceita por todos (BRASIL, 2013).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como uma de suas principais missões o papel fundamental de servir como porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS) e via de acesso para o cumprimento efetivo de suas diretrizes básicas: a universalidade, a integralidade e a equidade, por meio do acolhimento qualificado. Matumoto, Mishima e Pinto (2001) explicam que o acolhimento é determinado pela concepção de ser humano e de saúde-doença em que o trabalho se baseia, porque acolher desvenda o modo como se efetiva a implantação do SUS e como os trabalhadores envolvidos se posicionam frente ao tema da saúde como direito de todos e de cidadania, por meio dos princípios da universalidade, equidade, integralidade e acesso.

Na unidade de saúde em questão, já está implantada a estratégia de acolhimento com classificação de risco. A equipe de saúde da UBS Castanheira começou esta atividade no ano de 2016, em uma das reuniões com os profissionais cujo objetivo era implantar este tipo de estratégia para qualificar a assistência oferecida à comunidade. Esta reunião tinha entre seus objetivos melhorar o funcionamento das demandas e propor um plano de ação para organizar a demanda espontânea e programada para a Equipe de Saúde da Família, assim como buscar a redução da demanda espontânea na UBS, procurando aumentar o atendimento programado de todos os ciclos de vida, portadores de processos patológicos ou não, de modo a buscar a promoção de saúde e a redução de atendimentos de urgência.

As principais dificuldades constatadas durante o início da atividade eram: grandes quantidades de pacientes à procura de atendimento por demanda espontânea – de forma que parte da população que deveria ser atendida ao buscar a prevenção de doenças e promoção de saúde acaba não procurando atendimento (dada sua demora); problemas no planejamento de atendimentos da população com doenças crônicas; e falta de capacitação da equipe nessa atividade de acolhimento.

Construiu-se um plano de intervenção para organizar as demandas espontâneas e programadas na equipe de saúde, sendo possível perceber que os usuários da Atenção Básica, muitas vezes, tinham dependência em relação ao profissional, buscando nele a única opção de conhecimento e orientação em saúde. Nesse sentido, a equipe observou um aporte desmedido à UBS de pessoas em situação de demanda espontânea, sendo que, na maioria das vezes, a procura não se justificava ou não se tratava de situação emergencial de saúde.

Inicialmente, foi proposta uma modificação na abordagem durante o acolhimento aos usuários da unidade. Para tal, foi realizada uma capacitação dos profissionais da equipe, padronizando os fluxos de atendimentos e orientação, de modo a buscar uniformizar as informações e o tipo de abordagem prestada aos usuários,

A partir dessa capacitação, foram enfatizados: a recepção na chegada do usuário; as prioridades para escuta qualificada; o objetivo do acolhimento; as funções do ACS no acolhimento; o fluxo quando o usuário chega à UBS; as funções da equipe de saúde na sala de atividade coletiva; os fluxos para gerenciamento de agenda de puericultura; a promoção à saúde (grupos); os atendimentos por turnos (prevenção); o pré-natal; e os cronogramas de

demandas programadas de atenção aos portadores de doenças crônicas, como hipertensos e diabéticos, e demandas livres. Houve uma implementação gradual das demais ações planejadas, estando todos os profissionais capacitados para fornecer orientações e redirecionar os usuários para as ações planejadas, de acordo com a demanda apresentada.

Para melhorar a implantação do acolhimento foram necessários o comprometimento e a responsabilização integral da equipe, desde a recepção do usuário até a saída do paciente da UBS. Isso foi feito ordenando os atendimentos por critérios de avaliação de risco, e não por ordem de chegada, entregando o prontuário para o usuário e encaminhando-o para a sala de atividade coletiva, realizando as escutas qualificadas e individualizadas de forma a garantir a privacidade do usuário, e aumentando o grau de satisfação deste com a utilização dos protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento.

Também foram importantes as reuniões da equipe de saúde para discutir como estava sendo feito o atendimento no serviço, englobando desde a chegada do paciente ao serviço de saúde, a quem o recebe, quem o orienta e para onde ele vai depois do atendimento. Ou seja, todas as etapas que ele percorre e como é atendido em cada uma dessas etapas. Toda essa discussão com a equipe mostrou que o cenário pode ser mudado para que o usuário seja melhor acolhido.

Na tentativa de aumentar a integração entre a equipe, no início das ações, foi determinado que esta tivesse uma gestão do trabalho compartilhada, em que todos os atores sejam responsáveis pelas ações. Por meio do acolhimento articularam-se as outras ações da equipe, aumentando a adesão da população às ações programadas individuais e coletivas. Além disso, a aceitação dos usuários foi muito positiva, tendo facilitado o acesso no atendimento nas situações em que de fato seja preciso atender no mesmo dia e, se necessário, seja feito o cuidado continuado e programado.

Em relação às demandas espontâneas, como foco inicial de dificuldades ao início das atividades, foi possível identificar uma redução, não no volume, mas sim no tipo de demanda, pois grande parte dos usuários com queixas crônicas foram redirecionados para as atividades programadas da equipe.

Atualmente, a equipe realiza o acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidades, bem como consultas médicas com prioridades para os pacientes que apresentam riscos de agravo à saúde, de forma que o atendimento é feito em até 20 minutos. Também são realizadas consultas médicas sem prioridade para os pacientes que apresentam alterações nos sinais vitais, mas sem risco de agravo à saúde, sendo atendidos após término das consultas agendadas. O processo ocorre da mesma maneira em relação às consultas de enfermagem ou agendamentos, englobando os pacientes com queixas recentes ou agudas que não ultrapassam 15 dias, e sem risco de agravo à saúde, de modo que devem ser avaliados pela enfermeira ou encaminhados para agendamento na sexta-feira. Também são realizados agendamentos de consultas dos usuários que não apresentam nenhum risco de agravo à saúde.

Nossa equipe tem, em sua organização da agenda, em relação à demanda de cuidado continuado programado (cuja próxima consulta é marcada no final da consulta anterior): gestantes; crianças até os dois anos; diabéticos; pacientes com hipertensão arterial; e pacientes com asma. Além disso, a equipe realiza acolhimento à demanda espontânea

durante todo o período de funcionamento da UBS, no horário da manhã e da tarde, oferecendo acolhimento humanizado a todos os usuários do território, com escuta qualificada, utilização de protocolos e definição de critérios para agendamentos de consultas, além do primeiro atendimento dos usuários que precisam ser atendidos no dia e de atendimento às urgências, referenciando para outros pontos da rede de atenção. Assim, são garantidos o acesso e a resolutividade, utilizando os dados do acolhimento para orientar e reorientar o planejamento das ações .

Sobre as limitações percebidas, a Estratégia Saúde da família da UBS Castanheira tem como um de seus principais desafios o desenvolvimento do processo de trabalho embasado em planejamento de ações e na organização do acesso das demandas espontâneas e programadas. Diante disso, utiliza-se como principal ferramenta de planejamento o acolhimento, o qual foi implementado com o intuito de reorganizar o acesso ao SUS e dar direcionamento às demandas da população adscrita. Tendo como um de seus eixos de trabalho a promoção da saúde e a prevenção de agravos por meio do acompanhamento clínico longitudinal, as agendas dos profissionais da equipe são organizadas de forma programada, com turnos direcionados previamente para realização de visitas domiciliares, interconsultas com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), além das consultas pré-natal, puericultura e exames preventivos .

Esse processo nos convoca ao desafio de construirmos alianças éticas com a produção da vida, em que o compromisso singular com os sujeitos, usuários e profissionais de saúde esteja no centro desse processo, de modo que essas alianças impliquem um processo que estimula a corresponsabilização.

Além de colocar em ação o acolhimento como diretriz operacional, uma nova atitude de mudança no fazer em saúde implica: protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde; reorganização da equipe de saúde a partir da reflexão e problematização dos processos de trabalho, de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional encarregada da escuta e resolução dos problemas do usuário; elaboração de projeto terapêutico individual e coletivo com horizontalização por linhas de cuidado; e mudanças estruturais na forma de gestão do serviço de saúde, ampliando os espaços democráticos de discussão e decisão, de escuta, trocas e decisões coletivas (REDE HUMANIZA SUS, 2018).

Também a equipe, neste processo, pode garantir acolhimento para seus profissionais e às dificuldades de seus componentes na acolhida à demanda da população. Ademais, preza-se por uma postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário, que incluam sua cultura, seus saberes e sua capacidade de avaliar riscos.

Ao fim da avaliação da atividade implantada, uma mudança positiva no fluxo da demanda espontânea foi encontrada, aumentando a adesão dos usuários às atividades programadas individuais e coletivas da equipe. Com a iniciativa de procura dos usuários pelas atividades programadas, foi possível que parte da população passasse a entender a organização da unidade de saúde, identificando que o acolhimento se tornou uma forma de inclusão do usuário ao serviço por meio das informações fornecidas pela equipe aos usuários.

Mudanças nos hábitos de vida e nos processos de trabalho são ações que estão em constante evolução, logo, devem ser alvos de avaliação constante. Para que a melhoria promo-

vida no processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família de Castanheira se mantenha e evolua de forma crescente, é necessária uma manutenção das ações de forma igualitária entre os profissionais, pois, com a implantação das ações, foi identificado que a população se adaptou ao processo de trabalho implantado, desde que a equipe estivesse envolvida e participativa neste.

Como melhorias no processo de trabalho e na atenção à saúde da população após o acolhimento, espera-se: reduzir a demanda espontânea na Unidade Básica de Saúde; contemplar o acolhimento programado, na agenda dos profissionais de saúde, demonstrando uma organização de serviços por parte da equipe, salientando-se que este resultado deve estar em acordo com os princípios da vigilância em saúde proposto pela saúde da família; aumentar o atendimento a todos os ciclos de vida, portadores de doenças ou não, buscando promoção de saúde e a redução de atendimentos ambulatoriais de urgência; avaliar e monitorar a demanda espontânea e programada no serviço de Atenção Básica.

A partir desta atividade, foi possível aprender que nosso trabalho em saúde é multiprofissional e multidisciplinar. Foi também viável constatar a necessidade de uma programação que atenda às diferentes especificidades do processo de trabalho, acolhendo as expertises dos diferentes profissionais.

A organização do atendimento da demanda da população na forma de agenda programática possibilita estratégias de abordagem ao indivíduo por meio da consulta programada e por participação em atividades de grupo, que ocorrem quando necessárias, visando que sejam executadas com qualidade e eficácia. Isso leva a uma maior adesão por parte do usuário às atividades de promoção da saúde, do autocuidado, propiciando adesão ao tratamento e, conseqüentemente, aumento do vínculo do usuário com a equipe de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à Demanda Espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Acolhimento com classificação de risco. Brasília, 2004. (Série Cartilhas da PNH).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

FIGUEIREDO, E. N. **Implantação do acolhimento e classificação de risco em unidades básicas de saúde**: desafios para o profissional da enfermagem. 2010. 28 f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em saúde da Família) – Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

MATUMOTO, S.; MISHIMA, S. M.; PINTO, I. C. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 233-241, fev. 2001.

REDE HUMANIZA SUS – RHS. **Política Nacional de Humanização**. Disponível em: <http://redehumanizaus.net/politica-nacional-de-humanizacao/>. Acesso em: 18 jul. 2018.

SOUZA, E. C. F. *et al.* Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 100-110, 2008.

É POSSÍVEL HAVER ACOLHIMENTO COM DISTRIBUIÇÃO DE FICHAS?

Pierre Patrick Pacheco Lira
Daniele Vieira Dantas

A Atenção Básica constitui um dos pilares fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo, por isso, um dos eixos prioritários dos projetos e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde e pelo governo federal. Entre os pontos abordados nessas ações, estão em clara evidência aqueles pertinentes ao acesso e ao acolhimento dos usuários nos serviços de Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2013; COUTINHO; BARBIERE; SANTOS, 2015). Mas, afinal, o que se entende por acolhimento?

Existem várias definições de acolhimento, tanto nos dicionários quanto em setores como a saúde. A existência de várias definições revela os múltiplos sentidos e significados atribuídos a esse termo, de maneira legítima, como pretensões de verdade. Ou seja, o mais importante não é a busca pela definição correta ou verdadeira de acolhimento, mas a clareza e explicitação da noção de acolhimento que é adotada ou assumida situacionalmente por atores concretos, revelando perspectivas e intencionalidades. Nesse sentido, poderíamos dizer, genericamente, que o acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas (“há acolhimentos e acolhimentos”). Em outras palavras, ele não é, a priori, algo bom ou ruim, mas sim uma prática constitutiva das relações de cuidado. Sendo assim, em vez (ou além) de perguntar se, em determinado serviço, há ou não acolhimento, talvez seja mais apropriado analisar como ele se dá. O acolhimento se revela menos no discurso sobre ele do que nas práticas concretas (BRASIL, 2013, p. 19).

Frente ao exposto, esta microintervenção tem como objetivo apresentar a forma como se encontra estruturado atualmente o processo de acolhimento na Unidade de Saúde da Família (USF) Gramoré, localizada na zona norte do município de Natal, Rio Grande do Norte (RN), chamando atenção para os seus pontos positivos e negativos, bem como propondo estratégias de melhora na sua condução.

A USF Gramoré conta atualmente com quatro Equipes de Saúde da Família, sendo cada uma delas composta por médico, enfermeiro, auxiliares/técnicos de enfermagem, dentista, auxiliar de saúde bucal (ASB) e agentes comunitários de saúde (ACS). Uma das equipes, equipe 40, encontra-se atualmente desprovida de dentista. Além disso, duas enfermeiras encontram-se afastadas de suas atividades, uma por motivo de licença-maternidade e outra por motivo de férias e licença-prêmio. Até janeiro de 2018, a unidade contava com apenas dois

médicos. Àquela época, os usuários vinham sendo atendidos conforme a distribuição de fichas de atendimento, limitadas à quantidade de 20 fichas por dia, não havendo um processo bem estabelecido de acolhimento da demanda espontânea. O processo de agendamento de consultas era muito fragilizado, limitando-se aos programas de pré-natal e puericultura.

Há relatos de usuários que precisavam chegar às 3 horas da madrugada para conseguir uma ficha de atendimento, além de haver um comércio informal de fichas, visto que algumas pessoas vendiam os seus lugares nas filas ou eram pagos por terceiros a fim de retirarem uma ficha de atendimento em seu lugar. Nota-se, portanto, que o antigo sistema de distribuição de fichas dificultava o acesso dos usuários aos serviços oferecidos pela USF, sobretudo o acesso daqueles usuários mais idosos, fragilizados e com limitações físicas ou de horário.

A partir de janeiro de 2018, chegaram à unidade dois novos médicos contratados por meio do Programa Mais Médicos para o Brasil. Com a chegada desses novos profissionais, a direção da unidade decidiu implantar um sistema de acolhimento à demanda espontânea e programada. Foi estabelecido que o acolhimento deveria funcionar de segunda-feira a quinta-feira, no período da manhã, sendo cada uma das quatro equipes responsável pelo acolhimento em um desses dias.

O acolhimento deveria ser realizado por um ACS e por um profissional de nível superior (à exceção do médico, o qual deveria estar atendendo no consultório). Diariamente, cada médico seria responsável por atender até dois usuários com demanda espontânea que necessitasse de consulta no mesmo dia, sendo os demais atendimentos reservados para consultas agendadas. Os usuários que fossem atendidos no acolhimento deveriam sair da unidade com uma consulta no dia ou uma consulta agendada, as orientações necessárias ou um direcionamento a outro serviço mais adequado para atender à sua demanda.

Percebe-se, a princípio, que o estabelecimento de dias de semana e turnos específicos para o acolhimento são fatores que dificultam o acesso do usuário à unidade e está em desacordo com o princípio do verdadeiro “acolhimento”, o qual deve estar presente em todo e qualquer contato do usuário com os profissionais da USF, durante todo o seu horário de funcionamento.

A situação revela-se ainda mais problemática pelo fato de a direção da unidade ter estabelecido um limite diário de 20 fichas para o acolhimento (Figura 1). Ou seja, apenas as 20 primeiras pessoas que procurassem a unidade de forma espontânea seriam acolhidas para que pudessem ter suas consultas agendadas com o médico responsável pelo atendimento de sua área adscrita, além de haver oito fichas diárias para usuários que necessitassem de atendimento médico no mesmo dia.

Figura 1 - Ficha de acolhimento. UBS Gramoré. Natal (RN). 2018.



Fonte: Autoria própria (2018).

Mesmo apresentando falhas relevantes, o novo processo de acolhimento permitiu que o agendamento de consultas pudesse ser feito de forma mais consistente e eficaz, dando aos profissionais da equipe oportunidade de acompanharem a situação de saúde dos usuários com condições crônicas de forma planejada e organizada. Apesar disso, a necessidade de chegar à unidade de madrugada a fim de conseguir marcar uma consulta ou ser atendido no mesmo dia continuou a ocorrer, o que seguiu gerando insatisfação e críticas por parte da população.

O acolhimento precisa ser encarado como um mecanismo de ampliação e facilitação do acesso do usuário aos serviços de saúde, bem como um dispositivo de reorganização do processo de trabalho em equipe. De acordo com o Ministério da Saúde:

[...] a implantação de acolhimento da 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 na madrugada), nem é possível (nem necessário) encaminhar todas as pessoas ao médico (o acolhimento não deve se restringir a uma triagem para atendimento médico). Organizar-se a partir do acolhimento dos usuários exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população, pois são todas as ofertas que devem estar à disposição para serem agenciadas, quando necessário, na realização da escuta qualificada da demanda (BRASIL, 2013, p. 22).

De fato, não se pode enxergar o processo de acolhimento como um mecanismo estático, devendo na realidade ser encarado como um fenômeno dinâmico, com falhas e acertos, propenso a contínuos aprimoramentos e reformulações. O atual processo de acolhimento da USF Gramoré poderia ser melhorado de modo significativo ao abraçar a modelagem de equipe de acolhimento do dia, conforme proposto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), a saber:

Em unidades com mais de uma equipe, o enfermeiro e/ou técnico de enfermagem de determinada equipe ficam na linha de frente do acolhimento, atendendo os usuários que chegam por demanda espontânea de todas as áreas/equipes da unidade. O médico da equipe do acolhimento do dia fica na retaguarda do acolhimento. Todos os profissionais da equipe de acolhimento ficam com suas agendas voltadas exclusivamente para isso. Os profissionais das outras equipes da unidade, quando não estão “escalados”, não precisam reservar agenda para o acolhimento, somente atendendo aos casos agudos em situações excepcionais em que a quantidade de pessoas com tal necessidade exceder a capacidade de atendimento da equipe do acolhimento do dia. A principal vantagem dessa modelagem é que as equipes que não estão “escaladas” podem realizar as atividades programadas com mais facilidade, e as desvantagens são a menor responsabilização e vínculo entre equipe e população adscrita (quando comparado com o acolhimento por equipe) e a sobrecarga da equipe que está no acolhimento do dia, sobretudo em dias de maior demanda (BRASIL, 2013, p. 29-30).

Soma-se a isso a necessidade de estabelecer o acolhimento durante todo o horário de funcionamento da unidade, sem distribuição de fichas ou limitação do número de pessoas acolhidas. Essas medidas devem ser discutidas nas próximas reuniões das equipes e nas reuniões gerais com a administração da USF. Espera-se chegar a um delimitador comum que possa assegurar o atendimento satisfatório às necessidades dos indivíduos que procuram os serviços de saúde da unidade e que propicie menos sobrecarga para as equipes, sem prejudicar a atenção programada.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à Demanda Espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

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

A IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO E DO ACESSO AVANÇADO NA ESF III EM POÇO COMPRIDO, NO MUNICÍPIO DE BOA SAÚDE/RN

Renata Allana da Costa Pereira
Daniele Vieira Dantas

O acolhimento surge dentro do cenário da Atenção Primária com a Política Nacional de Humanização e Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), em 2004, visando uma garantia de que todos os pacientes que procuram a rede sejam atendidos, porém levando em consideração suas prioridades a partir da avaliação da vulnerabilidade, gravidade e do risco. Dessa forma, a Unidade de Saúde da Família consegue realizar uma das suas características fundamentais: a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva capaz de resolver os problemas de saúde da população da sua área (BRASIL, 2006).

Acolher é uma diretriz operacional que consiste em: atender todas as pessoas que procuram os serviços de saúde (garantindo a acessibilidade universal e o primeiro contato); reestruturar o processo de trabalho, retirando a figura do médico como eixo central da unidade e inserindo uma equipe de acolhimento qualificada para realizar a primeira escuta; e qualificar a relação trabalhador-usuário, permitindo a reestruturação do serviço e a qualidade deste (FRANCO *et al.*, 1999).

Com o acolhimento, busca-se a otimização do serviço, o fim das longas filas por espera de atendimento, a hierarquização dos riscos e o acesso aos demais níveis do sistema. Trata-se de uma importante ferramenta para organização do serviço da unidade de saúde, permitindo o reconhecimento das necessidades de saúde da população atendida (BRASIL, 2004).

O processo do acolhimento inicia-se no primeiro contato entre duas pessoas, no qual se estabelece o ouvir e a atenção. Não basta agendar uma consulta, realizar a coleta da anamnese ou um procedimento técnico, necessita-se demonstrar disponibilidade e interesse, compreensão e, acima de tudo, inclusão do próprio paciente na tomada de decisão para resolver seu problema (CAMELO *et al.*, 2000).

Todos os seres humanos merecem ser tratados com respeito e dignidade, independente de sua situação financeira ou classe social. No cuidado com a saúde não seria diferente. Muitas vezes, o paciente procura a unidade em um momento de adoecimento e fragilidade, sendo necessário ter atenção no seu cuidado e na forma como é tratado pelos profissionais. Ser chamado como uma ficha ou um número de prontuário ou não ser ouvido no momento em que mais precisa de atenção acaba sendo uma atitude desfavorável que impede o bom desenvolvimento de uma relação equipe de saúde-paciente.

Iniciamos nossas atividades na Estratégia de Saúde da Família (ESF) III em Poço Comprido, município de Boa Saúde, Rio Grande do Norte (RN), em agosto de 2017. Trata-se de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) porte I, localizada na zona rural do município, com uma população adscrita de aproximadamente 2.300 pessoas. Nos primeiros dias, houve o enfrentamento de uma grande demanda reprimida por parte da população, visto que a região estava sem atendimento médico há seis meses. Quando chegávamos à unidade, nos deparávamos com uma fila gigantesca de pacientes, dentre os quais muitos não eram ouvidos ou sequer atendidos, tendo em vista a limitação humana da equipe. Na época, foi chocante saber que alguns pacientes chegavam à unidade às 4 horas e 30 minutos da madrugada, aproximadamente, para conseguir ficha para consulta médica.

Dessa forma, ocorreu uma reunião com a equipe, na qual propusemos mudanças na nossa forma de atendimento: dividimos os dias de atendimento da unidade por área e por agente comunitário de saúde (ACS). A cada dia da semana atendemos uma região distinta que é responsabilidade de um ACS. Propusemos a construção de uma agenda médica para marcação de consultas, porém sem agendamentos de programas definidos, ou seja, no mesmo dia poderia haver atendimento de pré-natal, puericultura, paciente hipertenso/diabético e de pacientes que agendaram a consulta.

Com a implantação da mudança, foi possível perceber que, em alguns dias, não era possível atender todas as pessoas que procuravam a unidade. Normalmente, eram pacientes que procuravam a equipe sem estarem agendados, na condição de demanda espontânea, por adoecimento naquele dia. Além disso, foi possível notar que alguns pacientes que agendavam a consulta acabavam faltando por motivo de esquecimento ou por não necessitarem mais do atendimento (cerca de 20% a 30%).

Durante as reuniões do Programa Mais Médicos da V região de saúde do Estado do RN, os tutores sempre frisavam a importância de se estabelecer o acesso avançado e a importância do acolhimento para um atendimento de qualidade. Cientes dessas orientações, optamos, médica e enfermeira, pelo estabelecimento do acolhimento no posto de saúde.

Desde março de 2018, implantamos o acolhimento na ESF III - Poço Comprido. A agenda médica continua a existir, porém foi diminuído o número de consultas agendadas para 70% do total de atendimentos realizados no dia. Dessa forma, sempre existem vagas para atender os pacientes que procuram a unidade na demanda espontânea.

O ACS, por ser o primeiro funcionário a chegar à unidade, é responsável por abri-la e receber os pacientes que serão atendidos no dia. Além de checar quais destes estão agendados, ele recebe àqueles que porventura procuram o posto sem agendamento, sejam eles atendimentos de urgências ou não. Todo esse processo é realizado em uma sala reservada, para que se possa criar um ambiente de conforto e tranquilidade, de modo que o paciente se sinta seguro e amparado ao revelar o motivo de sua busca por atendimento. Nesse mesmo momento, o ACS aproveita para traçar qual o perfil de vulnerabilidade e risco do paciente, com base na escala de risco familiar de Coelho-Savassi (2004).

Quando a equipe multiprofissional chega à unidade, o ACS repassa as informações colhidas, e a enfermeira da unidade inicia o processo de triagem dos pacientes baseado no sistema de Manchester modificado (dessa forma, classifica-se os pacientes em emergentes, muito urgen-

tes, urgentes, pouco urgentes e não urgentes), permitindo decidir quais deles precisam ser atendidos no mesmo dia, quais são candidatos a um agendamento de consulta com racionalidade e quais necessitam da referência ao hospital do município seguindo protocolos clínicos.

Além disso, o acolhimento realizado pela enfermagem busca avaliar qual profissional da unidade melhor se adequa para atender a queixa do paciente (médico, enfermeiro, dentista ou técnico de enfermagem). O acolhimento foi um processo instalado em nossa unidade há poucos meses. Toda mudança, em seu início, apresenta dificuldades. No momento, estamos capacitando os ACS no uso da escala de vulnerabilidade de Coelho-Savassi. Estimulamos o uso dessa ferramenta tanto no acolhimento dos pacientes, quanto nas próprias visitas domiciliares aos pacientes da área, realizadas diariamente por esses profissionais.

Outra dificuldade que encontramos foi o recebimento da mudança pela própria população. A maioria viu a mudança como positiva, visto que facilitou o acesso à unidade sem a marcação de consultas. Porém, boa parcela de população não entende a triagem e a estratificação de risco realizada pela equipe no manejo dos pacientes da demanda espontânea. Por fim, vemos o acolhimento como uma importante ferramenta para qualificação do atendimento na ESF III. Reafirmamos: toda mudança, em seu início, é acompanhada de dificuldades, mas toda a equipe está empenhada em implantar essa ferramenta de trabalho por completo nos próximos meses.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Acolhimento com classificação de risco. Brasília, 2004. (Série Cartilhas da PNH).

CAMELO, S. H. H. *et al.* Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. v. 8, n. 4, p. 30-37, 2000.

COELHO, F.L.G.; SAVASSI, L.C.M. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Saúde da Comunidade**. v. 1, n. 2, p. 19-26, 2004.

FRANCO, T. B. *et al.* O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 15, n. 2, p. 345-53, abr./jun. 1999.

ACESSO AVANÇADO NO ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA E PROGRAMADA

Thomaz Vieira Cesar
Dhyanine Moraes de Lima

A Atenção Básica pode dar conta de grande parte dos problemas e necessidades de saúde das pessoas, desde que tenha a capacidade de identificar e compreender as variadas demandas de saúde e de intervir nessas situações de forma resolutiva e abrangente. Além de ser uma das principais portas de entrada do sistema de saúde, a Atenção Básica tem que se constituir numa porta aberta capaz de dar respostas positivas aos usuários, não podendo se tornar simplesmente um lugar burocrático e obrigatório de passagem para outros tipos de serviços (BRASIL, 2011).

Para acolher as demandas da comunidade não basta distribuir senhas e encaminhar todas as pessoas ao atendimento médico, pois o usuário também define, com formas e graus variados, o que é necessidade de saúde para ele, podendo apresentá-la enquanto demanda ao serviço de saúde. Assim, é importante que a demanda apresentada pelo usuário seja acolhida, escutada, problematizada, reconhecida como legítima. Para isso, é fundamental que as unidades de Atenção Básica estejam abertas e preparadas para acolher o que não pode ser programado, as eventualidades, os imprevistos. Como um usuário poderia decidir o dia e a hora em que adoeceria? (BRASIL, 2011).

Com frequência, as equipes planejam a agenda distribuindo a maior parte das vagas de consultas para atendimento à demanda programada e a menor parcela das vagas para demanda espontânea. Um problema que surge nessa forma de organização é que ela pode engessar o sistema por não permitir flexibilizar a agenda conforme as necessidades da comunidade, além de, frequentemente, levar à demora nos atendimentos, em decorrência de agendas lotadas (MURRAY; BERWICK, 2003).

Um novo modelo tem surgido: o acesso avançado, que tem por objetivo reduzir as filas de espera na Atenção Primária. De acordo com este modelo, os pacientes que necessitam de atendimento são agendados para o mesmo dia com pessoas de sua equipe de atendimento. Nos sistemas tradicionais, os pacientes acabam sendo direcionados para atendimento com um membro de outra equipe, que é desconhecido ao paciente, mesmo que seu próprio médico ou enfermeiro esteja presente; isso porque a agenda de consultas do médico ou da enfermeira de sua referência está lotada. Nesse caso, a continuidade dos cuidados fica prejudicada, pois o fato de conhecer um usuário, sua história, facilita a identificação do problema (evitando, às vezes, exames e procedimentos desnecessários ou indesejáveis). O novo modelo (acesso avançado) pode melhorar a continuidade porque todos os médicos e enfermeiros têm agendamentos disponíveis (MURRAY; BERWICK, 2003).

O principal objetivo do projeto do acesso avançado é fazer o trabalho do dia no mesmo dia que a demanda aparece. Contudo, algumas demandas podem ser agendadas para o futuro,

isto é, por meio de consultas agendadas ou na forma de visitas domiciliares, estando a critério da equipe e da classificação de risco do paciente (MURRAY; BERWICK, 2003).

A realização dessa microintervenção iniciou por meio da convocação da reunião semanal da equipe. A reunião contou com a presença de médico, enfermeira, técnicos(as) de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Nessa reunião, coube ao médico explicar o conceito de acesso avançado, utilizando os textos disponíveis na especialização como referencial teórico. Além disso, vídeos e leituras complementares foram divulgados entre os membros.

Após essa etapa, a equipe pôde debater e refletir sobre sua atuação naquele momento. Houve certa rejeição e receio por parte de alguns profissionais da equipe para com o acesso avançado. Contudo, foi proposta uma melhor explanação e comparação com o atual mecanismo de trabalho em vigor. Diante disso, a equipe percebeu que o processo de trabalho presente englobava certos traços conceituais do acesso avançado e que aquela rejeição se tratava da angústia gerada pelo sentimento de mudança. Sendo assim, a microintervenção se deteve em um aperfeiçoamento para implantar o acesso direto.

Os maiores impactos dessa intervenção foram a conscientização da equipe e a possibilidade de, no futuro, ela ser capaz de atender uma maior quantidade de demandas do dia. Desse modo, a equipe seria capaz de corresponder às necessidades ocasionais da população, tornando o serviço ainda mais próximo da demanda desta. A intenção é que esta intervenção possa avançar nas etapas subsequentes, como a maior divulgação e o empoderamento dos usuários.

Afinal, apesar de a equipe sempre atender às demandas espontâneas existentes, o público ainda desconhece que essa medida faz parte do modo de trabalho da equipe. No imaginário das pessoas que procuram a unidade por meio da demanda espontânea, há a enorme possibilidade de a equipe recusar o atendimento. Portanto, também há a necessidade de informar os usuários sobre o funcionamento do acesso avançado, pois o sucesso dessa prática só será percebido se a população também for capaz de compreender sua essência.

A maior preocupação da equipe consiste em que a divulgação dessa informação faça com que haja uma superlotação de atendimentos, gerando estresse entre os usuários. Contudo, a equipe está disposta a manter um canal constante de comunicação com os pacientes para que possa escutar as queixas e sugestões da população e, assim, melhorar o serviço prestado.

Nos meses seguintes, a equipe espera aumentar a proporção dos atendimentos do dia em relação aos agendados. Na primeira quinzena de maio, a proporção de atendimentos agendados e consultas do dia foi de 61,64% e 38,35% respectivamente, e a intenção é inverter esses números no futuro para que se possa exercer uma função mais resolutiva, menos burocrática e mais ágil.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de atenção básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: MS, 2011.

MURRAY, M.; BERWICK D. M. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. **Rev. JAMA**, v. 289, n. 8, p. 1035-1040, fev. 2003.

PRIMEIROS DIAS DE IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO

Flávia Nathália de Góes Chaves
Isaac Alencar Pinto

O acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas (BRASIL, 2013). A diretriz do acolhimento foi introduzida nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) há cerca de 20 anos, buscando ampliar o acesso e permitir mudanças no desenvolvimento do trabalho em saúde. Isso seria possível ao modificar as relações entre trabalhadores, gestores e usuários para a promoção de vínculos, compartilhamento da responsabilização e resolubilidade (CAMELO *et al.*, 2016).

Segundo Souza *et al.* (2008), acolhimento se apresenta, portanto, como forma de inclusão dos usuários. O cuidado em saúde se faz aplicando o princípio da integralidade e colocando o usuário como protagonista. É este que define, com formas e graus variados, o que é necessidade de saúde para ele, podendo apresentá-la enquanto demanda ao serviço de saúde. Porém, a ampliação de acesso deve, também, contemplar adequadamente tanto a agenda programada quanto a demanda espontânea (BRASIL, 2013).

Dessa forma, o acolhimento propõe modificar a lógica de organização e de funcionamento do serviço de saúde, por meio de três ações: (a) atender a todos que buscam os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; (b) reorganizar o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional; (c) melhorar a relação trabalhador-usuário por meio de posicionamentos humanitários de solidariedade e de cidadania (SOUZA *et al.*, 2008).

A partir desse entendimento, após nossa reunião de equipe no dia 17 de maio de 2018, decidimos aplicar o acolhimento, embora como modelo experimental, em dois dias de atendimento. O motivo dessa experiência ser nomeada como “experimental” se deve ao fato de essa técnica ainda não fazer parte do dia a dia de nossa unidade e por não termos experiências em nossas práticas profissionais anteriores quanto ao assunto, assim como por não termos uma população ciente e educada à respeito do que significa o acolhimento em saúde. Tudo isso somado ao fato de já possuímos uma agenda com consultas pré-agendadas.

Com base nisso, a matriz desta microintervenção se desenvolveu. Definimos dois dias para a aplicação do acolhimento (23 e 24 de maio de 2018), com a atuação da médica e da enfermeira da equipe. Dessa forma, devido à necessidade de atendimento dos pré-agendados e dos que seriam atendidos por meio do acolhimento, tivemos que reduzir o tempo em que este deveria ocorrer. Portanto, médica e enfermeira permaneceriam realizando o acolhimento das 8 horas às 9 horas e 30 minutos de cada dia.

A agenda médica foi organizada conforme se orienta no acesso avançado: 30% em consulta previamente agendada e 70% para demanda espontânea (BRASIL, 2013). Porém, isso não foi feito em relação à agenda da enfermeira, sendo esta organizada conforme a profissional preferiu. Durante o turno de acolhimentos, a demanda que chegasse seria organizada em consultas no dia (turnos matutino e vespertino) e, após estar totalmente preenchida, os demais pacientes seriam agendados nas datas mais próximas disponíveis. Seria usada a classificação de risco e vulnerabilidade para esta definição.

Como em nossa unidade não dispomos de sala livre para a realização do acolhimento, este foi realizado na entrada da unidade e em conjunto médica-enfermeira. Pedimos que os agentes comunitários de saúde avisassem à população que nesses dias teríamos o acolhimento.

Dessa forma, nos dias e horários programados, e após mais estudos a respeito do assunto, colocamos em prática o que seria o primeiro passo para alcançar novas e melhores formas de prestação de serviços em saúde. Acolhemos cerca de 35 pessoas no primeiro dia e 40 no segundo, porém, neste último, tivemos que interromper o acolhimento ainda com um número de pessoas aguardando, uma vez que precisávamos iniciar os atendimentos.

Portanto, como pontos negativos, avaliamos que não foi possível pôr em prática o acolhimento da forma preconizada (por todo o tempo de funcionamento da unidade), pois a médica e a enfermeira estavam envolvidas e não havia para quem encaminhar os pacientes (o fluxo estava amarrado). Por esse motivo, ficou evidente que não é possível manter o médico realizando o acolhimento.

Além disso, a falta de uma sala apropriada tornou o ambiente pouco acolhedor e indiscreto para o paciente. Ademais, percebeu-se que ao acolher conjuntamente – médico-enfermeiro – perde-se a oportunidade de otimizar esse acolhimento, visto que o acolhimento simultâneo, com cada um acolhendo um número de pessoas, enfrentou entraves. Isso porque era impossível cada um conversar com um paciente diferente, afinal, estávamos em um mesmo recinto.

Optamos por não colocar as técnicas de nossa equipe nesta função, pois há uma grande necessidade de capacitá-las quanto à classificação de risco e para onde encaminhar o paciente (médica ou enfermeira). Outra dificuldade está no não conhecimento da população a respeito do conceito de acolhimento.

Muitos pacientes chegavam querendo atendimento imediato, mesmo não sendo classificados como atendimento de urgência, e, por este motivo, perdíamos muito tempo tentando explicar à população o porquê de um caso “x” ser prioridade em relação a outro. Nesse quesito, portanto, foi bastante frustrante, pois alguns pacientes se exaltaram e nos faltaram com o respeito (embora se trate da minoria).

Como ponto positivo, a agenda tornou-se mais dinâmica e, para mim, como médica, pude ter um conhecimento prévio dos casos e a oportunidade de uma pesquisa rápida daqueles que sentia necessidade de lembrar, mesmo que fossem alguns poucos minutos antes de o paciente entrar no consultório. Apesar de os outros membros da equipe não terem se disponibilizado a fazer o acolhimento, nos deram certo apoio organizando a fila, separando os prontuários e preparando os pacientes para a consulta propriamente dita.

Dessa forma, a experiência foi em sua maioria positiva, de modo que boa parte da população aprovou e nos perguntou quando faríamos novamente. Porém, acredito que “pulamos” algumas etapas importantes. Primeiramente, se faz imprescindível a capacitação da equipe como um todo sobre o conceito e aplicabilidade do acolhimento, com enfoque maior em relação às técnicas de enfermagem, as quais poderiam ser as principais responsáveis pela sua adequada execução.

A classificação de risco e vulnerabilidade deve estar bem compreendida, além de ser necessário saber quais pacientes devem ser atendidos pelo médico ou pela enfermagem, para não sobrecarregar somente um desses profissionais. Deve-se ainda melhorar o contato e a interface entre as agendas da médica e da enfermeira, situação esta que será resolvida quando o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) estiver atuante em nossa unidade e tivermos uma sala apropriada para acolher.

Talvez um dos principais pontos de melhoria necessários recaia na importância de uma educação prévia da comunidade a respeito do assunto, para que esta se adeque a este novo funcionamento e perceba que se trata, de fato, de uma ação em prol da maior qualidade de atendimento. E é este o ponto em que nós resolvemos focar a partir de agora.

A ideia da nossa equipe será aproximar a população de nosso território à unidade, por meio de palestras a respeito do acolhimento. Para isso, marcaremos uma reunião com as pessoas da comunidade ditas mais influentes, a fim de que estas possam auxiliar na conscientização de todos.

Além disso, manteremos o nosso método de marcação de consultas atual, que se faz a partir do contato direto do usuário com as técnicas de enfermagem, detentoras da agenda médica, porém, capacitando-as para que esta marcação seja guiada pelo protocolo de risco e vulnerabilidade, tornando-a mais profissionalizada.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à Demanda Espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CAMELO, M. S. *et al.* Acolhimento na atenção primária à saúde na ótica de enfermeiros. **Acta Paulista de Enfermagem**, Brasília, v. 29, n. 4, p. 463-468, ago. 2016.

SOUZA, E. C. F. *et al.* Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 100-110, 2008.

PERFIL DA DEMANDA ESPONTÂNEA E PROGRAMADA DA EQUIPE HILDA FERREIRA II EM AQUIDABÃ/SE

Áquila Talita Lima Santana Alves
Juliana Ferreira Lemos
Laianny Krízia Maia Pereira Lopes

Acolher, em suas diversas acepções, significa dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a agasalhar, receber, atender, admitir, estando presente em todas as relações que estabelecemos na vida (NEVES; HECKERT, 2010).

O acolhimento, entendido como ato ou efeito de acolher, expressa uma aproximação, a ideia de “estar com” e “perto de”, isto é, uma atitude de estar em relação com algo ou alguém que depende daquele que se apresenta para tal. É no sentido da ação de “estar com” ou “próximo de” que se evidencia o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância política, ética e estética da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (BRASIL, 2004).

Na Unidade Básica de Saúde (UBS), o acolhimento abrange desde a recepção ao usuário até a responsabilização por ouvir suas queixas e preocupações, garantido atenção resolutiva, articulação com outros serviços de saúde e continuidade do cuidado (BRASIL, 2004).

O processo de trabalho em uma UBS compreende duas demandas: programada e espontânea. Chama-se de demanda programada aquela que é agendada previamente, ou seja, toda demanda gerada de ação prévia à consulta. Já a demanda espontânea compreende aquele usuário que comparece à unidade inesperadamente, por problemas agudos ou por qualquer necessidade de saúde (BRASIL, 2013).

Entender o funcionamento e o perfil da dinâmica dos serviços se constitui um pilar no planejamento de políticas públicas para a comunidade adscrita da Equipe de Saúde da Família (ESF), bem como contribui para a qualidade no atendimento aos usuários. Partindo desse pressuposto, essa intervenção buscou entender o perfil da demanda espontânea e programada da ESF Hilda Ferreira II – Aquidabã/SE, por meio de informações sobre sexo, faixa etária e enquadramento dos pacientes nos grupos de problemas/condição de saúde avaliados pela ficha individual do e-SUS. Além disso, foi levantado o número de faltosos nos dias de atendimento programado.

Os atendimentos médicos na unidade são organizados de modo a atender a demanda espontânea e a agendada. No primeiro dia da semana, não são agendadas consultas, assim, os atendimentos são destinados aos usuários que procurarem a unidade sem agendamento – os que não forem atendidos nesse dia saem da unidade com seu dia de atendimento pactuado. Nos demais dias, a maioria dos atendimentos são agendados para hipertensos,

diabéticos, gestantes, puericultura e visita domiciliar, porém uma parte é reservada para demanda espontânea.

Durante três semanas (período que compreendeu do início do módulo Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada ao início do prazo para postar o relato de experiência), foram observados e registrados os seguintes aspectos dos atendimentos médicos: sexo do usuário, faixa etária e condição de saúde avaliada. Somado a isso, foi quantificado o número de usuários previamente agendados que faltaram ao serviço. Em seguida, os dados foram tabulados e os resultados seguem apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Perfil da demanda espontânea e programada da Equipe Hilda Ferreira II em três semanas, Aquidabã (Sergipe, Brasil). 2018.

Variáveis	N	%
Total de atendimentos	142	100%
Faixa etária		
0 a 12 anos	20	14%
13 a 18 anos	18	13%
19 a 35 anos	54	38%
36 a 60 anos	40	28%
Acima de 60 anos	10	7%
Sexo		
Feminino	92	65%
Masculino	50	35%
Condição de saúde avaliada		
Sim	91	64%
Não	51	36%
Usuários inseridos	60	42%
Usuários agendados que foram atendidos	82	58%
Usuários agendados	119	
Usuários faltosos¹	37	31%
Notas: ¹ Percentual de pacientes agendados que faltaram a consulta		

Fonte: Autoria própria (2018).

Foram atendidos 142 usuários, dos quais 92 (65%) eram do sexo feminino, 54 (38%) pertenciam à faixa etária de 19 a 35 anos e 91 (64%) se enquadravam em alguma condição de saúde prevista no e-SUS. Durante esse período, 31% dos usuários agendados faltaram a consulta, e do total de atendimentos (142), 58% foram de usuários agendados e 42% de usuários da demanda espontânea.

Tais resultados foram discutidos com a enfermeira e serão apresentados à equipe na reunião de avaliação para repensar a forma de organização do atendimento aos usuários – principalmente no que se refere à relevante quantidade de usuários que faltaram a consulta

agendada (31%). Tal resultado reflete a necessidade da busca ativa e a possibilidade de analisar se não estaria na hora de reduzir o número de agendados para ampliar o acesso.

A limitação percebida para essa microintervenção foi o período curto de execução para traçar um perfil de um serviço. No entanto, já se constitui um retrato da realidade da unidade. Espera-se que a realização desse levantamento embase a equipe para as mudanças necessárias na melhoria dos atendimentos e na abrangência de usuários.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à Demanda Espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Acolhimento com classificação de risco. Brasília, 2004. (Série Cartilhas da PNH).

NEVES, C. A. B; HECKERT A. L. C. Micropolítica do Processo de Acolhimento em Saúde. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 1, p. 151-168, 2010.

O ACOLHIMENTO, NOSSA CARTA DE APRESENTAÇÃO

Dayanis Lafargue Martinez
Juliana Ferreira Lemos
Laianny Krízia Maia Pereira Lopes

Na implantação e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), o acolhimento sempre foi um tema importante para potencializar as relações entre os usuários e a equipe de saúde, baseadas na confiança, favorecendo assim a excelência na Atenção Básica. Para este fim, o governo promulgou a Portaria nº 2.488 de 21 de outubro do 2011, com o objetivo de implantar fundamentos e diretrizes que possibilitassem o acesso total e contínuo aos serviços de saúde por todas as esferas da população e o ótimo acolhimento (BRASIL, 2006).

Para assumir estas tarefas, os serviços de saúde devem ser capazes de organizar seu trabalho em função de efetivar um acolhimento de qualidade, em que o paciente possa ser escutado e receber uma resposta adequada a seu caso no momento em que solicite o atendimento. Devem ser detectados fatores que dificultem o acesso do usuário ao sistema de saúde, de forma que todos sejam tratados com equidade, principalmente durante a demanda espontânea. A equipe também precisa detectar usuários com situação de vulnerabilidade, devendo identificar diversos fatores de riscos e as situações de urgência/emergência que precisem de prioridade. A capacidade de acolhimento e responsabilidade da equipe de saúde reflete diretamente na resolutividade dos problemas da população e diminui os danos e sofrimentos desta (BRASIL, 2012).

No Estado de Sergipe, o acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) vem sendo implementado desde que o Ministério de Saúde aprovou a Portaria 2.488 de outubro de 2011. Em nosso município de Araúá, e especificamente no Programa Saúde da Família, PSF 2, trata-se de uma estratégia que vem sendo executada há aproximadamente cinco anos, mas que, desde janeiro de 2017, quando começamos a trabalhar no Brasil, temos lutado para melhorar.

Em todos os postos de saúde de nossa área, realiza-se o acolhimento, mas ele não é realizado pelo mesmo pessoal. Temos três unidades com atendentes capacitadas também como auxiliares de enfermagem, mas nas outras duas e no assentamento os pacientes são acolhidos pelos agentes comunitários de saúde.

Em todos os casos, além dos dados pessoais do paciente, faz-se uma triagem para classificar esse atendimento como urgente ou eletivo e para conhecer o motivo essencial da consulta (se o paciente deseja comunicar). Nossos agentes estão bem preparados em sua área básica, porém o fato é que, em algumas ocasiões, falta experiência suficiente para fazer uma triagem adequada, sendo isto uma fragilidade, a qual não acontece de igual maneira naqueles postos com atendentes capacitadas como auxiliares de enfermagem.

Consideramos que uma adequada interação entre médico-paciente inclui mais que simples transferências de informações. Os pacientes, fortemente influenciados pelo contexto social onde moram, chegam à consulta com medos e preconceitos que influenciam muito o atendimento e a forma com que interpretam sua doença. Portanto, um acolhimento adequado e individualizado ajuda o paciente a alcançar uma melhor expressão de seus problemas e angústias. Por esse motivo, decidiu-se realizar uma microintervenção com o objetivo de aperfeiçoar o acolhimento realizado em cada um de nossos postos de saúde.

Com este objetivo, a equipe se reuniu na sala multifuncional de nossa matriz em Olhos de Água/MG e realizou uma “chuva” de ideias para melhorar este aspecto essencial, sempre levando em conta que temos uma extensa área de abrangência, com cinco UBS e um assentamento de sem-terra, que apresentam infraestruturas diferentes. Tudo isso foi feito valorizando em profundidade o nosso trabalho profissional, observando se temos cumprido as expectativas esperadas e respeitado fundamentalmente a opinião de todos os funcionários sobre o que precisamos melhorar no acolhimento. Como fruto da reunião, as estratégias para aperfeiçoamento do acolhimento elencadas foram:

- Habilitar um espaço mais reservado para fazer o acolhimento com maior privacidade, melhorando a escuta e identificação de riscos e vulnerabilidades de maneira individual, porque há situações em que a exposição pública do sofrimento (ou do motivo da procura) intimida ou desrespeita os usuários;
- Capacitar os agentes comunitários e atendentes de maneira básica sobre o que é uma urgência-emergência, esclarecendo quais são as prioridades, por serem de maior risco ou incompatíveis com a vida. Essa capacitação envolve a instrução de como fazer uma boa triagem para determinar sinais de descompensação das doenças e determinar se o paciente é ou não eletivo;
- Esclarecer quanto ao acolhimento das pessoas que vem pela primeira vez, pois deve-se fazer um RCOP (Registro Clínico Orientado por Problemas), segundo o orientado pelo Ministério da Saúde, e em caso de pacientes com seguimento regular deve-se atualizar os dados de contato ou de endereço atual;
- Instruir sobre a necessidade de, depois da triagem, orientar aos pacientes o horário de atendimento (de manhã ou à tarde) que lhes corresponde para fazer diminuir o tempo de espera;
- Capacitar os funcionários gerais de saúde (como auxiliar de serviços gerais e porteiros) no que se refere a como deve ser um bom acolhimento no posto (mostras de cortesia, educação e solidariedade), visto que essa é a primeira imagem de nosso atendimento;
- Lembrar que, nas visitas domiciliares, o acolhimento é realizado no próprio lugar pela auxiliar de enfermagem junto ao médico.

Depois de pautar os parâmetros para aperfeiçoar nosso acolhimento, os colocamos na prática e estamos tendo ótimos resultados. Os pacientes referem que se sentem mais à vontade porque podem expor seus problemas sem que outras pessoas conheçam sobre estes, ao passo que os funcionários de saúde estão mais corteses e humanizados. Em alguns casos, principalmente psiquiátricos, as próprias enfermeiras dão conselhos iniciais que ajudam

esses pacientes a enfrentarem os medos da própria consulta; isto, unido a um bom acolhimento dentro da consulta médica, faz com que a interação paciente-médico seja mais fluida, com uma melhor resolução dos problemas.

Concluimos que um excelente acolhimento é uma ferramenta eficaz para aperfeiçoar a Atenção Básica de Saúde. A aceitação que tivemos é uma amostra inequívoca dos benefícios proporcionados a nosso trabalho.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. v. II.

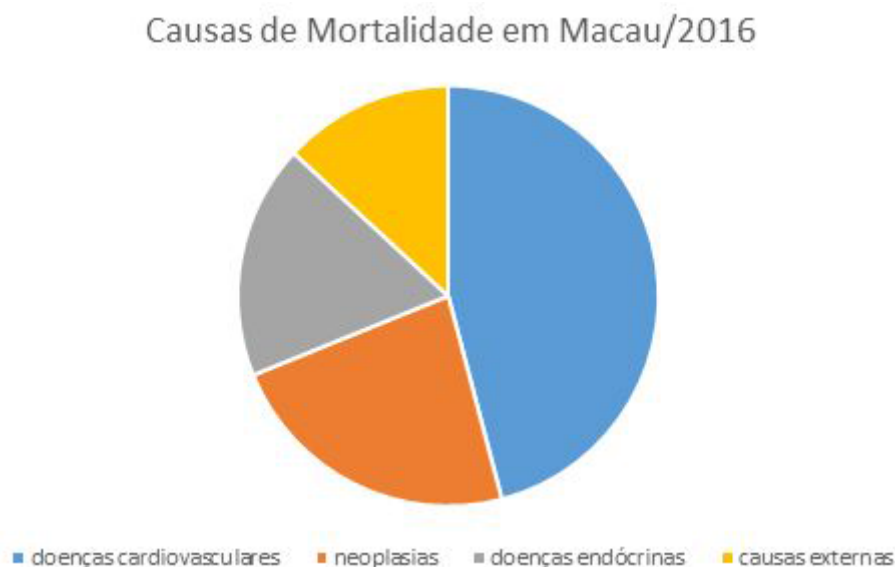
BRASIL. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

CARACTERIZAÇÃO DA DEMANDA ESPONTÂNEA E PROGRAMADA E O DESAFIO DE LIDAR COM UMA PROCURA MAIOR QUE A OFERTA

André Martins Ornelas
Maria Helena Pires

A Unidade Básica de Saúde (UBS) a que se refere este relato está situada na cidade de Macau, Estado do Rio Grande do Norte. Segundo dados do último censo, a população da cidade é de 29.446 habitantes, dos quais 8% têm menos de 5 anos, 25% têm entre 5 e 20 anos, 56% têm entre 20 e 59 anos e 11% têm mais de 60 anos. Conforme dados do DATASUS (2016), o coeficiente de mortalidade geral em 2016 foi de 7/1000 habitantes. As principais causas de óbito nesse período foram as doenças cardiovasculares (28%), neoplásicas (14%) e endócrinas (11%), seguidas das causas externas (9%).

Figura 2 - Causas de mortalidade em Macau/RN em 2016.



Fonte: DATASUS (2016).

Nossa UBS está situada no centro da cidade de Macau. A área abrange cerca de sete mil pessoas, o que representa 23% da população da cidade. O perfil demográfico e epidemiológico se assemelha ao apresentado para a cidade como um todo, prevalecendo o grupo de adultos entre 20 e 59 anos, cujo perfil de morbidade compreende basicamente as doenças crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) – ambas fatores de risco importantes para as doenças cardiovasculares (a principal causa de óbito no município).

A organização da demanda é essencial para a efetivação de um bom trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF), principalmente quando a procura por atendimento suplanta a capacidade de resolução da equipe. É necessário oferecer um cuidado longitudinal aos grupos prioritários (gestantes, menores de dois anos, portadores de doenças crônicas), mas também é essencial responder de forma oportuna aos eventos agudos que motivam a procura pela UBS. Desse modo, conciliar as demandas programada e espontânea é um dos nossos maiores desafios.

Na nossa unidade, infelizmente, não trabalhamos com acolhimento e acesso avançado. Os pacientes são agendados por meio de um sistema de fichas, distribuídas uma vez na semana. São agendados dez pacientes por turno de trabalho e reservadas cerca de quatro vagas para o atendimento de urgências. Para o agendamento, são priorizados os portadores de doenças crônicas – como HAS, DM e transtornos mentais –, gestantes e menores de dois anos.

Não raramente é possível encontrar a agenda com as 14 vagas do turno já preenchidas, dificultando o acesso de pacientes que precisam de um atendimento no dia devido a uma queixa aguda. Isso acaba sobrecarregando os profissionais, particularmente o médico, já que, além de atender os pacientes agendados, também precisa assistir à demanda espontânea, colocada como “urgente”, não prevista para aquele dia.

Nossa equipe tem certa resistência em modificar a forma de trabalho, pois muitos desejam manter o funcionamento e organização da UBS como já ocorre há anos. No entanto, esse modelo de trabalho ocasiona frustração dos profissionais que prestam o atendimento clínico (médico, enfermeiro, dentista), dada a sobrecarga de trabalho, bem como gera descontentamento da população que procura a UBS como demanda não programática.

São muitas as razões de procura por atendimento clínico na nossa UBS. Nas tabelas 1 e 2, abaixo, são apontados os principais motivos de consulta médica no mês de abril de 2018, com base na análise dos prontuários. Foram realizadas 200 consultas, das quais 80% representaram demanda programada e 20% demanda espontânea.

Tabela 2 - Motivos de consulta médica programada no mês de abril. Macau. 2018.

Motivo	Quantidade absoluta	%
Demanda programada	160	80%
HAS	40	20%
DM	33	16%
Saúde mental	30	15%
Pré-Natal	23	11%
Puericultura	20	10%
Renovação de Receitas	14	8%

Fonte: Dados locais (2018).

Tabela 3 - Motivos de consulta médica espontânea no mês de abril. Macau. 2018.

Motivo	Quantidade absoluta	%
Demanda espontânea	40	20%
Renovação de Receitas	20	10%
IVAS	8	4%
Lombalgia	5	2.5%
Diarreia	5	2.5%
Cefaleia	2	1%

Fonte: Dados locais (2018).

Pode-se observar pelos dados apresentados que a assistência provida por nossa UBS se concentra, principalmente, na demanda programática. Esse fato reflete a necessidade de garantir atenção aos agravos mais comuns na população, como as doenças crônicas e psiquiátricas. O foco em HAS e DM deve ser prioritário, haja visto que a principal causa de mortalidade na cidade de Macau é representada pelas doenças cardiovasculares.

A demanda programática tem implicação direta com o conceito de longitudinalidade do cuidado – um dos princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) –, uma vez que, ao reservar vagas para um determinado grupo, temos a garantia do retorno para o cuidado continuado, propiciando um monitoramento mais adequado da comorbidade e uma intervenção mais efetiva. Para Oliveira, Tunini e Silva (2013), a longitudinalidade tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, reduzindo encaminhamentos e procedimentos de maior complexidade desnecessários.

Podemos observar também que a demanda espontânea é preenchida predominantemente por condição não emergencial: 50% do atendimento desta demanda objetivou a renovação de receitas. Portanto, trata-se de algo que poderia ter sido realizado por agendamento, sem prejuízo ao paciente.

Historicamente, os usuários da UBS não consideram a chamada renovação de receita como uma consulta, pois, em outros tempos, os indivíduos que procuravam a unidade com tal demanda eram direcionados à enfermeira, que então transcrevia a receita e o médico apenas carimbava. Uma conduta, no mínimo, perigosa! Como garantir a efetividade do tratamento sem uma avaliação clínica regular do paciente? Como identificar possíveis efeitos adversos sem consultá-lo? Como superar a dependência de psicotrópicos (em especial, os benzodiazepínicos) sem vê-lo?

Carimbar uma receita já preenchida facilita o fluxo do atendimento, desafoga o trabalho do médico e aumenta o número de vagas disponíveis para consulta, criando uma falsa ideia de ampliação do acesso. No entanto, essa postura, além de contrariar o Código de Ética Médica, pode trazer riscos irreparáveis à saúde do usuário. Convencer a equipe, e principalmente a população, de que essa conduta não é adequada foi um grande desafio e ainda gera muitas reclamações.

Uma alternativa para superar o problema da inadequação da demanda espontânea é investir em educação comunitária. O usuário precisa compreender que as vagas reservadas para

essa demanda devem obedecer a critérios de classificação de risco, de preferência guiados por protocolos, a exemplo do Sistema de Triagem de Manchester. Segundo Mendes (2013), a aplicação do sistema Manchester nas unidades de APS trouxe resultados positivos na redução das filas de espera para o atendimento, com boa aceitação da população.

Todavia, a assistência da nossa UBS também é comprometida pelo número excessivo de usuários da área adscrita. Diante de uma população de mais de sete mil pessoas é humanamente impossível prover atendimento a todos. Vale ressaltar que, segundo a nova Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017), o número máximo de indivíduos sob responsabilidade de uma equipe é de 3500 pessoas.

Como garantir a execução dos princípios da APS trabalhando com o dobro de usuários recomendado? Como garantir a longitudinalidade do cuidado a todos os grupos prioritários? Como responder de forma efetiva aos eventos agudos que surgem diariamente? Para uma boa assistência precisamos, acima de tudo, ter recursos físicos e humanos em quantidades suficientes.

É necessário um equilíbrio entre as demandas espontânea e programada. Um modelo que privilegie a demanda espontânea e as condições agudas compromete o acompanhamento longitudinal do usuário portador de doença crônica, por exemplo, prejudicando a resposta social de redução da mortalidade cardiovascular. Sempre haverá demanda espontânea para condições agudas em decorrência de comorbidade crônica mal controlada que tenderá a agudizar ou mesmo pelo surgimento de doença aguda não prevista. Ainda assim, resolver uma determinada de urgência menor na UBS evita a sobrecarga da rede hospitalar, reduzindo as longas filas do pronto-atendimento que dificultam a atenção às urgências maiores (MENDES, 2013).

Conclui-se que a classificação do risco individual parece ser a melhor alternativa para assegurar o atendimento oportuno a quem mais precisa diante de um quadro agudo, de modo que se ordene o fluxo com agendamento para os casos que não determinam urgência naquele momento. Além disso, deve-se prover a assistência programática, com priorização dos grupos de maior vulnerabilidade, com vistas a garantir a longitudinalidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS – DATASUS. **Indicadores e Dados Básicos - Brasil - 2016 - IDB-2016**. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/indicadores-e-dados-basicos-idb>. Acesso em: dez. 2018.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.

OLIVEIRA, L. M. L.; TUNINI, A. S. M.; SILVA, F. C. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção em saúde. **Rev. APS**, v. 11, n. 4, p. 362-373, out./dez. 2008.

ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA E PROGRAMADA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE

Yeilin Rodrigues Jerez
Maria Helena Pires

O Sistema Único de Saúde (SUS) preconiza, em sua política de saúde, um conjunto de ações que possibilitem a execução dos princípios da universalidade do acesso; a integralidade e a equidade da atenção à saúde; a descentralização da gestão; a regionalização e hierarquização; e a participação popular por intermédio do controle social. O acesso da comunidade e a forma de recepcioná-la constituem-se como pontos importantes a serem considerados para viabilizar a execução desses princípios e, portanto, devem ser revistos e aperfeiçoados no contexto da prática e da organização dos serviços de saúde. A desqualificação do cuidado ao usuário reflete a falta de comunicação entre profissionais e população, o que impossibilita que as reais necessidades deste último segmento sejam reveladas, dificultando a diversificação das práticas de atenção à saúde e fazendo com que os serviços se organizem a partir de uma demanda limitada de procedimentos (LOPES, 2014; CAMPOS, 2006).

A Política Nacional de Humanização (PNH), idealizada pelo Ministério da Saúde (MS), surgiu como uma proposta para requalificar essa atenção, de modo a manter uma associação entre as formas de produzir saúde e as formas de administrar os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade. Esta política objetiva possibilitar inovações nas ações gerenciais e nas ações de produção de saúde, de modo a propor novas formas de organização dos serviços de saúde (BRASIL, 2004).

As abordagens teóricas e organizativas da PNH demonstram que essa política surgiu para impulsionar a efetivação de um SUS inclusivo, democrático, resolutivo e acolhedor. Apresentam conceitos amplificados sobre a humanização, de forma a agregar valores diversos: “organizativo” porque se refere às formas de organizar os serviços de saúde; “gerencial” por abordar o modo de gestão e a coordenação do trabalho desenvolvido; e “relacional” por referir-se ao relacionamento consolidado entre os indivíduos que participam do processo de trabalho em saúde, que são os gestores, os trabalhadores e os usuários (MENDES, 2002; VILAR, 2014).

Para pôr em prática esses conceitos, a PNH fundamenta-se em algumas diretrizes específicas para a Atenção Básica, enfatizando: a elaboração de projetos individuais; o incentivo às práticas de promoção da saúde; o acolhimento e a inclusão do usuário no sistema, na perspectiva da garantia do acesso e da resolubilidade; além do trabalho em equipe, a fim de gerar uma maior corresponsabilidade na atenção (BRASIL, 2004).

Em documento oficial desta política, o acolhimento é definido por:

Processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde, que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até sua saída, ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada, que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2004, p. 14).

Acolher é, portanto, nesse sentido, posicionar-se junto ao problema do outro, o qual sempre é legítimo, independentemente de sua natureza, e se apresenta como demanda para os trabalhadores da saúde. Demanda esta que deve ser atendida de maneira qualificada e baseada na escuta daquilo que o usuário traz, pois essa atitude valoriza a singularidade dos sujeitos que procuram os serviços, o que confirma que o acolhimento deve ser, para o serviço de saúde, uma diretriz norteadora de sua forma de funcionamento (PASCHÉ; PASSOS; HENNINGTON, 2009).

O acolhimento possui três esferas constitutivas: postura, atitude e tecnologia do cuidado; mecanismo de ampliação e facilitação do acesso; e dispositivo de reorganização do processo de trabalho em equipe (BRASIL, 2010; 2011). Nesta percepção, o acolhimento adquire o discurso de inclusão social em defesa do SUS, subsidiando a geração de reflexões e mudanças na organização dos serviços e na postura dos profissionais, na ideia do acesso universal, na retomada da equipe multiprofissional e na qualificação do vínculo entre usuários e profissionais de saúde (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

Dessa forma, pode-se afirmar que o acolhimento é uma ação que deve existir em todas as relações de cuidado, no vínculo entre trabalhadores de saúde e usuários, na prática de receber e escutar as pessoas. Ele deve ser estabelecido como uma ferramenta que: possibilite a humanização do cuidado; amplie o acesso da população aos serviços de saúde; assegure a resolução dos problemas; coordene os serviços; e vincule a efetivação de relações entre profissionais e usuários (BRASIL, 2011).

Na Unidade Básica de Saúde Santo Amaro Das Brotas, em Sergipe, o acolhimento é feito geralmente pela enfermeira e pela técnica de enfermagem, as quais escutam seus problemas de saúde, respondendo de forma resolutiva às necessidades apresentadas, principalmente para aqueles usuários que não precisam de atendimento médico de urgência ou emergência, sendo esse processo de muita importância para a resolutividade do posto de saúde.

Apesar de realizar diariamente o acolhimento dos usuários, nossa equipe de saúde achou que o acolhimento deveria ser estudado para verificar a sua eficácia e, assim, oferecer subsídios à sua consolidação na Unidade de Saúde, procurando, ao mesmo tempo, viabilizar seu aperfeiçoamento enquanto tecnologia de organização de serviços de saúde.

Primeiramente, realizou-se uma exposição dialogada sobre o tema de acolhimento, discutindo conceitos, objetivos, seus elementos e a importância do acolhimento com classificação de risco.

Para um bom envolvimento em equipe, foi necessária a definição das tarefas e de elementos específicos, como: quem serão os responsáveis por receber o usuário na unidade ou pela avaliação de risco e vulnerabilidade desse usuário; a conduta inicial do caso; quando encaminhar/agendar uma consulta médica; a organização da agenda dos profissionais; e quais serviços poderão ser oferecidos além da consulta médica para o atendimento da demanda espontânea.

Faz-se necessária a ampliação da capacidade de escuta humanizada e da clínica da equipe de saúde para a realização de uma boa anamnese, reconhecendo riscos e vulnerabilidades, assim como para realizar ou acionar intervenções de forma oportuna em cada caso (BRASIL, 2013). Assim, na reunião foi ratificada a necessidade de que cada usuário fosse acolhido pelos profissionais de sua equipe, com o objetivo de obter uma potencialização da responsabilização e do vínculo entre a equipe e a população adscrita. Além disso, foi acordado que a enfermeira da equipe realizará a primeira escuta, atendendo à demanda espontânea da população residente na nossa área de abrangência, assim como a seus usuários agendados; enquanto o médico faz a retaguarda para os casos agudos e classificação de risco, além de atender os usuários agendados.

Também foi acordado que os agendamentos das consultas programadas sejam feitos pelos agentes comunitários de saúde para evitar que os usuários tenham que formar filas na madrugada para agendar suas consultas, garantindo um melhor acesso ao serviço, sempre deixando um espaço na agenda de trabalho para o acolhimento das demandas espontâneas.

O acolhimento odontológico deverá ser realizado pela equipe de odontologia em seus consultórios específicos e a classificação de risco odontológica ficará sob a responsabilidade da cirurgia dentista.

Os prontuários serão separados pela recepcionista e o preenchimento da ficha de acompanhamento familiar será de responsabilidade do profissional que fará o acolhimento. O horário de funcionamento será: manhã: das 08:00h às 12:00h. Tarde: das 13:00h às 17:00h. Serão utilizados os consultórios dos profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas.

Como representação de um padrão de fluxos dos usuários na Unidade Básica de Saúde, foi tomada a proposta de organização do atendimento à demanda espontânea que é apresentada no fluxograma existente nos Cadernos de Atenção Básica sobre o Acolhimento. Vale ressaltar que esse fluxograma é uma forma de nortear o acolhimento, não de moldá-lo, sendo importantes os ajustes necessários para a realidade de cada equipe, adequando aos serviços e redes de saúde disponíveis em cada região (BRASIL, 2013).

De acordo com o fluxograma proposto pelo Ministério da Saúde, em situações não agudas as condutas possíveis são: orientações específicas ou sobre as ofertas da unidade, adiamento/agendamento de ações previstas ou, ainda, a programação de intervenções.

Já em situações agudas, são previstas como possibilidades de condutas: o atendimento imediato em casos de alto risco, obrigando a presença do médico; o atendimento prioritário, em risco

moderado, com intervenção breve da equipe, podendo haver medida de conforto inicialmente ofertada pela enfermagem, até a nova avaliação do profissional mais indicado, sendo priorizado na ordem dos atendimentos médicos; o atendimento no dia para casos de baixo risco ou ausência de risco com vulnerabilidade significativa – que são situações que devem ser manejadas no mesmo dia pelo médico e/ou enfermeiro e/ou odontólogo, dependendo da situação, aproveitando para captar usuários sem adesão às linhas de cuidado existentes na unidade.

Nessa perspectiva, notamos que todos os profissionais da equipe se sentem responsáveis em minimizar as dificuldades de acesso e oferecer um atendimento digno e com qualidade aos pacientes. Pode-se, então, afirmar que os profissionais, sem exceção, se encontram preparados para receber o usuário, a qualquer momento e em qualquer espaço, dentro da Unidade de Saúde ou fora dela, seja na rua a caminho das visitas domiciliares ou nas casas.

Ao receber este usuário, a regra geral é saber ouvi-lo e compreender a sua necessidade no momento. Sua necessidade pode ser a mais simples ou a mais complexa, mas é imprescindível que o profissional possa direcioná-lo, de forma a apontar o caminho mais curto e com maior chance de resolutividade.

Neste âmbito, em que todos são capazes de resolver os problemas de menor complexidade e encaminhar de forma mais adequada, é que ocorre a diminuição da demanda pelos atendimentos médicos e de enfermagem, os quais podem ser voltados para problemas de sua real competência, possibilitando assim maior qualidade na assistência e efetividades das ações. Dessa forma, um usuário que procura a enfermeira para saber sobre a previsão de data de uma consulta especializada pode ser atendido diretamente pela recepcionista, que se encontra capaz de prestar a informação correta e realizar orientações pertinentes.

Um usuário que encontra com um agente comunitário de saúde na rua e pede que agende uma consulta para conseguir uma dieta será orientado a se consultar com a nutricionista. Um usuário diabético que deseja uma consulta médica de rotina será orientado a passar primeiramente pela enfermeira, a qual solicitará exames laboratoriais, de modo que na consulta com a médica o usuário já possa estar com os resultados em mãos.

Todas essas situações são exemplos de otimização do atendimento, na medida em que proporcionam resolutividade aos problemas ou necessidades apresentadas pelos usuários, sem que tenham que enfrentar filas, e viabilizam o caminho mais adequado para cada situação, considerando, desta forma, o princípio da integralidade.

Com a implantação e utilização do protocolo de acolhimento e do fluxograma de atendimento à demanda espontânea, espera-se que haja maior organização e qualidade no atendimento aos usuários pertencentes à Unidade Básica de Saúde de Santo Amaro das Brotas.

Além disso, espera-se obter muitos benefícios, tais como: o fim das filas de madrugada; a diminuição significativa ou até mesmo eliminação das filas de espera; a construção de um vínculo estreito entre equipe e comunidade; o estabelecimento de uma relação de confiança e respeito entre profissional e usuário; uma maior credibilidade no serviço de saúde; uma maior agilidade na resolução dos problemas; a otimização das atividades e ações de saúde; e o mais importante: fazer com que o usuário reconheça o Programa Saúde da Família (PSF) como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à Demanda Espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Departamento de atenção básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília, 2010.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização**. Acolhimento com classificação de risco. Brasília, 2004. (Série Cartilhas da PNH).

CAMPOS, G. W. S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 41-80.

LOPES, A. S. **Acolhimento prescrito x real**: uma análise sobre as relações entre trabalhadores e usuários na Estratégia Saúde da Família. 2014. 120 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

MENDES, E. V. **Os sistemas de serviços de saúde**: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. I. G.; COTTA, R. M. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2071-2085, ago. 2012.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, E. A. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4541-4548, nov. 2011.

VILAR, R. A. **Humanização na Estratégia Saúde da Família**. São Caetano do Sul: Yendis, 2014.

EXPERIÊNCIA DE ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA E PROGRAMADA EM BOA VISTA/RR

Jihan Ramide Da Silva Assen
Marília Rute de Souto Medeiros

A Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS) estabelece o acolhimento como um dos processos constitutivos das práticas de produção e promoção da saúde (TEXEIRA, 2005).

Dessa forma, o acolhimento é considerado a porta de entrada do usuário ao atendimento de saúde com o intuito de colocá-lo à vontade, sendo um cidadão com direitos de cuidados efetivos, humanos e éticos. O acolhimento é, portanto, uma abertura afetiva e profissional que acolhe o usuário e busca responder os problemas que o afligem ou incomodam. Busca, ainda, explorar ao máximo as tecnologias leves disponíveis em nosso saber e em nossas relações (FRACOLLI; ZOBOLI, 2004).

Nos serviços de saúde, os acolhimentos são considerados como processo de relações humanas e devem ser realizados por todos os trabalhadores de saúde em todos os setores do atendimento. Não se limita ao ato de receber, mas constitui uma sequência de atos e modos que compõem o trabalho em saúde (FRACOLLI; ZOBOLI, 2004).

Diante desse contexto, foi vista a necessidade de implantar na Unidade Básica de Saúde (UBS) Jorge André Gurjão, em Boa Vista/RR, o sistema de acolhimento. Foram realizadas reuniões com a equipe buscando estratégias para que todos soubessem o que é acolhimento e, assim, pudessemos implantar este sistema no serviço. Porém, durante a implantação do nosso modelo de intervenção na unidade, a equipe apresentou muitas dificuldades. Sendo assim, foram necessárias diversas reuniões e adaptações para que os objetivos e as metas estipuladas fossem alcançados.

Além disso, foram utilizadas ferramentas como aplicativos de mensagens instantâneas e visitas domiciliares para desenvolver o acolhimento das demandas programadas e espontâneas em nossa UBS. Tais ações foram desenvolvidas para proporcionar uma maior qualidade na Atenção Básica que ofertamos a nossa população.

Tendo em vista que acolher é uma ferramenta intersetorial e interdisciplinar, cada caso deve ser discutido e planejado pela equipe. Para tal, devem ser consideradas as condições socio-culturais e a interrelação entre as ações da Equipe de Saúde da Família e a comunidade.

Assim, para facilitar o atendimento dos pacientes, durante as visitas domiciliares foram definidos alguns passos para caracterizar os grupos vulneráveis:

- a) Identificação dos pacientes ou famílias selecionadas para o grupo de risco;
- b) Classificação da complexidade dos pacientes selecionados;
- c) Elaboração de um plano de cuidados.

Os passos descritos acima são essenciais, tendo em vista que durante o acolhimento é muito importante que saibamos coletar as informações de forma individual e identificar um paciente, uma família, ou um grupo de pessoas, para que seja possível interagir com estes e promover ações de saúde em todos os aspectos, prevenindo, curando ou evitando sequelas.

Outras estratégias podem ser adotadas para melhoria do acesso, organização, avaliação e orientação das pessoas que buscam atendimentos em uma unidade de saúde, tais como a classificação de risco, que já é comumente utilizada com a Classificação de Manchester, no entanto, pode ser adaptada para a Atenção Primária.

Cabe ressaltar que esta classificação não tem a finalidade de dar diagnósticos, mas definir prioridades clínicas, garantindo um atendimento adequado por meio da triagem correta, de modo a gerar impacto positivo no atendimento. Além disso, o objetivo da classificação não é apenas definir quem será atendido ou não neste dia, mas acolher e agendar a todos. Assim, a classificação de risco fundamenta-se em três variáveis:

- I. Gravidade (risco);
- II. Recurso;
- III. Tempo de resposta.

Organizando por prioridade, pode-se garantir aos usuários o atendimento condizente de acordo com sua queixa e em menos tempo de espera.

No desenvolvimento das visitas domiciliares e no acolhimento de acesso avançado, a nossa equipe 5.12 (Bairro Cruviana), teve como principais dificuldades:

- a) Problemas técnicos relacionados ao sistema de registros de atendimentos. Tais problemas ocorreram devido a inconsistências no sistema, descontinuidade ou baixa velocidade da internet e, em alguns casos, sistema *out* (fora);
- b) O fato de que a equipe 5.12 encontra-se incompleta;
- c) A distância da equipe em relação à área de adstrição. Expõe-se que a equipe está lotada na UBS Jorge André, no bairro Laura Moreira (Cidadão), que fica distante cerca de três quilômetros da área de atuação efetiva da equipe e também dos usuários;
- d) A necessidade de treinamento e capacitação complementares dos agentes comunitários de saúde (ACS) a fim de entenderem o acolhimento por acesso avançado. Ademais, houve períodos (embora pequenos), de descontinuidade do número total desses agentes. Atualmente, são apenas cinco ACS, de modo que uma microárea fica descoberta;
- e) Por fim, a baixa adesão da comunidade em participar dos grupos. Ressalta-se que somente há alguns meses a equipe teve êxito em agregar um número significativo de público-alvo. O melhor acompanhamento das famílias nas áreas adstrias nos renova a esperança de atingirmos os resultados ambicionados, isto é, no mínimo 95% de efetiva cobertura.

Para uma melhor cobertura e acolhimento, a nossa equipe buscou parcerias institucionais e de gestão para juntos alcançarmos nossas metas. Além disso, foram implantadas outras estratégias de atendimento de equipe. A partir delas, buscamos fazer com que toda equipe entenda passo a passo como é realizado o acolhimento de acesso avançado.

Assim, foi realizada a capacitação para os ACS, buscando que entendam o que é o acolhimento, como funciona o acesso avançado e quais as prioridades de atendimentos, a fim de, desse modo, diminuir as grandes filas e o tempo de espera para no máximo 72 horas.

Utilizou-se a mídia social *WhatsApp*, que é bastante utilizada pela população de modo geral, com a finalidade de que o nosso público-alvo participante dos grupos da saúde da família e os pacientes com dificuldades para deambulação não precisassem se deslocar até a UBS para realizar acolhimento para fins de marcação de consulta ou renovação de receitas. Assim, os pacientes marcam as consultas por meio de seus agentes comunitários de saúde, que entram em contato com o médico da equipe e marcam a consulta via celular *WhatsApp*, otimizando, dessa maneira, o uso da ferramenta. Após a marcação da consulta, o agente comunitário de saúde passa ao paciente o dia e a hora em que deverá comparecer à UBS.

Tais ações aumentam a demanda do nosso território. A melhoria é percebida pela equipe principalmente por meio do acolhimento das demandas programadas e espontâneas em nossa UBS, que cada vez mais se mostra crescente. Esperamos que, a partir dessas mudanças e adaptações, a população de nosso território não mais sinta dificuldade de acesso, tendo a cobertura de uma Equipe de Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. Descrição e análise de “acolhimento”: uma contribuição para o programa de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 38, n. 2, p. 143, 2004.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS; UERJ; Abrasco, 2005. p. 89-111.

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO À DEMANDA ESPONTÂNEA: SEM MUROS, SEM BARREIRAS

Zoila Guethón Silva
Tulio Felipe Vieira de Melo

Este relato trata-se da experiência de planejar e executar uma estratégia para a implementação do acolhimento à demanda espontânea com classificação de risco pela equipe 57 da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Pompéia, Distrito Norte I, Natal/RN, com o objetivo de melhorar e facilitar o acesso com qualidade da nossa comunidade aos serviços básicos de saúde.

Tem sido um desafio desenhar uma estratégia para a implementação do acolhimento à demanda espontânea com classificação de risco, já que isto nunca foi feito pela UBS. Sabemos que é difícil modificar condutas e práticas estabelecidas há muitos anos, tanto para a comunidade como para a equipe, mas para melhorar a qualidade e a humanização dos serviços de saúde temos que começar a mudar a partir do acolhimento.

A nossa equipe tem uma demanda de atendimento muito elevada, com uma população de mais de 6000 pacientes, o que gera dificuldades para o acesso. Na autoavaliação via instrumento AMAQ (Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica), na primeira microintervenção, este foi um dos principais problemas identificados. Desse modo, adotamos o acolhimento com classificação de risco como prioridade a ser implementada.

A microintervenção teve início com as rodas de conversa com toda a equipe, a direção da UBS e integrantes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) para definir o problema, as potencialidades e dificuldades na elaboração e execução da estratégia. Avaliamos a necessidade de educação permanente da equipe quanto à classificação do risco; alguns já conheciam, mas não compreendiam a forma de sua utilização em Atenção Primária. Utilizamos como base cadernos de Atenção Básica, protocolos e fluxogramas preconizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

Foi pactuado pela equipe que 60% dos nossos atendimentos seriam de consultas programadas e 40% para demanda espontânea (consulta do dia ou atendimento de urgência). Todos os pacientes que chegassem na UBS seriam acolhidos e orientados. Também foi feito o levantamento da demanda espontânea e foram estabelecidos os critérios da equipe para a classificação de risco e a identificação de vulnerabilidades (ver figura 1), estabelecendo-se a seguinte classificação para os casos de demanda espontânea:

1) Situação Aguda ou Crônica

- a) Vermelho - Atendimento de Urgência (alto risco de vida);
- b) Amarelo - Atendimento prioritário (risco moderado).
- c) Verde - Atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)

2) Situação Não Aguda

- a) Azul - Agendar para uma consulta eletiva (consulta de enfermagem, médica, em grupo ou visita domiciliar).

Participam do acolhimento a enfermeira, a técnica de enfermagem, a médica (quando necessário) e uma ACS que se configura como líder reconhecida pela equipe e pela comunidade, fato este relevante, visto que, como sabemos, o acolhimento é um encontro complexo que gera compromissos e, eventualmente, tensões. Como produto das ações realizadas pela equipe, foram confeccionados um banner com a tabela de classificação de risco e cartões de diferentes cores de classificação de risco. Ficou pactuado o monitoramento mensal na reunião da equipe para avaliar os resultados e as possíveis soluções de problemas.

As principais dificuldades encontradas para a implementação do acolhimento foram: o fato desafiador de que nunca foi feito o acolhimento à demanda espontânea com classificação de risco pela UBS; o número de usuários elevados para a equipe; o fato de que a médica só trabalha 32 horas por semana (tendo um dia para as atividades do curso de especialização), o que diminui a oferta de atendimentos; a falta de preparo da equipe para aplicar a classificação de risco, que revela a necessidade de trabalhar este tema no momento de educação permanente.

Já dentre as principais potencialidades, encontram-se: a motivação da equipe para a execução da estratégia; o apoio da direção da UBS e da equipe do NASF; a presença do líder ACS; a aceitação pela comunidade; e a motivação da equipe.

Ainda temos muitos desafios. Sabemos que é só o início e estamos em nossos primeiros passos, sendo necessário avaliar os resultados com toda a equipe e a comunidade. Por enquanto, melhoramos o acolhimento, oferecemos uma maior resolutividade dos casos avaliados e conseguimos fazer um trabalho compartilhado por toda a equipe. Nosso objetivo final é elaborar uma estratégia que permita facilitar o acesso com qualidade da nossa comunidade aos serviços de saúde, afinal a população agradece.

Figura 3 - Cartões de diferentes cores de classificação de risco. 2018.

<p>UBS da Pompéia Equipe 57 Atendimento de Urgência N : 01 <i>"Sem muros , sem barreiras"</i></p>	<p>UBS da Pompéia Equipe 57 Atendimento Prioritário N : 01 <i>"Sem muros , sem barreiras"</i></p>
<p>UBS da Pompéia Equipe 57 Atendimento no Dia N : 01 <i>"Sem muros , sem barreiras"</i></p>	<p>UBS da Pompéia Equipe 57 Agendar consulta eletiva N : 01 <i>"Sem muros , sem barreiras"</i></p>

Fonte: Autoria própria (2018).

REFERÊNCIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de atenção básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: MS, 2011.

COMPORTAMENTO DAS DEMANDAS ESPONTÂNEAS E PROGRAMADAS DA UBS JOEL FERREIRA RAMOS DO MUNICÍPIO CARAÚBAS/RN

Yoenys Pimienta Leal
Tulio Felipe Vieira de Melo

Sem dúvidas, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são o ponto mais importante na escada de atendimento ao paciente, à família e à comunidade. Disso decorre a importância de uma boa planificação das equipes de trabalho para oferecer o melhor atendimento possível e resolver a maior quantidade de problemas de saúde desta população.

As equipes da Atenção Básica têm a possibilidade de se vincular, se responsabilizar e atuar na realização de ações coletivas de promoção e prevenção no território, no cuidado individual e familiar, assim como na (co)gestão dos projetos terapêuticos singulares dos usuários, que, por vezes, requerem percursos, trajetórias e linhas de cuidado que perpassam outras modalidades de serviços para atenderem às necessidades de saúde de modo integral (BRASIL, 2011).

Para alcançar o antes exposto se faz necessária uma boa estratégia de programação de consultas e um bom acolhimento. Por isso, a equipe de trabalho da UBS Joel Ferreira Ramos decidiu se aperfeiçoar para implementar uma melhoria do acolhimento.

Assumir efetivamente o acolhimento como diretriz é um processo que demanda transformações intensas na maneira de funcionamento da Atenção Básica. Isso requer um conjunto de ações articuladas, envolvendo usuários, trabalhadores e gestores, pois a implantação do acolhimento dificilmente se dá apenas a partir da vontade de um ator isolado (BRASIL, 2011).

O aperfeiçoamento de nossa equipe para implementar essa melhoria no acolhimento realizou-se sobre a base da estratégia de acolhimento já usada, a qual tinha resultados não muito bons. Isso porque a UBS só contava com a presença de médico, enfermeira e equipe odontológica uma vez por semana, de modo que os pacientes tinham que madrugar para poder ser atendidos e, às vezes, ainda ficavam sem atendimento.

Levando em conta a estratégia anterior, nossa equipe, com apoio da gestão municipal, decidiu realizar algumas mudanças para alcançar um melhor acesso da população ao atendimento, tanto por demanda programada como espontânea, com o objetivo de também fazer o trabalho da equipe mais fácil.

Para alcançar isto, realizou-se uma reunião com toda a equipe, na qual foram discutidas e escutadas várias ideias dos profissionais participantes até chegar a um consenso da melhor

estratégia. Esta estratégia consistiu em realizar três agendas de controle na UBS, as quais ajudariam na organização e no acolhimento. Eram elas:

- a) Agenda programada para grupos específicos: trata-se de pessoas que, depois de serem escutadas e atendidas por algum profissional, já saem com uma data específica para voltar, assim, não têm que disputar uma vaga de seu acompanhamento no acolhimento;
- b) Agenda de atendimentos agudos: identificados a partir do acolhimento da demanda espontânea, estejam ou não já inseridos em acompanhamento programado;
- c) Agenda de retorno/reavaliação e de usuários que não fazem parte de ações programáticas: reserva de consultas para pessoas identificadas a partir do acolhimento e que não se incluem nas categorias anteriores, mas que demandam atenção.

Nessa reunião, também foi destacada a importância de um bom acolhimento e o fato de que qualquer um da equipe podia realizá-lo. Para isto, orientou-se toda a equipe, sendo ressaltado que nem todo paciente precisava passar pelo médico, já que às vezes o paciente só precisa ser escutado e orientado por algum profissional membro da UBS.

Também foi acordado por parte da equipe que em cada reunião deve haver um espaço que deverá contar com a presença de parte da comunidade, a fim de expressarem suas dúvidas e inquietudes. Com esta intervenção, esperamos satisfazer as necessidades da população, possibilitando que todo paciente seja escutado, acolhido e saia da unidade com seu problema resolvido, ou pelo menos parte dele.

As principais dificuldades que nossa equipe encontrou durante esta intervenção estavam centradas no desconhecimento da maioria dos funcionários, os quais pensavam que o acolhimento só podia ser realizado pela recepcionista na área de recepção e no horário da manhã, percepção esta que mudou depois de serem orientados.

Durante este tempo, depois de implementado o novo método de acolhimento, observamos que a satisfação da população aumentou, já que os pacientes não tinham que acordar de madrugada para ser escutados e atendidos, tendo também diminuído o número de atendimentos por parte do médico, mas com mais pacientes atendidos em geral, de forma a melhorar a organização do trabalho na UBS. Nossa equipe espera que, com o passar do tempo, a satisfação da população continue e seja possível melhorar ainda mais o acolhimento por meio da participação da comunidade nas reuniões da equipe.

REFERÊNCIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de atenção básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

DESAFIOS NA ESTRUTURAÇÃO DO ACOLHIMENTO À DEMANDA NA ATENÇÃO BÁSICA

Soraia Lemos Ehlers
Ricardo Henrique Vieira de Melo

Uma das grandes dificuldades, no que se refere ao bom funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, é o acesso dos usuários aos serviços da Atenção Básica e especializada. Quase três décadas após a implantação e a implementação do SUS, ainda se observam diversos problemas de acesso dos brasileiros a esses serviços.

Segundo Donabedian (1973; 2003), o conceito de acessibilidade refere-se à facilidade com que as pessoas obtêm assistência à saúde. Para o autor, a acessibilidade depende de fatores sócio-organizacionais e geográficos que se relacionam.

De acordo com a Portaria nº 4.279, para assegurar a resolutividade na rede de atenção, um dos fundamentos que precisa ser considerado é o acesso, que pode ser analisado por meio: (I) da disponibilidade, que diz respeito à obtenção da atenção necessária ao usuário e sua família; (II) da comodidade, relacionada ao tempo de espera para o atendimento, à conveniência de horários, à forma de agendamento, à facilidade de contato com os profissionais, ao conforto dos ambientes para atendimento, entre outros; e (III) da aceitabilidade, relacionada à satisfação dos usuários quanto à localização e à estrutura física do serviço, ao tipo de atendimento prestado, bem como à aceitação dos usuários quanto aos profissionais responsáveis pelo atendimento (BRASIL, 2010).

Em nossa Unidade Básica de Saúde, no município de Rosário do Catete (SE), desde o início das nossas atividades profissionais, foi possível perceber que a maneira de garantir o acesso dos usuários aos serviços oferecidos trazia certos percalços para eles e para a equipe.

Tal acesso era feito por demanda livre, com atendimento agendado para o próprio dia da busca pelo serviço. Quem não conseguisse uma vaga naquele dia teria que se aventurar em outra ocasião, seguindo o mesmo esquema.

Gestantes, à exceção, sempre tiveram suas consultas mensais garantidas por meio do agendamento prévio realizado pela própria enfermeira, bem como os pacientes acamados, que sempre tiveram seus atendimentos domiciliares agendados semanalmente.

O acesso por demanda livre, como vinha acontecendo, constantemente gerava problemas. A peregrinação de usuários para o portão da UBS durante a madrugada, para garantir uma oportunidade de atendimento, gerava problemas de segurança para nossa população, por se tratar de região de contumaz violência.

Por outro lado, alguns usuários reservavam mais de uma vaga para o mesmo dia, o que escasseava a oferta para os demais. Muitas vezes, essas “vagas” a mais eram comercializadas.

Havia, ainda, alguns usuários, cujo hábito e facilidade de conseguir atendimento na UBS, comumente mais de uma vez por semana, requerendo consultas repetida e desnecessariamente, dificultava, ainda mais, a acessibilidade aos serviços.

O acolhimento, em nossa UBS, consistia, basicamente, em “encaixar” usuários em situações que necessitavam de atendimento imediato, e que não haviam sido bem sucedidos na busca por vagas.

Outra peculiaridade de nosso município é o fato de a Farmácia Básica (única, para toda a cidade) só ter autorização de fornecer as medicações de uso contínuo (anti-hipertensivos, hipoglicemiantes orais, psicotrópicos etc.) em quantidade suficiente para o período de um mês de consumo, requerendo, sempre, prescrições atualizadas para novas dispensações, o que obriga os usuários a buscarem a UBS para manutenção de tratamento todos os meses, no intuito de renovarem suas receitas e darem continuidade a seus tratamentos.

Além disso, pacientes em uso de fraldas geriátricas, a fim de poderem receber auxílio da gestão municipal para aquisição destas, necessitam levar à Assistência Social, mensalmente, relatório que comprove a necessidade de seu uso, sendo ele emitido pela médica ou pela enfermeira, o que obriga seus familiares/acompanhantes ao comparecimento mensal à UBS para tanto, o que aumenta, ainda mais, a demanda.

Como resultado, verificava-se sobrecarga da equipe, dificultando o planejamento de saúde adequado da nossa comunidade, assim como trazendo desgastes para os profissionais, além de insatisfação aos usuários, dada a dificuldade de acesso ao serviço.

Há muito percebemos, em nossa equipe, a necessidade de uma estratégia para melhorar o acesso dos usuários e para propiciar um atendimento mais justo. Então, em uma de nossas reuniões de equipe, nós - enfermeira, alguns agentes de saúde, recepcionista, e médica - decidimos criar um *modus operandi* que tornasse mais resolutiva nossa atuação nesse sentido.

Assim, fomos criando algumas regras para o acolhimento, a saber:

- Agendamento mensal das consultas de pré-natal pela enfermeira ou pela médica, em qualquer momento (durante todo o horário de funcionamento da UBS);
- Perda do direito a novo agendamento durante os 15 dias subsequentes àqueles que se ausentarem à consulta agendada, sem justificar a ausência, à exceção das situações de urgência e emergência;
- Acolhimento diário dos usuários, para agendamento, das 07:00h às 09:00h, com a enfermeira, ou, em sua ausência, com agente de saúde ou a própria recepcionista, de acordo com nossas orientações prévias, seja para agendamento no dia, seja para os próximos 7 dias, no máximo, direcionados à médica, à odontóloga ou à enfermeira;
- Acesso livre dos pacientes a serviços como vacinação, aferição de P.A. e de glicemia capilar (quando diabéticos), além de administração de medicações e nebulização;

- Agendamento semanal, que ocorre às quintas-feiras pela manhã, de visita domiciliar para pacientes acamados. Podem agendá-lo com a médica, com a enfermeira ou com o agente de saúde de sua microárea;
- Acesso, sob livre demanda, ao serviço de coleta para colpocitologia, às quartas-feiras, com a enfermeira;
- Possibilidade de cada usuário agendar apenas uma consulta por dia, salvo situações a serem analisadas (mais de um filho, idoso e cuidador etc.), para evitar as famigeradas vendas de vagas, bem como para garantir acesso a todos;
- Limite para agendamentos prévios para o dia (demanda programada) correspondente a dez agendamentos;
- Limite para agendamentos no dia (demanda livre) correspondente a dez agendamentos;
- Possibilidade de encaixar urgências e emergências em qualquer momento, dentro do horário de atendimento, desde que submetidas à análise da enfermeira ou da médica;
- Possibilidade de o agendamento prévio ser feito em qualquer momento do horário de atendimento, pois, durante nosso trabalho, várias situações se apresentam (retornos agendados pelo próprio profissional, situações outras), porém o agendamento para o dia (salvo as situações de urgência e emergência, conforme citado) deve ser realizado durante o acolhimento do início da manhã;
- Necessidade de que pacientes os quais se dirigem à UBS para prescrição de medicações de uso contínuo ou para confecção de relatórios para aquisição de fraldas informem tal intento à recepcionista, a qual deve separar seus prontuários, solicitando retorno no dia seguinte. Para aqueles pacientes já em tratamento conosco, com quadro clínico compensado, que não estejam em período de retorno periódico, renovamos as prescrições para o período de um mês. Para outras situações, agendamos atendimento para as 48 horas seguintes. Tal atribuição será realizada após o término dos atendimentos presenciais do dia.

Pudemos notar, com tais medidas, uma melhor organização e uma maior facilidade do acesso. Tem havido uma melhora na comunicação com os usuários, uma satisfação maior destes (pois todos têm uma definição de conduta) e maior fluidez. Alguns poucos usuários, acostumados ao modelo antigo, reclamaram. Mas toda mudança pede um tempo para que possa ser assimilada.

Infelizmente, ainda não dispomos de telefone na UBS para facilitarmos a comunicação com os nossos usuários, o que seria bastante útil nesse novo processo de programar demandas (agendamentos, reagendamentos etc.), porém computadores estão sendo instalados na UBS, e, posteriormente, reunir-nos-emos com a mesma pauta, para avaliarmos a possibilidade de oferecermos novas vias de contato para a comunidade (correio eletrônico, por exemplo).

Com as medidas citadas, pudemos perceber uma melhor organização no nosso serviço de atendimento, diminuindo a pressão de usuários e a sobrecarga na agenda. A redução de usuais brigas e ameaças, decorrentes da dificuldade de acesso, e a sensação de ter mais tempo livre (pela otimização dos atendimentos) é um alento.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília, 2010.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University, 2003.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**. Cambridge: Harvard University, 1973.

CONSIDERAÇÕES FINAIS



O Curso de Especialização do Programa de Educação Permanente em Saúde da Família (PEPSUS), realizado a distância e estruturado em propostas pedagógicas que possibilitam a qualificação do profissional atuante na Atenção Primária à Saúde (APS), foi importante para o aprendizado sobre o processo de trabalho em equipe – incluindo a relação entre profissionais, usuários, famílias e comunidade – e para a implantação contínua de pequenas intervenções de promoção e educação em saúde, assim como prevenção de agravos junto à comunidade.

Esta oportunidade de formação permitiu o conhecimento e o aprofundamento sobre os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde brasileiro, qualificando a prática clínica e o trabalho das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF).

As narrativas atestaram a complexidade da implementação ou da reorganização do processo de acolhimento à demanda espontânea e programada nos cenários da Atenção Básica à Saúde, revelando as potencialidades e as fragilidades percebidas, muitas vezes externas à atuação do médico e de suas equipes de saúde.

Isto inclui limitações evidenciadas nas redes municipais/estaduais de atenção à saúde – como a pressão da demanda assistencial e a violência, minimizando a resolutividade do acolhimento e das atividades comunitárias e intersetoriais.

Entretanto, o saldo foi positivo, sendo visto: na melhoria do acesso às consultas e aos procedimentos, e na diminuição das iniquidades de provimento, principalmente nos povoados e cidades menores, bem como na periferia de centros urbanos maiores.

As estratégias de acolhimento relatadas refletiram na organização das carteiras de serviços, considerando as abordagens comunicativas, o equilíbrio das agendas de ações intra e extra-muros, a qualificação das reuniões sistemáticas das equipes e o envolvimento da força de trabalho no planejamento-monitoramento-reavaliação.

Isto a partir de reflexões sobre problemas e situações reais e cotidianas (norteadas pelo instrutivo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ/AB – e pela ferramenta da Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - AMAQ/AB), estimulando a empatia pela construção e sustentação de vínculos sociais e laços de apoio.

Os resultados alcançados demonstraram a possibilidade de qualificação profissional em ambientes virtuais de ensino-aprendizagem inovadores, em que a colaboração se concretizou como um instrumento pedagógico significativo, considerando a busca pela integralidade dos sujeitos, inseridos em seus territórios de vida, nas esferas: biomédica, psicossocial e espiritual.

Destaca-se, portanto, a ampliação da concepção sobre o processo saúde-doença-cuidado, sobre a Atenção Primária à Saúde e sobre a Estratégia Saúde da Família, com vistas à consolidação do SUS.

SOBRE OS ORGANIZADORES





Cecília Nogueira Valença

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Pesquisadora do Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde (LAIS-UFRN). Coordenação de Turmas e Tutoria/Facilitação Pedagógica do Programa de Educação Permanente em Saúde da Família (PEPSUS). Professora adjunta da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairí (FACISA-UFRN). Coordenadora do Programa de Pós Graduação Strictu Sensu em Saúde Coletiva (PPGSACOL) da FACISA-UFRN. Atua nos seguintes temas: formação em saúde/enfermagem; saúde do trabalhador; saúde coletiva; bioética; inovação tecnológica em educação e saúde.

<http://lattes.cnpq.br/2788316719185705>



Eva Emanuela Lopes Cavalcante Feitosa

Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Pesquisadora do Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde (LAIS-UFRN). Coordenação de Turmas e Tutoria/Facilitação Pedagógica do Programa de Educação Permanente em Saúde da Família (PEPSUS). Enfermeira da Secretaria de Saúde Pública do Rio Grande do Norte (SESAP/RN) e da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Natal/RN. Atua nos seguintes temas: educação permanente em saúde; saúde coletiva; inovação tecnológica em educação e saúde.

<http://lattes.cnpq.br/2002204935604179>



José Adailton da Silva

Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Pesquisador do Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde (LAIS-UFRN). Coordenador Geral do Programa de Educação Permanente em Saúde da Família (PEPSUS). Professor adjunto da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairí (FACISA-UFRN). Professor do Programa de Pós Graduação Strictu Sensu em Gestão e Inovação em Saúde (PPGGIS) e do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (PPGSF/RENASF). Atua nos seguintes temas: inovação tecnológica em educação e saúde; ensino e gestão na atenção primária à saúde; atenção às doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde; bioética.

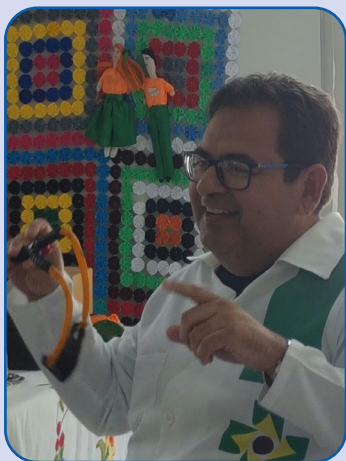
<http://lattes.cnpq.br/0353536075419724>



Lyane Ramalho Cortez

Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Pesquisadora do Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde (LAIS-UFRN). Coordenadora Geral do Programa de Educação Permanente em Saúde da Família (PEPSUS). Professora adjunta do curso de graduação em medicina da UFRN. Professora do Programa de Pós Graduação Strictu Sensu em Gestão e Inovação em Saúde (PPGGIS). Atua principalmente nos seguintes temas: formação médica; saúde da criança; planejamento e gestão hospitalar; saúde coletiva; inovação tecnológica na educação e para os sistemas de saúde.

<http://lattes.cnpq.br/3851476293314525>



Ricardo Henrique Vieira de Melo

Mestre em Saúde da Família pelo Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (PPGSF/RENASF), da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Pesquisador do Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde (LAIS-UFRN). Facilitador Pedagógico do Programa de Educação Permanente em Saúde da Família (PEPSUS). Dentista da Estratégia Saúde da Família de Nazaré em Natal/RN. Preceptor do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-SAÚDE) da UFRN, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) Natal/RN. Atua principalmente nos seguintes temas: atenção primária à saúde; saúde bucal e saúde coletiva.

<http://lattes.cnpq.br/8774327852944516>

