

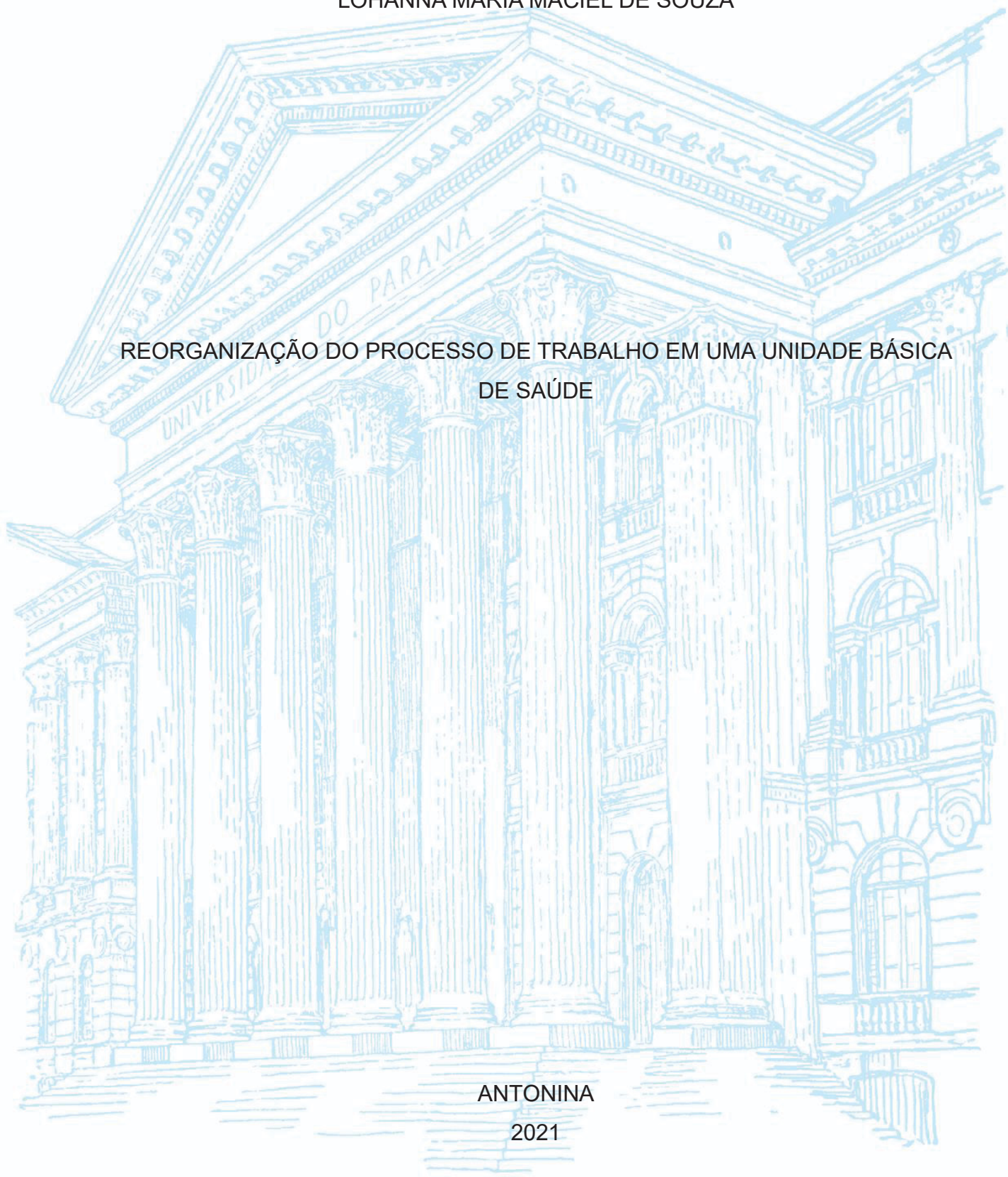
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LOHANNA MARIA MACIEL DE SOUZA

REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO EM UMA UNIDADE BÁSICA  
DE SAÚDE

ANTONINA

2021



LOHANNA MARIA MACIEL DE SOUZA

REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO EM UMA UNIDADE BÁSICA  
DE SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Pós-Graduação em Atenção Básica, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Atenção Básica.

Orientadora: Esp. Wellen Laryessa Laynes

ANTONINA

2021

## SUMARIO

1	INTRODUÇÃO .....	5
1.1	OBJETIVOS .....	9
1.1.1	Objetivo geral .....	9
1.1.2	Objetivos específicos .....	9
1.2	MÉTODO .....	9
2	REVISÃO DE LITERATURA .....	13
3	RESULTADOS .....	16
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	19
	REFERÊNCIAS .....	20

## RESUMO

É de extrema importância que todos os profissionais, em conjunto também com a comunidade, pensem sobre a melhor maneira de acolhimento, voltado para as relações de cuidado, nos encontros reais com os usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas. O objetivo desse trabalho é adequar melhorias no acesso e no acolhimento, através da avaliação das vulnerabilidades individuais e coletivas, mudança no sistema de agendamento da unidade, organização do acesso, integração da equipe e implementação de educação em saúde. Trata-se de uma pesquisa-ação, buscando técnicas para informar as ações voltadas para melhoria do acesso, do acolhimento e da cobertura dos serviços de saúde e, posteriormente, melhorar a prática. A primeira mudança realizada foi a implementação dos grupos mais vulneráveis, foi mantido a distribuição de fichas diárias para a demanda espontânea, e conseguimos aprimorar os agendamentos com a evolução do cadastro das famílias. Na impossibilidade de prever o fim da pandemia do novo coronavírus (Sars-CoV-2), fomos incitados a buscar novas estratégias de acolhimento. Conseguimos compreender de forma ampla as necessidades de saúde dos usuários que transpõem o conceito saúde-doença, oportunizamos o acesso minimizando as barreiras para a utilização dos serviços, promovendo os benefícios que modifica o antigo sistema.

Palavras-chave: Acolhimento. Acesso aos serviços de saúde. Estratégia a Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

It is extremely important that all professionals, together with the community, think about the best way of welcoming, focused on care relationships, in real meetings with users, in the acts of receiving and listening to people. The objective of this work is to adapt improvements in access and user embracement, through the assessment of individual and collective vulnerabilities, changes in the unit is scheduling system, organization of access, integration of the team and implementation of health education. It is an action research, looking for techniques to inform actions aimed at improving access, accommodation and coverage of health services and, subsequently, improving the practice. The first change made was the implementation of the most vulnerable groups, the distribution of daily files for spontaneous demand was maintained, and we managed to improve the schedules with the evolution of the family register. In the impossibility of predicting the end of the pandemic of the new coronavirus (Sars-CoV-2), we were encouraged to seek new reception strategies. We were able to comprehensively understand the health needs of users who transpose the concept of health-illness, we provide access by minimizing barriers to the use of services, promoting the benefits that modify the old system.

Keywords: User Embracement. Access to health services. Family Health Strategy. Primary Health Care.

## 1 INTRODUÇÃO

O município de Antonina está localizado no litoral do Paraná e de acordo com o IBGE, possui uma área de 882,317 km<sup>2</sup>, densidade demográfica de 21,41 hab/km<sup>2</sup> e uma população de 18.891 no último censo de 2010<sup>1</sup>. Está situado na Mesorregião Metropolitana de Curitiba e apresenta um clima subtropical úmido - mesotérmico<sup>2</sup>.

A rede de atenção à saúde no município, organiza-se em nível primário, secundário e terciário, como a divisão de Sir Dawson<sup>3</sup>. O nível primário é composto por cinco Unidades Básicas de Saúde e seis Estratégias Saúde da Família. Na secundária, está incluso o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS 1) e atendimento ambulatorial com as seguintes especialidades: neurologia, pediatria, ginecologia, ortopedia e obstetrícia. O Hospital Dr. Silvio Bittencourt Linhares, como nível terciário, dispõe de clínico geral no pronto atendimento, clínico geral na enfermaria e obstetra que realizam partos e procedimentos ginecológicos. Os casos não solucionados no município são encaminhados à 1<sup>a</sup> Regional de Saúde em Paranaguá ou hospitais de Curitiba e região metropolitana, seja a nível secundário ou terciário.

Pode-se observar que o município tem grande potencialidade para ter uma atenção básica ativa, mas o que se vê é uma atenção centralizada na doença, no modelo biomédico, limitando-se a abrir as suas portas e esperar que a pessoa procure atendimento. Isso, gera desconhecimento por parte da população sobre a importância de ter um atendimento supervisionado, continuado e resolutivo. Torna-se um ciclo vicioso, onde o usuário procura por conta, consulta com especialista, pois julga ser o caminho ideal para diminuir seu sofrimento. Mas, o que acontece na realidade é o aumento da demanda do especialista, que inicia o tratamento, mas não dá continuidade no cuidado.

Em 2018, houve dois acontecimentos importantes para o aprimoramento da atenção básica no município, pois no mesmo período da alocação dos médicos do 16<sup>o</sup> ciclo do Programa Mais Médicos (PMM), também ocorreu a chamada do processo seletivo municipal, dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Conseqüentemente, teve a divisão do território que abrange as UBSs em microáreas, para iniciar o processo de cadastramento das famílias e, assim, perceber os riscos e vulnerabilidades da comunidade.

Continuando nessa linha de diagnóstico da comunidade, é de extrema importância que todos os profissionais, em conjunto também com a comunidade, pensem sobre a melhor maneira de acolhimento, voltado para as relações de cuidado, nos encontros reais com os usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas<sup>4</sup>.

A Unidade Básica de Saúde da Ponta da Pita localiza-se em área urbana, a três quilômetros do centro da cidade, contempla os bairros Ponta da Pita, Itapema, Itapema de Baixo, Vila Nova e Praia dos Polacos, os quais são divididos em seis microáreas onde estão distribuídos cerca de 770 famílias e 2.000 usuários. A área de abrangência conta com duas escolas (uma da rede municipal e outra da estadual), duas associações de bairro, uma igreja católica, quatro igrejas evangélicas, um parque infantil e uma área de lazer, também um dos pontos turísticos da cidade, a praia da Ponta da Pita, adequado para prática de exercícios físicos, ciclismo e ponto de encontro dos jovens.

Além dos acontecimentos citados, em 2018, a unidade de saúde estava localizada em uma das duas avenidas principais do bairro, uma casa em péssimo estado de conservação, pequena e de estrutura baixa, pouco arejada. Para melhor atender à comunidade, fomos alocados em outra casa, bem localizada, arejada, ampla, com área externa para realizar as atividades de educação e promoção em saúde, porém sem as normas técnicas do Ministério da Saúde.

A estrutura do posto se resume em recepção, sala de vacina, sala do enfermeiro, farmácia, dois banheiros (interno para os funcionários e externo para os pacientes) e uma sala com divisória para dividir a copa e a sala de curativo. A triagem é realizada na recepção e a sala de vacina acomoda os agentes comunitários. Já a sala do enfermeiro é também usada para observação dos pacientes, administração de medicamentos injetáveis, nebulização e realização de testes rápidos.

A equipe é formada por uma médica, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, um técnico administrativo, seis agentes comunitários de saúde e dois voluntários que auxiliam a técnica de enfermagem.

Antonina é uma região de classe média/baixa e, especificamente na área de abrangência da unidade em questão, apresenta baixo padrão socioeconômico, com famílias numerosas, alto índice de violência, elevada prevalência de alcoolismo, desemprego e tráfico de drogas. A maioria dos motivos da procura ao atendimento

giram em torno desses fatores, já que os usuários dependem integralmente da UBS para ter acesso a medicamentos, vacinas, consultas e a informações em geral.

Outro fator que influencia diretamente na saúde desses indivíduos é o clima da região litorânea. Em razão das altas temperaturas no verão, o armazenamento e a conservação dos alimentos ficam prejudicados elevando a incidência de gastroenterite de origem infecciosa e, durante o inverno, em decorrência das baixas temperaturas e umidade do ar, aumentam as infecções de vias aéreas superiores e inferiores.

Valendo-se desses fatores, as cinco principais causas de mortalidade na cidade, no último ano disponível no DATASUS, são referentes às notificações de 2017, onde apresentou maior número de óbito sem assistência de causa indefinida (CID-10: R98), seguida de pneumonia por microrganismo não especificado (CID-10: J18), infarto agudo do miocárdio (CID-10: I21), acidente vascular cerebral não especificado (CID-10: I64) e outras doenças obstrutivas crônicas pulmonares (CID-10 J44)<sup>10</sup>.

As queixas mais comuns no ano de 2019 estão relacionadas a síndrome gripal, dores crônicas (causado por osteoartrose, esporão calcâneo, lesão por esforço repetitivo, fibromialgia, tendinites, etc.), síndrome diarreica, cefaleia tensional, enxaqueca, tontura/vertigem, transtornos psiquiátricos. É de extrema relevância citar as desordens psiquiátricas, em especial sintomas ocasionados por efeitos colaterais relacionado ao abuso de substâncias psicoativas, os transtornos depressivos, muitas vezes ligados à insônia, ansiedade, titulados pelos usuários como transtorno do pânico.

O município ainda utiliza um sistema baseado na distribuição de senhas diárias para o atendimento médico nas UBSs. Na unidade da Pita não seria diferente, são distribuídas 20 senhas, a fila inicia, normalmente, na madrugada. Os dez primeiros da fila, que serão atendidos no turno da manhã, permanecem na unidade, os demais retornam no período da tarde e os excedentes não são acolhidos, tendo que retornar em outro dia para nova tentativa de atendimento.

Os usuários demonstram insatisfação com o funcionamento da unidade, e buscam outros meios de se conseguir uma consulta médica. Então, esses usuários excedentes procuram a UBS Central, já que a distribuição diária de senhas é maior por atender a duas Estratégias Saúde da Família. E, quando não conseguem senhas de ambas as alternativas, procuram o Pronto Atendimento, que fica na frente da unidade central.

Os membros da equipe não veem isso como um problema, inclusive dão essas alternativas como opção aos usuários, compartilhando com eles a frustração de seus anseios não serem atendidos. O que deveria ser uma sala de espera, é apenas uma recepção, com vários membros da equipe juntos de maneira não orquestrada, com informações pouco convincentes, onde o usuário é recebido e encaminhado para a triagem (coleta dos dados antropométricos, aferição da pressão arterial e glicemia capilar), como já dito, realizados no mesmo espaço.

O pequeno espaço da recepção torna um transtorno o momento de espera, gerando ociosidade e impaciência, competição entre os usuários para quem deveria ter atendimento prioritário. Sem falar no calor das tardes de verão, que impossibilita a socialização entre eles.

O enfermeiro está mais envolvido com as questões administrativas, realiza curativos, acompanha os pacientes em observação e, por vezes, atende de forma arbitrária os problemas da comunidade. A função dos agentes comunitários de saúde se resume à realização das visitas e na coleta de dados para alimentar o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). A técnica de enfermagem é a mais solicitada pelos usuários, além de realizar os deveres atribuídos a si, ainda divide seu tempo realizando serviços de limpeza.

A falta de organização da equipe, a má utilização dos espaços da unidade, o desconhecimento de outras realidades, a falta de integração da equipe no acolhimento, são situações que geram insatisfação, má qualidade no atendimento, e medo de propor mudanças, pois receiam a demonstração de insatisfação dos usuários.

Escutar, problematizar, reconhecer como legítima a demanda apresentada pelo usuário, torna o processo de decisão da maneira de acolher um esforço necessário, de diálogo e compreensão. Partindo desse pressuposto, é de extrema importância vencer o desafio do acolhimento buscando efetividade e resolutividade<sup>3</sup>.

Os beneficiários das formas como a equipe e os usuários lidam com as necessidades de saúde, sem dúvida é a comunidade, a equipe, e o município.

Sendo assim, este plano de intervenção justifica-se por ser um tema que interfere no cotidiano de trabalho de toda a equipe de saúde e no atendimento da comunidade, sendo um problema possível de intervenção pela equipe. A comunidade terá seus anseios atendidos e resolvidos, a equipe terá seu trabalho reconhecido e

valorizado, e o município terá a garantia de oferecer a sua população um atendimento digno, de qualidade, tornando-se referência em Atenção Básica.

## **1.1 OBJETIVOS**

### **1.1.1 Objetivo geral**

- Adequar melhorias no acesso e no acolhimento na Unidade Básica de Saúde Ponta da Pita localizada em Antonina, Paraná.

### **1.1.2 Objetivos específicos**

- Avaliar as vulnerabilidades individuais e coletivos orientará o tipo de intervenção necessário e o tempo em que isso deve ocorrer;
- Melhorar o sistema de agendamento da unidade junto à equipe, de acordo com situações que requerem intervenção imediata, agendamento ou construção de plano terapêutico;
- Organizar o acesso dos usuários que buscam a unidade, acabando com as filas de madrugada para distribuição de fichas;
- Integrar todos os participantes da equipe no acolhimento, com reuniões regulares para reflexão da organização e do processo de acolhimento;
- Implementar educação em saúde na sala de espera, momento oportuno para conhecer a avaliação que os usuários fazem da sua situação e informa-los do processo de trabalho da equipe e do fluxo do usuário na demanda espontânea;

## **1.2 MÉTODO**

Este trabalho trata-se de uma pesquisa-ação, um processo que segue um ciclo no qual se aprimora a prática pela oscilação sistemática entre planejar, agir, descrever e avaliar.<sup>5</sup> Resumidamente, utiliza técnicas de pesquisas consagradas para informar a ação que se decide tomar para melhorar a prática.

Assim, durante a vivência médica junto à equipe, aos usuários e à comunidade observou-se o modo defasado de atender não só a demanda espontânea, mas

também os grupos de acompanhamento continuado, com distribuição de senhas, e conseqüentemente com a insatisfação dos usuários, a má qualidade no acesso, no acolhimento, na fixação dos usuários na unidade do seu território e, até mesmo, no atendimento médico, com consultas breves e pouco resolutivas, sem um acompanhamento adequado. Além disso também foi observado uma inadequada atribuição de funções entre os profissionais da equipe, seja por desconhecimento, por falta de profissional ou pela alta demanda.

Diante desta situação é necessário desenvolver ações para melhorar o acesso e o acolhimento, e também, aumentar a cobertura dos serviços de saúde no território de abrangência da UBS Ponta da Pita.

O primeiro passo, é identificar os usuários pertencentes aos grupos de risco. Normalmente, o diagnóstico de saúde da comunidade inicia-se com a territorialização, o cadastramento das famílias, a identificação de microáreas, porém a necessidade de uma estruturação com base na demanda organizada é premente, sendo um desafio centrar a atenção na pessoa saudável e garantir a equidade, priorizando os grupos com maior risco de adoecer e morrer. Com isso, a identificação dos usuários pertencentes aos grupos de risco foi realizada nas consultas da demanda espontânea, ainda no formato de distribuição de senhas.

De forma concomitante a identificação dos indivíduos pertencentes a cada grupo, foram estabelecidos os horários de atendimento desses grupos, levando em consideração os hábitos de vida, como exemplo, os horários de sono, normalmente os idosos são a maioria no grupo das doenças crônico-degenerativas, e tem o hábito de acordarem mais cedo e, em contrapartida, as crianças necessitam de maiores horas de sono, acordam mais tarde e serão melhor atendidas no período da tarde. Após a análise, concluiu-se que os melhores horários para atendimentos dos grupos, são: as segundas no turno matutino ao grupo de doenças crônico-degenerativas, quarta no turno matutino visita domiciliar e, no vespertino, às crianças. Não devemos ignorar a demanda espontânea, sob pena de descredito junto à comunidade, deixando a maior quantidade de consultas para esse grupo nos demais dias da semana.

Outro ponto que teve que ser atacado é a atuação da equipe multiprofissional. Até então, o enfermeiro não possuía uma agenda de consultas, sendo o médico

o único responsável pelo acompanhamento do paciente. Agregou-se à equipe a nutricionista, o que resultou em um espaço para ampliação do núcleo de conhecimento exclusivo de cada um em situações específicas.

O resultado dessas ações será avaliado através da satisfação dos usuários e da equipe. Uma ótima oportunidade para isso será por meio da interação entre a equipe e os usuários na sala de espera, juntamente com a educação em saúde precedendo o atendimento médico.

A seguir, será apresentado em forma de quadro o plano de intervenção e os recursos utilizados para realização das ações descritas acima.

**Quadro 1.** Descrição do plano de intervenção e indicação dos recursos utilizados.

<b>Objetivo</b>	<b>Estratégia</b>	<b>Duração</b>	<b>Envolvidos</b>	<b>População alvo/ amostra</b>	<b>Data</b>
Identificar os usuários pertencentes aos grupos de risco.	Serão identificados nas consultas médicas e nas visitas domiciliares	6 meses	Médico, Enfermeiro, Agentes comunitários de saúde	Portadores de doenças crônicas, crianças até 14 anos, mulheres em idade fértil, pacientes com dificuldade de locomoção.	Janeiro a junho de 2019
Melhorar o sistema de agendamento com a equipe multiprofissional	Iniciar agendamento para consulta com a enfermagem e nutricionista na unidade	Contínuo	Enfermeiro, nutricionista	Comunidade do território de abrangência da UBS	A partir de janeiro/2019
Agendar consultas de acordo com os seguintes grupos: Doenças Crônicas, Saúde da Criança, Planejamento Familiar e Visita Domiciliar	Segunda de manhã: Portadores de Doenças Crônicas Segunda à tarde: Planejamento familiar e pré-natal Quarta-feira de manhã: Visita Domiciliar Quarta-feira à tarde: Saúde da Criança	Contínuo	Gerente da UBS, Voluntários, Agentes Comunitários de Saúde, Equipe de Enfermagem	Portadores de doenças crônicas, crianças até 14 anos, mulheres em idade fértil, pacientes com dificuldade de locomoção.	A partir de janeiro/2019
Avaliar periodicamente a opinião da comunidade	Pesquisa de satisfação opcional através de questionário distribuído na sala de espera	6/6 meses	Agentes comunitários e voluntários	Comunidade do território de abrangência da UBS	A partir de janeiro/2021
Realizar educação em saúde na sala de espera	Planejamento semestral em reunião, com eleição de assuntos pertinentes de acordo com as necessidades da comunidade.	6 meses	Médico, Enfermeiro, Nutricionista e técnico de enfermagem	Comunidade, voluntários, agentes comunitários	Janeiro a junho de 2021

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

No Brasil, a saúde pública até a década de 60 era baseada no modelo do sanitarismo campanhista, que objetivava sanear as cidades e garantir a exportação. A partir da década de 60, havia a necessidade de um atendimento médico previdenciário já que com a migração do polo rural para o urbano-industrial surgiu uma grande massa de assalariados<sup>5</sup>.

Logo em seguida, já na década de 70, o modelo era o médico-assistencial privatista, um modelo centralizado, não-universal, que oferecia ações curativas e preventivas e o financiamento privilegiado para a expansão de serviços privados<sup>5</sup>.

A necessidade de mudança verificada no fim da década de 70, se acelera na década de 80, embalada pelo aprofundamento da crise econômica e pela instalação definitiva do processo de redemocratização. Com a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 e com a elaboração da nova Constituição, na qual o movimento sanitário e o governo reencontraram-se com os movimentos sociais populares, inaugurou-se uma nova fase de participação social nas políticas públicas.<sup>5</sup>

Dessa maneira, o Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1989 e regulamentado com a Lei Orgânica<sup>6</sup>, ao lado de outras leis, rompeu a barreira que dividia o povo brasileiro entre si, onde o conceito de indigente sanitário foi erradicado, o direito à saúde foi estendido a todos os brasileiros indistintamente<sup>7</sup>.

A partir daí, o desafio para organizar o serviço de saúde estava evidente, almejando um sistema integrado que opere de forma contínua e proativa e que seja capaz de responder, com eficiência, efetividade, qualidade e de modo equilibrado às condições agudas e crônicas<sup>8</sup>. Ou seja, a Atenção Primária (AP) é entendida como uma forma de organização e a porta de entrada aos serviços de saúde<sup>9</sup>. Pode-se citar também como característica da AP, a centralização na família, a orientação na comunidade e a valorização da cultura<sup>5</sup>.

O acolhimento é um assunto bastante pertinente, amplamente discutido, porém com pouca repercussão científica, com muitas dificuldades para alcançar os objetivos da Política Nacional de Humanização, que busca por em prática os princípios do SUS com base no gerir e no cuidar dentro dos serviços de saúde<sup>10</sup>.

Mas, para acolher, tem-se que garantir o acesso? Ou o inverso? O usuário tem que buscar o atendimento e para isso temos que criar mecanismos de ampliação/facilitação do acesso<sup>11</sup> através de planejamento das ações com qualidade e resolubilidade, respeitando o princípio de equidade<sup>12</sup>. O acesso universal aos serviços de saúde é uma bandeira de luta dos movimentos sociais, e apesar de promissor com a extensão de cobertura no nível de atenção primária, continua mostrando importantes limitações de acesso aos níveis secundário e terciário do sistema de saúde<sup>13</sup>.

A Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios, avalia o acesso aos serviços de saúde referido pela população, fazendo um comparativo entre 2003 e 2015, houve aumento de 13% da procura aos serviços de saúde pela população entrevistada nos últimos 12 meses<sup>14,15</sup>. Sendo, as mulheres (76,1%), crianças (80,3%) e adultos maiores de 65 anos (82,3%), os grupos populacionais mais atendidos nesse período<sup>15</sup>.

Em relação ao fator socioeconômico, em 2015, cerca de 77,2% das pessoas de até  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo procuravam regularmente as unidades de saúde, que pessoas cuja renda familiar é superior à 5 salários mínimos (4,8%). Ao avaliar a satisfação da população entrevistada sobre a qualidade e o acesso aos serviços de saúde financiado pelo SUS, 86,4% avaliaram como “muito bom ou bom”, 10,4% “regular” e 3,1% “ruim ou muito ruim”. Sendo que, o principal motivo destacado pelo não atendimento, na primeira vez, foi a falta de vaga ou por não terem conseguido senha (39,6%) ou porque não havia médico atendendo (34,6%)<sup>15</sup>.

Na prática, o acolhimento se restringe a atendimentos pontuais e a ações de atendimento às urgências<sup>9</sup>. E, para melhorar a acessibilidade do usuário e a escuta dos profissionais, precisamos iniciar com a territorialização e o cadastramento das famílias, identificar microáreas de risco e grupos prioritários (criança, adolescente, gestantes e idosos), calcular os indicadores de saúde e, claro, implantar estratégias de organização e humanização da demanda espontânea, pensando nisso foi estruturado a Estratégia Saúde da Família (ESF)<sup>10</sup>.

A ESF como modelo de organização da APS, é resultado da sua evolução histórico, tendo como princípios doutrinários, a universalidade, a integralidade e a equidade<sup>11</sup>. Logo, prioriza em suas bases teóricas a promoção da saúde, tem o coletivo como seu foco de atenção e não se constitui em um modelo acabado, muito pelo

contrário, está em pleno processo de aprofundamento de suas bases conceituais e criação de uma nova práxis entre os trabalhadores integrantes das equipes<sup>12</sup>.

Um estudo publicado na Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade, apresenta o Acesso Avançado como estratégia para reorganizar a agenda e a ampliação do acesso, tendo como princípio “Faça hoje o trabalho de hoje!”, no município de Diadema/SP, identificou-se aumento de 157% no número de usuários atendidos em consultas e queda de 13% para 2% na taxa de faltas dos usuários às consultas<sup>13</sup>.

Em São Bernardo do Campo/SP, foi dado início a organização do processo de trabalho das equipes, para além das consultas médicas, expansão das equipes, adequação da estrutura física das UBS, implantação de protocolos e desenvolvimento de projetos intersetoriais. E a qualificação do acesso deu-se através da ampliação das ofertas, o aumento da participação dos usuários nas atividades em grupo e ainda o crescimento do número de atendimentos multiprofissional realizados. A melhoria do acesso revela-se como um desafio, pois há uma demanda crescente por atendimento e assistência médica além da migração de pessoas de outros territórios, inclusive outros municípios.<sup>16</sup>

Na cidade de Formiga/MS, destacou a importância da educação permanente, como ferramenta de desenvolvimento de uma nova concepção sobre a dinâmica de trabalho no Programa de Saúde da Família, e a sensibilização dos profissionais ali inseridos para serem capazes de notar o quanto o trabalho rende mais, o quanto as ações e atividades são otimizadas, e como o respeito e a procura pela equipe de saúde da família foram intensificadas. E, com isso, vem conseguindo efetivar o acolhimento a partir da perspectiva de melhora na qualidade do atendimento, na busca de otimização do trabalho e satisfação do usuário<sup>17</sup>.

A literatura destaca pelo menos três obstáculos principais para realização do acolhimento: limites estruturais, escassez de profissionais, falta de privacidade, sigilo, postura de escuta e comprometimento. E, as características necessárias para prática do acolhimento está relacionado com a capacidade de escuta, empatia, bom relacionamento com a população, afetividade e paciência<sup>18</sup>.

Em resumo, as estratégias identificadas para melhoria da acessibilidade e da humanização do acolhimento: implantação de sistemas de marcação de consulta,

criação de equipes de acolhimento multiprofissional, avaliação de prioridades, orientação de fluxos e educação permanente<sup>9</sup>.

### **3 RESULTADOS**

O incômodo referente ao inadequado acolhimento não era individual ou da equipe, era de todo um conjunto equipe-usuários e, a partir disso, surgiu a necessidade de organização da equipe.

A primeira mudança realizada foi a implementação dos grupos mais vulneráveis, incorporando as consultas agendadas para portadores de doenças crônico-degenerativas, puericultura e visita domiciliar. Esses grupos foram agendados da seguinte maneira: segunda, no turno da manhã eram agendados os usuários com doenças crônico-degenerativas, a visita domiciliar às quartas, no turno da manhã, e puericultura no turno da tarde.

Em março de 2019, as famílias ainda não estavam adscritas, dificultando o reconhecimento dos integrantes desses grupos. A maneira encontrada para iniciar o agendamento de consultas foi através da demanda espontânea. O usuário conseguia a ficha para ser atendido no dia, durante a consulta médica era realizado um diagnóstico do seu estado de saúde, o reconhecimento de suas necessidades e a inclusão ou não nos grupos prioritários. Ainda na consulta, os usuários eram informados sobre o novo formato de agendamento médico, e já eram liberados com a próxima consulta agendada de acordo com sua necessidade naquele momento. O período entre uma consulta e outra variava de um a seis meses, tendo como parâmetro o prazo máximo (seis meses) de validade das receitas das medicações de uso contínuo.

Fugia um pouco a regra o agendamento das visitas domiciliares, além de serem reconhecidos na recepção por conta da procura dos familiares por atendimento diversos, também utilizamos do conhecimento da equipe sobre os usuários mais vulneráveis do território de abrangência. Na maioria das vezes, os agentes comunitários traziam a demanda, fazíamos a visita, agendava a próxima visita e orientávamos para procurar a UBS em caso de queixas agudas.

Nos demais dias da semana, manteve-se a distribuição de fichas diárias para a demanda espontânea, eram distribuídas 10 fichas por turno e 4 fichas extras

para atendimento de urgência e consultas no dia. O enfermeiro teve um papel fundamental no acolhimento, concomitante às consultas médicas, atendia os usuários que não conseguiam consulta médica nos últimos 15 dias. Conseguiu agilizar as solicitações de exames para rastreamento de câncer de colo do útero, câncer de mama, risco cardiovascular, exames de rotina das crianças, as renovações de receitas das mulheres em uso de anticoncepcionais e dos portadores de hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, a realização de testes rápidos de gravidez antes das consultas de planejamento familiar, as orientações de saúde em geral.

Conseguimos aprimorar os agendamentos com a evolução do cadastro das famílias em junho de 2019, mapeamos os grupos de maior relevância dentro da unidade, tendo em vista que a prevalência destes são bastante significativas: de diabetes *mellitus* (127 usuários), hipertensão arterial (372 usuários), e a incidência de complicações oftálmicas, neuropatia periférica, nefropatia (67), acidente vascular encefálico (50) e infarto agudo do miocárdio (45).

Percebemos três problemas nesse formato de acolhimento: o primeiro, foi a demora na busca por ajuda nas queixas agudas, ocorrendo procura aos serviços de emergência e automedicação, por acharem que só podiam ir à UBS no dia agendado, o segundo, o não comparecimento às consultas agendadas, sem aviso prévio e, o terceiro, era incluir novos usuários de acordo com o decorrer dos cadastros. Para sanar esses problemas, intensificamos as correntes de informações, diariamente, na sala de espera, informávamos aos usuários as agendas da semana, e solicitávamos que eles vinculassem essas informações para seus familiares e conhecidos.

Em setembro de 2019, percebemos a mudança através de elogios dos usuários e por parte do gestor, que afirmou não ter reclamações referentes ao atendimento da UBS da Ponta da Pita, os desentendimentos que eram frequentes se tornaram pontuais, sempre diferidos pelas mesmas pessoas que sempre se mostravam insatisfeitas com o sistema de saúde como um todo.

Desde o início, foi possível perceber uma necessidade da equipe de participarem ativamente do cuidado da comunidade, de compartilhar experiências, do reconhecimento pelo seu trabalho e foi pensando nisso que propusemos uma reunião. Essa reunião aconteceu no dia 18 de dezembro de 2019, e os obstáculos citados e sua ordem de prioridades foram: 1 - o atendimento à demanda espontânea ainda no formato de distribuição de senhas, não oferecendo acesso à todos os usuários de

maneira equitativa; 2 - a falta de conhecimento da população sobre o processo de trabalho da equipe e sobre sua saúde; 3 - a prevalência elevada de doenças crônicas, assim como o não acompanhamento continuado e programado desses usuários, gerando polifarmácia, parâmetros de saúde não alcançados, etc.; 4 - a centralização da rede de atenção básica no município, tirando a autonomia da unidade para procedimentos simples e essenciais; 5 - a insuficiência de profissional técnico nas áreas de enfermagem e odontologia, já que o território da unidade é distante de onde é centralizado o atendimento odontológico, os testes rápidos, a coleta de preventivo, o fornecimento de vacinas, dificultando o acesso; e, 6 - a falta de estrutura da unidade.

As ações para resolução dessas questões seriam implementadas ao longo do ano de 2020, porém não foi possível em razão da disseminação do Sars-CoV-2 no Brasil. A partir de março foram adotadas medidas de segurança para conter a propagação do vírus, e isso impactou a Atenção Primária, diminuiu a procura por atendimento na unidade, e o andamento das consultas agendadas foram interrompidas.

Nas circunstâncias que o mundo inteiro estava inserido, e na impossibilidade de prever o fim da pandemia, fomos incitados a buscar novas estratégias de acolhimento para proporcionar, à comunidade, a continuidade da atenção em saúde, nos mantermos presentes e garantir o acesso.

E porque não utilizar das ferramentas de tecnologia dura? E, foi a partir da Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 2.227/18, autorizando os médicos brasileiros a realizarem consultas online, que veio a ideia de iniciamos os atendimentos por via remota, oferecer atendimento médico, em horários agendados, sem necessidade de expor os usuários à sala de espera lotada por longo período de tempo.

Foi então que veio a ideia de transformar as redes sociais o lugar propício para realizar educação em saúde, fomentar a participação dos usuários no processo de melhoria do acesso e acolhimento, levando em consideração seus anseios e sugestões.

O recurso educacional aberto (REA) implementado foi a construção de palestras vídeos, palestras ou stories de redes sociais. Não será utilizado nenhum tipo de material impresso, em respeito ao meio ambiente. Será necessário reunir a equipe, selecionar os assuntos pertinentes, atribuir aos integrantes da equipe os assuntos que

estão familiarizados para tratar na sala de espera, através de vídeos previamente gravados e editados, palestras ou confecção de material para publicação em redes sociais.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este trabalho foi motivado pela insatisfação dos usuários e da equipe, o que incitou a vontade de mudança e foi estabelecido como meta a reorganização do processo de trabalho, a fim de oferecer atendimento a todos os usuários, independente dos fatores biológicos e sociais.

No decorrer do trabalho, nos deparamos com o maior dos obstáculos, a pandemia do novo coronavírus, isso nos forçou a planejar maneiras de acolhimento para manter o acesso e a cobertura dos serviços de saúde. Para isso, usamos a tecnologia ao nosso favor, oferecemos um atendimento ágil, seguro e resolutivo na maioria das vezes.

O ponto mais importante do trabalho é a participação de todos os envolvidos, usuários e equipe multiprofissional. Nesse processo destacam-se duas ferramentas: as reuniões de equipe que é um espaço de troca, onde acontecem construções coletivas e, entre concordâncias e divergências, são traçados os projetos; e a educação em saúde, pois é um momento ideal para fortalecer o vínculo com a comunidade e motivá-los a participarem do processo de organização da unidade.

Conseguimos compreender de forma ampla as necessidades de saúde dos usuários que transpõem o conceito saúde-doença, oportunizamos o acesso minimizando as barreiras para a utilização dos serviços, promovendo os benefícios que modifica o antigo sistema. Logo, um sistema de saúde com forte referencial na APS é mais efetivo e equitativo, mais satisfatório para a população e tem menos custos.

## REFERÊNCIAS

- <sup>1</sup> IBGE. **Estrutura territorial e população no último censo demográfico 2010**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/antonina/panorama>>. Acesso em: novembro de 2019.
- <sup>2</sup> VANHONI, F.; MENDONÇA, F. **O clima do litoral do estado do Paraná**. Revista Brasileira de Climatologia. ISSN: 1980-055X. Universidade Federal do Paraná – Curitiba, 2008.
- <sup>3</sup> VERDI, M. I. M. et al. **Especialização Multiprofissional na Atenção Básica: Saúde e sociedade**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.
- <sup>4</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. / Ministério da Saúde– 1. ed.; 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p.: il.
- <sup>5</sup> DUCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 3ª Edição. Artmed – RJ, 2004.
- <sup>6</sup> BRASIL. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dos princípios e diretrizes. Diário Oficial da União Dos princípios e diretrizes. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acessado em setembro de 2020.
- <sup>7</sup> MENDES, E. V. **25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios**. Estud. av. vol.27 no.78 São Paulo, 2013. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142013000200003](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200003). Acessado em 13/02/2021.
- <sup>8</sup> RIBEIRO, E. A. W. **Eficiência, efetividade e eficácia do planejamento dos Gastos em saúde**. UNIESP – São Paulo, 2006. Hygeia, 2(2):27-46, jun 2006. Disponível em: [http://docs.fct.unesp.br/docentes/geo/raul/Manual\\_Spring/Dados\\_edu/Hygeia-2006-24.pdf](http://docs.fct.unesp.br/docentes/geo/raul/Manual_Spring/Dados_edu/Hygeia-2006-24.pdf). Acessado em: 11/01/2021
- <sup>9</sup> COUTINHO, L. R. P. et al. **Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa**. Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS) – Campo Grande (MS), Brasil. rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.514-524, ABR-JUN 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00514.pdf>. Acessado em 20 de outubro de 2020.

<sup>10</sup> BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf). Acessado em 20 de outubro de 2020.

<sup>13</sup> CIRINO, F. M. B. et. al. **O Acesso Avançado como estratégia de organização da agenda e de ampliação do acesso em uma Unidade Básica de Saúde de Estratégia Saúde da Família, município de Diadema, São Paulo**. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. V. 15 N. 42 (2020). Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2111/1537>. Acessado em 13 de fevereiro de 2021.

<sup>14</sup> Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar – Acesso e utilização de serviços de saúde. 2003

<sup>15</sup> Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar – Acesso e utilização de serviços de saúde. 2015

<sup>16</sup> RODRIGUES, J.B.; IBANHES, L.C. **Caminhos e Contornos: o Acolhimento na Atenção Básica em São Bernardo do Campo – SP**. Mestrado Profissional em Saúde Coletiva: traduzindo conhecimento para o SUS - Instituto de Saúde (IS/SES-SP). Acessado em 01 de dezembro de 2021.

<sup>17</sup> MOTA, P. P. **O acolhimento como ferramenta estratégica para a reorganização do processo de trabalho no Programa de Saúde da Família: Relato de Experiência**. Especialização em Atenção Básica. UFMG – 2009.

<sup>18</sup> VIEIRA-DA-SILVA, L. M. et al. **Avaliação da implantação de programa voltado para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários na rede básica**. Salvador, 2005-2008. Rev. Bras. Saúde Materno-Infant, Recife, v. 10, supl. 1, p. s131-143, 2010.