

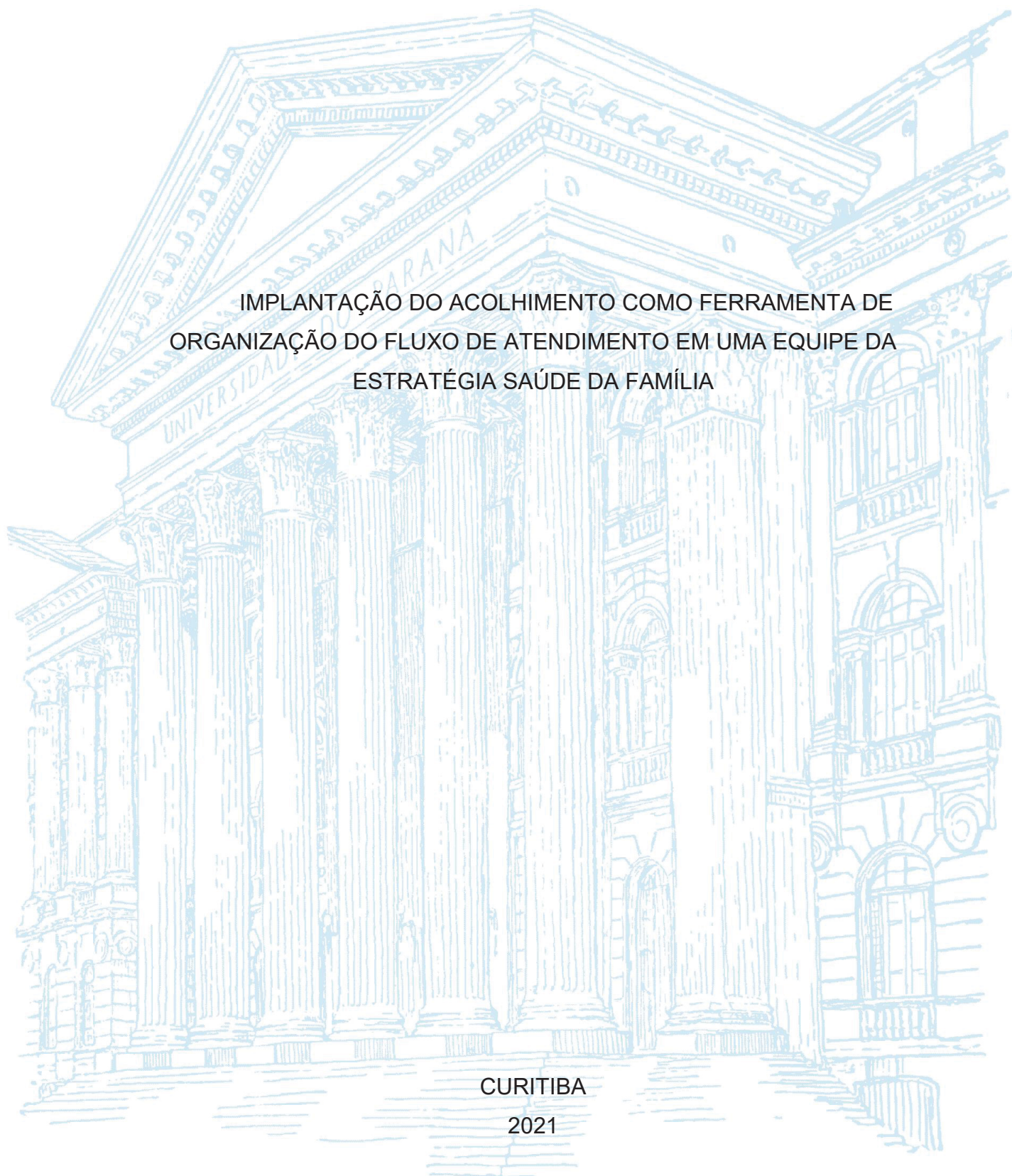
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MARCOS SÍLVIO GOMES

IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COMO FERRAMENTA DE
ORGANIZAÇÃO DO FLUXO DE ATENDIMENTO EM UMA EQUIPE DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

CURITIBA

2021



MARCOS SÍLVIO GOMES

IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COMO FERRAMENTA DE
ORGANIZAÇÃO DO FLUXO DE ATENDIMENTO EM UMA EQUIPE DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Atenção Básica, Curso de Especialização em Atenção Básica, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Sandra Maria Schefer Cardoso

CURITIBA

2021

RESUMO

O atendimento da demanda espontânea em uma Unidade de Saúde da Família do município de São Mateus do Sul, Paraná, reproduz um processo de trabalho centrado nos procedimentos, com forte enfoque curativista, pouco envolvimento dos usuários e falta de vínculo da Equipe Saúde da Família na produção do cuidado. Trata-se de uma investigação qualitativa com abordagem da pesquisa-ação, que têm como sujeitos a Equipe Saúde da Família e os usuários do serviço. O plano de ação utilizou a ideia “*todos acolhem e todos serão acolhidos*”, a partir da reflexão de que era necessário mudar a subjetividade da equipe de saúde, para mudar o processo de trabalho. O Acolhimento foi implantado na porta de entrada da USF para atender à demanda espontânea. Os resultados revelaram que dos acolhidos, 20% tiveram seus problemas resolvidos, os 80% restantes tiveram algum tipo de encaminhamento, sendo que destes, 10% dos usuários foram encaminhados para o pronto atendimento municipal e 70% para o agendamento de consultas. Uma mudança foi percebida para o início do projeto: o fim das filas que se acumulavam na porta de entrada para consulta médica. No entanto necessita haver mudanças no processo de trabalho da equipe como um todo, para melhorar esse desempenho.

Palavras-chave: Acolhimento. Saúde da Família. Equipe de Assistência ao Paciente. Eficiência Organizacional. Assistência à Saúde.

ABSTRACT

The attendance of spontaneous demand in a Family Health Unit in the municipality of São Mateus do Sul, Paraná, reproduces a work process centered on procedures, with a strong curative focus, little involvement of users and lack of bonding of the Family Health Team in the production of care. This is a qualitative investigation with an action research approach, which have as subjects the Family Health Team and the users of the service. The action plan used the idea "everyone welcomes and everyone will be welcomed", based on the reflection that it was necessary to change the subjectivity of the health team, to change the work process. The reception was implanted at the entrance door of the FHU to assist the spontaneous demand. The results revealed that of those welcomed, 20% had their problems solved, the remaining 80% had some type of referral, of which 10% of the users were referred to the municipal emergency room and 70% for scheduling appointments. A change was perceived for the beginning of the project: the end of the queues that accumulated at the entrance door for medical consultation. However, there needs to be changes in the work process of the team as a whole to improve this performance.

Keywords: Host; Family Health; Patient Care Team; Organizational Efficiency; Health Care; Evaluation of Processes.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
1.1 JUSTIFICATIVA	9
1.2 OBJETIVOS	10
1.2.1 Objetivo geral	10
1.2.2 Objetivos específicos.....	10
1.3 METODOLOGIA.....	10
1.3.1 Fase exploratória.....	11
1.3.2 Tema da pesquisa.....	12
1.3.3 Colocação do problema.....	12
1.3.4 Lugar da teoria	13
1.3.5 Elaboração da proposta	13
2 REVISÃO DE LITERATURA	15
3 PLANEJAMENTO E IMPLEMENTAÇÃO.....	19
4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	21
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
REFERÊNCIAS.....	24

1 INTRODUÇÃO

São Mateus do Sul é um município brasileiro do estado do Paraná, segundo dados do IBGE sua população estimada em 2019 era de 46.261 habitantes. Situado ao sul do estado, distante 140 quilômetros da capital Curitiba, o município de São Mateus do Sul destaca-se na área industrial, pela usina de xisto da Petrobrás, uma inesgotável fonte de insumos energéticos e matérias primas (óleo, nafta, gás industrial e enxofre) para os mais diversos setores da indústria e pela produção de revestimentos cerâmicos de alta qualidade, produzidos pela Incepa. O município conta hoje com cerca de 100 indústrias nos mais diversos ramos. A indústria ervateira é outra atividade de destaque, demonstrando o interesse do mercado na erva-mate (utilizada principalmente para chás e chimarrão) do município, que é considerado um dos maiores produtores brasileiros, com 50% de sua área de florestas e ervais nativos ainda preservados (IBGE, 2020).

A produção agropecuária também tem uma importante participação na economia do município e parcela significativa da população, cerca de 42%, residem na zona rural e sobrevivem sobretudo do cultivo de soja, tabaco e erva-mate. O milho e o feijão também fazem parte da atividade agrícola, mas são plantados basicamente para própria subsistência. A religião católica é predominante e as tradições religiosas permanecem vivas nas comunidades. A pirâmide etária mostra ainda uma grande porcentagem de indivíduos jovens (idades entre 0 a 19 anos) o que contribui para o alargamento da base da pirâmide etária (IBGE, 2019).

A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 12.35 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0.7 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 132 de 399 e 248 de 399, respectivamente. Quando comparado a cidades do Brasil todo, essas posições são de 2501 de 5570 e 2889 de 5570, respectivamente (IBGE, 2019). Durante o ano de 2017 foram registrados 310 óbitos. 178 masculinos e 132 femininos. As principais causas de óbitos em ordem decrescente foram: doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças do aparelho respiratório, causas externas e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (DATASUS, 2017).

A atenção Básica a Saúde (ABS) é, segundo o Ministério da Saúde (MS), “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de

atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (BRASIL, 2006, p. 12).

A ABS ocorre através de “práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitado” com a utilização de “tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações” (BRASIL, 2004). Para isso devem se orientar pelos princípios e diretrizes do SUS, com destaque para a universalidade, a acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade, participação social, resolubilidade e intersetorialidade. Ela é o contato preferencial dos usuários com o SUS, a porta de entrada ao sistema. Porém, também devem coexistir os níveis secundário e terciário de atenção, capazes de assegurar a integralidade da atenção por meio de um sistema de referência e contra referência e um sistema de informação eficaz (FARIA, 2010).

Como estratégia prioritária para organização da atenção básica de acordo com os preceitos do SUS, foi desenvolvida a Estratégia Saúde da Família (ESF). A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multidisciplinares em unidades básicas de saúde. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde dessa comunidade (BRASIL, 2000).

No dia-a-dia de uma equipe da ESF são realizadas ações voltadas para o atendimento da demanda espontânea, da demanda programada e ações de natureza gerencial da unidade e do cuidado de saúde. O atendimento da demanda espontânea consiste em atendimentos de casos agudos e das urgências. É realizado o acolhimento, o agendamento da consulta e exames, a realização de procedimentos, o diagnóstico e o tratamento de agravos (FARIA, 2010).

Já as ações voltadas para a demanda programada, por sua vez, consistem em atendimentos a grupos e situações de risco especiais para a saúde, como o planejamento familiar, pré-natal, puericultura, diagnóstico precoce de câncer, atenção aos idosos, atenção aos trabalhadores, atenção aos adolescentes, atenção

aos portadores de sofrimento mental, hipertensão arterial, diabetes mellitus, tuberculose, hanseníase, desnutrição, entre outras (FARIA, 2010).

Percebe-se nos últimos anos um aumento da população, sobretudo, na área urbana do município de São Mateus do Sul e a necessidade de aprimorar a rede de atenção à saúde já é uma realidade. O município conta hoje com uma cobertura de Atenção Primária (AP) em torno de 51%. São Estratégias de Saúde da Família com apenas uma equipe e geralmente com um número de agentes comunitários de saúde (ACS) insuficientes. A rede de atenção à saúde conta também com um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), um pronto atendimento, um hospital de baixa complexidade e um ambulatório que realiza atendimento médico especializado em ortopedia e pediatria, além de consultas clínicas.

Apesar do déficit do serviço de atenção primária, atinge-se uma cobertura vacinal de cerca de 90%, todas as unidades disponibilizam teste rápido de HIV, sífilis, hepatite B e hepatite C. Cerca de 90% das gestantes iniciam pré-natal no primeiro trimestre de gestação e cerca de 77% das gestantes realizam mais de 7 consultas de pré-natal.

A baixa cobertura da AP, no entanto, contribui para alguns problemas como a desorganização do fluxo de atendimento, ausência da realização de grupos operativos, elevado número de hipertensos e diabéticos descompensados e o aumento de complicações decorrentes da HAS e do DM.

A comunidade da Água Branca, local sede da Unidade Básica de Saúde (UBS) de mesmo nome, é composta, sobretudo, por descendentes de poloneses. É uma comunidade essencialmente rural, cuja principal atividade econômica é a agricultura. Com cerca de 2.500 pessoas a comunidade se destaca no plantio de tabaco e soja. Além da comunidade de Água Branca, a UBS também é responsável pela comunidade de Faxinal dos Ilhéus com cerca de 1.000 pessoas. A UBS é composta por apenas uma equipe e, devido à grande extensão territorial, os ACS tem dificuldade em atender toda a área. Doenças osteomusculares como lombalgias mecânicas, doenças do aparelho respiratório sobretudo DPOC, o tabagismo, os transtornos de humor e de ansiedade, o Diabetes *Mellitus* e a Hipertensão Arterial Sistêmica são bastantes prevalentes em nosso serviço.

Foi observado o cotidiano de trabalho e realizadas discussões com os componentes da equipe da UBS a fim de se questionar os maiores problemas enfrentados, e concluiu-se que a desorganização do fluxo de atendimento é o

grande desafiador do processo de trabalho do local. O presente estudo apresenta um plano de ação para combater a dificuldade de organização do fluxo de atendimento encontrado nessa unidade de saúde através da implantação do acolhimento.

1.1 JUSTIFICATIVA

Após observações da rotina de trabalho, coleta de dados secundários e discussões com profissionais da equipe de saúde da família, verificou-se que a desorganização do fluxo de atendimento é uma dificuldade que ocorre não só na UBS de Água Branca, mas também em outras unidades do município e que consiste no maior problema da unidade atualmente.

Entre as causas dessa desorganização, está a ausência de acolhimento. O atendimento é organizado conforme a ordem de chegada dos usuários a unidade. Pela manhã são distribuídas senhas e os excedentes retornam para casa sem atendimento. Apenas os que irão passar pelo atendimento médico serão “triados”, ou seja, tem sua pressão arterial aferida e a verificação do pulso anotados em sua ficha e, então, aguardam o atendimento médico. Esse tipo de abordagem dificulta o vínculo com a comunidade e se fundamenta num modelo puramente curativista.

O acolhimento, que é definido como dar acolhida, admitir, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber atender, admitir (FERREIRA, 1975), é um momento de aproximação com o paciente, que implica em fortalecimento da relação do usuário com a unidade e de autonomia das pessoas. Pode-se atribuir esse problema, sobretudo, a má organização da rede de saúde e a baixa cobertura da atenção básica no município, além da insatisfatória qualificação técnica dos profissionais e da equipe em atributos e habilidades relacionadas a escuta qualificada, o reconhecimento e a atuação em problemas de saúde.

A associação errônea pela comunidade e pela equipe de que a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem a função de resolver prioritariamente as queixas agudas, e não a ênfase em prevenção e promoção da saúde é mais um fator dificultador para a organização da demanda na unidade, bem como a resistência da equipe a mudança do processo de trabalho. Os membros da equipe consideram que uma mudança resultaria em maior carga de trabalho para cada um deles, o que a tornaria indesejada.

Como médico de família e comunidade tenho percebido o quanto nossos usuários necessitam ser melhor acolhidos. O problema identificado é atual, referente às demandas e às necessidades de saúde e doença da população e a solução desse problema depende apenas da atuação conjunta da equipe e comunidade, pois possuem causas não tão complexas e podem ser discutidos conjuntamente com a população uma solução para o mesmo. Além disso, é de extremo interesse da comunidade e da unidade de saúde, uma vez que afeta diretamente a vida dessas pessoas e a organização do processo de trabalho da UBS e está sob nossa governabilidade intervir nesse problema.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de ação para a implantação do acolhimento na UBS Água Branca, localizada em São Mateus do Sul, PR.

1.2.2 Objetivos específicos

Identificar os problemas encontrados no atual modelo de organização da demanda por atendimento médico na unidade Água Branca;

Apresentar e discutir as causas da desorganização da demanda por atendimento médico na Atenção Básica de uma unidade de ESF de São Mateus do Sul;

Elaborar um plano de ação apropriado para a organização do fluxo de atendimento na UBS Água Branca.

1.3 METODOLOGIA

Trata-se de uma investigação qualitativa com abordagem de pesquisa-ação. A abordagem da pesquisa-ação se caracteriza pela identificação do problema a partir dos sujeitos que identificam e o vivenciam, pesquisadores e grupo participante, para construção de movimentos consensuados de caráter social, educacional, técnico, capazes de responder com maior eficiência aos problemas reais através de

ações facilitadoras que gerem impactos positivos (THIOLLENT, 1998). Segundo este autor, os aspectos práticos de concepção, organização e operacionalização do trabalho de investigação apresentam momentos que não são rigorosamente sequenciais. O planejamento destas fases deve ser flexível e passível de adequação às necessidades do pesquisador e dos participantes.

Para realização da proposta de intervenção, inicialmente utilizou-se do método da Estimativa Rápida, definido como um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos, constituindo importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo (CAMPOS, 2010). Para tanto, analisou-se os dados secundários disponíveis na unidade Água Branca e nos sistemas de informação do Ministério da Saúde, além da observação ativa do território de abrangência da equipe.

Por fim, realizou-se a sistematização das informações, permitindo a estruturação de um plano de ação para reorganização do fluxo de atendimento da UBS Água Branca, visando qualificar a atenção à saúde da população da área de abrangência.

1.3.1 Fase exploratória

A fase exploratória, definida também como fase de identificação ou contextualização, teve como objetivo estabelecer um primeiro contato com o diagnóstico social da realidade. A investigação foi realizada na Unidade de Saúde da Família Água Branca, situada no município de São Mateus do Sul (PR). Essa Unidade atende a uma população estimada de 3.500 habitantes, sendo aproximadamente 1500 do sexo masculino e 2000 habitantes do sexo feminino, com predominância na faixa etária de 20-39 anos.

Durante a fase de planejamento estratégico, na Unidade de Saúde de Água Branca, os problemas apontados foram: ausência de delimitação territorial, aumento do número de casos de complicações do *Diabetes Melitus* e da Hipertensão Arterial Sistêmica e ausência de acolhimento. Esse diagnóstico situacional foi realizado por estimativa rápida das unidades, observação direta do processo de trabalho, reflexão conjunta com a equipe e usuários do serviço.

1.3.2 Tema da pesquisa

Aplicado os critérios de priorização dos problemas, elegeu-se a ausência de acolhimento na UBS de Água Branca. Situação que gera desorganização no fluxo atendimento, baixo vínculo entre equipe e população e pouca participação do usuário na produção do seu cuidado.

A partir da discussão de um caso, identificou-se que a USF reproduzia um processo de trabalho que pouco envolvia os usuários e suas necessidades, com falta de vínculo/responsabilização dos usuários com membros da Equipe Saúde da Família e pouca participação dos mesmos na produção do seu cuidado. A equipe compreendeu a natureza e as dimensões do problema de acesso, através da análise e delimitação da situação inicial, identificada com a dificuldade de acesso e sofrimento agregado aos usuários em decorrência disto.

Foi analisada à vontade, a forma de participação de todos os envolvidos e a dificuldade de compreensão do que seria a situação final, que é a ideia geral de acesso universal, fácil e assegurado. O desafio se encontra principalmente em função dos critérios de mudança, vinculados ao desejo e percepção da factibilidade. O processo exige a identificação dos problemas a serem resolvidos, para permitir a passagem da situação atual à situação objetivo.

A partir desse momento, ocorreu uma discussão entre a equipe da Unidade e os usuários relacionada à necessidade de um movimento para solução do problema de acesso. Na ocasião foi feita apresentação da proposta de acolhimento em que a ESF participou de forma efetiva colocando suas percepções sobre essa estratégia de ação. Foi consenso, e pactuada com a equipe de saúde, a construção da proposta de implantação do acolhimento. Isto deveria permitir a construção de dispositivos de mudanças na produção do cuidado, responsabilizando a Equipe de Saúde da Família pelo novo modo de agir frente ao cuidado aos usuários.

1.3.3 Colocação do problema

Nesta fase, a identificação do problema a partir da Equipe Saúde da Família e dos usuários revelou uma excessiva demanda espontânea por consulta médica, que levava os usuários a chegarem à USF de madrugada. Essa difícil acessibilidade à assistência era determinada pelo fluxo direcionado à consulta médica, e se

manifestava pela rotina de distribuição de senhas. Estas senhas eram distribuídas por um vigia e geralmente seguia a ordem de chegada dos usuários

A falta de acolhimento resultava no desconhecimento, pelo serviço de saúde, das reais necessidades, da demanda segundo o grau de risco-agravamento. Por outro lado, existia um processo de trabalho centrado na produção de procedimentos, com forte valorização da consulta médica. Isto desencadeava outras ações que interditavam o acesso e, ao mesmo tempo, impediam movimentos de mudança no processo de trabalho, pois as rotinas estavam muito sedimentadas na normativa instituída. Percebia-se que havia receio por parte da equipe de saúde, quando as discussões envolviam questões que poderiam intervir na sua prática cotidiana de atenção à saúde.

1.3.4 Lugar da teoria

Após a escolha do problema apresentado, proceder-se à revisão narrativa, coletando as informações nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, com a utilização dos seguintes descritores: acolhimento, programa saúde da família e humanização da assistência. Também será descrita a organização do processo de trabalho na UBS da Água Branca baseado na experiência do médico autor do presente trabalho.

1.3.5 Elaboração da proposta

A intervenção será realizada na própria UBS de Água Branca a partir de dezembro de 2021. A ação envolverá a equipe de saúde e a comunidade usuária do serviço, além disso, será realizado reuniões de apoio com a equipe do NASF. Será definido o horário de atendimento, os trabalhadores que atenderão na sala de acolhimento fazendo a escuta qualificada, sem descartar que o acolhimento acontece em todo o processo de produção do cuidado. Ressalta-se a importância da clareza dos critérios de avaliação, além da garantia da participação da população nesse processo de mudança. Todos serão responsáveis pela divulgação da implantação do acolhimento nos seus respectivos locais de atuação. Os resultados positivos desse projeto de intervenção serão avaliados mediante o grau de satisfação dos usuários. E também sobre a ótica perceptiva de melhoria dos

serviços pela equipe de saúde com o decorrer do tempo de implantação do acolhimento.

QUADRO 1 – DESCRIÇÃO DO PLANO DE INTERVENÇÃO

Objetivos	Estratégia	Duração	Envolvidos	População alvo/amostra	Data	Recursos educacionais utilizados	Locais divulgação dos recursos educacionais
<p>Elaborar um plano de ação para implantar o acolhimento na UBS Água Branca;</p> <p>Identificar os problemas no atual modelo de atendimento à demanda espontânea em uma UBS;</p> <p>Apresentar e discutir as causas da desorganização da demanda por atendimento médico na Atenção Básica de uma unidade de ESF de São Mateus do Sul.</p>	<p>Implantar o acolhimento na UBS;</p> <p>Criar critérios racionais de avaliação de gravidade e estratificação de risco.</p>	Definitivo	Enfermeiro, Médico, Agentes Comunitários, técnico de enfermagem, NASF.	Toda comunidade usuária do serviço da UBS de Água Branca.	Dezembro 2021	<p>Livros;</p> <p>Artigos;</p> <p>Experiências de outras UBS do município;</p> <p>Panfletos;</p> <p>Banner;</p> <p>Orientações</p>	<p>UBS;</p> <p>Locais estratégicos da comunidade;</p> <p>Secretária de Saúde do município.</p>

FONTE: O Autor (2020).

2 REVISÃO DE LITERATURA

O modelo tecnoassistencial para a saúde se desenvolveu no século XX a partir de uma importante referência na clínica flexneriana. Esta é originária do Relatório Flexner (EUA, 1910), que sugere uma prática centrada no campo biológico e prioriza o conhecimento especializado nas intervenções sobre os problemas de saúde (NOGUEIRA, 1994). Este modelo criou uma cultura nos serviços de saúde, a qual associa procedimento com qualidade na assistência. Decorre disto a produção de uma demanda para os serviços de saúde que não é real, mas imaginária, isto é, os usuários se apresentam nos serviços de saúde buscando o procedimento e não o cuidado, porque têm a falsa imagem de que há um equivalente entre eles, o que Franco e Merhy (2005) chamam de “produção imaginária da demanda”.

No Brasil, o Programa Saúde da Família, criado e implantado em 1994, é uma importante estratégia para reorganizar as práticas na APS e reorientar o sistema de saúde brasileiro, por meio do sistema de referência e contra referência. O Programa articula os demais níveis de complexidade de atenção com a APS, garantindo, assim, a integralidade das ações e a continuidade do cuidado. Trata-se de um modelo pautado no trabalho em equipe, priorização da família em seu território, acolhimento, vínculo, ações de prevenção e promoção da saúde, sem descuidar do tratamento e reabilitação (GARUZI et al., 2014).

A assistência alicerçada na equipe multiprofissional torna-se um elemento de grande valia, uma vez que a ideia interdisciplinar incorporada pela equipe multiprofissional permite a prestação do cuidado integral, tornando essas práticas, e em particular a do acolhimento, significativas nas relações afetivas entre os atores envolvidos (profissionais e usuários) (GARUZI et al., 2014).

Atualmente, o SUS visa alcançar o equilíbrio entre a oferta e a demanda em saúde, de modo a adequar as práticas assistenciais da Atenção Primária à Saúde (APS) e traçar estratégias para lidar com as diversas situações apresentadas no cotidiano dos serviços de saúde. Destarte, observam-se limitações na dimensão do acesso quanto à acessibilidade, fragmentação do Sistema, descentralização e regionalização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e ao processo inadequado de acolhimento e de assistência a determinados grupos (CHAVEZ et al., 2020).

Como diretriz operacional, o acolhimento consiste em uma estratégia para inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, tendo como

princípios: garantir acessibilidade e atendimento a todos; reorganizar o processo de trabalho para a equipe multiprofissional que se responsabilize em escutar o usuário com o compromisso de resolver seu problema de saúde; qualificar a relação trabalhador/usuário por parâmetros humanitários, solidários e de cidadania (FRANCO *et al.*, 1999).

O acolhimento é uma ação técnico-assistencial que implica em mudanças na relação profissional/usuário, promovendo a reorganização dos serviços, melhorando a qualidade da assistência e tendo o paciente como eixo principal para a prestação de cuidados. Portanto, o acolhimento passa a ser visto como postura, com técnica e como reformulador do processo de trabalho. A postura acolhedora deve se dar em todos os momentos da produção do serviço de saúde, iniciando no primeiro contato com a pessoa, envolvendo a escuta, a atenção, valorização de queixas, identificação das necessidades que podem vir a ser satisfeitas, tratamento de forma humanizada e reconhecimento do usuário como participante ativo do seu processo saúde-doença (COSTA; FRANCISCHETTI-GARCIA; PELLEGRINO-TOLEDO, 2016).

O acolhimento é uma das principais diretrizes éticas, estéticas e políticas da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Definido em documentos oficiais como a recepção do usuário no serviço de saúde, compreende a responsabilização dos profissionais pelo usuário, a escuta qualificada de sua queixa e angústias, a inserção de limites, se for preciso, a garantia de assistência resolutiva e a articulação com outros serviços para continuidade do cuidado quando necessário (GARUZI, et al., 2014).

O acolhimento foi identificado como o dispositivo que poderia funcionar para viabilizar uma análise crítica do fluxo de entrada na USF, revelar seu processo de trabalho e, ao mesmo tempo, servir para a mudança do cenário atual. É uma forma de reorganização do processo de trabalho, que aposta nas relações entre trabalhadores e usuários com base na escuta qualificada, responsabilização, compromisso com a resolutividade e trabalho multiprofissional. Tal entendimento requer perceber o usuário que adentra a unidade de saúde a partir das suas necessidades, condições de vida, do vínculo com os trabalhadores, da autonomia no seu modo de viver e na compreensão da sua queixa (ANDRADE; FRANCO; FERREIRA, 2007).

Segundo Merhy (1997), os processos de trabalho na saúde são usualmente centrados nas tecnologias duras (maquinários e instrumentos) e sua mudança pressupõe potencializar a utilização de tecnologias leves (relações) e leve-duras (conhecimento técnico), invertendo a lógica atual de produção do cuidado. Isso requer organizar o processo de trabalho de forma que ele opere na produção do cuidado de forma mais relacional. Esse encontro, em ato, gera expectativas e produções entre trabalhadores e usuários, espaços criativos de intersubjetividades nas interpretações, falas, escutas e interdependência.

O Acolhimento, para ser implantado por um serviço, requer por parte da equipe o entendimento de que todos acolhem e todos serão acolhidos. Isso pode dar um novo significado ao trabalho, representando uma relação prazerosa entre os trabalhadores e os usuários, que produz neste a sensação de ser acolhido e de direito à saúde. Avalia-se que tal perspectiva possibilita a reorganização do processo de trabalho, reduzindo ou anulando a “produção imaginária da demanda”, que busca o procedimento associando-o ilusoriamente ao cuidado, e produzindo intervenções sobre as reais necessidades dos usuários (ANDRADE; FRANCO; FERREIRA, 2007).

Acesso com equidade deve ser preocupação constante no atendimento em saúde, como princípio de justiça baseado na premissa de que é preciso tratar cada um de acordo com a sua necessidade. Logo, acolhimento como um requisito de acesso, deve garantir ao usuário qualidade ao utilizar o serviço e no que diz respeito as práticas profissionais, o envolvimento no acolhimento de modo a aumentar a acessibilidade, o vínculo e a responsabilização perante a comunidade devem ser aplicados para melhorar o processo de cuidado e o relacionamento com os usuários por meio da atenção integral e universal (MARQUES, et al., 2018).

Esse entendimento permite compreender que, em um determinado lugar reservado de uma Unidade de Saúde, a sala de acolhimento, é possível criar espaços para uma conversa individualizada e qualificada com os usuários, buscando identificar a natureza de suas necessidades, com ou sem a verbalização dos problemas, proporcionando um atendimento humanizado na produção do cuidado, podendo transformar-se em um “ato terapêutico” (SILVEIRA, 2004).

Não existe a atenção básica sem a efetividade do acolhimento e, ainda, a responsabilização é um de seus papéis, junto com a resolutividade de todos os seus atendimentos. Um bom serviço de acolhimento melhora o acesso da população aos

serviços de saúde, aperfeiçoa o trabalho dos profissionais e torna a atenção básica mais efetiva, melhorando a saúde dos indivíduos e, conseqüentemente, sua qualidade de vida (CARLOS, COSTA, LIMA, GUEDES et al., 2017).

Afinal, o cuidado é uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde como direito de ser. Ele resgata o tratar, o respeitar, o acolher e o atender o ser em seu sofrimento. É uma ação integral de relações de pessoas, com efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, instituições e profissionais, que geram uma atenção digna e respeitosa, com responsabilização, vínculo e acolhimento (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004).

3 PLANEJAMENTO E IMPLEMENTAÇÃO

O plano de ação para implantação do acolhimento na USF da água branca iniciou com a sensibilização dos sujeitos da intervenção, através da ideia de que *“todos acolhem e todos serão acolhidos”*. Foi definida a data de implantação do acolhimento, o horário de atendimento no turno matutino e vespertino e o número de consultas a serem agendadas pelo acolhimento. Definiram-se ainda os trabalhadores que atenderiam na sala de acolhimento fazendo a escuta qualificada, sem descartar que o acolhimento acontece em todo o processo de produção do cuidado em saúde, pois envolve relações, produzidas através do trabalho vivo em ato (MERHY, 1997). Todos foram responsáveis pela divulgação da implantação do acolhimento nos seus locais de atuação. Nas micro áreas isso foi feito pelos agentes comunitários de saúde; na USF (recepção, sala de espera) pela Equipe de Saúde da Família. Para isso, foram utilizados faixas e cartazes com instrumentos facilitadores para divulgação e sensibilização dos trabalhadores e usuários no espaço da USF.

A escolha dos critérios foi estabelecida de forma consensual, sendo respeitadas as diversas alternativas dos sujeitos participantes para o atendimento na sala de acolhimento, com grau de prioridade para os casos mais graves e crianças/gestantes/idosos, a partir de parâmetro para riscos, na sala que havia sido designada para escuta qualificada. Foram definidas que situações de urgência e emergência seriam atendidas fora do horário de acolhimento.

Foram definidos os seguintes parâmetros de riscos para o acolhimento:

➤ Para crianças: Risco Máximo - vômitos incoercíveis, convulsões, letargia, queixas respiratórias, diarreias (a partir de 3 evacuações), febre, emagrecimento e edema. Risco Intermediário - Taquipnéia, ouvido com secreção purulenta, baixo peso e pústulas na pele; Risco Baixo - doença febril, baixo peso, anemia.

➤ Gestantes: Risco Máximo – hipertensão moderada e grave, grande perda de líquido amniótico e/ou sanguíneo, ausência e/ou diminuição de batimentos cardíacos. Risco Intermediário – insuficiência no aumento da altura uterina, perda leve e/ou moderada de líquido amniótico e /ou sanguíneo, diabetes, aumento da pressão arterial. Baixo Risco: anemia, baixo peso, contrações leves, edema.

➤ Idosos - Risco Máximo: crise hipertensiva, hipo e hiperglicemia, desidratação, crise asmática e suspeita de pneumonia. Risco Intermediário:

Hipertensão moderada, mialgia, diarreia, dor à micção. Baixo Risco: anemia, baixo peso, doença febril, dor lombar.

O Acolhimento foi implantado na porta de entrada da USF para atender aos usuários da demanda espontânea e, no atendimento, priorizou-se crianças, gestantes e idosos na escuta qualificada. Após a escuta, definia-se os parâmetros de risco de cada usuário, conforme seu problema de saúde. Este era questionado sobre o motivo pelo qual procurou a unidade, sendo utilizado um roteiro do acolhimento como instrumento norteador para demanda espontânea, com atenção para a predominância das tecnologias leves nesse processo de trabalho. A partir da identificação das necessidades do usuário, o trabalhador toma a decisão, que pode ser a de resolver o problema, atendendo sua demanda naquele momento, ou se isto não fosse possível, encaminhar para o agendamento de consulta, pronto atendimento ou outros serviços de referência.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Segundo os resultados da estimativa rápida, cerca de 85% da comunidade, não tem dificuldade de acesso para chegar a UBS. Mais de 75% procuram o serviço para tratamento de doenças, uma pequena parte para renovação de receitas e encaminhamentos e menos de 15% buscam práticas preventivas de saúde. No geral os usuários referem ter uma boa relação com a ESF, mas participam pouco das tomadas de decisões. Questionados sobre o que poderia melhorar, mais de 80% responderam maior disponibilidade de médicos. Isso ilustra o quanto a população ainda tem uma visão centrada no atendimento médico, curativista e desconhece o potencial de um trabalho multidisciplinar focado, sobretudo, na promoção e prevenção de agravos. Tais dados inferem a pouca participação da população na gestão da produção do cuidado como forma de contribuir para organização da unidade, bem como aponta para problemas relacionados à organização das ações e serviços de saúde no âmbito municipal.

O Acolhimento proporcionou que todos os usuários fossem escutados e encaminhados de acordo com as suas necessidades e, sobretudo, ampliou a capacidade de atendimento, gerando o fim das filas que se formavam na madrugada para o atendimento à consulta médica no turno matutino, e pela manhã para o turno da tarde.

Com a implementação do acolhimento foi preciso reorganizar a forma pela qual os usuários adentram a USF. Utilizamos para isso duas vias de acesso, a primeira pela oferta organizada através da recepção para consulta agendada, em que são verificados os sinais vitais e, após estes procedimentos, o usuário é encaminhado para consulta médica, de enfermagem, de nutrição ou atendimento odontológico. E a segunda via pela demanda espontânea, em que o usuário vai para a sala de acolhimento, onde é realizada a escuta qualificada, podendo ter o seu problema resolvido ali mesmo ou, caso contrário, pode ser encaminhado para o pronto-atendimento ou agenda de consulta na própria USF ou referenciado a outro serviço de saúde do município. Isso permitiu a reorganização do processo de trabalho a partir da porta de entrada para melhor acessibilidade à USF. A participação dos usuários, apesar de prejudicada pela pandemia causada pelo SARS-CoV-2, se deu através do seu cuidado e da divulgação da proposta de acolhimento com seus familiares, vizinhos e amigos.

O acolhimento, que tem o compromisso de resolubilidade aos que procuram os serviços de saúde, revelou que dos acolhidos conseguiu-se resolver o problema de cerca de 20%. Estes necessitavam principalmente de uma escuta qualificada e o acolhimento foi eficaz nisso. Os restantes, 80%, tiveram algum tipo de encaminhamento, sendo que destes, 10% dos usuários foram encaminhados para o pronto atendimento municipal e 70% para o agendamento de consultas. Ocorreu uma mudança significativa na acessibilidade dos usuários à USF, demonstrando que o acolhimento significou um avanço importante na reorganização do processo de trabalho.

Estudos apontam, porém, que a APS tem capacidade para resolver 80% dos problemas de saúde de uma dada população e deve conciliar ações de assistência com prevenção e promoção da saúde além de coordenar a atenção prestada nos outros níveis do sistema, agindo como a base para o trabalho dos níveis secundário e terciário (OPAS, 1978; STARFIELD, 2002). Levando em conta esse conceito, evidencia-se, portanto, uma baixa capacidade resolutive com a implantação do acolhimento. Isso se deve ao fato de que o processo de trabalho, embora tenha modificado na porta de entrada da USF, não sofreu mudanças para dentro das equipes, onde ainda prevalece um processo centrado no médico, pouco relacional.

. Apesar do Acolhimento “resolver” a acessibilidade na porta de entrada da USF, ocorreu pouco uso de outras tecnologias de cuidado em condições de absorver a demanda, pois há uma baixa oferta de outras práticas assistenciais, promoção e proteção da saúde, em uma perspectiva do cuidado integral, ou seja, o acolhimento e as tecnologias leves que passaram a dominar o processo de trabalho no acesso dos usuários ficaram isolados na porta de entrada da Unidade. Isto significa que o acolhimento está em processo, em que se espera que, com o tempo, contamine todo o trabalho da equipe.

O acolhimento implantado permitiu ainda maior integração da equipe e melhor percepção do usuário pela equipe. Isso foi considerado um importante aprendizado proporcionado pela pesquisa-ação, que está associado ao processo de investigação, que gera e utiliza a informação para orientar a ação. Enfim, os resultados apontam para a potência inclusiva do acolhimento, enquanto instrumento capaz de qualificar a escuta dos usuários, de contribuir com a identificação dos problemas e de reorganizar o processo de trabalho centrado no usuário.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um aspecto importante com a implantação do acolhimento diz respeito ao fato de que as mudanças no processo de trabalho estão iniciadas, gerando desde já impacto na porta de entrada, com ampliação da inclusão dos usuários e melhoria significativa do acesso. Porém ainda se caracteriza como um processo não homogêneo de produção do cuidado, isto é, há reorganização das práticas na entrada da USF, mas isto ainda não foi feito no ambiente mais interno de organização do trabalho. Um maior grau de maturação do projeto acolhimento deve ser conquistado ao longo do tempo e a capacitação da equipe é fundamental para a consolidação desse projeto.

As mudanças iniciais encerram uma certa reestruturação produtiva da saúde, pois mudam os processos de trabalho e, por consequência, o modo de produção do cuidado. Nesse novo cenário, as relações entre os próprios trabalhadores e destes para com os usuários, possibilitam novos encontros dos sujeitos onde a ação de produzir o cuidado acontece. No entanto, as mudanças vão se produzir através de conflitos, disputas e interesses, que compõem naturalmente a micropolítica do processo de trabalho.

Por fim, a organização da demanda não agendada possibilita a capacidade resolutiva e a garantia de continuidade da atenção, por meio da melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde, da humanização das relações entre profissionais de saúde e usuários e de uma abordagem integral do paciente. E, sobretudo, pela abordagem do usuário além das doenças e suas queixas, com a construção de vínculo terapêutico para aumentar o grau de autonomia e de protagonismo dos sujeitos no processo de produção de saúde

REFERÊNCIAS

ANDRADE, C. S.; FRANCO T. B.; FERREIRA V. S. Acolhimento: uma experiência de pesquisa-ação na mudança do processo de trabalho em saúde. **Revista APS**, v.10, n.2, p. 106-115, jul/dez. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A implantação da Unidade Básica de saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_unidade_saude_familia_cab_1.pdf. Acesso em: 21 ago. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Recursos humanos: um desafio do SUS**/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2004. (CONASS Documenta; 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_v4_4ed.pdf. Acesso em: 21 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde- **DATASUS 2017**. Disponível em <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 21 ago. 2020.

CAMPOS, F. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

CAMPOS, R. T. et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **SAÚDE DEBATE** | RIO DE JANEIRO, V. 38, N. ESPECIAL, P. 252-264, OUT 2014.

CARLOS, I. L.; COSTA, J. F.; LIMA, B. F.; GUEDES, M. B. Acolhimento e estratégia de saúde da família: relato de experiência. **Rev. méd. Minas Gerais** ; 27: [1-6], jan.-dez. 2017.

CHAVEZ, G. M. et al. Acesso, acessibilidade e demanda na estratégia saúde da família. **Esc. Anna Nery**. v. 24, n. 4, e20190331, 2020. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452020000400219&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 dez. 2020.

COSTA, P. C.; FRANCISCHETTI-GARCIA, A. P.; PELLEGRINO-TOLEDO, V. Expectativa de enfermeiros brasileiros acerca do acolhimento realizado na atenção primária em saúde. **Rev. salud pública**, Bogotá, v. 18, n. 5, p. 746-755, out. 2016.

FARIA, H. P. de et al. **Modelo Assistencial e Atenção Básica à Saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte, 2010. 67p.

FERREIRA, A. B. **Novo Dicionário Aurélio**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

FLEXNER, A. **Medical Education in the United States and Canada**. New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching; 1910. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000400012. Acesso em: 30 ago. 2020.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A., (Orgs). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2005. p. 181-194.

FRANCO, T. B. et al. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p.345-353, 1999.

GARUZI, M.; ACHITTI M.; C. O.; SATO C. A.; ROCHA S. A.; SPAGNUOLO R. S. **Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa**. Rev. Panam Salud Publica. 2014; 35(2):144–9.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População no último censo: São Mateus do Sul – PR**. 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/sao-mateus-do-sul/panorama>. Acesso em: 20 ago. 2020.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Histórias e Fotos: São Mateus do Sul – PR**. 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/sao-mateus-do-sul/historico>. Acesso em: 20 ago. 2020.

MARQUES, J. F. et al. Acessibilidade física na atenção primária à saúde: um passo para o acolhimento. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 39, e2017-0009, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100405&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 01 dez. 2020.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p.71-112.

NOGUEIRA, R. P. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994. 155 p.

PINHEIRO, R. E.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas do cotidiano. In: PINHEIRO, R. E.; MATTOS, R. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO; 2004. p.21-36.

SILVEIRA, P. A. F. O acolher Chapecó. In: FRANCO, T. B. *et al.* **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho**. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 70-48.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 1998.