

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO  
THIAGO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MULTIDISCIPLINAR EM  
SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL ASSOCIADO À RESIDÊNCIA  
INTEGRADA  
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

**THAISE HONORATO DE SOUZA**

**RECEPÇÃO DO USUÁRIO NO SUS: ESTRATÉGIAS PARA O  
ACESSO À REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, NA  
PERSPECTIVA DO TRABALHADOR**

**FLORIANÓPOLIS – SC  
2014**



**THAISE HONORATO DE SOUZA**

**RECEPÇÃO DO USUÁRIO NO SUS: ESTRATÉGIAS PARA O  
ACESSO À REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, NA  
PERSPECTIVA DO TRABALHADOR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Multidisciplinar em Saúde – Mestrado Profissional Associado à Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Polydoro Ernani São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito final para obtenção do título de Mestre Profissional em Saúde – Área de Concentração: Urgência e Emergência. Linha de pesquisa: Tecnologia e Inovação no Cuidado.  
Orientadora: Dra. Maria Terezinha Zeferino

**FLORIANÓPOLIS – SC  
2014**

SOUZA, Thaise Honorato de  
RECEPÇÃO DO USUÁRIO NO SUS : ESTRATÉGIAS PARA O ACESSO À  
REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, NA PERSPECTIVA DO  
TRABALHADOR / Thaise Honorato de SOUZA ; orientador, Maria  
Terezinha ZEFERINO - Florianópolis, SC, 2014.  
137 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade  
Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde.  
Programa de Pós-Graduação Multidisciplinar em Saúde.

Inclui referências

1. Saúde. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Acesso aos  
Serviços de Saúde. 4. Acolhimento. 5. Serviços de Saúde. I.  
ZEFERINO, Maria Terezinha . II. Universidade Federal de  
Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação Multidisciplinar  
em Saúde. III. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO  
THIAGO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE

**RECEPÇÃO DO USUÁRIO NO SUS: ESTRATÉGIAS PARA O  
ACESSO À REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, NA  
PERSPECTIVA DO TRABALHADOR**

Área de Concentração: Urgência e Emergência

Thaise Honorato de Souza

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de  
“**Mestre Profissional Multidisciplinar em Saúde**”, e aprovada em sua  
forma final pelo Programa de Mestrado Profissional Associado à  
Residência Integrada Multidisciplinar em Saúde.  
Florianópolis, 19 de setembro de 2014.

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Katia Silene Godinho Bertoncello  
Coordenadora do Mestrado Multidisciplinar em Saúde

**Banca Examinadora:**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Terezinha Zeferino  
Presidente - PGMPARIMS - UFSC

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Juliana Balbinot Reis Girondi  
Membro - PGMPARIMS - UFSC

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt  
Membro - PGMPARIMS - UFSC

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Selma Regina de Andrade  
Membro  
UFSC



**Dedico esta dissertação a Deus; aos meus pais, Nádía e José; ao meu irmão, Natan; e ao meu marido, Juliano. Sempre presentes, VOCÊS, são inspiração para todas as minhas conquistas.**



## AGRADECIMENTOS

A *Deus* que permitiu vivenciar mais esta vitória.

A *minha família* agradeço a transmissão de tudo de mais precioso que um ser humano pode ter: humildade, caráter e garra para alcançar todos os meus sonhos. *Mãe, Pai e Irmão*, vocês sem dúvida alguma foram o presente de Deus mais precioso em minha vida. *Juliano*, meu querido marido, é inarrável o amor e zelo que tenho por você. Amo vocês eternamente.

Aos *meus verdadeiros amigos*, a sua amizade. Obrigada por tornar meus dias ainda mais coloridos e alegres.

Aos *trabalhadores que atuam na recepção dos Centros de Saúde e Unidades de Pronto Atendimento* do município em estudo, a participação à pesquisa, contribuindo, assim, com a construção de novos conhecimentos.

A *minha orientadora*, Doutora Terezinha Maria Zeferino, meu sincero e especial agradecimento em ter me acolhido na academia e em sua casa a qualquer hora, ter aceitado o meu tempo, ter ouvido todas as minhas angústias, e ter acreditado na minha potencialidade. Obrigada!

Aos *membros da banca de qualificação e sustentação*, agradeço terem aceitado o convite e disponibilizado seu tempo para contribuir com o aperfeiçoamento deste trabalho.

Aos *Professores do Programa de Pós-graduação Multidisciplinar em Saúde*, o compromisso e responsabilidade com o andamento do curso.

Aos *Colegas do Programa de Pós-graduação Multidisciplinar em Saúde*, mais uma vez agradeço a parceria nesta longa jornada.

À *equipe de trabalho do Centro Oftalmológico de Diagnóstico e Terapêutica – CODT*, o acolhimento e terem acreditado no meu potencial. Agradeço a troca de experiências, os ensinamentos, e ser minha outra casa. Em especial à administradora, Laura Schutz, que além de colega de trabalho se tornou uma amiga fiel e conselheira (a mais louca que já conheci). Obrigada, sua colaboração e compreensão, a inevitável dedicação foram suportes para que esta pesquisa se efetivasse.

Agradeço assim a todos que participaram para o fechamento de mais um ciclo. Convido-os a participar dos próximos que certamente virão! Estou muito feliz, obrigada!



“As nuvens mudam sempre de posição, mas são sempre nuvens no céu. Assim devemos ser todo dia, mutantes, porém leais com o que pensamos e sonhamos; lembre-se, tudo se desmancha no ar, menos os pensamentos” Paulo Baleki



## RESUMO

SOUZA, Thaise Honorato de. **Recepção do Usuário no SUS: Estratégias para o acesso à Rede de Urgência e Emergência, na Perspectiva do Trabalhador.** 2014. 137p. Dissertação. (Mestrado Profissional). Programa de Mestrado Profissional associado à Residência Multidisciplinar em Saúde. Universidade Federal da Santa Catarina. Florianópolis, 2014.

Área de Concentração: Urgência e Emergência.

Orientadora: Dra. Maria Terezinha Zeferino.

Linha de pesquisa: Tecnologia e Inovação no Cuidado.

O direito à saúde atualmente descrito em nossa Constituição é resultado de muitas lutas e reivindicações. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) – que prevê assistência equânime, universal e integral, por meio de rede regionalizada e organizada conforme as diretrizes da descentralização – e o direito da população em ser partícipe na gestão deste Sistema reforçam o compromisso do governo para com os usuários do SUS. Perfeito seria se tudo funcionasse da forma preconizada, mas infelizmente o que se encontra descrito nas Políticas de Saúde nem sempre condiz com o que é vislumbrado na prática, a começar pelo acesso do usuário aos seus serviços. Este estudo objetiva compreender como se dá o acesso do usuário não agendado com quadro agudo de baixa complexidade ou em situação de urgência e emergência nos Centros de Saúde (CS) e Unidades de Pronto Atendimento (UPA) de um município no sul do país na perspectiva do trabalhador que realiza o primeiro contato com os usuários nestes serviços de saúde. Trata-se de estudo exploratório descritivo de natureza qualitativa executado em duas UPA e dez CS, indicados pela gestão do município onde se desenvolveu o estudo. Os sujeitos da pesquisa foram 21 trabalhadores que realizam o primeiro contato com os usuários. A seleção dos trabalhadores ocorreu de forma aleatória, sendo escolhidos dois trabalhadores da UPA Sul, dois da UPA Norte, e dezessete trabalhadores de dez CS representando os cinco distritos sanitários (Norte, Sul, Leste, Oeste, Centro) do município em estudo. A opção pelo trabalhador da recepção como sujeito do estudo se deu por acreditar na importância do seu papel para o acesso do usuário ao serviço de saúde. A coleta de dados ocorreu no período de 28 de janeiro de 2014 a 15 de março de 2014, por meio de entrevistas semiestruturadas, gravadas após o consentimento dos entrevistados e assinatura do termo

de consentimento livre e esclarecido. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob o parecer nº 503.976, seguindo as recomendações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os dados foram analisados segundo o método de Análise de Conteúdo considerando a Política da Rede de Atenção à Saúde (RAS), nela compreendida a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) do SUS à luz da Política Nacional de Humanização (PNH). Os resultados revelaram que o acesso do usuário não agendado com quadro agudo de baixa complexidade ou em situação de urgência e emergência, no município em estudo, não ocorre conforme o preconizado pela PNH e pela RAS. Compreendeu-se que o trabalhador que atua na recepção dos serviços de saúde é protagonista do acesso, ou não, do usuário na rede; as atividades deste trabalhador sofrem influência do meio (forma pela qual está organizado o serviço, condições de trabalho, relacionamento entre a equipe, entre outras); e, existem diversos fatores que cooperam ou obstam o acesso do usuário, principalmente nos CS, o que contribui para a busca de soluções nos demais níveis da rede (UPA e Serviço de Emergência Hospitalar).

Descritores: Acesso aos Serviços de Saúde. Acolhimento. Serviço de Saúde. Gestão em Saúde. Sistema Único de Saúde. Enfermagem.

SOUZA, Thaise Honorato de. **Reception in the SUS User: Strategies for Access to Network Emergency Care in Perspective worker.** 2014. 137p. Dissertation. (Masters Professional). Professional Masters Program associated with Residence Multidisciplinary Health. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2014.

Concentration Area: Emergency Department.

Advisor: Dr. Maria Terezinha Zeferino.

Line of research: Technology and Innovation in Care.



## ABSTRACT

The right to health as described in our constitution is the result of many struggles and Claims. The creation of the Unified Health System (SUS in Brazil), which provides an equitable, universal and comprehensive care through a regionalized network organized according to the guidelines of decentralization and the right of public participation in the management of SUS, reinforce the commitment of government to SUS users. It would be perfect if everything worked as recommended, but unfortunately what is described in Health Policy is inconsistent with the real world, starting with the user access to health services. The aim of this study was to understand how is the access of non-scheduled user (spontaneous demand) at Health Centers (HC) and Emergency Care Units (ECU) in a city from the south of Brazil, from the perspective of the clerk who makes the first attendance at the reception. We believe that this professional is very importante due to its role in the user's access to health services. This is a descriptive exploratory qualitative study. Data were collected through semi-structured recorded interviews conducted after written consent of the interviewee. This study was approved by the Ethics Committee of the Federal University of Santa Catarina (UFSC), under the number 503 976, following the recommendations of Resolution 466/2012 of the National Health Council. Participants were 21 clerks involved in the reception of health services in which the study took place. The clerks were randomly selected, two from ECU South, two from ECU North, and also two workers from each of the ten HC representing the five health districts (North, South, East, West, Central) in the city under study. Data were analyzed using the method of content analysis considering the Policy Network for Health Care (RAS), involving the Network Emergency Care and Emergency (RUE) in the light of the SUS Policy national Humanization (PNH). The results revealed that access to the non-scheduled user (spontaneous demand), in the municipality under study, does not occur as recommended by the HNP and the RAS. We conclude that the clerk in the reception of health service is responsible for the user access or not to the health care network; work standards of the clerks are influenced by environment (the way in which the service is organized, working conditions, relationships between staff ) and there are several factors that cooperate or prevent user access, especially in HC. It is necessary to take into account all of these factors trying to find solutions at other levels of the network to improve health assistance.

Keywords: Access to Health Services. Home Services. Health. Health Management. Health System. Nursing.



## **LISTA DE FIGURAS**

FIGURA 01 – A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde

FIGURA 02 – A estrutura operacional das redes de atenção à saúde



## **LISTA DE ABREVIATURA**

APS – Atenção Primária à Saúde  
CF – Constituição Federal  
CS – Centro de Saúde  
CS – Centro de Saúde  
ESF – Estratégia de Saúde da Família  
HU – Hospital Universitário  
MS – Ministério da Saúde  
PMAQ – Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade  
PNAU – Política Nacional de Atendimento às Urgências  
PNH – Política Nacional de Humanização  
RAS – Rede de Atenção à Saúde  
RIMS – Residência Integrada Multiprofissional em Saúde  
RUE – Rede de Atenção às Urgências e Emergências  
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgências  
SE – Serviços de Emergência  
SEA – Serviço de Emergência Adulto  
SEH – Serviços de Emergência Hospitalar  
SIS-AB – Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica  
SISREG – Sistema de Regulação  
SMS – Secretaria Municipal de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UBS – Unidade básica de saúde  
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina  
UPA – Unidade de Pronto Atendimento



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	13
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	20
2.1	OBJETIVO GERAL	20
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	21
3.1	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	21
<b>3.1.1</b>	<b>Os elementos constitutivos da Rede de Atenção à Saúde</b>	24
3.2	REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS	25
<b>3.2.1</b>	<b>Componente Atenção Primária da Rede de Atenção às Urgências</b>	30
<b>3.2.2</b>	<b>Componente Complexidade Intermediária da Rede de Atenção às Urgências</b>	31
<b>3.2.3</b>	<b>Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências</b>	32
<b>3.2.4</b>	<b>Situação dos Serviços de Urgência e Emergência</b>	33
3.3	O ACESSO DO USUÁRIO AO SUS E A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO	36
<b>3.3.1</b>	<b>Os Conceitos de Acesso, Acolhimento e Recepção</b>	36
<b>3.3.2</b>	<b>O Acesso na Rede de Atenção à Saúde</b>	39
<b>4</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO</b>	44
4.1	TIPO DE ESTUDO	44
4.2	LOCAL PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO	44
4.2.1	Contextualização do município do estudo	45
4.3	SUJEITOS DO ESTUDO	46
4.4	COLETA DOS DADOS	47
4.5	ANÁLISE DOS DADOS	47
4.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	49
<b>5</b>	<b>APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	50
<b>5.1</b>	<b>MANUSCRITO I: RECEPÇÃO DO USUÁRIO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: UMA ANÁLISE DA PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES SOBRE SUAS ATIVIDADES DE TRABALHO</b>	51
<b>5.2</b>	<b>MANUSCRITO II: RECEPÇÃO COMO PONTO ESTRATÉGICO PARA O ACESSO DO USUÁRIO</b>	77

<b>5.3</b>	<b>MANUSCRITO III: ESTRATÉGIAS PARA O ACESSO DO USUÁRIO AO SUS: PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES QUE ATUAM NA RECEPÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE</b>	<b>100</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>120</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>123</b>
	<b>APÊNDICES</b>	<b>131</b>
	<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	<b>131</b>
	<b>APÊNDICE B - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS</b>	<b>133</b>
	<b>ANEXOS</b>	<b>137</b>
	<b>ANEXO A - CERTIFICADO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UFSC</b>	<b>137</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Muitas foram as lutas pela ampliação do direito à saúde no decorrer da história. Décadas marcadas por resistência e pouco avanço legislativo real, já que estes direitos eram previstos em poucas legislações infraconstitucionais, e ainda eram de pouca efetividade prática.

Um avanço se deu com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que elevou este direito ao patamar constitucional, estabelecendo em seu Art. 196, como “direito de todos e dever do Estado”. (BRASIL, 1988).

Em continuidade a este avanço foi editada a Lei nº 8.080/90, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentando seus princípios e diretrizes, de universalidade do acesso, integralidade da atenção e descentralização político-administrativa; e a Lei nº 8.142/90, que complementa a primeira e dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Com elas, diversos compromissos foram estabelecidos, de modo a tornar o SUS o sistema responsável por realizar ações de promoção da saúde, vigilância em saúde, controle de vetores e educação sanitária, além de assegurar a continuidade do cuidado nos níveis primário, ambulatorial especializado e hospitalar. (BRASIL, 1990, BRASIL, 1990a).

Anos se passaram e os avanços continuaram a ocorrer, no entanto, no que diz respeito à organização da atenção à saúde, ainda se faz necessário transcender a fragmentação das ações e serviços de saúde e prover a gestão do cuidado. Visto que as ações e serviços de saúde em geral permanecem estruturados em um modelo de atenção, fundamentado em intervenções curativas, medicocêntricas e dimensionados com base na oferta, sem um olhar para os desafios futuros. Para isso, o caminho traçado pela política de saúde foi a organização e implantação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no país. (BRASIL, 2010a)

A RAS, por sua vez, é definida como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010a, p.4). Desta forma, seu objetivo é impulsionar a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com a finalidade de disponibilizar atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incentivar o desempenho do Sistema em termos de acesso, equidade, eficácia

clínica e sanitária; e, eficiência econômica. (BRASIL, 2010a, BRASIL, 2011a).

A RAS é caracterizada pela “formação de relações horizontais entre todos os pontos de atenção, tendo como centro de comunicação a Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização com a atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos”. (BRASIL, 2010a, p. 4).

A APS, por ser o primeiro nível de atenção, deve resolver os cuidados primários acerca dos problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção. (BRASIL, 2010a).

Entende-se por pontos de atenção “espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular”. Espaços como: as unidades básicas de saúde (UBS), os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, entre outros. (BRASIL, 2010a, p. 4).

Neste sentido, o que se pretende com a constituição (formação) da RAS é promover ações efetivas que proporcionem a consolidação do SUS como política pública voltada para assegurar os direitos constitucionais de cidadania. A proposta almeja inovar o modelo até então praticado pelos profissionais da saúde, reforçando a responsabilização e continuidade da assistência antes e após os encaminhamentos realizados, eliminando assim a fragmentação do cuidado prestado e qualificando a assistência com integralidade e eficácia.

Acredita-se que os desafios para organizar e gerir os serviços e ações em saúde, na perspectiva da RAS, seja o próprio cenário brasileiro que se caracteriza pela diversidade de contextos regionais, marcados por enormes diferenças socioeconômicas e por uma variada gama de necessidades de saúde. (MARTINI, VERDI, 2013).

Cabe ressaltar que o atual perfil epidemiológico brasileiro, tipificado por tripla carga de doença (persistência de doenças parasitárias, infecciosas e desnutrição; problemas de saúde reprodutiva com mortes maternas e óbitos infantis por causas consideradas evitáveis; e, o desafio das doenças crônicas e seus fatores de risco como

sedentarismo, tabagismo, alimentação inadequada, obesidade) e o crescimento das causas externas em decorrência do aumento da violência e dos acidentes de trânsito, traz a necessidade de ampliar o foco da atenção para o manejo das condições crônicas, mas atendendo, concomitantemente, as condições agudas. (BRASIL, 2010a, CRISTO, 2011).

Ciente deste cenário, e com intenção de atingir os objetivos propostos pela RAS no que diz respeito à sua implantação como estratégia de fortalecimento da atenção à saúde no SUS, o Ministério da Saúde (MS) definiu como compromissos prioritários de governo as seguintes redes temáticas: Rede Cegonha (que tem um recorte de atenção à gestante e de atenção à criança até 24 meses); a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE); Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas (iniciando-se pelo câncer a partir da intensificação da prevenção e controle ao de mama e colo do útero); a Rede de Atenção Psicossocial (com prioridade para o Enfrentamento do Álcool, Crack, e outras Drogas) e a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência. (BRASIL, 2014a).

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), considerada importante componente da assistência à saúde, constitui-se hoje umas das mais problemáticas áreas do SUS. A frágil estruturação da rede, somada a um número cada vez maior de usuários que buscam os serviços de urgência e emergência, resulta em sobrecarga desta área no âmbito hospitalar, com conseqüente prejuízo à saúde da população. (BRASIL, 2006a, BITTENCOURT, HORTALE, 2009).

São exemplo dessa fragilidade: a predominância do modelo técnico assistencial, fortemente centrado na oferta de serviços e não nas necessidades dos cidadãos; a influência do modelo assistencial da saúde pública, focado em ações preventivas e programadas, com prejuízo na realização de atendimentos à população acometida por quadros agudos de baixa complexidade que ocorre no nível primário de atenção; a baixa resolutividade das UPA, que apesar de oferecerem atendimento 24 horas e atenderem as demandas reprimidas não satisfeitas no nível primário de atenção, ainda não possuem articulação efetiva com o restante da rede assistencial. (BRASIL, 2006a, BRASIL, 2006b).

Além disso, os tradicionais “prontos socorros”, serviços que atuam com a atenção a situações críticas e que também permanecem abertos por 24 horas, acabam sendo vistos pela população como “porta de entrada” (serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS) do sistema de saúde, mesmo para atendimento a situações não emergenciais. (BRASIL, 2006a, BRASIL, 2006b).

Entende-se por portas de entrada os serviços de: APS; atenção de urgência e emergência; atenção psicossocial (Centro de Atenção Psicossocial em suas diferentes modalidades); e, especiais de acesso aberto (ex. centro de referência de AIDS, a saúde do trabalhador e outros que atendam às necessidades específicas do cidadão). (BRASIL, 2011a).

Na perspectiva da RUE, atualmente a APS é constituída pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Equipes de Saúde da Família (ESF), o nível intermediário de atenção fica a encargo do Serviço Móvel de Urgência (SAMU) 192 (Serviço de Atendimento Móvel às Urgências) e das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, e o atendimento de média e alta complexidade ocorre nos hospitais. (BRASIL, 2011b).

As fragilidades descritas anteriormente vão de encontro com o que determina a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), estabelecida em 2003 e atualizada em 2011, que diz que o usuário com quadro agudo<sup>1</sup> deve ser atendido em todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS de forma integral e responsável, sendo este encaminhado a serviço de maior complexidade, níveis crescentes de complexidade e responsabilidade, quando necessário. (BRASIL 2006a, BRASIL 2011b).

Por conseguinte, o que se verifica em vários estudos é superlotação dos serviços de emergência hospitalar (SEH) com casos que deveriam ser atendidos em outro nível da RAS, mas que por inúmeros fatores tonam o SEH a principal porta de entrada para o SUS. (VALENTIM; SANTOS, 2009, BAGGIO; CALLEGARO; ERDMANN, 2009, O'DWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009, NASCIMENTO, et al., 2011, SOUZA, 2012)

Esta autora, conhecendo os problemas vivenciados pelos SEH, evidenciados ainda mais durante a trajetória de residência no Serviço de Emergência Adulto (SEA) de um Hospital Universitário (HU) do sul do país, em 2012, desenvolveu um estudo que teve como objetivo traçar

---

<sup>1</sup> Aguda - Uma doença ou condição médica que vem de repente e tem duração de curto período, podem ser doenças leves como uma gripe, ou mesmo, doenças graves, que podem ser fatais se não forem tratadas imediatamente, como é o caso da ruptura do apêndice que é uma condição aguda e que precisa de cirurgia imediata. Essas doenças podem curar ou continuar, caso continuem podem se tornar crônicas. (GUERREIRO, et al., 2013, p. 14).

características do SEA de um HU e propor algumas estratégias para a organização da sua porta de entrada na perspectiva da RUE/RAS com vista a minimizar o problema de superlotação enfrentado.

Neste estudo se constatou que, apesar de haver um grande fluxo de usuários em busca de atendimento no SEH, esta demanda ainda não era condizente com o estabelecido pela PNAU e a RAS. Ou seja, a maioria dos usuários (63,55%) que busca o SEA do HU vinha solucionar casos não emergenciais que poderiam e deveriam ser resolvidos em outros níveis de atenção do SUS. Somado a isso, verificou-se também que um número significativo dos usuários (34,53%) buscava o SEH por não conseguir atendimento ou por ter o acesso negado em outro ponto da rede, ou por ter sido atendido de forma insatisfatória, fragmentada, descontínua. (SOUZA, 2012).

Não se pode deixar de destacar aqui que a questão cultural foi verificada como agravante para excesso de demanda ao SEA do HU, uma vez que aspectos relacionados à preferência, indicação familiar, qualidade do serviço, proximidade geográfica, referência para casos de intoxicação influenciavam a procura por aquele serviço. (SOUZA, 2012). O que vai ao encontro com o estudo de Carret, et al. (2011) que também identificam a procura pelo serviço de emergência: por sugestão de familiar; crença como melhor condição para a solução do problema; e, facilidade de exames no momento da consulta.

Corroborando com estes achados, Valentim e Santos (2009) e Nascimento, et al. (2011) discutem que os usuários não diferenciam situações emergenciais de acordo com o conceito técnico, nem compreendem quais os serviços que compõem a RUE. Assim, o SEH funciona, ainda, como principal porta de entrada para o sistema de saúde, o que por via de consequência se torna mais um agravante para a superlotação dos SEH.

Desta forma, conhecendo os diversos fatores, apontados nos estudos científicos, que envolvem a superlotação dos SEH e tendo a compreensão de que a pesquisa realizada no SEA do HU não foi suficiente para revelar se existe ou não uma relação direta entre a superlotação deste serviço com a dificuldade de acesso em outro ponto da RUE do respectivo município, mencionado pelos usuários do SEA do HU, tornou-se necessário ir até estes serviços e verificar como ocorre o

acesso do usuário não agendado com quadro agudo de baixa complexidade ou em situação de urgência e emergência<sup>2</sup>.

Assim, dentre as redes temáticas estabelecidas pelo MS como prioridade para a atenção à saúde em rede, pretende-se nesta dissertação refletir sobre aspectos relacionados ao acesso do usuário não agendado com quadro agudo de baixa complexidade ou em situação de urgência e emergência na RUE, em um município do sul do país, por meio da APS – Centros de Saúde (CS)<sup>3</sup> e nível intermediário de atenção – UPA para que se possa compreender como se dá este acesso na perspectiva do trabalhador que realiza o primeiro contato com os usuários nestes serviços de saúde.

De início cumpre distinguir acesso de acessibilidade que, segundo Starfield (2004) apesar de serem utilizados de forma ambígua, têm significados complementares. A acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, e o acesso permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis. Seria, portanto, a forma como a pessoa experimenta o serviço de saúde. No campo da saúde, o acesso é compreendido como o conjunto de circunstâncias, que permite a entrada de cada usuário na rede de serviço nos diferentes níveis de complexidade. Geralmente a palavra acesso está relacionada às dificuldades e facilidades em alcançar a resolução dos problemas de saúde, estando assim a palavra acesso diretamente ligada com o que se tem de oferta à disponibilidade de recurso. O que está, portanto, em pauta é: “a capacidade do sistema de saúde em prover o cuidado e o serviço necessários, no momento certo e no lugar adequado”. Ou seja, a garantia de acesso pressupõe a remoção de obstáculos físicos,

---

<sup>2</sup> Emergência: Constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010).  
Urgência: Ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010).

<sup>3</sup> Centro de Saúde, neste material, é uma denominação que corresponde tanto a Unidade Local de Saúde como Unidade Básica de Saúde. Cabe ressaltar que a nomenclatura Centro de Saúde foi escolhida por ser a utilizada pelo município em estudo.

financeiros e outros para a utilização dos serviços disponíveis. (VIACAVA, FRANCISCO et al., 2012, p. 922).

A opção pelo trabalhador da recepção dos serviços de saúde do SUS como sujeito do estudo se deu por acreditar que ele, em sua atividade, é fundamental para que o usuário acesse ao serviço do qual necessita no momento de procura, tendo assim, o papel de integrante à rede de acolhimento à demanda e de corresponsabilidade dentro da PNH.

Cabe destacar que o interesse em trabalhar com a temática de acesso está atrelado não somente às experiências vivenciadas pela pesquisadora como residente de um SEA de HU do sul do país, mas também a experiências anteriores enquanto acadêmica de enfermagem e bolsista do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde que oportunizaram evidenciar o papel de protagonismo do trabalhador que atua na recepção no acesso do usuário aos serviços de saúde no SUS.

A escolha pelos CS e UPA foi para que fosse possível realizar de uma forma mais ampla um diagnóstico do acesso do usuário aos serviços de saúde por meio das portas de entrada da rede de urgência e emergência de um município do sul do país, uma vez que enquanto residente, em outro estudo, pontuou-se que a superlotação dos SEH poderia estar relacionada aos problemas de acesso nas demais portas de entrada da RUE. Ou seja, compreender como se dá o acesso por meio dos CS e UPA se torna primordial para refletir acerca da superlotação nos serviços de emergência hospitalar (SEH) e a relação, ou não, com a dificuldade de acesso nos demais níveis de atenção.

Diante do exposto, este estudo delinea a seguinte questão de pesquisa: **como se dá o acesso do usuário não agendado com quadro agudo de baixa complexidade ou em situação de urgência e emergência nos CS e UPA de um município do sul do país na perspectiva do trabalhador que realiza o primeiro contato com os usuários nestes serviços de saúde?**

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Compreender como se dá o acesso do usuário não agendado com quadro agudo de baixa complexidade ou em situação de urgência e emergência nos CS e UPA de um município do sul do país, na perspectiva do trabalhador que realiza o primeiro contato com os usuários nestes serviços de saúde.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Descrever o perfil dos trabalhadores que realizam o primeiro contato com o usuário não agendado com quadro agudo de baixa complexidade ou em situação de urgência e emergência nos CS e UPA de um município do sul do país;

Analisar a perspectiva dos trabalhadores que realizam o primeiro contato com o usuário não agendado com quadro agudo de baixa complexidade ou em situação de urgência e emergência nos CS e UPA de um município do sul do país sobre suas atividades de trabalho;

Identificar junto aos trabalhadores que realizam o primeiro contato com o usuário não agendado com quadro agudo de baixa complexidade ou em situação de urgência e emergência, possíveis estratégias que visem ampliar e facilitar o seu acesso ao SUS, considerando a RAS, nela compreendida a RUE, à luz da PNH.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste estudo se optou por utilizar algumas das Políticas Públicas de Saúde como referenciais teóricos, a saber: Sistema Único de Saúde, Política Nacional de Humanização, Rede de Atenção à Saúde e Rede de Urgência e Emergência.

Esta escolha possibilitou contextualizar e refletir sobre os princípios, objetivos, estratégias e elementos constitutivos e organizacionais da RAS e da RUE, estabelecidos para suprir as necessidades de saúde com base no atual perfil epidemiológico brasileiro.

Um breve levantamento da situação atual dos serviços de urgência e emergência no Brasil e aspectos relacionados ao acesso nas portas de entrada da RUE no SUS, bem como, a sua relação com a Política Nacional de Humanização (PNH) também foram abordados e serviram para sustentar a pesquisa realizada.

#### 3.1 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

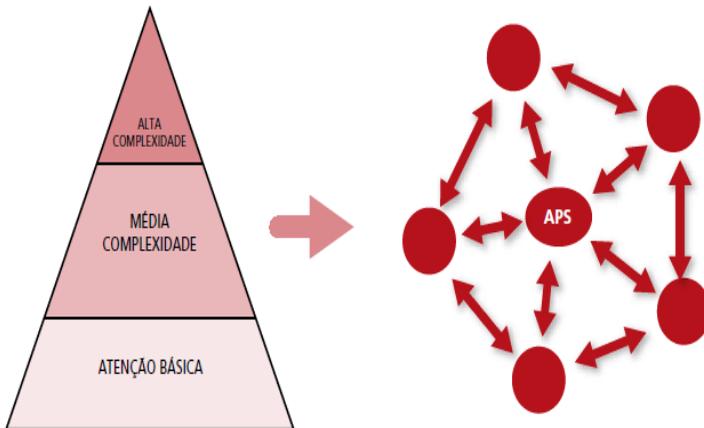
Os sistemas de atenção à saúde devem ser articulados e planejados de acordo com a situação de saúde da população na qual pretendem atingir, ou seja, com base nas necessidades de saúde de determinada população, em determinado território e em determinado tempo. Frente a esta afirmativa, historicamente foram as condições agudas de saúde que induziram a formação do sistema de saúde. Ocorre que o Brasil hoje vive uma transição demográfica acelerada, que se expressa por agenda não superada de doenças infecciosas, carga importante de causas externas e uma presença hegemônica forte de condições crônicas. Neste contexto não é exequível manter um sistema de atenção à saúde fragmentada, reativa, episódica e voltada prioritariamente para o enfrentamento das condições agudas e da agudização das condições crônicas. Há que se restabelecer a coerência entre a situação de saúde e o SUS, o que envolverá a implementação das RAS. (MENDES, 2011).

A RAS é definida como um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, criada com a finalidade de inovar o processo de organização do sistema de saúde e de garantir a integralidade da assistência à saúde. Difere-se do sistema fragmentado e hierarquizado por ser uma Rede “poliárquica”, organizada por um contínuo de atenção; ser uma rede orientada para a atenção a condições crônicas e agudas; ser voltada para a população; ter

o sujeito como agente de saúde; ser proativa; ter ênfase na atenção integral, no cuidado multiprofissional; ter gestão de base populacional e financiamento por captação ou por desfecho de condição de saúde. (BRASIL, 2011a, MENDES, 2011).

Assim, entende-se que a visão hierárquica deve ser substituída por outra, das redes ditas “poliárquicas de atenção à saúde”, em que, respeitando-se as diferenças nas densidades tecnológicas, rompem-se as relações verticalizadas, formando-se redes policêntricas horizontais como mostra a figura abaixo. (MENDES, 2011, p.84).

FIGURA 1: A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde.



Fonte: Mendes (2011, p. 86)

A RAS apesar de ter sido idealizada como uma estratégia que busca garantir a integralidade do cuidado, ainda tem dificuldade de atingir os objetivos propostos que incluem: “melhorar a qualidade da atenção, a qualidade de vida das pessoas usuárias, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde”. (MENDES, 2011, p. 82)

Um grande desafio para a efetivação das denominadas “redes integrais de atenção em saúde com base na Atenção Primária Saúde (APS)” é:

A necessidade de qualificar a atenção primária para o exercício do atributo de coordenação do cuidado e também organizar pontos de atenção especializada integrados, intercomunicantes, capazes de assegurar que a linha de cuidado integral seja plenamente articulada com a APS e forneça aos usuários do SUS uma resposta adequada. Tudo isso planejado a partir de um correto diagnóstico de necessidades em saúde que considere a diversidade e extensão do território brasileiro (MENDES, 2011, p.15).

A visão hierárquica, piramidal, formada segundo a complexidade relativa de cada nível de atenção (básica, média e alta complexidade) é vista como totalmente equivocada, pois leva à interpretação de que a “atenção básica” só trata de casos fáceis, simples. O que faz com que a população busque outros níveis de atenção para resolver casos solucionáveis em nível local. Em suma, isso gera uma supervalorização das práticas que são realizadas nos níveis secundários e terciários de atenção à saúde e, por consequência, uma banalização da atenção primária (MENDES, 2011).

Para Mendes (2011, p. 84) a atenção primária a saúde deve:

Atender mais de 85% dos problemas de saúde; é aí que situa a clínica mais ampliada e onde se ofertam, preferencialmente, tecnologias de alta complexidade, como aquelas relativas a mudanças de comportamentos e estilos de vida em relação à saúde: cessação do hábito de fumar, adoção de comportamentos de alimentação saudável e de atividade física entre outras.

O que não se pode omitir, neste sentido, é que os problemas existem e estão aqui apresentados, sendo necessário verificar as falhas e pensar em estratégias que respondam à demanda cada vez maior e desordenada observada nos serviços de saúde. Por mais que seja indiscutível o avanço do setor saúde no Brasil, em termos de ampliação da cobertura e níveis de atendimento, verifica-se a necessidade de organizar os serviços de saúde.

O fato de a população buscar outros níveis de atenção (secundário e terciário) para solucionar casos de menos complexidade é algo cotidiano nos serviços de saúde do país, e são descritos como sendo reflexo de uma série de fatores. Em um estudo realizado no SEA de um HU no sul, evidenciou-se que a superlotação do serviço de emergência hospitalar é decorrente, prioritariamente: de um desconhecimento da

RAS e da ausência da disseminação desta rede junto à população; da escassez de recursos na APS e UPA; da ausência de profissionais e/ou equipamentos de elucidação diagnóstica nas UPA; da fragilidade no atendimento dos casos agudos de baixa complexidade, visto a grande influência do modelo assistencial da saúde pública. (SOUZA, 2012)

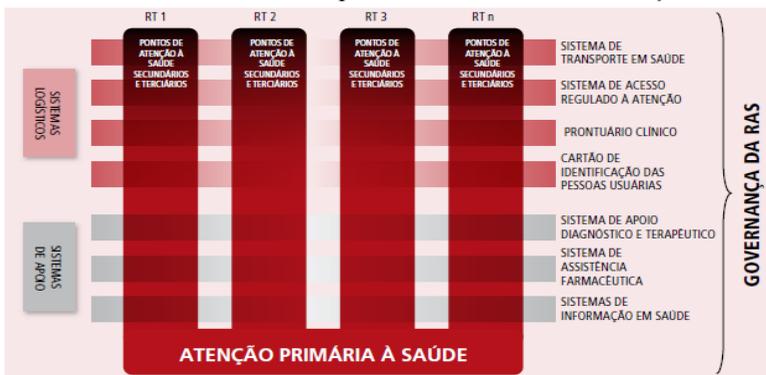
### 3.1.1 Os elementos constitutivos da Rede de Atenção à Saúde

As RAS são formadas por três elementos fundamentais: uma população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde. (MENDES, 2011).

A População é o elemento que constitui a “razão de ser” da rede – são todos os indivíduos de uma nação sob sua responsabilidade sanitária e econômica. (MENDES, 2011).

A estrutura operacional é a estrutura constituída pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes “nós”. Ela é composta por cinco componentes: o centro de comunicação, a APS; os pontos de atenção à saúde, secundários e terciários; os sistemas de apoio (diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica e informação em saúde); os sistemas logísticos (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança (FIGURA 02). Os três primeiros correspondem aos nós das redes e, o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós. (MENDES, 2011).

FIGURA 2: A estrutura operacional das redes de atenção à saúde.



Fonte: Mendes (2011, p. 87)

Por fim, o terceiro elemento são os modelos de atenção à saúde que é um sistema lógico que organiza o funcionamento das RAS, articulando de forma singular as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por risco; os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde; e, os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalência da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (MENDES, 2011).

### 3.2 REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

A RUE, apesar de ser um importante componente da assistência à saúde, constitui-se atualmente uma das mais problemáticas áreas do SUS. Isso decorre de uma frágil estruturação da rede, que somada a um número cada vez maior de pessoas acometidas por doenças cardiovasculares, acidentes e violência urbana, resulta em uma sobrecarga desta área no âmbito hospitalar, com conseqüente prejuízo à saúde da população. (BRASIL, 2006a, BITTENCOURT; HORTALE, 2009).

A RUE, instituída em julho de 2011, através da Portaria nº 1.600 do MS, tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna. (BRASIL, 2006a, BRASIL, 2011b).

Segundo o art. 2º da Portaria nº 1.600 do MS, constituem diretrizes da RUE:

I - ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos; II - garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas (traumatismos, violências e acidentes); III - regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde; IV - humanização da atenção garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;

V - garantia de implantação de modelo de atenção de caráter multiprofissional, compartilhado por trabalho em equipe, instituído por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseado na gestão de linhas de cuidado; VI - articulação e integração dos diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde com conectividade entre os diferentes pontos de atenção; VII - atuação territorial, definição e organização das regiões de saúde e das redes de atenção a partir das necessidades de saúde destas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas; VIII - atuação profissional e gestora visando o aprimoramento da qualidade da atenção por meio do desenvolvimento de ações coordenadas, contínuas e que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde; IX - monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços através de indicadores de desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção; X - articulação interfederativa entre os diversos gestores desenvolvendo atuação solidária, responsável e compartilhada; XI - participação e controle social dos usuários sobre os serviços; XII - fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas, a partir da construção de mapas de risco regionais e locais e da adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação dos eventos; XIII - regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção às Urgências com garantia da equidade e integralidade do cuidado; e XIV - qualificação da assistência por meio da educação permanente das equipes de saúde do SUS na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização. (BRASIL, 2011b, p. 3)

Frente às diretrizes da RUE aqui apresentadas, chama-se a atenção a três delas, pelas quais se pretende dar prioridade neste estudo:

“ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção”; “regulação articulada entre todos os componentes da RUE com garantia da equidade e integralidade do cuidado”; e “qualificação da assistência por meio da educação permanente das equipes de saúde do SUS na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização”.

Os níveis de atenção que compõem a RUE (BRASIL, 2006a, p.18):

o serviço Pré-Hospitalar Fixo - unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família, equipes de agentes comunitários de saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, e Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências;

o serviço Pré-Hospitalar Móvel - Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU) e os serviços associados de salvamento e resgate, sob regulação médica de urgências e com número único nacional para urgências médicas (192);

o serviço Hospitalar - portas hospitalares de atenção às urgências das unidades hospitalares gerais de tipo I e II e das unidades hospitalares de referência tipo I, II e III, bem como toda a gama de leitos de internação, passando pelos leitos gerais e especializados de retaguarda, de longa permanência e os de terapia semi-intensiva e intensiva, mesmo que esses leitos estejam situados em unidades hospitalares que atuem sem porta aberta às urgências; e,

o serviço Pós-Hospitalar: modalidades de Atenção Domiciliar, Hospitais-Dia e Projetos de Reabilitação Integral com componente de reabilitação de base comunitária.

Estes diferentes níveis de atenção se devem relacionar de forma complementar por meio de mecanismos organizados e regulados de referência e contrarreferência, sendo de fundamental importância que cada serviço se reconheça como parte integrante deste Sistema, acolhendo e atendendo adequadamente a parcela da demanda que lhe ocorre e se responsabilizando pelo encaminhamento desta clientela quando a unidade não tiver os recursos necessários a tal atendimento (BRASIL, 2006a).

Cabe destacar, também, que toda a rede deve se pautar na proposta do acolhimento com classificação do risco, qualidade e resolutividade na atenção (BRASIL, 2009).

No que diz respeito aos componentes da RUE, torna-se de relevância para este estudo conhecer os objetivos que cada um pretende alcançar e sua composição. Tendo em vista isso, assim se especificam:

De acordo com o art. 5º da Portaria nº 1.600 do MS, o Componente de Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde tem como objetivo:

estimular e fomentar o desenvolvimento de ações de saúde e educação permanente voltadas para a vigilância e prevenção das violências e acidentes, das lesões e mortes no trânsito e das doenças crônicas não transmissíveis, além de ações intersetoriais, de participação e mobilização da sociedade visando a promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde. (BRASIL, 2011b, p.5)

Já de acordo com art. 6º da Portaria nº 1.600 do MS o Componente de Atenção Básica em Saúde, através das suas unidades básicas, apresenta o objetivo de:

ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades. (BRASIL, 2011b, p.5).

O art. 7º da Portaria nº 1.600 do MS, afirma que O SAMU e seus complexos reguladores tem a finalidade de:

chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravamento à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátricas, psiquiátricas, entre outras) que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS. (BRASIL, 2011 b, p.5)

A sala de estabilização, segundo art. 8º da Portaria nº 1.600 do MS:

deverá ser ambiente para estabilização de pacientes críticos e/ou graves, com condições de garantir a assistência 24 horas, vinculado a um equipamento de saúde, articulado e conectado aos outros níveis de atenção, para posterior encaminhamento à rede de atenção a saúde pela central de regulação das urgências. (BRASIL, 2011b, p.6)

Componente Força Nacional de Saúde do SUS, descrito no art. 9º da Portaria nº 1.600 do MS, tem a finalidade de:

aglutinar esforços para garantir a integralidade na assistência em situações de risco ou emergenciais para populações com vulnerabilidades específicas e/ou em regiões de difícil acesso, pautando-se pela equidade na atenção, considerando-se seus riscos. (BRASIL, 2011b, p.6).

O Componente UPA e o conjunto de serviços 24 horas está respectivamente constituído, segundo o art. 10 da Portaria nº 1.600 do MS em:

estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências (BRASIL, 2011c, p.6); devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade. (BRASIL, 2011b, p.6).

O Componente Hospitalar, de acordo com o art. 11 da Portaria nº 1.600 do MS, será constituído pelas Portas Hospitalares de Urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias.

O Componente Atenção Domiciliar é assim definido pelo art. 12 da Portaria nº 1.600 do MS:

compreendido como o conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem no domicílio, constituindo-se nova modalidade de atenção à saúde que acontece no território e reorganiza o processo de trabalho das equipes, que realizam o cuidado domiciliar na atenção primária, ambulatorial e hospitalar. (BRASIL, 2011b, p.6).

Depois da explanação geral dos componentes que constituem a RUE do SUS, pretende-se abordar no próximo capítulo da revisão de forma mais específica os Componentes da Atenção Básica em saúde, UPA e Hospitalar que se constituem campos envolvidos no presente estudo.

### **3.2.1 Componente Atenção Básica da Rede de Atenção às Urgências.**

Como já descrito anteriormente o Componente de Atenção Básica em Saúde tem por objetivo:

ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades. (BRASIL, 2011b, p.5).

Este componente é visto como uma estratégia para melhorar a resolutividade frente aos casos que necessitem de um atendimento emergencial, por meio da ampliação do acesso desta rede de atendimento. A política é clara de que é necessária uma rede integrada que dê suporte e receba o usuário após estabilização do quadro de urgência. No entanto, ainda se verificam lacunas para que essa assistência ocorra da forma como foi pensada, visto que ainda existem desafios do tipo organizacional, deficiência de recursos materiais, bem como, falta de recursos humanos preparados para atuar nestas situações dentro da APS. (BRASIL, 2011b, SASSO, et al., 2013).

A visão centrada no modelo assistencial da saúde pública, focado em ações preventivas e programadas, é descrita como sendo desfavorável na realização de atendimentos à população acometida por

quadros agudos de baixa e que deveriam ser atendidas no nível primário de atenção também. (BRASIL, 2006a, BRASIL, 2006b).

Marques e Lima (2010, p. 14) citam que:

(...) na atenção básica, a forma como estão organizados os serviços, onde a prioridade é dada ao que está agendado, faz com que usuários sejam encaminhados informalmente aos serviços de pronto atendimento/emergências, quando a demanda excede ao programado ou não corresponde ao que é ofertado pelo serviço.

Outras justificativa, relacionada à APS seria a ausência de melhora após ter buscado o serviço, a falta de profissionais médicos para realizar as consultas, e um horário limitado para as ditas consultas de “emergência”.

Sendo assim, uma alta demanda dos SEH é resultado de uma grande dificuldade de acesso do usuário aos demais serviços de saúde. Há uma ausência concreta de alternativas para acessar aos serviços de que necessitam. E por isso, mesmo com relatos de longo tempo de espera, questionamentos frente à qualidade do serviço, a população ainda prefere acessar aos serviços de saúde através das emergências hospitalares. (CECILIO, 1997, MARQUES; LIMA, 2007, SOUSA FILHO; XAVIER; VIEIRA, 2008).

### **3.2.2 Componente Complexidade Intermediária da Rede de Atenção às Urgências.**

As UPA (Unidade de Pronto Atendimento), estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as UBS/ESF e a Rede Hospitalar, e o conjunto de serviços de urgência 24 horas:

devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade. (BRASIL, 2011b, p.6)

Em outras palavras seu objetivo é diminuir as filas nos prontos-socorros dos hospitais, evitando que os casos que possam ser resolvidos ali mesmo sejam encaminhados para as unidades hospitalares, SEH.

Abertas 24 horas por dia, todos os dias da semana, podem resolver grande parte das urgências e emergências, como por exemplo, pressão alta, febre, fraturas e cortes. A maioria das UPA hoje já possuem equipamentos para apoio diagnóstico como Raio X, eletrocardiograma, laboratório e leitos de observação. (BRASIL, 2006a, BRASIL, 2006b).

Apesar de contar com esta estrutura e com uma equipe especializada para o atendimento médico, ainda se verifica uma resistência da população para utilizar estes serviços. Os fatores relatados por parte do usuário é que as UPA carecem de apoio efetivo para elucidação diagnóstica, equipamentos e materiais para adequada atenção às urgências, resultando em repetidos retornos e enorme produção de “consultas de urgência”. (BRASIL, 2006a, BRASIL, 2006b).

### **3.2.3 Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências.**

Os SEH, também denominados unidades hospitalares de atendimento às urgências, integram o componente hospitalar da RUE preconizado pela PNAU (BRASIL, 2011b, SANTOS, 2010).

Os objetivos do Componente Hospitalar da RUE incluem: a) organizar a atenção às urgências nos hospitais, de modo que atendam à demanda espontânea e/ou referenciada e funcionem como retaguarda para os outros pontos de atenção às urgências de menor complexidade; b) garantir retaguarda de atendimentos de média e alta complexidade; procedimentos diagnósticos e leitos clínicos, cirúrgicos, de longa permanência e de terapia intensiva para a RUE; e, c) garantir a atenção hospitalar nas linhas de cuidado prioritárias, em articulação com os demais pontos de atenção. (BRASIL, 2011c).

Os Hospitais que compõe a RUE são classificados de acordo com sua tipologia em Geral, Tipo I e Tipo II. Já as Unidades Hospitalares de Atendimento em Urgência e Emergência serão classificadas em: Unidades Gerais Tipo I e II e Unidades de Referência Tipo I, II e III. (BRASIL, 2006b).

As Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I são aquelas instaladas em hospitais gerais de pequeno porte aptos a prestarem assistência de urgência e emergência correspondente ao primeiro nível de assistência da média complexidade. Devem funcionar nas 24 horas do dia, contar com instalações físicas, recursos humanos e tecnológicos adequados de maneira a que se tornem

o primeiro nível de assistência hospitalar no atendimento de urgência e emergência do Sistema Estadual de Urgência e Emergência. (BRASIL, 2006b).

As Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo II são aquelas instaladas em hospitais gerais de médio porte aptos a prestarem assistência de urgência e emergência correspondente ao segundo nível de assistência hospitalar da média complexidade. Devem funcionar nas 24 horas do dia, contar com instalações físicas, recursos humanos e tecnológicos adequados de maneira a que se tornem o segundo nível de assistência hospitalar no atendimento de urgência e emergência do Sistema Estadual de Urgência e Emergência. Além disso, no corpo do hospital, deve haver centro cirúrgico e centro obstétrico, além de enfermarias para as áreas de atuação nela exigidas. (BRASIL, 2006b).

As Unidades de Referência de Tipo I são aquelas instaladas em hospitais especializados e que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento das urgências/emergências de natureza clínica e cirúrgica, nas áreas de pediatria ou traúmato-ortopedia ou cardiologia. (BRASIL, 2006b).

As Unidades de Referência de Tipo II são aquelas instaladas em hospitais gerais e que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento das urgências/emergências de natureza clínica e cirúrgica. (BRASIL, 2006b).

As Unidades de Referência de Tipo III são aquelas instaladas em hospitais gerais e que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento das urgências/emergências de natureza clínica, cirúrgica e traumatológica. Estes hospitais devem, ainda, desempenhar atribuições de capacitação, aprimoramento e atualização dos recursos humanos envolvidos com as atividades meio e fim da atenção às urgências/emergências. (BRASIL, 2006b).

### **3.2.4 Situação dos Serviços de Urgência e Emergência no Brasil**

No que se refere à atenção às urgências no contexto do SUS, historicamente, o que se observa é uma insuficiência de portas de entrada para atender os casos agudos de média complexidade pelo fato da atenção ter se estruturado sobre dois modelos extremos: modelo técnico assistencial, fortemente centrado na oferta de serviços e não nas necessidades dos cidadãos; e, o modelo assistencial da saúde pública, focado em ações preventivas e programadas, com prejuízo na realização de atendimentos à população. (MENDES, 2011).

Esta situação ainda é agravada devido à má utilização das portas de entrada da alta complexidade; insuficiência de leitos hospitalares qualificados, especialmente em UTI e retaguarda para urgências; deficiências estruturais da rede assistencial (áreas físicas, equipamentos e pessoal); inadequação na estrutura curricular dos aparelhos formadores (insuficiências da formação); baixo investimento na qualificação e educação permanente dos profissionais de saúde; dificuldades na formação das figuras regionais e fragilidade política nas pactuações (município investe na atenção primária, sendo as ações de atenção secundária ou terciária oferecidas apenas em municípios de grande porte); incipiência nos mecanismos de referência e contrarreferência; escassas ações de controle e avaliação das contratualizações externas e internas; e falta de regulação (BRASIL, 2006b).

Vários dos problemas apontados pelo MS nos SEH também foram identificados no SEA do HU, onde se constatou que existe uma grande demanda de casos não urgentes, o que não condiz com as demandas específicas destes serviços que deveriam ser de casos de urgência e emergência. (BRASIL, 2006b).

O fato de que os usuários, em sua maioria, recorrem ao SEA do HU para solucionar casos não emergenciais, demonstra uma falha na utilização da RAS/RUE, bem como uma “comodidade” do usuário em ser atendido de forma imediata, sendo necessária realizar uma análise de reorganização junto aos CS e UPA para uma melhor resolutividade no atendimento aos casos agudos de menor complexidade. (SOUZA, 2012).

Por estes e outros fatores é que se entende que:

A área de “urgências” constitui um importante desafio a ser enfrentado com uma proposta de atenção integral, que não envolve apenas o sistema de saúde e o conjunto de seus trabalhadores, mas extrapola seus muros, engajando outros atores sociais sem os quais esta tarefa não se concretizará a contento (BRASIL, 2006b, p. 5).

Nesta perspectiva, desde 1999 o MS estabelece princípios e diretrizes norteadoras próprias, baseados nos pressupostos do SUS com vista a prestar assistência de qualidade, universal, integral e equânime (BRASIL, 2006b).

Com o aumento da demanda nos serviços de emergência de forma mundial, citado tanto no setor público como no privado, os responsáveis por esses serviços buscam alternativas para resolver os

problemas, principalmente porque o maior prejudicado é o usuário (VALENTIM; SANTOS, 2009).

Dentre as alternativas criadas, citam-se:

**O Regulamento técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência**, de 2002, elaborado com o intuito de consolidar os sistemas estaduais de urgência e emergência, bem como organizar o acesso ao atendimento às urgências, com a garantia de que o paciente seja acolhido, e dependendo do grau de risco seja estabilizado, encaminhado e referenciado, por meio das centrais de regulação médica. Estabelece os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços e envolve temas como a elaboração dos Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências, Regulação Médica das Urgências e Emergências, atendimento pré-hospitalar, atendimento pré-hospitalar móvel, atendimento hospitalar, transporte inter-hospitalar, e ainda, a criação de Núcleos de Educação em Urgências e a proposição de grades curriculares para capacitação de recursos humanos da área (BRASIL, 2002).

**A Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências**, de 2003, que estabelece que a atenção às urgências deva acontecer em todos os níveis do SUS. Organiza a assistência desde as unidades de saúde até os cuidados pós-hospitalares na convalescência, recuperação e reabilitação. Os pressupostos desta política são: humanização, organização das redes assistenciais, estratégias promocionais, regionalização médica de urgência, qualificação e educação permanente, em consonância com os preceitos do SUS. (BRASIL, 2006a).

**A Política Nacional de Humanização**, de 2004, que dentre suas estratégias traz o acolhimento com classificação de risco no sistema de urgência, com intuito de substituir o método anterior empregado nas emergências onde se escolhia quem iria ser atendido ou não. O acolhimento com classificação de risco se tornou uma das ações potencialmente decisivas na reorganização e implementação da promoção de saúde em rede. (BRASIL, 2004, BRASIL, 2009).

**Portaria nº 4.279**, de 2010, que trata de diretriz para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, com vistas à definição de estratégias para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, objetivando assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência. (BRASIL, 2010a)

**Portaria nº 1.600**, de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências do SUS (BRASIL, 2011b).

**Portaria nº 2.395**, de 2011, que organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS (BRASIL, 2011c).

**Decreto nº 7.508**, de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. (BRASIL, 2011a).

Mesmo com todas as estratégias adotadas, como reestruturação dos serviços, criação de redes de atenção à saúde, formulação de diretrizes próprias, o que se identifica são sistemas ainda fragilizados, que não se comunicam, e ainda um desconhecimento da população frente a esta nova estruturação do sistema.

### 3.3 O ACESSO DO USUÁRIO AO SUS E A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

#### 3.3.1 Os Conceitos de Acesso, Acolhimento e Recepção

O direito à saúde, atualmente descrito em nossa CF (1988), é resultado de muitas lutas e reivindicações. A criação do SUS com garantia de acesso universal e gratuito a uma cesta integral de serviços e o direito à participação da população na gestão do SUS, adquirido posteriormente, reforçam ainda mais o compromisso para com os usuários do SUS. (BRASIL, 1990a, BRASIL, 1990b).

Entretanto, o que se encontra descrito nas políticas de saúde e na CF ainda não condiz com a realidade brasileira. A começar pelo acesso dos usuários aos seus serviços. O grande desafio a ser superado é transpor os direitos garantidos nos textos constitucionais para os modos de operar o trabalho da atenção e da gestão em saúde. (BRASIL, 2010b).

No senso comum, acesso e acessibilidade são conceitos muitas vezes tratados de forma indiferenciada, quase como se fossem sinônimos. Apesar desta situação ser também verdadeira na literatura acadêmica alguns autores, no entanto, apontam a necessidade de marcar a diferenciação entre eles.

De acordo com Travasso e Martins (2004) “acesso” é um conceito bastante amplo, que se difere entre autores e que muda ao longo de tempo e de acordo com o contexto. A terminologia empregada também é apontada como variável em seu estudo uma vez que existem autores que preferem utilizar o substantivo “acessibilidade” (caráter ou qualidade do que é acessível), enquanto outros preferem o substantivo “acesso” (ato de ingressar, entrada, passagem).

No que diz respeito à terminologia, cabe destacar que “acessibilidade” vem sendo preferida por autores que a descrevem como uma característica da oferta de serviços de saúde ou do ajuste entre a oferta e a população, seja esta uma característica geral, seja restrita à acessibilidade geográfica. Já o termo “acesso”, preferido por outros autores, em geral, centram-no na entrada inicial dos serviços de saúde. (Travasso; Martins, 2004).

Segundo os mesmos autores, o enfoque dado ao conceito também varia, uma vez que uns autores o centram nas características dos indivíduos; outros, nas características da oferta; e alguns, em ambas as características ou na relação entre os indivíduos e os serviços (oferta). (Travasso; Martins, 2004).

No campo da saúde, o acesso é compreendido como o conjunto de circunstâncias que permite a entrada de cada usuário na rede de serviço, nos diferentes níveis de complexidade. Geralmente a palavra acesso está relacionada às dificuldades e facilidades em alcançar a resolução dos problemas de saúde. Assim, acesso se liga diretamente com o que se tem de oferta e disponibilidade de recurso. O que está, portanto, em pauta é: “a capacidade do sistema de saúde em prover o cuidado e o serviço necessários, no momento certo e no lugar adequado”. Ou seja, a garantia de acesso pressupõe a remoção de obstáculos físicos, financeiros e outros para a utilização dos serviços disponíveis. (VIACAVA, FRANCISCO et al., 2012, p. 922).

Neste sentido, a proposta apresentada pelo MS para garantir o acesso do usuário aos serviços de saúde foi a implantação do acolhimento em todas as portas de entrada dos serviços de saúde. (BRASIL, 2010b).

Implantar a sistemática de acolhimento na rede SUS de forma integrada, pactuando e explicitando com as várias unidades de saúde suas responsabilidades com a população adscrita e a atenção à demanda não agendada, visando à capacidade resolutiva e à garantia de continuidade da atenção. (BRASIL, 2010b, p.31).

Mas, o que significa acolhimento ou acolher? Acolhimento é uma atitude que implica em estar com, estar à disposição do usuário com vistas a responder suas demandas biopsicossociais. Não se constitui apenas numa atitude voluntária de favor e/ou boa ação, tampouco uma boa recepção, ou triagem administrativa. (BRASIL, 2010b).

É importante distinguir aqui a proposta de acolhimento do processo de atendimento por ordem de chegada e a tradicional triagem e suas práticas de exclusão. (BRASIL, 2010b).

Para Tenório, Oliveira e Levcovitz (1995, p.13) o termo triagem não é recepção e tampouco acolhimento. Triagem remete à ideia de filtrar quem pode e quem não pode ser atendido, muitas vezes colocando a responsabilidade para o trabalhador que atua na recepção. Sendo assim, é imprescindível rever as práticas que vêm sendo aplicadas e instituir na recepção a necessidade de receber por meio da dimensão do acolhimento que esta ação implica.

Quando se pensa e se fala em acolhimento é preciso ter consciência das mudanças que devem ocorrer em relação às atitudes, crenças, valores e culturas por parte dos profissionais da saúde e gestores. Sendo necessário o desenvolvimento de habilidades como uma escuta atenta, sensível, criação de vínculo e responsabilização. (BRASIL, 2010b).

O acolhimento na porta de entrada, por sua vez, só ganha sentido se for entendido como uma passagem para o acolhimento nos processos de produção de saúde. (BRASIL, 2010b).

Para Malta, et al., (2000), o processo de acolhimento integra uma etapa do decurso de trabalho da equipe de saúde. Neste contexto, estes autores configuram a recepção do usuário como sendo a primeira etapa desde processo, pois é onde ocorre o primeiro contato do usuário com o serviço de saúde.

Considerando assim o acolhimento como integrante do processo de trabalho da equipe de saúde e a recepção como a primeira etapa deste processo, verifica-se a necessidade de que ambos ocorreram de forma responsável, sendo incorporados por todos os serviços de saúde e trabalhadores que ali atuam. Não se pode mais aceitar a expressão “isso não me diz respeito”, pois mesmo que não se tenha uma resposta imediata para os questionamentos e problemas de saúde dos usuários, pode-se e deve-se orientá-los a buscar o atendimento e tratamento em outro local, fundamentado no princípio da referência e contrarreferência,

possibilitando minimizar o seu sofrimento ou resolver o seu problema (TENÓRIO; OLIVEIRA; LEVCOVITZ, 1995).

Neste sentido, espera-se que já na recepção o usuário seja acolhido e a ele sejam dados todos os encaminhamentos essenciais para a resolução de sua necessidade de saúde. (MALTA, et al., 2000).

Cabe destacar que atualmente o que se verifica na prática é que a recepção dos serviços de saúde vem sendo realizada por várias pessoas: pelo próprio recepcionista, profissional da limpeza, segurança, porteiro, agente comunitário de saúde, profissionais da própria equipe, enfim. Nem sempre pessoas qualificadas para atuar na recepção e/ou preparadas para oferecer informações, orientações corretas e bem sucedidas aos usuários dos serviços (COELHO, 2010).

O que por vezes, faz com que não haja segurança neste processo considerado importante e determinante para o que ocorrerá posteriormente. Para Tenório, Oliveira e Levcovitz (1995) é necessário qualificar este trabalhador para que o processo seja satisfatório, seguro e não fira os direitos do usuário.

Sendo assim, presume-se que tanto os trabalhadores responsáveis em receber o usuário nos serviços como os profissionais da saúde responsáveis pelos cuidados diretos(,) sejam qualificados ao ponto de conseguir realizar uma escuta atenta, identificar a demanda, realizar os devidos encaminhamentos, assistir e, se possível, solucionar o problema que ocasionou a busca pelo serviço. Isto é o que se espera de acordo com os princípios doutrinários do SUS (universalidade, integralidade e equidade) e a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 1988, BRASIL, 2004).

### **3.3.2 O Acesso na Rede de Atenção à Saúde**

“Garantir acesso da população a serviços de qualidade com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e atenção especializada” é um dos objetivos estratégicos de responsabilidade da Secretaria de Atenção a Saúde. (BRASIL, 2014b, p.37).

Com vistas a garantir e ampliar o acesso da população a serviços de saúde de qualidade, o MS tem investido no Programa de Requalificação das UBS, com adequação física por meio de reforma e ampliação de UBS e construção de novas e mais amplas unidades. Investe também na implantação do Telessaúde e do Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SIS-AB) como apoio aos profissionais. Avança no reconhecimento de um leque maior de

modelagens de equipes para diferentes populações, amplia a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e facilita condições para criação de UBS fluviais. (BRASIL, 2014b)

Não bastasse isso, em 2011, o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) foi implantado com intuito de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à ABS em Saúde em todo o Brasil. (BRASIL, 2014b).

Para a Atenção Especializada, o MS segue apoiando a expansão das ações e dos Serviços de Saúde de média e de alta complexidade, com destaque para a expansão das cirurgias eletivas, incluída cirurgia de catarata e o fortalecimento do Sistema Nacional de Transplante e do Sistema Nacional de Sangue e Hemoderivados. (BRASIL, 2014b).

Apesar de todas as medidas já realizadas pelo MS com intuito de melhorar o acesso do usuário ainda se verifica na prática dificuldade com relação ao acesso dos usuários aos serviços de saúde. Isso se justifica pelo fato de existir uma demanda cada vez maior de usuários em busca dos serviços de saúde, somada a uma desordem desta busca, o que muitas vezes sobrecarrega os serviços e impede o atendimento de forma eficaz e eficiente.

Com relação às dificuldades de acesso do usuário, estas se agravam ainda mais quando se refere à demanda espontânea nos serviços de saúde, principalmente nos CS. Pensando nisso, o MS recentemente traz a como sugestão a implantação do acolhimento na APS como forma estratégica para ampliar o acesso e atender à demanda espontânea de maneira mais eficaz. (BRASIL, 2011d).

Isto porque, a APS, de acordo com o MS, não pode mais apenas impulsionar ações de promoção e prevenção no nível coletivo (embora sejam ações altamente necessárias), nem tampouco, restringir-se a consultas e procedimentos (por mais que se constituam como ações obrigatórias e essenciais). Urge também que se ofereça escuta a quem chega nervoso, querendo atendimento imediato sem estar agendado, bem como tratar um paciente com crise hipertensiva. (BRASIL, 2011d).

Os exemplos acima evidenciam que a APS, para ser resolutiva, deve ter tanto a capacidade ampliada de escuta e análise quanto um repertório, um escopo ampliado de ofertas para lidar com a complexidade de sofrimentos, adoecimentos, demandas e necessidades

de saúde às quais as equipes estão constantemente expostas. (BRASIL, 2011d).

A contradição, neste caso, é o desafio e a beleza do trabalho na APS. Neste contexto, o “acolhimento” é uma estratégia de alta relevância e significado para se ampliar o acesso ao serviço na APS e reduzir a procura exacerbada por serviços de urgência e especializada, (com todas as consequências daí advindas), apesar desta ser explicada pelo imaginário social e pelas influências do complexo médico-industrial, é também modulada pelas ofertas e pela capacidade de cuidado da APS. (BRASIL, 2011d).

Estudos realizados na APS, como o de Correa (2011) verificaram que a demora pelo atendimento nos CS e falta de integralidade das ações são fatores que, acarretando na busca direta por atendimento em serviços de maior complexidade, e desconsiderando o fluxo das referências, colocam em descrédito o serviço de APS.

Para Schwartz, et al., (2010) a procura por outros locais de atendimento, decorrente do demasiado número de encaminhamentos para outros níveis da atenção à saúde de serviços que deveriam ser atendidos naquele nível de atenção, surge em razão da dificuldade de acesso, como a falta de médicos especializados ou de consultas de rotina, por falta de profissionais em número suficiente ao atendimento da demanda.

Neste sentido, Correa, (2011) sugere que para garantir o acesso ao serviço de saúde é necessário ir além do estabelecido pelo MS, buscando articular o que é normatizado, o contexto municipal, a preparação e a disponibilidade da equipe para organizar o modelo de assistência. Segundo os sujeitos do seu estudo são necessárias respostas mais rápidas nos CS para que não ocorra busca por soluções em outros locais.

No estudo realizado em 2012, no SEA de um HU do sul do país, verificou-se que apesar do acolhimento com classificação de risco ser considerado uma grande estratégia para organizar o serviço em rede ainda há uma grande parcela de usuários que buscam esse serviço para solucionar casos de menor complexidade, por não ter conseguido atendimento no CS (nível primário de atenção) e nas UPA (nível intermediário de atenção).

Entende-se o acolhimento com classificação de risco como sendo um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com: o potencial de risco; agravos à saúde; e, grau de sofrimento. Avaliar riscos e vulnerabilidade implica estar atento: ao grau de sofrimento físico e psíquico, pois muitas vezes o

usuário que chega andando, sem sinais visíveis de problemas físicos, mas muito angustiado, pode estar mais necessitado de atendimento com maior grau de risco e vulnerabilidade. (BRASIL, 2004, BRASIL, 2009).

Proposta pela PNH, a implantação do acolhimento com classificação de risco visa ser uma das ações potencialmente decisivas na reorganização e implementação da promoção de saúde em rede. O acolhimento, além de ser uma ferramenta que organiza os atendimentos por grau de risco, objetiva também informar a população sobre a sua situação de saúde, possibilitar uma melhor relação entre toda a equipe, melhorar a satisfação do usuário e, principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento. (BRASIL, 2004, BRASIL, 2011b)

Cunha e Vieira-da-Silva (2010) revelaram em seu estudo que, frente à ausência de protocolos para o agendamento, acolhimento e cuidado ao usuário nos CS, a acessibilidade sofre influência da forma pela qual o serviço está organizado o que, via de regra, traduz os diferentes perfis profissionais e de gestão local.

Eles ainda ressaltam que a institucionalização de práticas mais articuladas, com clareza quanto às rotinas para o atendimento e encaminhamentos dos usuários na rede nos CS, pode repercutir positivamente nos resultados da acessibilidade. (CUNHA; VIEIRA-DASILVA, 2010).

Assim, a proposta de acolhimento vista em um panorama geral é considerada uma estratégia potencial para o acesso do usuário na RAS, diminuindo a fragmentação e verticalização do processo de trabalho. Acredita-se que, quando o usuário tem êxito no acesso à rede, sua caminhada por ela se torna mais fácil. Do contrário, o usuário fica desassistido, em risco de agravar sua condição de saúde e, na pior das hipóteses, sofrer danos irreparáveis.

Com relação à atribuição dos profissionais da saúde para com o acesso dos usuários nos serviços de saúde, de acordo com o MS, registra-se: “É atribuição dos profissionais da saúde responsabilizar-se pelo acolhimento dos pacientes com quadros agudos ou crônicos agudizados de sua área de cobertura ou adstrição de clientela, cuja complexidade seja compatível com o seu nível de assistência”. É necessário, para que isso ocorra, que estes profissionais estejam qualificados para o enfrentamento destas situações, se quiserem imprimir efetividade em sua atuação. (BRASIL, 2011b).

Cientes de que é na recepção dos serviços de saúde que ocorre o primeiro contato da equipe com o usuário, destaca-se que uma atendente, um porteiro ou um segurança podem e devem ter o papel de identificar situações que apresentam maior risco ou que geram sofrimento intenso. O reconhecimento de situações graves e de outros sinais de risco pelos trabalhadores, que comumente circulam ou permanecem nas áreas de recepção e espera, pode e deve ser apoiado uma vez que contribua no acesso do usuário e diminua assim, o sofrimento vivenciado pelo usuário na recepção. (BRASIL, 2013).

Além disso, é recomendável que os demais profissionais façam ativamente esse tipo de observação, sobretudo nos horários em que o serviço de saúde estiver mais movimentado. Atividades com os usuários na sala de espera, por exemplo, são tidas como oportunidade de identificar riscos mais evidentes e organizar o acesso na rede de atenção à saúde. (BRASIL, 2013).

Por fim, cabe destacar que a implantação do acolhimento como estratégia para o acesso aos serviços de saúde dificilmente se dá a partir da vontade de um ator isolado. É necessário um conjunto envolvendo usuários, trabalhadores e gestores. Uma vez que, por exemplo, uma ação bem desenvolvida por uma enfermeira (pode) será prejudicada, caso o segurança que fica na porta não compreenda a maneira com que a unidade desenvolve o acolhimento. Do mesmo modo, uma pessoa que atua na higienização e limpeza da unidade pode, em determinadas situações, produzir intervenções potentes e inesperadas na sala de espera, capazes, inclusive, de facilitar o trabalho dos profissionais que se envolvem diretamente no atendimento individual. Sendo assim, torna-se fundamental desenvolver um pouco mais o papel central dos trabalhadores da recepção dos serviços de saúde. Estabelecendo a eles atribuições específicas e destacando a sua importância para com o acesso do usuário na rede, uma vez que o primeiro contato dos usuários que procuram a unidade de se dá com profissionais que não tiveram formação própria para atuar na área da saúde. (BRASIL, 2011d)

## 4 PERCURSO METODOLOGICO

A pesquisa é uma forma de produzir conhecimento científico. Pesquisar se constitui, portanto, na atividade e prática teórica que vincula teoria e dados, pensamento e ação. A metodologia da pesquisa, por sua vez, é o caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade. Inclui: o “caminho do pensamento” que o tema ou o objeto de investigação requer; a “apresentação adequada e justificada dos métodos, das técnicas e dos instrumentos que devem ser utilizados para as buscas relativas às indagações da investigação”; e, a “criatividade do pesquisador”, sua forma de articular teoria, métodos, achados (BARDIN, 2009).

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório descritivo de natureza qualitativa. O objetivo da pesquisa exploratória é proporcionar maior familiaridade do pesquisador com o problema, é explicitá-lo, a fim de que por meio dele se possam formular questões mais precisas ou criar hipóteses a serem pesquisadas em outros estudos. Já o objetivo da pesquisa descritiva é detalhar as características de determinadas populações ou fenômenos, tendo como uma de suas peculiaridades a utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como questionário e a observação sistemática. (GIL, 2008).

No estudo exploratório descritivo os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira neles. É utilizado um desenho para buscar informações precisas sobre a frequência de um fenômeno quando se sabe pouco ao seu respeito. (GIL, 2008).

Para Polit, Beck e Hungler, (2011) a pesquisa de natureza qualitativa se propõe investigar os fenômenos utilizando métodos aprofundados para descrever as dimensões, as variações, a importância e o significado destes fenômenos. Neste tipo de estudo se trabalha com questões muito particulares (um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes), que possuem um nível de realidade que não pode ser quantificado por corresponderem a um espaço mais profundo das relações humanas.

### 4.2 LOCAL PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida na porta de entrada de dez CS, nível primário de atenção, e duas UPA, nível intermediário de atenção, indicados pela Secretária de Saúde do município em estudo.

Cabe destacar que os 12 serviços selecionados são definidos pela RAS como porta de entrada para os usuários do SUS.

#### **4.2.1 Contextualização do município em estudo**

Localizado na Região Sul do Brasil, o município onde ocorreu o estudo possui uma população de 421.240 mil habitantes de acordo com último censo realizado. Desta, a faixa etária que apresenta um número predominante de habitantes é a entre 25 e 29 anos. Sendo que um número significativo da população se encontra entre a faixa etária de 20 a 59 anos, ou seja, em idade produtiva e isto representa um fator positivo para a economia do município. (IBGE, 2014).

Embora seja destaque por seu índice de desenvolvimento humano alto (IDH), 0,766 em 2010 e 0,847 em 2010, o município ainda apresentou fragilidades a serem melhoradas no que diz respeito à saúde. Dentre os três indicadores que constituem o IDH estão: a educação, a saúde e a renda. (ANTUNES, 2013).

No que diz respeito aos estabelecimentos de saúde, a Secretaria do Município possui hoje 134, dentre estes conta com: 50 CS, 2 UPA, denominadas UPA Sul e UPA Norte; 4 Centros de Atenção Psicossocial, 1 Centro de especialidade Oncológicas (CEO), 4 Policlínicas Municipais, 1 Laboratório Municipal; além da sede do nível central e das Vigilâncias em Saúde.

Por sua vez, administrativamente, o município se divide em 05 distritos sanitários (Sul, Norte, Leste, Oeste, Centro) com área de abrangência e geoprocessamento definidos. É importante mencionar que cada Regional possui sua sede gerencial e é responsável pela vigilância e acompanhamento do desempenho da atenção à saúde pelas equipes de saúde da sua área de abrangência. (BASTOS JR; KAWASE, 2007).

O município ainda conta com sete equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que são compostas por profissionais de educação física, assistente social, nutricionista, farmacêutico, psicólogo, pediatra e psiquiatra, que trabalham para o fortalecimento da APS.

Em um contexto geral, o que se verifica é que o município se organiza de forma a alcançar um sistema de saúde regulado na prestação de um serviço equânime, integral e resolutivo. Observa-se que sua pretensão é proporcionar um atendimento efetivo frente aos problemas

de saúde da população por meio de um conjunto de ações articuladas entre os diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde (BASTOS JR; KAWASE, 2007).

Logo, o interesse da gestão municipal vem ao encontro do que trata o Decreto nº 7.508, de 28 de Julho de 2011, que regula a Lei nº 8.080/90, e define que "o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada". (BRASIL, 2011a).

Ao tentar compreender um pouco mais dos serviços que integram a RAS do município em estudo, verifica-se que existem metas com vistas à ampliação e ao aumento do acesso à APS/ESF previstas no planejamento situacional da SMS. Com isso, pretende-se diminuir as barreiras de acesso organizacional; construir sistema de monitoramento do acesso; e aumentar o envolvimento dos trabalhadores com a gestão da atenção. (ZEPEDA; ANDRADE; GODOI, 2013).

Para atingir esta meta a gestão da SMS já implementou algumas ações como: I Oficina Municipal – diretrizes de mudança; Reuniões nos CS – planos e inovações locais; Oficinas Distritais – troca de experiências; II Oficina Municipal – diretrizes x inovações; Matriz de monitoramento e Pacto Municipal. (ZEPEDA; ANDRADE; GODOI, 2013).

Assim, entende-se que esta pesquisa, além de inovadora, soma-se às metas estabelecidas no plano de gestão municipal, visto que por meio do estudo que será desenvolvido na perspectiva do trabalhador se podem obter algumas respostas no que tange ao primeiro contato do usuário não agendado com quadro agudo de baixa complexidade ou em situação de urgência e emergência no município em questão.

### 4.3 SUJEITOS DO ESTUDO

A população do estudo foram os trabalhadores que atuam nas portas de entrada do SUS realizando o primeiro contato do usuário não agendado com quadro agudo de baixa complexidade ou em situação de urgência e emergência nos CS e UPA de um município do sul do país. Aqueles que realizam o cadastro do usuário que busca o serviço de saúde. É importante salientar aqui que atualmente não se tem clareza de quem são estes trabalhadores, visto que, em alguns serviços os responsáveis por esta recepção são os auxiliares administrativos e/ou os agentes comunitários de saúde; e, em outros, funcionários terceirizados

e/ou, às vezes, até mesmo profissionais da área da saúde (exemplo: técnicos de enfermagem).

Desta forma, cabe destacar que a pesquisa não teve o objetivo de entrevistar os profissionais que atuam na triagem/acolhimento com classificação de risco (enfermeiros, técnicos de enfermagem) e, sim, entrevistar o trabalhador que precede a este atendimento, ou seja, aquele que realiza o primeiro contato, a primeira etapa do processo de acolhimento com o usuário no setor de recepção dos CS e UPA do município em estudo.

Participaram 21 trabalhadores que atuam na recepção dos serviços de saúde em que ocorreu o estudo: dois trabalhadores da UPA Sul, dois trabalhadores da UPA Norte, e ainda dezessete trabalhadores de dez CS representando os cinco distritos sanitários (Norte, Sul, Leste, Oeste, Centro) do município em pauta.

Os critérios de inclusão delineados foram os seguintes: trabalhadores com mais de três meses no serviço e idade igual ou superior a 18 anos que realizavam o primeiro contato com o usuário nos serviços de saúde selecionados, estavam dispostos a participar da pesquisa e se propuserem a assinar o TCLE. Critérios de exclusão: trabalhadores com menos de três meses no serviço e idade inferior a 18 anos.

#### 4.4 COLETA DOS DADOS

Os dados foram coletados por meio de entrevista gravada e posteriormente transcrita com os trabalhadores que realizavam o primeiro contato com o usuário não agendado com quadro agudo de baixa complexidade ou em situação de urgência e emergência.

Inicialmente se fez uma visita aos serviços onde ocorreria a pesquisa e explicou-se à coordenação os objetivos do estudo.

Em seguida, foi realizado o convite aos trabalhadores da recepção para participar da pesquisa e agendada a entrevista conforme disponibilidade do trabalhador.

Iniciadas as declarações, os dados foram coletados através de entrevistas semiestruturadas, conforme apêndice A, e gravadas com o consentimento do entrevistado.

#### 4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Após a realização da coleta de dados, as gravações das entrevistas foram transcritas integralmente para a análise. Os dados foram

organizados e analisados segundo o método de Análise de Conteúdo Temática proposto por Bardin (2009).

Bardin (2009) define a análise de conteúdo como uma série de técnicas de investigação que, através de uma descrição objetiva e sistemática do conteúdo das mensagens, tem por finalidade a interpretação dessas mensagens. Segundo Bardin (2009), a análise de conteúdo temática possibilita atingir mais precisamente os significados manifestos e latentes trazidos pelos sujeitos. A análise consiste na descoberta dos núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado.

A Análise de conteúdo de Bardin, (2009) compreendeu três fases: Pré-análise; Exploração do material; e, Tratamento das informações, inferência e interpretação.

A Pré-análise: é a fase da organização que tem como propósito a operacionalização e a sistematização das ideias iniciais conduzindo o pesquisador a um esquema preciso de desenvolvimento da pesquisa. (BARDIN, 2009).

A pré-análise do conteúdo foi obtida através da transcrição das entrevistas realizadas com os trabalhadores do estudo: aqui foram realizadas leituras das respostas dos sujeitos nas entrevistas até se chegar à exaustividade dos dados; em seguida, selecionou-se o conteúdo de maior representatividade aos objetivos do estudo.

Exploração do Material: fase de analisar o texto sistematicamente em função das categorias formadas anteriormente. (BARDIN, 2009).

Na exploração do material foi realizada a codificação dos dados a partir das seguintes unidades de registro selecionadas: palavra ou frase e tema que expressavam o maior sentido da percepção dos sujeitos no seu processo de trabalho.

Neste aspecto, codificar para Bardin (2009) consiste no recorte, enumeração, classificação e agregação das unidades de base e que, por sua vez, devem estar relacionadas aos objetivos da pesquisa, motivo da análise. É nessa etapa que surgem as categorias, obtidas através das unidades de significado agrupadas.

Tratamento das informações, inferência e a interpretação: as categorias que serão utilizadas como unidades de análise são submetidas às inferências e interpretações possibilitando outras pesquisas e os dados são apresentados de forma descritiva. (BARDIN, 2009).

Por fim, no tratamento das informações, a inferência e a interpretação foram criadas as categorias principais, com subcategorias subsequentes interpretadas com base na RAS, nela compreendida a RUE, à luz da PNH.

Cabe salientar que os dados foram armazenados em CDs e ficarão sob a posse e responsabilidade da pesquisadora.

#### 4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta etapa constituiu-se em dois momentos, a saber:

Momento 01: Foi enviado o projeto para a comissão de projetos da Secretaria Municipal de Saúde do município em estudo que, no primeiro momento, apresentou parecer positivo solicitando algumas adequações.

Momento 02: Foi enviado o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina CEPESH/UFSC. Sendo aprovado, sob o parecer nº 503.976, seguindo as recomendações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Neste sentido, foram cumpridas as determinações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, no que diz respeito aos aspectos éticos de pesquisa com seres humanos. Assim, os trabalhadores que se dispuseram a participar deste estudo leram, concordaram e posteriormente assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. (APENDICE B).

## **5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Conforme deliberado no art. 50º, parágrafo único do regimento do Curso de Mestrado Multiprofissional em Saúde associado à Residência Multidisciplinar em Saúde (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2014), o capítulo de apresentação e discussão dos resultados do relatório de pesquisa serão apresentados na forma de dois manuscritos. A seguir apresentam-se os manuscritos elaborados o qual foram intitulados: Manuscrito I: **“RECEPÇÃO DO USUÁRIO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: UMA ANÁLISE DA PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES SOBRE SUAS ATIVIDADES DE TRABALHO”**; Manuscrito II: **“RECEPÇÃO COMO PONTO ESTRATÉGICO PARA O ACESSO DO USUÁRIO”** e o Manuscrito III: **“ESTRATÉGIAS PARA AMPLIAR O ACESSO DO USUÁRIO AO SUS: PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES QUE ATUAM NA RECEPÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE”**.

## 5.1. MANUSCRITO I

**RECEPÇÃO DO USUÁRIO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: UMA ANÁLISE DA PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES SOBRE SUAS ATIVIDADES DE TRABALHO\***

**RECEPTION OF THE USER IN HEALTH SERVICES: AN ANALYSIS OF PERSPECTIVE OF WORKERS WORKING ON ITS ACTIVITIES\***

**RECEPCIÓN DEL USUARIO EN LOS SERVICIOS DE SALUD: UN ANÁLISIS DE LA PERSPECTIVA DE LOS TRABAJADORES DE TRABAJO SOBRE SUS ACTIVIDADES \***

**Thaise Honorato de Souza<sup>4</sup>  
Maria Terezinha Zeferino<sup>5</sup>**

**Artigo original**

**Autor correspondente:**

**Thaise Honorato de Souza.** Rua: José Bernardo da Silva, 149, AP202. Flor de Nápolis. São José. Santa Catarina. CEP: 88106070. Telefone: (048)9916-9913 E-mail: thaisetise@yahoo.com.br.

---

\* Estudo resultante da dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional Multidisciplinar em Saúde, área de concentração Urgência e Emergência, vinculado ao Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, em 2013/2014.

<sup>3</sup> Enfermeira. Especialista em Urgência e Emergência do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). Mestranda do Mestrado Profissional Associado à Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do HU/UFSC. Membro do Grupo de Estudos em Atenção Psicossocial e Drogas (APIS) UFSC. Rua: José Bernardo da Silva, 149. AP202. Flor de Nápolis. São José. Santa Catarina. CEP: 88106070. Tel. 48-9916-9913. E-mail: thaisetise@yahoo.com.br.

<sup>5</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Líder do Grupo de Estudos em Atenção Psicossocial e Drogas (APIS) UFSC. E-mail: [terezinha.zeferino@ufsc.br](mailto:terezinha.zeferino@ufsc.br). Tel. 48-37212786

**RECEPÇÃO DO USUÁRIO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: UMA ANÁLISE DA PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES SOBRE SUAS ATIVIDADES DE TRABALHO\***

**RECEPTION OF THE USER IN HEALTH SERVICES: AN ANALYSIS OF PERSPECTIVE OF WORKERS WORKING ON ITS ACTIVITIES\***

**RECEPCIÓN DEL USUARIO EN LOS SERVICIOS DE SALUD: UN ANÁLISIS DE LA PERSPECTIVA DE LOS TRABAJADORES DE TRABAJO SOBRE SUS ACTIVIDADES \***

**RESUMO**

Este manuscrito objetivou descrever o perfil dos trabalhadores que realizam o primeiro contato com o usuário não agendado com quadro agudo de baixa complexidade ou em situação de urgência e emergência, na recepção dos Centros de Saúde (CS) e Unidades de Pronto Atendimento (UPA) de um município da Região Sul do Brasil e analisar a perspectiva dos trabalhadores sobre suas atividades de trabalho. Trata-se de um estudo exploratório descritivo de natureza qualitativa, realizado em duas UPA e dez CS indicados pela gestão do município, no período de 28 de janeiro a 15 de março de 2014. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada gravada realizada com 21 trabalhadores destes serviços de saúde. As análises dos dados se deram segundo o método de Análise de Conteúdo Temática sugerida por Bardin. Os resultados mostraram que os trabalhadores que realizam o primeiro contato com o usuário na recepção dos CS e UPA no município do estudo são em sua maioria auxiliares administrativos, do sexo feminino, jovens e servidores públicos efetivos. Por meio da percepção dos trabalhadores sobre suas atividades de trabalho, considerando a Rede de Atenção à Saúde à luz da Política Nacional de Humanização, foi possível identificar quatro categorias que interferem no acesso à demanda espontânea: Capacitação e educação permanente para o exercício do cargo; Satisfação no trabalho; Violência contra o trabalhador; e, Organização dos CS para o atendimento à demanda espontânea. Acredita-se com base neste estudo que – com a qualificação dos trabalhadores que atuam na recepção, com a ampliação do número de profissionais para atender a demanda e com a reordenação dos CS

para o atendimento à demanda espontânea – seja possível atingir minimamente o que se preconiza por meio da Política Nacional de Humanização e pela Rede de Atenção à Saúde.

Descritores: Acesso aos Serviços de Saúde. Acolhimento. Serviço de Saúde. Gestão em Saúde. Sistema Único de Saúde. Enfermagem.

## **ABSTRACT**

This manuscript aimed to describe the characteristics of the clerk who performs the first attendance to the non scheduled user (spontaneous demand), at Health Centers (HC) and Emergency Care Units (ECU) in a city in southern Brazil and to analyze their perceptions of their working practices regarding access to spontaneous demand. This is a descriptive exploratory qualitative study, conducted between January 28 and March 15, 2014. The data were collected through semi-structured recorded interviews conducted with 21 workers from ten HC and two ECU indicated by the Municipal Administration. The data analysis is given by the method of qualitative analysis suggested by Bardin. The results showed that most of the clerks, who perform the first service in the reception of HC and UPA in the municipality of the study, are female, administrative assistants, young and government employee. Through the perception of workers about their working practices considering the Health Care Network in the light of National Policy of Humanization was possible to identify four categories that interfere with access to spontaneous demand: Training and continuing education for the office; Job satisfaction; Violence against the worker and Organization of CS to meet spontaneous demand. It is believed that based on this study with the qualification of the clerks who work in reception, with increasing the number of professionals to meet the demand and the reordering of CS to meet spontaneous demand is already possible to achieve minimally the National Humanization policy and the Network for Health Care standards.

Keywords: Access to Health Services. Home Services. Health. Health Management. Health System. Nursing.

## **INTRODUÇÃO**

A Atenção Primária à Saúde (APS) é algo que vem sendo considerada e enfatizada internacionalmente desde a Declaração de Alma Ata, como chave para a promoção de saúde em caráter Universal. Considerada nível fundamental do sistema de atenção à saúde, a APS passa a ser referenciada como mediador do primeiro contato do indivíduo/família/comunidade com o sistema. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978).

Além de ser uma das principais portas de entrada do SUS, a APS tem que se constituir numa “porta aberta” resolutiva, não podendo se tornar meramente lugar burocrático e obrigatório para acessar aos demais níveis de atenção à saúde. (BRASIL, 2011a).

O processo vislumbrado até aqui, alcançado em decorrência de muitas conquistas do Sistema Único de Saúde (SUS), serve como estímulo para o que ainda se pretende atingir que é ultrapassar desafios que dizem respeito às redes integrais de atenção em saúde com base na APS. (MENDES, 2011).

O que ainda se verifica é o distanciamento da APS como norteadora da atenção à saúde uma vez que se percebe um crescimento cada vez maior da população em busca dos serviços de urgência e emergência para solucionar seus problemas de saúde. O que chama atenção (aqui) é que, na grande maioria dos casos, os usuários apresentam problemas de saúde que não são de ordem emergencial, e por isso, poderiam ser resolvidos em um serviço de atenção primária ou de menor complexidade. (MENDES, 2011).

Este contexto apontado por Mendes é visto em diversos serviços de emergência hospitalar (SEH) como é o caso de um Hospital Universitário do sul do país que aponta que 63,55%, de 1.956 usuários acolhidos, buscavam o SEH para solucionar casos que poderiam ter sido resolvidos em outros níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, nesse estudo realizado com informações coletadas com os usuários atendidos no SEH, verificou-se que um número significativo, 34,53% de 1.062 usuários acolhidos, buscava o serviço por não conseguir acesso à saúde em outro ponto da Rede ou por ter sido atendido de forma insatisfatória (SOUZA, 2012).

A situação é recorrente nos serviços de saúde, e pode ser examinada também no estudo de Furtado, Araújo Jr. e Cavalcante (2004) que constatou que 74,5% dos atendimentos realizados na emergência adulto de um hospital geral eram por queixas típicas de atenção primária, não se caracterizando urgência. Evidenciando assim, a

não conformidade com as diretrizes da política atual de Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2010a), Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2011a), e, em especial, Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004).

Em razão deste contexto, tem se observado uma demanda reprimida nos serviços de atenção a saúde em níveis primários e secundários, bem como, a superlotação dos serviços de emergência no âmbito hospitalar, podendo, por via de consequência, acarretar em interferências nas atividades de trabalho ou ser resultante deste.

Mas o que estaria ocorrendo nos Centros de Saúde (CS) e nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) que poderia estar interferindo no acesso à saúde da demanda espontânea e contribuindo para superlotação dos serviços de emergência hospitalar?

A despeito da atenção primária é importante destacar que ela pode resolver grande parte dos problemas e necessidades de saúde dos usuários e grupos populacionais, vinculando diferentes tipos de tecnologia, caso possua ou construa disposição e capacidade de identificar e/ou compreender as mais variadas premências de saúde e intervir nessas de forma resolutiva e abrangente. (BRASIL, 2013).

Neste sentido, por compreender que os trabalhadores que realizam o primeiro contato com o usuário nesses serviços são pessoas chaves no acesso do usuário ao serviço de saúde e que têm o papel de integrar a rede de acolhimento ao usuário do SUS, conforme o preconizado pela Rede de Atenção à Saúde (RAS) à luz da Política Nacional de Humanização (PNH), eles foram selecionados como sujeito estudo.

É importante salientar que atualmente não se tem clareza de quem são estes trabalhadores que realizam o primeiro contato, visto que em alguns serviços os responsáveis por esta recepção são os auxiliares administrativos e/ou os agentes comunitários de saúde; e, em outros, funcionários terceirizados; e/ou às vezes, até mesmo profissionais da área da saúde, como por exemplo os técnicos de enfermagem. Desta forma, cabe destacar que o estudo não teve o objetivo de entrevistar os profissionais que atuam na triagem/acolhimento com classificação de risco (enfermeiros, técnicos de enfermagem) e, sim, entrevistar o trabalhador que precede a este atendimento, ou seja, aquele que realiza o primeiro contato, a primeira etapa do processo de acolhimento com o usuário no setor de recepção dos CS e UPA do município em estudo.

Sendo assim, o objetivo é descrever o perfil dos trabalhadores que realizam o primeiro contato com o usuário não agendado com quadro agudo de baixa complexidade ou em situação de urgência e

emergência, na recepção dos Centros de Saúde (CS) e Unidades de Pronto Atendimento (UPA) de um município da Região Sul do Brasil e analisar a perspectiva dos trabalhadores sobre suas atividades de trabalho.

## **MÉTODOS**

Estudo do tipo exploratório descritivo de natureza qualitativa. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada gravada entre os dias 28 de janeiro e 15 de março de 2014, com vinte e um trabalhadores que realizam o primeiro contato nos serviços de saúde em que ocorreu esta pesquisa. Todos eles atuam na recepção dos serviços de saúde: dois trabalhadores da UPA Sul, dois trabalhadores da UPA Norte, e dezessete trabalhadores de dez CS representando os cinco distritos sanitários (Norte, Sul, Leste, Oeste, Centro) do município em estudo.

Configuraram-se como critérios de inclusão dos sujeitos deste estudo: os trabalhadores com mais de três meses no serviço; idade igual ou superior a 18 anos; que realizam o primeiro atendimento ao usuário nos serviços de saúde selecionados; e, dispostos a participar da pesquisa, propuseram-se a assinar o TCLE. E de exclusão: aqueles que não aceitarem participar da pesquisa; com menos de três meses no serviço; e, possuíam idade inferior a 18 anos. Neste sentido, os sujeitos, após aceitação, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e foram identificados com a letra “S”, seguida de um algarismo romano de modo a garantir o anonimato dos sujeitos e “UPA” ou “CS” de acordo com o serviço de saúde que atuavam.

Os dados foram organizados e analisados segundo o método de Análise de Conteúdo Temática sugerido por Bardin, seguindo as três fases propostas: pré-análise, codificação e categorização. (BARDIN, 2009). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob o parecer nº 503.976, seguindo as recomendações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

## **RESULTADOS**

### **PERFIL DOS TRABALHADORES**

Para a descrição do perfil dos trabalhadores que realizam o primeiro contato com os usuários na recepção dos Centros de Saúde (CS) e Unidades de Pronto Atendimento (UPA) do município do estudo foram utilizados os dados coletados na entrevista referente: sexo, idade, tipo de vínculo, tempo de serviço, carga horária de trabalho, existência de um segundo vínculo de trabalho e nível de escolaridade.

Quanto ao sexo, dos 21 (100%) trabalhadores entrevistados, 15 (71,43%) eram do sexo feminino e seis (28,57%), do sexo masculino. O que perfaz predominância de trabalhadores do sexo feminino. Quanto à idade, nove (42,86%) trabalhadores estavam entre 18 e 28 anos; cinco (23,81%), entre 29 e 39 anos; cinco (23,81%), entre 40 e 50 anos; e apenas dois (9,52%) tinham idade acima de 51 anos.

A maioria, 16 (76,19%) trabalhadores eram servidores efetivos do município. Uma pequena parcela de quatro (19,05%) trabalhadores possuía vínculo de estágio e apenas um (4,76%) era contratado por tempo determinado. Dos 21 trabalhadores apenas um (4,76%) possuía um segundo vínculo empregatício.

Verificou-se também que entre os 16 servidores efetivos do município, 11 (68,75%) eram administrativos; três (18,75%), agentes comunitários de saúde; um (6,25%), técnico de saúde bucal; e um (6,25%), auxiliar de serviços gerais.

Quanto ao nível de escolaridade, sete (33,33%) possuíam ensino superior completo; cinco (23,81%), ensino superior incompleto; três (23,81%), ensino técnico; e seis (28,57%), ensino fundamental completo.

Com relação ao tempo de serviço, registrou-se que 12 (57,14%) trabalhadores possuíam entre três meses e dois anos de serviço. E nove (42,86%) possuíam entre dois e nove anos de serviço.

Já com relação à carga horária de trabalho, verificou-se que 11 (52,38) trabalhadores exerciam 6 horas diárias; nove (42,86%), 8 horas diárias; e um (4,76%) trabalhava 4 horas diárias.

## PERSPECTIVAS DOS TRABALHADORES SOBRE SUAS ATIVIDADES DE TRABALHO

As falas retiradas do material textual das entrevistas realizadas com os trabalhadores frente às perspectivas deles sobre suas atividades de trabalho depois de agrupadas e categorizadas de acordo com suas representações constituíram as seguintes categorias: 1) Capacitação e educação permanente para o exercício do cargo; 2) Satisfação no

trabalho; 3) Violência contra o trabalhador, 4) Organização dos CS para o atendimento à demanda espontânea.

### 1) Capacitação e educação permanente para o exercício do cargo

Esta categoria surge da necessidade identificada de se realizar uma proposta de orientação introdutória aos trabalhadores que realizam o primeiro contato com os usuários do SUS, guiada por uma política de educação permanente, uma vez que a experiência prática, adquirida com o passar do tempo, foi relatada como sendo o principal fator que fez com que os trabalhadores dos CS e UPA se sentissem preparados para atuar na porta de entrada dos serviços de saúde. Ou seja, todos os trabalhadores entrevistados afirmaram estar preparados para atuar na recepção em virtude de sua experiência prática, e não por terem realizado algum tipo de capacitação.

*“Eu me sinto preparado pelo tempo que eu estou aqui, mas no início não, eu fui aprendendo... Não teve treinamento... A gente foi colocada ali, via as pessoas fazendo e foi aprendendo com a prática. Hoje em dia eu me sinto preparado, mas no início não” (S11 CS).*

*“Hoje, eu acho que tenho experiência para atender qualquer tipo de caso, já vi muita coisa grave aqui” (S20 UPA).*

*“Na verdade, a gente tem aprendido muito durante os anos que a gente vem trabalhando... então assim eu trabalho há 6 anos ali na recepção a gente já atendeu muito, dizer que eu estou despreparada acredito que não (...)”(S3CS).*

A ausência de um programa introdutório se reafirma quando, ao serem questionados em relação à participação em capacitações ou atividades de educação permanente oferecida pelo serviço que abordasse alguns aspectos como: Acesso do usuário ao serviço de saúde, Acolhimento à demanda espontânea, PNH, RAS, a maioria afirmou nunca ter participado.

*“Não participei de nenhuma capacitação (...) tristemente não (S24CS)”.*

*“Não nunca participei de capacitação, nunca (S20UPA)”.*

Eles se queixam e reforçam a necessidade de um melhor acolhimento do trabalhador que ingressa no serviço.

*“Não. Nunca, desde que entrei nunca foi fornecido. Acho que eu nunca vi o interesse [...] A pessoa que trabalhava comigo que me explicou como era o trabalho, como funcionava. Isso tudo da boa vontade dela de me ensinar e eu ir atrás buscar. A gente tem uma*

*apostila, tem bastante informativo do SUS, eu costumo ler e me informar. Agora capacitação deles não (S5UPA)”.*

*"Na recepção a gente não tem preparo nenhum." (S8CS).*

Não se pode deixar de pontuar que se verificou através das falas de dois sujeitos do estudo a ocorrência de uma capacitação direcionada à recepção que foi oferecida pela Gestão de Saúde do município do estudo.

*"Recentemente, faz uns dois meses, a gente teve um curso oferecido pela Prefeitura focado para a recepcionista, foi abordado como receber as pessoas, tratar, falar, os diferentes tipos de pessoa... o idoso que merece uma atenção especial, essa parte mais técnica de o que a gente pode considerar como urgente ou não, essa parte não, mais essa parte da humanização no atendimento, mais pessoal... (S1CS)”.*

*"Capacitação... quando eu entrei na prefeitura, logo no inicio, teve várias pessoas que tinham sido chamadas na mesma época [...] mas depois disso não teve nenhum curso, ano passado teve, na verdade. (S3CS)”.*

## 2) Satisfação no trabalho

A satisfação no trabalho é identificada no momento em que os trabalhadores dos CS e UPA relatam satisfação em participar do atendimento do usuário que busca o serviço de saúde.

*"Porque por mais que seja pouco, o que a gente faz pelos pacientes, que é só atender, eu sinto que já é uma ajuda e eu gosto disso" (S11CS).*

*"O que me deixa feliz é ver um caso grave ser resolvido, eu penso se não tivesse este serviço a pessoa talvez não sobrevivesse. [...] Não fui eu que salvei, mas eu fiz parte do atendimento" (S20UPA).*

*"Faço o que eu gosto. Realmente gosto da área que eu trabalho" (S21CS).*

A possibilidade de contato direto com o público também é vista como motivo de satisfação para o desenvolvimento do seu trabalho.

*"O lado bom que a gente tem contato com outras pessoas" (S2CS).*

*"Saí da área de números, sou contadora há 15 anos e vim trabalhar aqui com pessoas, estou adorando, acertei minha escolha [...] O lado bom é lidar com as pessoas, estou gostando muito" (S9CS).*

Outro fator que também foi destacado como motivo de satisfação pelo trabalhador foi o das relações de cordialidade e cooperação estabelecidas entre os membros da equipe no trabalho.

*"O trabalho aqui no posto de saúde é muito bom, sabe? A gente consegue conversar, tem acesso aos médicos, tem acesso aos enfermeiros (...) essa questão de grupo, de equipe, o atendimento sai melhor" (S3).*

Em contrapartida há relatos de insatisfações em relação ao quantitativo reduzido de trabalhadores para atuar tanto na recepção como no atendimento médico e de enfermagem.

*"Dificuldades todas que têm, tem pouco profissional, procura muito grande (...)" (S3CS).*

*"Precisava mais médicos, enfermeiros, mais uma área (...)" (S21CS).*

*"Eu estou em desvio de função por falta de RH. É muito gritante a falta de RH" (S13CS).*

*"Pra começar eu acho que deveria ter uma fiscalização maior nos postos de saúde, a questão de ter médicos, de ter enfermeiros. Eu vejo como usuário. Às vezes chega lá e não tem médico. Daí tu vai lá ao outro mês continua não tendo médico. Poxa, a pessoa está de atestado 2 meses e não viram ninguém para substituir e não vai ter ninguém". (S20 UPA)*

### 3) Violência contra o trabalhador

A agressão verbal e o risco de lesão corporal constantemente sofrida por estes trabalhadores foram claramente registrados como causas desmotivadoras e que interferem diretamente no processo de acolhimento do usuário.

Estar frente a frente com o usuário representa ser alvo de todas as expectativas que ele tem frente ao SUS. Quando esta expectativa é frustrada, acaba expondo o trabalhador que atua na porta de entrada dos serviços à insatisfação do usuário.

*"O lado ruim que a gente recebendo uma carga muito forte de pacientes que chegam exaltados que acabam gritando com a gente, exigindo o que a gente não pode oferecer, no caso da recepção" (S2CS).*

*"A gente é a porta de entrada. Então se o paciente chega nervoso, estressado, e demora é na gente que ele desconta (...). Tudo é culpa do recepcionista! Isso é o lado ruim" (S13CS).*

*"O pessoal acha que pode falar qualquer coisa porque você esta na recepção. Pouca segurança é uma área de risco" (S20UPA).*

#### 4) Organização dos CS para o atendimento a demanda espontânea

Verificou-se através dos relatos dos trabalhadores que atuam na porta de entrada dos CS que a forma pela qual estes serviços estão organizados atualmente interfere no acesso do usuário não agendado com quadro agudo de baixa complexidade ou em situação de urgência e emergência. Ou seja, as rotinas e normas nos serviços de saúde para o atendimento a esta demanda espontânea dificulta o acesso do usuário no SUS uma vez que na maioria das vezes não permite adequações ou reajustes das rotinas pré-estabelecidas.

*“Eu trabalho conforme a agenda, eu tinha vontade de atender a todos os pacientes que chegam aqui dizendo - Ah eu estou me sentindo mal; - Eu estou ruim. Eu olho na agenda não tem vaga de acolhimento, eu acabo encaminhando pra UPA [...] Tem pacientes que chegam exigindo o que a gente não pode oferecer, no caso da recepção”. (S2 CS).*

*“Quando não há mais vaga pra acolhimento, 11h30 da manhã ou uma sexta-feira às 16h30 não tem mais atendimento”. (S9 UPA).*

*“Fico insatisfeita pelas limitações que tem [...]” (S1CS).*

*“Na minha opinião todos os paciente saíam daqui medicados, com a medicação, com a consulta agendada... Eu não gosto de negar, porque todas às vezes que a gente nega alguma coisa para o paciente aqui na frente ele não entende [...] é como se eu tivesse negando aquilo para ele, mas na realidade não é.” (S12CS).*

Esta ausência de organização no atendimento à demanda espontânea nos CS também é apontada pelos trabalhadores que atuam na porta de entrada das UPA ao relatarem que, por falhas no acesso à demanda espontânea naquelas unidades, os usuários predominantemente buscam os SEH e as UPA para responder a situações que vão desde aquelas de sua estrita responsabilidade até a um volume considerável de casos não urgentes que poderiam ou deveriam ter sido solucionados em níveis de atenção de menor complexidade.

*“Aferição da pressão, troca de curativo, passa às vezes pela triagem, quando o paciente insiste [...] Caso simples, ambulatoriais de baixa complexidade eles passam pela triagem e espera o médico chamar. Aqui não era para atender estes casos, mas desde que a UPA abriu eles atendem estes casos”. (S6 UPA).*

*“Têm muita gente que ali no balcão a gente já vê que não é urgência e emergência, mas não adianta falar pra eles, vai muito também da pessoa, da cultura. [...] Têm uns que vêm toda semana com o mesmo problema. [...] Daí na classificação que o enfermeiro faz (vermelho, amarelo, verde, azul), no azul o enfermeiro já diz: Você é um*

*caso que não seria atendido aqui, é um caso de posto de saúde. Explica todo o caso para ele que vai ser chamado somente se não houver mais nenhum caso grave. Têm os que esperam, têm os que vão embora, têm os que esperam e ficam brigando com a gente, têm os que pedem para ser reclassificado pelo enfermeiro, insistem em passar com o médico, mas muitas vezes se for azul mesmo eles vão ficando toda vida!” (S19 UPA).*

*“Não faz atendimento nenhum lá e a pessoa já é mandada para cá, porque não tinha médico eles mandaram vir para cá”. (S20 UPA).*

## **DISCUSSÃO**

### **PERFIL DOS TRABALHADORES**

Os resultados revelaram que existe predomínio de trabalhadores do sexo feminino realizando o primeiro atendimento na recepção ao usuário, tanto nos CS como nas UPA do município do estudo. Este número expressivo de 71,43% mostra cada vez mais a presença da mulher no mercado de trabalho.

Quanto à faixa etária, verificou-se o predomínio dos trabalhadores com idade entre 18 e 28 anos, 42,86%, o que demonstra representação jovem dos trabalhadores que atuam na recepção destes serviços de saúde.

Em relação ao sexo e a idade não se verificou, na literatura e tampouco neste estudo, ordem de relevância que possa estar interferindo no acesso do usuário ao serviço de saúde.

Já a constatação de que 76,19% dos entrevistados neste estudo são servidores efetivos do município em questão pode refletir na menor rotatividade do trabalhador que atua na recepção dos serviços de saúde deste município. O que pode, com base em Marqui, et al., (2010), proporcionar o estabelecimento de vínculo do trabalhador com o serviço e à população atendida, bem como, proporcionar à equipe de gestão a oportunidade de planejar ações a pequeno, médio e longo prazo com vistas à qualificação e ao aperfeiçoamento do atendimento prestado pelos trabalhadores que atuam na recepção dos serviços de saúde ao usuário do SUS. O que do contrário talvez não fosse possível em virtude da maior rotatividade quando se tem trabalhadores temporários.

Neste sentido, é necessário qualificar os trabalhadores que atuam na recepção dos serviços de saúde para que as suas atividades de trabalho sejam satisfatórias, seguras e que não firam os direitos do usuário.

A potencialidade da equipe de gestão em trabalhar com estes trabalhadores na perspectiva da educação ininterrupta vem, de acordo com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, na medida em que: a educação sendo contínua há a ocorrência de uma aprendizagem e trabalho, em outras palavras, ela ocorre no dia a dia das pessoas e das organizações onde, considerando as experiências e o conhecimento que as pessoas possuem, bem como os problemas enfrentados no cotidiano do trabalho, objetiva-se modificar para melhor as práticas profissionais e a organização do trabalho. (BRASIL, 2009).

Outro resultado encontrado foi à existência de estagiários, 19,05%, do curso de enfermagem e administração realizando o primeiro atendimento na recepção dos CS e UPA do município. Este dado fez com que se refletisse acerca da importância do processo de integração ensino/serviço e a formação voltada para o SUS que vem sendo visto na atualidade que, por via de consequência, também chamou a atenção pela não conformidade do que se compreende deste processo.

Entende-se por integração ensino/serviço:

O trabalho coletivo pactuado, articulado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se aí os gestores, cuja finalidade é a qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, a excelência da formação profissional e o desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços. (ALBUQUERQUE, et al., 2008, p.357).

Sendo assim, não há dúvidas que existem falhas na forma pela qual esta sendo aplicado este processo na prática, pois o acadêmico deve ser acompanhado e supervisionado de um trabalhador já habilitado que possua conhecimento e experiência dos processos e não ser contratado para assumir o lugar deste.

Com relação ao cargo que ocupam verificaram-se algumas inadequações de cargos, visto que existem cinco trabalhadores que realizaram o concurso público para desempenhar determinada função (agente comunitário de saúde, técnico de saúde bucal e auxiliar de serviços gerais) e que agora, por necessidade do serviço, estão alocados em locais diferentes. Esta condição é preocupante, pois pode gerar

descontentamento por parte do profissional que é colocado ali muitas vezes contra sua vontade e sem o devido preparo.

*“Eu estou em desvio de função por falta de RH. É muito gritante a falta de RH na prefeitura. Eu sou técnica de saúde bucal e nunca exerci minha profissão. Eu sou obrigada a auxiliar [...]”.* (S 13 CS).

Dos demais trabalhadores da recepção entrevistados, 11 estão alocados como sendo funcionários administrativos o que faz com que se reflita acerca da necessidade de desenvolver o papel central dos trabalhadores que atuam na recepção dos serviços de saúde, (que) na maioria dos casos sem a formação específica para atuar na área da saúde e que, por vezes, são excluídos dos momentos de reflexão sobre o acesso do usuário e o processo de acolhimento. (BRASIL, 2013).

Cabe ressaltar que já foram observadas situações em que os trabalhadores da recepção podem identificar casos de maior risco e vulnerabilidade e facilitar o acesso dos usuários a uma avaliação mais rápida por parte de um profissional de saúde. Reforçando assim a ideia de envolver esses trabalhadores em reuniões sistemáticas das unidades que tenham como foco a organização da recepção e a escuta às pessoas, bem como os fluxos dos usuários na unidade e na rede. (BRASIL, 2013).

Já em relação à carga horária de trabalho e à existência ou não de outro vínculo, verificou-se a predominância de carga horária de serviço de 6 horas diárias e a presença de apenas um caso de duplo vínculo de trabalho. Com a manutenção de apenas um vínculo e a ausência de excesso de carga horária de trabalho, espera-se que o profissional tenha um menor desgaste físico e psicológico e a população uma melhor qualidade frente ao serviço prestado.

Entende-se por cargas de trabalho:

“os elementos do processo de trabalho que interagem entre si e com o corpo do trabalhador, desencadeando alterações nos processos biopsíquicos que se manifestam como desgastes físicos e psíquicos potenciais ou efetivamente apresentados. Elas são classificadas em cargas de materialidade externa ao corpo do trabalhador (cargas físicas, químicas, biológicas e mecânicas) e cargas de materialidade interna (cargas fisiológicas e psíquicas), por se estabelecerem por meio do seu corpo”. (SECCO; ROBAZZI; SOUZA; SHIMIZU, 2010, p.3).

Quanto ao tempo de serviço, registrou-se que 12 trabalhadores, 57,14%, estão entre três meses a dois anos no serviço e que nove trabalhadores, 42,86%, estão entre dois a nove anos no serviço. Sendo assim, a maioria dos trabalhadores tem menos de dois anos na recepção.

Por fim, em relação ao nível de escolaridade dos trabalhadores que realizam o primeiro atendimento na recepção dos CS e UPA no município do estudo, verificou-se que 71,43% possui grau de instrução acima do exigido para o cargo, que neste caso é o fundamental completo. No entanto isso não significa maior qualidade no serviço prestado visto que a sua formação não foi voltada para a sua área de atuação.

## PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES SOBRE SUAS ATIVIDADES DE TRABALHO CONSIDERANDO A RAS À LUZ DA PNH

### 1) Capacitação e educação permanente para o exercício do cargo

A experiência prática apontada pelos trabalhadores como potencialidade para o exercício de suas atividades na recepção dos serviços de saúde ao ver desta pesquisadora é preocupante e deve ser revista. Uma vez que é decorrente da ausência de capacitação a estes trabalhadores quando admitidos para atuar na recepção dos serviços de saúde, evidenciando o despreparo para exercer estas atividades.

É imprescindível que os trabalhadores sejam orientados de suas atribuições, tenham conhecimento da dinâmica do serviço, protocolos institucionais e políticas que estão relacionadas à sua função.

A ausência de capacitação relatada se torna ainda mais preocupante quando se verifica que quase na totalidade das situações os trabalhadores que realizam o primeiro contato com os usuários que procuram os serviços de saúde não tiveram formação específica para atuar na área da saúde. (BRASIL, 2011b) No presente estudo, dos 21 trabalhadores entrevistados, 11 (68,75%) eram administrativos, o que mais uma vez reforça a necessidade de capacitar estes trabalhadores para atuar na recepção dos serviços de saúde.

Para se obter maior sucesso nesta área de atuação, acredita-se que esta capacitação deve ocorrer de forma gradativa desde o ingresso no cargo através de orientação, acompanhamento, supervisão e ainda de um processo de capacitação e educação permanente.

A educação permanente em saúde é algo que deve ser assegurado a todos os trabalhadores. Entende-se como educação permanente a

aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao dia a dia das organizações e ao trabalho com objetivo de transformar a prática profissional e a própria forma pela qual está organizado o trabalho. (BRASIL, 2009).

É importante refletir aqui que nem toda ação de capacitação implica em processo de educação permanente, visto que a educação permanente pode abranger em seu processo diversas ações específicas de capacitação e não o inverso. (BRASIL, 2009).

Assim considerando a importância do trabalhador que atua na recepção para o acesso do usuário nos serviços de saúde, não se pode aceitar que ele tenha que contar apenas com a experiência prática (que só será adquirida ao longo do seu trabalho) para estar preparado para atuar na porta de entrada dos serviços de saúde. Torna-se primordial que se realize com este trabalhador reuniões, reflexões, capacitações específicas e recorrentes para o exercício de sua função dentro da recepção e como membro integrante do processo de acolhimento.

É elementar, na ocasião em que o usuário chega ao serviço de saúde, que o trabalhador que atua na recepção desses serviços esteja apto para realizar a escuta atenta, identificar a demanda, realizar os adequados encaminhamentos, assistir e se possível resolver o problema que ocasionou a busca pelo serviço. Isto é o que se espera desse trabalhador de acordo com os princípios doutrinários do SUS (universalidade, integralidade e equidade) e a Política Nacional de Humanização (PNH). (BRASIL, 1988, BRASIL, 2004).

Mais importante do que se possa inicialmente imaginar acredita-se que o trabalhador que atua na recepção dos serviços de saúde, tem papel determinante no acesso do usuário a esse serviço. Sem deixar de considerar que o sucesso final do processo que se inicia com ele, na porta de entrada do serviço de saúde, vai além deste primeiro contato, haja vista que o processo como um todo está atrelado a vários outros fatores para que se torne de fato efetivo. (BRASIL, 2011b)

Assim, para que se tenha na recepção um trabalhador capacitado para atender os usuários, sugere-se que a realização de capacitações e atividade de educação permanente em que sejam abordados temas como: acesso do usuário aos serviços de saúde (com ênfase ao acolhimento), práticas de acolhimento (com ênfase na escuta às pessoas), organização da recepção (com ênfase fluxo dos usuários na unidade), importância do trabalho em equipe (com ênfase

comunicação/trabalho multiprofissional), estruturação da Rede de Atenção à Saúde (com ênfase fluxo dos usuários na rede), entre outros.

Não é por demais destacar que apesar de já existir trabalho inicial visando à capacitação dos trabalhadores que atuam na recepção pela equipe de gestão dentro do município em estudo, esta ainda ocorra de forma muito tímida e incipiente (alguns tiveram oportunidade, outros não), o que reforça a necessidade de se estabelecer protocolos de capacitação para os trabalhadores que ingressam naquele cargo, além de instituir um programa de capacitação e educação permanente visando a sua qualificação.

## 2) Satisfação pelo trabalho

A satisfação no trabalho segundo Melo (2010, p. 20) consiste em:

Um sentimento de bem-estar resultante da intervenção de vários aspectos ocupacionais com as condições gerais de vida. Trata-se de um processo complexo e dinâmico cada vez mais valorizado pelos estudiosos do comportamento organizacional, em função de sua possível influência na saúde do trabalhador e, conseqüentemente, nos resultados dos serviços prestados.

Estar satisfeito no desempenho de suas atividades, neste sentido, certamente proporciona melhor qualidade de vida ao trabalhador e bons resultados com relação ao serviço por ele prestado aos usuários que buscam os serviços de saúde.

Cabe ressaltar que neste estudo se evidenciou que a maior satisfação do trabalhador a respeito das suas práticas consistiu em poder ajudar os usuário na resolução dos problemas de saúde e a oportunidade de se relacionar com eles. Deixando claro aqui a satisfação pessoal e profissional por esse vínculo e por participar do atendimento ao usuário.

Não menos importante, a relação de cordialidade e cooperação estabelecida entre os membros da equipe no trabalho, também foi destacada como razão de satisfação. O trabalho multidisciplinar e interdisciplinar é percebido e verificado como potencialidade para o acesso do usuário ao serviço de saúde. Uma vez que é de fundamental importância que as equipes, coordenadores e gestores tenham momentos de diálogo, discussão de problemas, redefinição de ações e responsabilidades, com vistas a aperfeiçoar o processo de trabalho. (BRASIL, 2010b)

Assim, espera-se que os trabalhadores estejam satisfeitos no trabalho para que realizem atendimento de qualidade ao usuário por meio da escuta atenta, qualificada e sensível. Que permita ao usuário expressar suas preocupações, angústias e insatisfações, dando-lhes os limites necessários e se responsabilizando integralmente pelo seu acesso conforme preconizado pela PNH (BRASIL, 2004, BRASIL, 2010b).

No que tange à insatisfação em relação ao quantitativo reduzido de trabalhadores para atuar tanto na recepção dos serviços de saúde, quanto na assistência médica e de enfermagem, tem-se que este dificulta e desqualifica o acolhimento à demanda tanto nos CS, como nas UPA.

Esta falta de pessoal também interfere no desempenho do trabalhador que atua na recepção, porque, muitas vezes, ele se vê refém deste problema, o que resulta em um processo de acolhimento fragmentado, uma vez que é obstado o acesso do usuário ao sistema pelo número reduzido de profissionais para atender à demanda que procura o serviço.

Além disso, a falta de profissionais interfere em outros fatores como: no aumento do tempo de espera, com a aglomeração de usuários na recepção; maior risco de agressões àquele trabalhador, devido à insatisfação do usuário; e ainda, resulta na procura por outros níveis de atenção para resolver os problemas que deveriam ter sido atendidos por aquela porta de entrada.

Corroborando a afirmativa acima, Lima, et al., (2012) constataram em seu estudo que a procura por atendimento em outros serviços de saúde muitas vezes se dá devido ao quantitativo reduzido de profissionais para realizar o atendimento da demanda. O que, por via de consequência, resulta também na ocorrência de número considerável de encaminhamentos para outros níveis da atenção a saúde, de serviços que ali deveriam ser atendidos, porém não o são em razão da falta de profissionais ou pela restrição na agenda, que constituem problema de gestão, com implicações diretas no estabelecimento, ou não, de vínculos do usuário com o serviço geograficamente mais próximo de onde moram.

### 3) Violência contra o trabalhador

Os trabalhadores da recepção relatam que durante os atendimentos aos usuários na porta de entrada dos serviços de saúde eles

estão sujeitos a todo o tipo de ameaça e agressões, principalmente verbais.

Entende-se por agressão verbal aquela que: “*Resulta muitas vezes em humilhação e indica falta de respeito com a dignidade do indivíduo. Geralmente ela ocorre em forma de insultos, ofensas, com uso de um tom de voz alto e agressivo*”. (CONTRERA-MORENO, CONTRERA-MORENO, 2004, p.746). Já a ameaça é definida como: “*Promoção do uso da força física ou de poder resultando em medo de violência física, sexual, psicológica ou outras consequências negativas*”. (CONTRERA-MORENO; CONTRERA-MORENO, 2004, p.746).

Cabe destacar aqui que a própria condição de saúde da pessoa e/ou familiar no momento do atendimento por si só já proporciona estresse excessivo o que por vezes não caracteriza que a população de usuários dos serviços de saúde seja violenta e, sim, que pela alta carga de estresse e em defesa da sua saúde e/ou de seu familiar provocará atitudes de violência.

Os relatos dos trabalhadores no que diz respeito às agressões sofridas no desempenho de suas funções, somados aos relatos de ausência de segurança aos trabalhadores são preocupantes, uma vez que estes trabalhadores atuam frente a frente com os usuários e vivenciam um momento de grande estresse.

Além disso, estas constantes ameaças e risco de agressões acabam interferindo na sua prática de trabalho, pois possivelmente haverá um trabalhador quase sempre acuado e desestimulado para prestar o serviço de qualidade com o integral acolhimento do usuário.

Neste sentido se faz necessário o desenvolvimento de estratégias de prevenção que abranjam os seguintes pontos: alocação de segurança, com vistas à proteção do trabalhador; organização do serviço, para prevenir que o pessoal trabalhe sozinho e, ainda, para minimizar o tempo de espera do usuário, diminuindo assim a concentração exacerbada de usuários na recepção; capacitação aos trabalhadores para administrar as agressões, resolver conflitos e manter a consciência que o risco de violência existe; entre outras. (CONTRERA-MORENO; CONTRERA-MORENO, 2004).

#### 4) Organização dos CS para o atendimento a demanda espontânea

Não é de hoje que o Governo Federal em parceria com os trabalhadores e usuários trabalha em estratégias para organizar os serviços de saúde. A garantia de acesso como diretriz de governo e os serviços de saúde funcionando como porta de entrada para o sistema

podem ser citados como exemplo de estratégias para organização. (BRASIL, 1988, BRASIL 2011a).

Estas estratégias também vem sendo aplicadas ao atendimento às urgência e emergências. Nos últimos anos o sistema de atenção à saúde tem apresentado avanços em relação à definição de conceitos e à incorporação de novas tecnologias visando à organização do atendimento em rede. Como exemplo de tecnologia, pode-se citar o acolhimento que foi implantado aos serviços de saúde como estratégia para ampliar o acesso do usuário à rede de atenção.

Destarte, o que se espera é que todo o usuário que necessite de atenção de urgência e emergência seja atendido em qualquer porta de entrada do sistema de saúde, de modo que tanto os CS como os serviços especializados deverão estar preparados para acolher e encaminhar os usuários para os demais níveis quando não houver mais recursos daquele serviço.

Entretanto, o que se pode verificar é que por diversos motivos, entre as quais se destacam falhas na organização dos CS, a atenção às urgências e emergências estão ocorrendo em sua grande maioria nas UPA e nos SEH. E o que é pior, esses serviços por sua vez estão respondendo a situações que vão desde aquelas de sua restrita responsabilidade, abarcando número significativo de casos não urgentes que deveriam e poderiam ser atendidos nos CS.

Neste sentido, Cunha e Vieira-da-Silva (2010, p.736) verificaram em seu estudo que *“diante da ausência de protocolos para o agendamento, acolhimento e cuidado ao usuário dentro da rede básica, a acessibilidade sofre grande influência das características organizacionais das unidades, que traduzem os diferentes perfis profissionais e de gestão local”*.

Os mesmos autores ainda acrescentam que o estabelecimento de práticas mais articuladas, clareza quanto às rotinas para o atendimento e encaminhamentos dos usuários na rede, pode ser positivo para se obter sucesso no acesso. (CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010).

Dentre os desafios e necessidades para que se possa atender a demanda espontânea que busca os serviços de saúde hoje está a necessidade da instituição da estratificação de risco, a garantia de acesso aos serviços conforme a situação apresentada e ainda a necessidade de integração entre unidades com diferentes perfis (atenção primária, secundária e terciária). (BRASIL, 2013)

Neste caso, a grande articuladora da rede de atenção à saúde deve ser a atenção primária, atuando como importante porta de entrada e ordenadora da rede. Tendo a responsabilidade de atender as condições crônicas e agudizadas, situações de urgência de menor gravidade e, ainda, realizar o primeiro atendimento nos casos de urgência e emergência, procedendo ao encaminhamento nos casos em que os recursos locais esgotarem. Tais atribuições estão definidas na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011b), bem como na Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2011a) e na Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2010b).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os trabalhadores que realizam o primeiro atendimento na recepção dos CS e UPA no município em que se desenvolveu o estudo, apesar de terem boa qualificação, necessitam de capacitação peculiar para receber os usuários nos serviços de saúde, principalmente pelo fato de a maioria não possuir formação específica para atuar na área da saúde.

Considerando a importância do trabalhador que atua na recepção dos serviços de saúde para o acesso do usuário nos serviços de saúde, é inadmissível que este trabalhador disponha apenas com a experiência prática para atuar na porta de entrada dos serviços de saúde. Faz-se necessário capacitá-lo desde o ingresso no cargo através de orientação, acompanhamento e supervisão. Destaca-se que a capacitação não se deve limitar ao ingresso do trabalhador ao serviço, mas sim, deve haver processo de educação permanente com vistas ao aperfeiçoamento do processo de trabalho e à atualização das rotinas de acordo com as novas políticas públicas.

A integração entre trabalhadores da recepção, equipe de saúde, coordenadores e gestores, todos estes (integrantes) envolvidos no processo de acolhimento, é medida potencial para o sucesso do acesso do usuário aos serviços de saúde, diminuindo a fragmentação e verticalização do processo de trabalho.

A satisfação no trabalho em decorrência da possibilidade de auxiliar o usuário na resolução dos problemas de saúde, a integração com o usuário e o bom relacionamento entre os membros da equipe foi algo que surgiu como potencialidade para o exercício de suas atividades de trabalho na recepção. Espera-se neste sentido que os trabalhadores estejam satisfeitos no trabalho para que realizem atendimento de qualidade ao usuário por meio de uma escuta atenta, qualificada e

sensível. Que permita ao usuário expressar suas preocupações, angústias e insatisfações, dando-lhes os limites necessários e se responsabilizando integralmente pelo seu acesso conforme preconizado pela PNH.

A falta de profissionais, principalmente médicos e equipe de enfermagem, interfere de forma significativa na atuação do trabalhador da recepção. Uma vez que ele fica refém deste problema que dificulta o processo de acolhimento e impede o acesso do usuário ao sistema pelo número reduzido de profissionais para atender à demanda que procura o serviço. Esta falta de profissionais acarreta ainda em: aumento do tempo de espera para o atendimento, com a aglomeração de usuários na recepção; maior risco de agressões aquele trabalhador, devido à insatisfação do usuário; e ainda, resulta na procura por outros níveis de atenção para resolver os problemas que deveriam ter sido atendidos por aquela porta de entrada.

Cabe destacar aqui que as constantes ameaças e risco de agressões foram apontadas pelo trabalhador que atuam na recepção como desmotivadoras e que interferem diretamente na sua prática de trabalho. Neste sentido se faz necessário o desenvolvimento de estratégias de prevenção com vistas a diminuir os riscos de violência, para dar segurança (para)ao trabalhador e não prejudicar o acesso do usuário ao serviço.

A falta de organização para o atendimento da demanda espontânea nos CS geram reflexos no acesso ao usuário que são detectados tanto pelos trabalhadores que atuam nos CS como pelos trabalhadores que atuam nas UPA. Os trabalhadores dos CS percebem limitações como horários de consulta pré-definidos para atendimento à demanda espontânea, falta de profissionais, poucas vagas que acabam dificultam o acesso à demanda espontânea. Já os trabalhadores das UPA verificam uma sobrecarga de casos não urgentes que poderiam ter sido atendidos nos CS, mas que, por falha na organização, não o são.

Assim, acredita-se que, com a qualificação dos trabalhadores que atuam na recepção, com a ampliação do número de profissionais para atender à demanda e com a reordenação dos CS para o atendimento à demanda espontânea, já seja possível atingir minimamente o que se preconiza por meio da Política Nacional de Humanização e pela Rede de Atenção à Saúde, com atendimento integral e de qualidade em todas as portas de entrada dos serviços de saúde e atenção primária, que seja ordenadora do acesso e possibilite atender o usuário em situações

agudas, mesmo que este posteriormente necessite de encaminhamento a serviços de maior complexidade.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Verônica Santos et al. **A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde**. Rev. bras. educ. med. [online]. 2008, vol.32, n.3, pp. 356-362. ISSN 0100-5502. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n3/v32n3a10.pdf>>. Acesso em: 10 jun 2014.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF, Senado, 1998. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 18 mar 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>>. Acesso em: 28 mar 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. Disponível em: <[http://www.saude.es.gov.br/download/PoliticaNacionalEducPermanenteSaude\\_V9.pdf](http://www.saude.es.gov.br/download/PoliticaNacionalEducPermanenteSaude_V9.pdf)>. Acesso em: 06 abr 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Legislação. GM. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010a. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:

<[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/img/07\\_jan\\_portaria4279\\_301210.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf)>. Acesso em: 10 nov 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2. Ed. 5. Reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010b. 44 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_praticas\\_producao\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf)>. Acesso em: 14 abril 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM n.º 1.600, de 07 de julho de 2011a. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 jul. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: 1. ed. 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p.: il. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I. 56 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1)

CONTRERA-MORENO, Luciana; CONTRERA-MORENO, Maria Inês. **Violência no trabalho em enfermagem: um novo risco ocupacional**. Rev. bras. enferm. [online]. 2004, vol.57, n.6, pp. 746-749. ISSN 0034-7167.

CUNHA, Alcione Brasileiro Oliveira; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. **Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema**. Cad. Saúde Pública [online]. 2010, vol.26, n.4, pp. 725-737. ISSN 0102-311X. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n4/15.pdf>>. Acesso em: 22 abril 2014.

LIMA, Ísis Fernanda dos Santos; LOBO, Fernanda Senna; ACIOLI, Karen Lidiane Bemfica de Oliveira and AGUIAR, Zenaide Neto. **Integralidade na percepção dos trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde da Família**. Rev. esc. enferm. USP [online]. 2012, vol.46, n.4, pp. 944-952. ISSN 0080-6234. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080->

62342012000400023&script=sci\_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 22 abril 2014.

MARQUI, Alessandra Bernadete Trovó de et al. **Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho.** *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2010, vol.44, n.4, pp. 956-961. ISSN 0080-6234. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/14.pdf>>. Acesso em: 14 mai 2014.

MELO, Marcia Borges de. **Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem no Brasil: revisão integrativa** [Dissertação]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem; 2010. 106p. Disponível em: <[http://mestrado.fen.ufg.br/up/127/o/M%C3%A1rcia\\_Borges\\_de\\_Melo.pdf?1391017277](http://mestrado.fen.ufg.br/up/127/o/M%C3%A1rcia_Borges_de_Melo.pdf?1391017277)>. Acesso em: 10 jul 2014.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes\\_de\\_atencao\\_mendes\\_2.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes_de_atencao_mendes_2.pdf). Acesso em 03 de agosto de 2014.

SECCO, Iara Aparecida de Oliveira; ROBAZZI, Maria Lúcia do Carmo Cruz; SOUZA, Francisco Eugênio Alves de; SHIMIZU, Denise Sayuri. **Cargas Psíquicas de Trabalho e Desgaste dos Trabalhadores de Enfermagem de Hospital de Ensino do Paraná.** Brasil. 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38713/41564>>. Acesso em: 15 jul 2014.

SOUZA, Thaise Honorato de. **Serviço De Emergência Adulto De Um Hospital Universitário: características e Estratégias na Perspectiva da Rede de Atenção as Urgências e Emergências.** 2012.92f. Monografia (Residência Integrada Multiprofissional Em Saúde). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care**, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Disponível em: <[http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1)>. Acesso em: 10 jun

76

2014.

## 5.2 MANUSCRITO II:

### **A RECEPÇÃO COMO PONTO ESTRATÉGICO PARA O ACESSO DO USUÁRIO AO SUS\* RECEPTION AS STRATEGIC POINT TO ASSESS THE USER ACCESS TO SUS\***

### **RECEPCIÓN COMO PUNTO ESTRATÉGICO PARA EVALUAR EL ACCESO DE LOS USUARIOS PARA SUS\***

**Thaise Honorato de Souza<sup>6</sup>  
Maria Terezinha Zeferino<sup>7</sup>**

#### **Artigo original**

#### **Autor correspondente:**

**Thaise Honorato de Souza.** Rua: José Bernardo da Silva, 149. AP202. Flor de Nápolis. São José. Santa Catarina. CEP: 88106070. Telefone: (048)9916-9913 Email: thaisetise@yahoo.com.br.

---

\* Estudo resultante da dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional Multidisciplinar em Saúde, área de concentração Urgência e Emergência, vinculado ao Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, em 2013/2014.

<sup>1</sup> Enfermeira. Especialista em Urgência e Emergência do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). Mestranda do Mestrado Profissional Associado à Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do HU/UFSC. Membro do Grupo de estudos em Atenção Psicossocial e Drogas da Universidade Federal de Santa Catarina (APIS/UFSC). Rua: José Bernardo da Silva, 149. AP202. Flor de Nápolis. São José. Santa Catarina. CEP: 88106070. Tel. 48-9916-9913. Email: thaisetise@yahoo.com.br.

<sup>7</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Líder do Grupo de Estudos em Atenção Psicossocial e Drogas (APIS) UFSC. Email: [terezinha.zeferino@ufsc.br](mailto:terezinha.zeferino@ufsc.br). Tel. 48-37212786

## **A RECEPÇÃO COMO PONTO ESTRATÉGICO PARA O ACESSO DO USUÁRIO AO SUS\***

### **RECEPTION AS STRATEGIC POINT TO ASSESS THE USER ACCESS TO SUS\***

### **RECEPCIÓN COMO PUNTO ESTRATÉGICO PARA EVALUAR EL ACCESO DE LOS USUARIOS PARA SUS\***

#### **RESUMO**

Este estudo objetivou compreender como se dá o acesso do usuário não agendado com quadro agudo de baixa complexidade ou em situação de urgência e emergência na perspectiva do trabalhador que realiza o primeiro contato com os usuários na recepção dos Centros de Saúde e Unidades de Pronto Atendimento de um município da região do sul do país. Trata-se de um estudo exploratório descritivo de natureza qualitativa. Os dados foram coletados entre 28 de janeiro e 15 de março de 2014, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC, por meio de entrevista semiestruturada gravada, realizada com 21 trabalhadores de dez Centros de Saúde e duas Unidades de Pronto Atendimento indicadas pela gestão do município. A análise dos dados se deu segundo o método de Análise de Conteúdo Temática sugerido por Bardin, considerando a Rede de Atenção à Saúde (RAS) à luz da Política Nacional de Humanização (PNH). Os resultados mostraram que o acesso do usuário não agendado com quadro agudo de baixa complexidade, ou em situação de urgência e emergência, ainda não ocorre conforme o preconizado pela Política Nacional de Humanização e pela Rede de Atenção à Saúde, nela compreendida a Rede de Atenção às Urgências do Sistema Único de Saúde. Existe um distanciamento entre o acolhimento compreendido como: método de escuta atenta e qualificada; mecanismo de ampliação e facilitação do acesso; dispositivo de reorganização do processo de trabalho em equipe estabelecido pelo Ministério da Saúde (MS), do acolhimento sinônimo de atendimento de urgência/emergência, atividade programada para atenção da demanda espontânea nos serviços de saúde do estudo (triagem para o atendimento médico). Outros achados importantes que se opõem à realidade do SUS, garantida na Constituição Federal de 1988, foram a ocorrência de encaminhamentos da demanda espontânea

pelo trabalhador que faz o primeiro atendimento na recepção dos serviços de saúde, para serviços de saúde de menor a maior complexidade dentro da rede de atenção; e, a ausência de padronização para o atendimento à demanda espontânea. Organizar o fluxo de atendimento à demanda espontânea dos serviços de saúde, preparar os trabalhadores que atuam na recepção dos serviços de saúde para atender à demanda espontânea, difundir aos usuários e trabalhadores informações a respeito da Política Nacional de Humanização e da Rede de Atenção a Saúde podem ser medidas eficientes para que o usuário consiga acessar a Rede de Atenção a Saúde, na forma preconizada.

Descritores: Acesso aos Serviços de Saúde. Acolhimento. Serviço de Saúde. Gestão em Saúde. Sistema Único de Saúde. Enfermagem.

## **ABSTRACT**

This study aimed to understand how the non-scheduled user (spontaneous demand) access the health system from the perspective of the clerk who makes the first attendance at the front desk of the health centers and emergency care units in a city from the South of Brazil. It is a descriptive exploratory qualitative study. Data were collected between January 28 and March 15, 2014, after approval by the Research Ethics Committee, through semi-structured recorded interviews conducted with 21 workers from ten Health Centres and two Emergency Care Units indicated by the Municipal Administration. Data analysis was made using the method of qualitative analysis suggested by Bardin, considering the Health Care Network (RAS) in the light of the National Humanization Policy (NHP). The results showed that the non-scheduled user access (spontaneous demand) doesn't occur as recommended by the National Humanization Policy and the Network for Health Care. There is a distance between the attendance defined and established by the Ministry of Health (MOH) from the reality described in the interviews. Other important finding was the fact that many clerks refer patients to other health centers, although they were not officially allowed showing the lack of standardization to meet spontaneous demand. Effective measures to ensure the access to the Network for Health Care could include organizing the flow of assistance to spontaneous demand for health services, preparing clerks from health services to meet spontaneous demand and spreading information about the National Humanization Policy and Network for Health Care.

Keywords: Access to Health Services. Home Services. Health. Health Management. Health System. Nursing.

## **INTRODUÇÃO**

O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde é um direito de todos os brasileiros garantido na Constituição Federal de 1988. (BRASIL, 1988).

Apesar das enormes dificuldades enfrentadas até o momento em sua trajetória, o Sistema Único de Saúde (SUS) se constitui em exemplo de inclusão e transformação política no Brasil. É uma das poucas políticas públicas no mundo que garante, como elemento essencial, o acesso universal e de forma integral. (BRASIL, 2011a)

Por se tratar de uma temática de extrema importância para a saúde dos brasileiros, o acesso foi tema da Conferência Nacional de Saúde de 2011 e abordado no eixo “Acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o SUS”. Lá, o Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) – que é uma das ferramentas mais importantes para facilitar e organizar o acesso dos usuários ao SUS – foi apontado dentre as moções de apelo ao Ministério da Saúde (MS) com o propósito de diminuir a dificuldade de acesso e eliminar as perversas “filas da madrugada” por atendimento nos serviços de saúde. (BRASIL, 2012, p.131).

Neste sentido, imaginar o acesso e o acolhimento como princípios do SUS propicia alcançar melhores resultados nas intervenções em saúde, facilitando a continuidade do cuidado em qualquer nível de atenção por serem imprescindíveis à assistência, pois objetivam a qualificação do cuidado prestado. (CORREA, 2011).

Para Malta, et al., (2000), o processo de acolhimento integra uma etapa do processo de trabalho da equipe de saúde. Neste contexto, os autores trazem a recepção do usuário como sendo a primeira etapa desde processo, pois é lá que ocorre o primeiro contato do usuário com o serviço de saúde.

Considerando assim o acolhimento como integrante do processo de trabalho da equipe de saúde e a recepção como a primeira etapa deste processo, verifica-se a necessidade de que ambos ocorreram de forma responsável, sendo incorporados por todos os serviços de saúde e trabalhadores que ali atuam. Não se pode mais aceitar a expressão “isso não me diz respeito”, pois mesmo que não se tenha uma resposta

imediate para os questionamentos/problemas de saúde dos usuários, pode-se e deve-se orientá-los a buscar o atendimento e tratamento em outro local, fundamentado no princípio da referência e contrarreferência, possibilitando minimizar o seu sofrimento ou resolver o seu problema (TENÓRIO; OLIVEIRA; LEVCOVITZ, 1995).

Neste sentido espera-se que, já na recepção, o usuário seja acolhido e a ele sejam dados todos os encaminhamentos necessários para a resolução de sua necessidade de saúde. (MALTA, et al., 2000).

Esta temática corrobora com a Política Nacional de Humanização (PNH) criada pelo Ministério da Saúde em 2003, uma vez que tem como objetivo efetivar os princípios do SUS no dia a dia da prática de gestão e estimular trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários, incluindo os diferentes níveis de complexidade de atendimento, para a produção de saúde e sujeitos. (BRASIL, 2004). Cabe ressaltar que dentre as diretrizes específicas por nível de atenção, no que se refere à atenção primária e à urgência e emergência, o acolhimento é considerado diretriz que visa garantir o acesso aos serviços e demais níveis de assistência de forma segura e conforme a necessidade dos usuários. (BRASIL, 2004).

Tratando-se de atendimento à demanda espontânea, em especial às urgências e emergência, verifica-se que esse atendimento deve ser realizado em todos os pontos de atenção a saúde, inclusive nos serviços de Atenção primária. Ressalta-se que o acolhimento à demanda espontânea e o atendimento às urgências em um Centro de Saúde (CS) diferenciam-se do atendimento de pronto-socorro ou pronto atendimento porque a Atenção primária trabalha em equipe e por isso conhece o usuário, na maioria das vezes, antes daquele atendimento pontual, ou seja, já possui um histórico de saúde do usuário que busca a unidade em fase aguda. O que facilita e qualifica, por vezes, o cuidado a ser prestado. (BRASIL, 2013).

Entretanto, apesar do acesso à demanda espontânea ser preconizado para todas as portas de entrada, com ênfase na atenção primária em saúde, atualmente ainda existe grande dificuldade do usuário em adentrar ao serviço de saúde. As estratégias e reformulações políticas com vistas a ampliar o acesso do usuário aos serviços de saúde e a resolver os problemas que afetam a saúde da população não vêm sendo suficientes para solucionar os problemas de acesso que tornam cada vez mais fragmentadas e descontínuas as ações de saúde comprometendo a efetividade e a eficácia do SUS.

A superlotação dos Serviços de Emergência Hospitalar vivenciada na atualidade retratam os reflexos da dificuldade de acesso

em outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Um estudo realizado por Souza (2012) reforça esta afirmativa, pois defende que 63,55% dos casos acolhidos no SEH de um município da Região Sul do país poderiam ter sido resolvidos em outros níveis de atenção do SUS, dentre estes casos, um número significativo, 34,53%, buscava o serviço por não conseguir acesso à saúde em outro ponto da Rede ou por ter sido atendido de forma insatisfatória (SOUZA, 2012).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) afirma que normalmente os Serviços de Emergência são caracterizados pela demanda de usuários que extrapola os recursos oferecidos, ocasionando em longas esperas por atendimento. Diz ainda que esta procura comumente ocorre por usuários que poderiam ter suas necessidades atendidas em serviços de atenção ambulatorial.

Neste sentido, este manuscrito objetiva compreender como ocorre o acesso do usuário não agendado com quadro agudo de baixa complexidade ou em situação de urgência e emergência na perspectiva do trabalhador que faz o primeiro atendimento na recepção dos Centros de Saúde (CS), atenção primária, e nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), nível intermediário, de atenção de um município da região do sul do país.

O estudo partiu da premissa de que o trabalhador que atua na recepção é fundamental para que o usuário acesse ao serviço do qual necessita no momento de sua procura, tendo assim, influência na integração com a rede de acolhimento à demanda e de corresponsabilidade dentro da PNH.

## **MÉTODOS**

Estudo do tipo exploratório descritivo de natureza qualitativa, realizado em duas UPA e dez CS indicados pela gestão do município onde se desenvolveu o estudo. Os sujeitos da pesquisa foram 21 trabalhadores que realizam o primeiro contato com os usuários na recepção dos serviços de saúde. Todos eles foram selecionados de forma aleatória, sendo dois da UPA Sul, dois da UPA Norte, e dezesseis trabalhadores de dez CS representando os cinco distritos sanitários (Norte, Sul, Leste, Oeste, Centro) do município em estudo. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada gravada entre os dias 28 de janeiro e 15 de março de 2014, com vinte e um trabalhadores que realizam o primeiro contato nos serviços de saúde em que ocorreu

esta pesquisa, após o consentimento dos entrevistados e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Configuraram-se como critérios de inclusão dos sujeitos deste estudo: os trabalhadores com mais de três meses no serviço; idade igual ou superior a 18 anos; que realizam o primeiro atendimento ao usuário nos serviços de saúde selecionados; e estavam dispostos a participar da pesquisa e se propuserem a assinar o TCLE. E de exclusão: aqueles que não aceitarem participar da pesquisa; com menos de três meses no serviço; e possuíam idade inferior a 18 anos. Neste sentido, os sujeitos, após aceitação, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e foram identificados com a letra “S”, seguida de um numeral de 1 a 24 aleatoriamente de modo a garantir o anonimato dos sujeitos e “UPA” ou “CS” de acordo com o serviço de saúde que atuavam.

Todas as entrevistas foram transcritas integralmente para a análise que considerou as diretrizes da RAS (BRASIL, 2010) à luz da PNH (BRASIL, 2004). Os dados foram organizados e analisados segundo o método de Análise de Conteúdo Temática sugerido por Bardin, seguindo as três fases propostas: pré-análise, codificação e categorização. (BARDIN, 2009). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob o parecer nº 503.976, seguindo as recomendações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Com base nas prioridades estabelecidas atualmente pelas Políticas Públicas de Saúde no tocante ao acesso do usuário nos sistemas de saúde, tendo em vista o alcance dos objetivos propostos, identificam-se fatores relevantes com relação ao acesso do usuário aos serviços de saúde o que possibilitou organizá-los em três categorias: Trabalhador da recepção: protagonista do acesso ou da triagem do usuário?; Acolhimento: da teoria à prática; e, Ausência de padronização no atendimento a demanda espontânea.

### **BREVE PERFIL DOS SUJEITOS DO ESTUDO**

A caracterização dos trabalhadores que realizam o primeiro atendimento nos CS e UPA do estudo é relevante visto que estes fazem parte do processo de acolhimento e, por isso, têm papel fundamental no acesso do usuário aos serviços de saúde.

Verificou-se assim neste estudo que os trabalhadores que realizaram o primeiro atendimento nos CS e UPA do estudo eram em sua maioria 15 (71,43%) do sexo feminino e que seis (28,57%) eram do sexo masculino.

Quanto ao nível de escolaridade sete (33,33%) possuíam ensino superior completo; cinco (23,81%), ensino superior incompleto; três (23,81%), ensino técnico; e seis (28,57%), ensino fundamental completo.

A maioria, 16 trabalhadores (76,19%) eram servidores efetivos do município. Uma pequena parcela de 4 (19,05%) trabalhadores possuía vínculo de estágio na área de enfermagem e administração, e apenas um (4,76%) era contratado por tempo determinado como auxiliar administrativo. Cabe destacar que dentre os servidores efetivos do município 11 (68,75%) eram administrativos; três (18,75%), agentes comunitários de saúde; um (6,25%) técnico de saúde bucal; e, um (6,25%) auxiliar de serviços gerais.

Referente ao tempo de serviço, dos 21 sujeitos do estudo, 12 possuíam entre 3 meses a 2 anos de serviço; o restante, 9 trabalhadores, tinham entre 2 e 9 anos de serviço.

## TRABALHADOR DA RECEPÇÃO: PROTAGONISTA DO ACESSO OU DA TRIAGEM DO USUÁRIO?

As falas inerentes a essa categoria retrataram o protagonismo do trabalhador que atua na recepção das portas de entrada dos serviços em estudo sobre o acesso dos usuários aos serviços de saúde. São eles que realizam o primeiro contato com o usuário e por vezes, acabam realizando a triagem do usuário ao invés de acolher e permitir uma avaliação mais criteriosa da sua situação aguda por um profissional da saúde habilitado para esta função.

O acolhimento constitui estratégia para promover mudanças na organização do processo de trabalho em saúde e visa garantir acesso e integralidade a todos os usuários do SUS. (BRASIL, 2006a).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a), o acolhimento consiste na:

Recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo,

colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário.

Os trabalhadores que atuam na recepção das unidades de saúde são agentes que fazem parte do processo de acolhimento preconizado pela PNH (BRASIL, 2011b).

É na recepção que tudo se inicia, é lá que o usuário busca atenção e apoio para resolver seus problemas de saúde. Quando o usuário sai destes serviços sem receber a devida atenção, sem ser ouvido com singularidade e sem receber resposta positiva ou encaminhamento adequado, significa que algo de errado ocorreu, feriram-se os princípios do SUS e a proposta de acolhimento da PNH.

Nos locais em que se desenvolveu o estudo, obteve-se por meio das falas dos trabalhadores que realizam o primeiro contato com o usuário que busca o serviço de saúde, que eles direcionam o usuário não agendado com quadro agudo de baixa complexidade ou em situação de urgência e emergência a outros serviços de saúde, antes mesmo do usuário ter a oportunidade de ser avaliado individualmente por um profissional da saúde. Ou seja, dependendo do relato do usuário, da gravidade do caso, da sua procedência, da grande demanda de usuários buscando o serviço naquele dia e da escassez de vaga, é o próprio trabalhador que atua na recepção quem decide, ali mesmo, no “balcão de atendimento”, se o usuário precisa ou não ser atendido naquele serviço, naquele momento. Realiza uma triagem, assumindo assim o poder de decisão que não é de sua competência.

*"Depende se eu perceber que a pessoa está muito mal, que a pressão está baixa (pálido prestes a desmaiar), eu chamo alguém na hora, independentemente do local que a pessoa more. Se não, se eu perceber que dá para ela ir para o posto dela, eu oriento o usuário a ir para o posto dele!" (S11 CS).*

*"Não, a gente atende mesmo só os pacientes desse posto [...] pessoas de outros bairros a gente encaminha pra UPA ou para o posto do bairro dela". (S2 CS).*

*"O paciente com dor a gente bate na porta do médico e chama. Paciente com falta de ar prioriza pra atender antes dos pacientes agendados e até antes dos que já foram passados que precisam de atendimento imediato, mas é aquilo que eu te disse depende da queixa do que eles apresentam pra gente, a gente vai redimensionando, médico e enfermeiro. Ah, se eles relatam: Estou com dor de cabeça, acho que estou com pressão baixa, já peço pra um técnico verificar a pressão o*

*quanto antes... Assim eu vou vendo a necessidade de passar para o médico ou enfermeiro” (S3CS).*

Como pode ser observado nos registros acima, os trabalhadores dos CS permitiam o acesso naquela porta de entrada preferencialmente para quem morava no bairro ou estava muito grave. O atendimento à demanda espontânea para aqueles que não eram do bairro (trabalhadores, turistas, ambulantes, visitantes) era realizado se fosse verificado por eles uma urgência/emergência durante o atendimento na recepção. Poucos foram os trabalhadores que disseram não realizar encaminhamentos para outros serviços.

Cabe ressaltar que não é somente nos CS que os encaminhamentos pelos trabalhadores que realizam o primeiro atendimento ao usuário ocorrem. Os trabalhadores entrevistados nas UPA também relatam direcionar alguns casos que julgam não ser necessário nenhum tipo de intervenção naquele local ou naquele momento.

*“Quando o paciente vem para tirar o ponto, eu encaminho, aqui é um local que realmente eles não vão tirar ponto. As enfermeiras não tiram os pontos aqui, este tipo de procedimento é no posto. Quando eles vem no sábado (que o posto não abre e a gente não retira) a gente pede para eles irem na segunda no posto a partir das 8h da manhã.” (S5 UPA)*

*“Eu indico o local. [...] Aferição de PA não se faz aqui é posto de saúde.” (S6 UPA)*

*“Nós orientamos, nós explicamos... Ex. troca de receita. A gente orienta, explica... Aqui é um pronto atendimento 24h é mais urgência e emergência, isso é um caso para posto de saúde, nós não fazemos receita”. (S19 UPA).*

Com relação à forma pela qual este encaminhamento ocorria, obteve-se que geralmente era de forma verbal.

*“Só é orientado mesmo, não tem nada mais formal, só orientação verbal” (S2 CS).*

*“Sempre verbal para posto de saúde. Agora se for grave é feito pelo médico e ele entra em contato com o hospital e tal, daí é por telefone”. (S6 UPA).*

*“Por carta, não. Quem pode fazer por carta é só o médico ou enfermeiro, mas a gente conversa, explica a situação que a gente não tem o que um hospital tem que seria melhor a pessoa ir lá, como num*

*caso de pé quebrado [...] Se é uma criança que torceu o pé, esta com o pé inchado, a enfermeira dá uma “avaliadinha”, né?” (S21 CS).*

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a) o encaminhamento de usuário só pode ocorrer se for feito de forma responsável, viabilizando resolver (dentre os diferentes equipamentos de saúde) demandas não resolvidas naquele serviço de saúde.

Diz ainda que com a PNH todos os profissionais de saúde (médico, enfermeiro, assistente social, entre outros) podem acolher e se responsabilizar pelo usuário (ouvi-lo buscando avaliar suas queixas e assim encaminhar para o atendimento que de fato é necessário responsabilizando para dar uma resposta ao problema), independente de sua formação específica. Mas para isso acontecer é necessário que toda a equipe que atua no serviço de saúde tenha condições técnicas, além de formação, para saber ouvir o usuário e decidir pelo melhor encaminhamento. (BRASIL, 2006a).

A ocorrência de encaminhamento de usuários a outros serviços de saúde por trabalhador da recepção e não por profissionais da saúde é algo preocupante. Principalmente quando se tem falas dos próprios trabalhadores dos CS e UPA afirmando o desconhecimento da RAS no que diz respeito aos elementos constitutivos da rede e as diretrizes orientadoras para sua efetivação, além da ausência de conhecimento técnico, capacitação, para decidir qual o encaminhamento correto a ser feito.

*“Na recepção a gente não tem preparo nenhum.” (S8 CS).*

*“Rede de atenção à saúde... Nunca ouvi falar!” (S8 CS)*

*“Rede de atenção seriam aqueles médicos da saúde? Não sei... A rede à atenção eu acho que é aqueles médicos a saúde que visitam a pessoa em casa. E a rede de urgência e emergência do município é só as UPA, talvez o Hospital...” (S20 CS)*

*“Não sei exatamente se eu sei, mas a Rede urgência seria as UPA, HU, [...] REGIONAL [...], que a gente sabe que tem emergência. O outro é Rede de atenção à saúde... Este eu vejo como sendo os postos de saúde. Não sei se é correto, mas eu tenho esta visão”. (S5 UPA).*

*UPA são os atendimento de urgência e emergências que temos no Sul e no Norte [...] E as Redes de Atenção à Saúde são as Unidade Básicas, os Centros de Saúde, as Policlínicas do Centro, Sul, Norte... Acho que é isso. (S6 UPA).*

Com relação à participação em capacitações ou atividades de educação permanente oferecida pelo serviço que abordasse alguns aspectos como a RAS, PNH e Acesso do usuário ao serviço de saúde, a maioria afirmou nunca ter participado.

*“Não participei de nenhuma capacitação [...] tristemente não (S24 CS)”.*

*“Não nunca participei de capacitação, nunca (S20 UPA)”.*

*“Não! Nunca, desde que entrei nunca foi fornecido. Acho que eu nunca vi o interesse da prefeitura de vir, ou fazer algum “feedback”. A pessoa que trabalhava comigo que me explicou como era o trabalho, como funcionava. Isso tudo da boa vontade dela de me ensinar e eu ir atrás buscar”. (S5 UPA).*

O que se denota é que, embora o estudo tenha sido realizado em uma rede de saúde municipal de grande porte, onde se encontra implantada a Política Nacional de Humanização, os trabalhadores muitas vezes, por não ter formação específica para atuar na área da saúde, não são vistos pelas equipes de saúde e gestores como integrantes do processo de acolhimento preconizado por aquela política e, com isso, são excluídos dos momentos de reflexão sobre o acolhimento. (BRASIL, 2011b).

O desconhecimento da rede, a falta de capacitação dos trabalhadores para atuar na recepção, somados ao fato de não se perceber como membro integrante da rede de acolhimento (papel de corresponsabilidade dentro da PNH) é algo que potencializa ainda mais a preocupação exposta em relação ao protagonismo do trabalhador e a interferência desta postura para o acesso do usuário a RAS.

Assim, considerando a interferência que este trabalhador tem sobre o usuário que busca as portas de entrada dos CS e UPA para solucionar os seus problemas de saúde, é essencial o considerar parte integrante do processo de acolhimento e qualificá-lo para tal. Envolver a equipe de gestão e a própria equipe de saúde que atua nesses serviços certamente enriquecerá este processo de qualificação. (BRASIL, 2011b).

Esta qualificação deve se dar de modo que os trabalhadores responsáveis por escutar a demanda que surge espontaneamente tenham capacidade de analisar riscos e vulnerabilidades (através de uma escuta atenta e qualificada), possuam conhecimento acerca dos serviços oferecidos pelos CS, dialoguem com a equipe multidisciplinar de modo que os usuários tenham suas necessidades de saúde atendidas em tempo hábil e de forma integral (BRASIL, 2011b).

Assim é importante que seja definido como os diferentes profissionais do serviço de saúde serão envolvidos no processo de acolhimento, quem irá receber o usuário que busca o serviço, como vai ser avaliado o risco e a vulnerabilidade desse usuário, o que será feito de

imediatamente, quando e quem vai encaminhar ou agendar uma consulta médica e que outras ofertas de cuidado, além da consulta médica, podem ser necessárias. (BRASIL, 2011b).

## ACOLHIMENTO: DA TEORIA À PRÁTICA

A análise dos dados obtidos por meio das entrevistas com os trabalhadores que realizam o primeiro contato com os usuários na recepção dos serviços de saúde em estudo revelou contradições entre o conceito de acolhimento, de acordo com a PNH (BRASIL, 2004), daquele adotado nos serviços de saúde do estudo.

Quando questionados como se dá o acesso do usuário não agendado (demanda espontânea), todos os trabalhadores dos CS revelam que o acesso se dá através do “acolhimento”.

*"Eu encaminho o usuário para a enfermagem, para a equipe de técnicas de enfermagem avaliar. Daí se elas julgarem necessário, caso de urgência, elas o encaixam em um horário com um médico ou o encaminham para a Unidade de Pronto Atendimento" (S11 CS).*

*"A nossa política aqui é direcionar, todos que são acolhidos com escuta, se não tiver agendado à recepção dirige ao acolhimento com o técnico, a gente não faz a escuta qualificada na recepção, o paciente precisa dessa privacidade" (S7 CS).*

Já nas duas UPA, onde também ocorreram as entrevistas, verificou-se através da fala dos entrevistados que o acesso à demanda espontânea dos usuários também ocorre pelo dito “acolhimento”, quando se trata de demanda clínica, e que os demais casos são encaminhados diretamente aos cuidados de enfermagem, no caso de se tratar da administração de medicamento, ou, aos cuidados médicos, como é o caso de pacientes cirúrgicos e pediátricos.

*"Quando é clínico passa pelo acolhimento, corte e trauma é com o cirurgião daí não passa pelo acolhimento, é outra fila". (S5 UPA)*

*"Geralmente a gente pergunta qual o motivo que está procurando [...] a gente diferencia o que é clínico do que é cirúrgico. A gente pergunta o que está acontecendo com a pessoa, porque daí através da resposta a gente vai saber se é para o dentista, se é para o cirurgião, se é para o clínico, ou ainda para pediatria no caso de criança". (S19 UPA).*

As falas revelam que tanto os trabalhadores dos CS como os trabalhadores das UPA restringem o significado de acolhimento à etapa deste processo. Ou seja, os trabalhadores veem a triagem/classificação

de risco que ocorre nestes serviços como sendo acolhimento e não parte do processo de acolhimento, como é descrito pela PNH.

Sabe-se que várias são as definições de acolhimento presente nos dicionários e em documentos oficiais do setor saúde, porém o que mais importa não é a procura pelo conceito correto ou verdadeiro de acolhimento e, sim, a clareza e a forma de exteriorização da noção de acolhimento que é adotada ou assumida situacionalmente por atores concretos, revelando perspectivas e intencionalidades. (BRASIL, 2011b).

Neste sentido o Ministério da Saúde traz, em um de seus documentos (BRASIL, 2011b, p.19), de forma genérica 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”)

O acolhimento não é espaço, tampouco local, mas sim, postura ética que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde. Não pressupõe hora ou profissional para realizá-lo, implica no compartilhamento de saberes, necessidades, angústias e intervenções. É diferente de triagem que se constitui em uma etapa de um processo. (BRASIL, 2006a).

De acordo com Guerreiro et al (2013), o conceito de acolhimento vai além daquele utilizado para expressar as relações entre os profissionais da saúde e usuários do SUS, ele implica uma relação cidadã e humanizada, de escuta qualificada. Neste sentido os mesmos autores apontam que, em consequência a este conceito, o desenvolvimento do acolhimento como tecnologia essencial para a reorganização dos serviços se caracteriza como elemento chave para proporcionar ampliação efetivada no acesso à atenção básica e aos demais níveis do sistema.

A visão distorcida do que constitui o processo de acolhimento, por parte dos trabalhadores da recepção tanto dos CS como das UPA, acaba por fazer com que eles não se vejam como parte integrante do processo, deixando de exercer seu papel de acolher, preconizado pela PNH, interferindo diretamente no acesso do usuário.

*“A gente pega o documento da pessoa e insere logo no sistema, coloca na triagem para ser posteriormente atendido pelo médico clínico geral”. (S5 UPA)*

*“O meu papel é colocar ele no sistema, no Info saúde. Peço o documento para ele, e boto ele no Info saúde. Dependendo da área que ele vai ser atendido, cirúrgica, clínica, pediatria, odontologia ou enfermagem”. (S20 UPA)*

*“Primeiro eu peço os documentos, verifico se tem cadastro e passo para o acolhimento com a enfermeira. Se não tem cadastro eu faço cadastro. Se não tem documento, eu comprovo endereço e faço um provisório”. (S9 CS).*

A partir de uma escuta atenta, do compartilhamento de saberes, necessidades, angústias e intervenções, é que o trabalhador da recepção irá facilitar a entrada do usuário na rede, assumindo o papel que lhe é atribuído pela PNH, por ser ele peça importante do acolhimento.

Reforçando as premissas acima acerca do acolhimento, ressalta-se que ao compreender o trabalho em saúde como processo, deve-se verificar que o acolhimento também é um processo, que neste caso não se limita ao espaço físico do setor de recepção da população ou como de responsabilidade somente daquele trabalhador, e sim, da continuidade que envolve todo o atendimento até a resolução do problema de saúde que o usuário apresenta no momento em que busca o serviço. (BRASIL, 2011c).

Sendo assim, entende-se que além dos profissionais de saúde, que são responsáveis por toda a parte de assistência ao usuário dentro do Sistema de Saúde, é necessário envolver o trabalhador que atua na recepção dos serviços de saúde neste processo, pois ele também possui o papel de integrar à rede de acolhimento à demanda.

É equivocado restringir a responsabilidade pelo ato de acolher aos trabalhadores da recepção (ou a qualquer outro isoladamente), pois o acolhimento não se reduz a uma etapa nem a um lugar. Entretanto, também é limitado discutir a sua implementação apenas com os profissionais que constituem a equipe mínima da Saúde da Família, excluindo aqueles que, porventura, atuem na unidade de saúde. (BRASIL, 2011b, p. 43).

Fica evidente aqui a necessidade de esclarecer a este trabalhador acerca do que realmente se constitui o processo de acolhimento, quais são seus atores e a importância do seu papel dentro deste processo, que é tido como ferramenta primordial para que o usuário acesse a Rede de Atenção às Urgências/RAS.

Neste sentido, convém destacar que somente se colocará em prática a diretriz da Rede de Atenção às Urgências (BRASIL, 2011d) de:

“Ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos” (BRASIL, 2011d), no momento em que todos aqueles com compõem o processo passem a se verem como parte integrante, assumindo o papel que lhes é atribuído.

Assim, garantir o acesso da demanda espontânea aos serviços não pode ser mais visto apenas como de responsabilidade das UPA e SEH, pois hoje os CS também têm o papel de se constituir como uma grande articuladora da RAS, porta de entrada e ordenadora da rede, devendo atender também os casos agudos demandados ao serviço. Tais atribuições estão definidas na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011a), bem como na Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2011d) e na Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004).

O que se busca é resolver grande parte das necessidades de saúde no CS, sendo referenciada e encaminhado apenas os casos que não possam ser resolvidos nestes serviços. O processo de acolhimento por si só não garante que todo usuário seja atendido, pois existem fatores que interferem tanto no momento anterior a este processo, como também fatores que interferem posteriormente.

Dentre os possíveis fatores que podem favorecer ou dificultar a entrada do usuário no sistema de saúde, citam-se:

O número de usuários por equipe, a organização da demanda espontânea, a localização do estabelecimento, os horários e dias de atendimento, a infraestrutura adequada para o atendimento, entre outros. Em alguns serviços ainda é possível identificar práticas que resultam em restrição do acesso da população, com filas para o atendimento, distribuição de senhas, atendimento por ordem de chegada sem avaliação de risco e vulnerabilidades e o não acolhimento das urgências nas unidades de saúde. (BRASIL, 2013, p.16).

AUSÊNCIA DE PADRONIZAÇÃO NO ATENDIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA

Com relação ao número de vagas e ao horário de atendimento à demanda espontânea (usuário não agendado com quadro agudo de baixa complexidade ou em situação de urgência e emergência), verificou-se que nas UPA 24 horas todos os usuários são atendidos de acordo com a gravidade dos casos. Não existem limitações em relação ao número de vagas diárias e/ou horários pré-definidos para o atendimento da demanda espontânea uma vez que já é o perfil destas unidades o atendimento livre à demanda espontânea e estas ainda possuem implantado o processo de acolhimento com classificação de risco.

Entretanto, nos CS, por funcionarem por período determinado (oito horas por dia, em sua grande maioria) e atenderem também outros tipos de demanda além da demanda espontânea, verificou-se que com relação ao horário de atendimento este ocorre geralmente no primeiro horário da manhã e no primeiro horário da tarde. Isso porque os profissionais costumam reservar estes horários em suas agendas para atender à demanda espontânea.

*"A gente pede para o pessoal pra chegar às 8h ou às 13h" (S9 CS).*

Nesses casos, os usuários que buscam estes serviços nos demais horários do dia vão ser atendidos apenas se houver vaga disponível na agenda, ou, se o caso de fato se tratar de uma urgência/emergência. O que acaba dificultando muitas vezes o acesso do usuário ao serviço por meio do CS e resulta ainda em encaminhados a outras unidades de saúde do município sejam estas de nível primário, secundário ou terciário.

*"Se o médico ainda tiver vaga à gente encaixa, se não encaminha pra enfermagem [...] é atendido, é ouvido por um profissional de saúde" (S3CS).*

*"Se for uma urgência ou emergência que não der para encaminhar para outra unidade de pronto atendimento a gente não vai liberar o paciente para o atendimento [...]" (S3CS).*

Aqui cabe refletir que, apesar dos CS terem suas atividades programadas como consultas, reuniões de equipe, de grupo e de coordenação, é de sua responsabilidade também estarem abertos e preparados para acolher de forma responsável o que não pôde ser programado, as eventualidades, os imprevistos. O que muitas vezes se torna difícil, pois a demanda acaba por preencher grande parte das agendas dos profissionais. Programar o acolhimento das pessoas nas agendas dos profissionais neste sentido acaba sendo uma estratégia para que a atenção à saúde no CS não se reduza a um pronto atendimento. (BRASIL, 2011b).

Neste sentido o que se espera é que a atenção básica se constitua como ordenadora da RAS, pois é nela que deve ocorrer o atendimento à demanda espontânea. Para que isso se dê de forma responsável a equipe deve ser capacitada para diagnosticar precocemente os casos graves, realizar as medidas de suporte necessárias para estabilizar o caso e acionar o serviço de maior complexidade quando necessário visando à adequada continuidade do atendimento. Cabe ressaltar a importância dos CS possuírem retaguarda já pactuada para que o referenciamento dos usuários acolhidos, avaliados e tratados seja garantido. (BRASIL 2011b)

Não se pode deixar de destacar que dentre os CS objetos do estudo, em dois deles foi apontado à inexistência de um horário determinado para o atendimento à demanda espontânea, sendo assim todos os usuários não agendados com quadro agudo de baixa complexidade ou em situação de urgência e emergência eram atendidos na medida de suas necessidades.

*"O acolhimento é durante o período que o posto tá aberto, pode haver ou não vaga para encaixe com o médico" (S14 CS).*

*"A gente não vai determinar um horário específico porque a gente não sabe o grau de necessidade da pessoa, então essa escuta sempre é feita das 8h ao meio dia [...] à tarde também, das 13h às 17h é feita a escuta." (S7 CS).*

Este acesso aberto vislumbrado apenas nestes dois CS foi algo que chamou bastante atenção, pois é um sinal de que já se tem alguns CS que começam a compreender que uma urgência/emergência não costuma agendar um dia e um horário para acontecer. Basta que se tenha compreensão disso para que se possa trabalhar com a equipe estratégias para atender à demanda desses usuários com necessidades agudas.

A proposta da realização de acolhimento qualificado com avaliação de risco e vulnerabilidade da demanda espontânea é uma das estratégias sugeridas pelo Ministério da Saúde quando trata de acesso à demanda espontânea na atenção básica. (BRASIL, 2011b)

Para Corrêa, et al., (2011) a indisponibilidade de horário alternativo e a restrição de funcionamento são fatores que determinam a busca de outros serviços. Cabe destacar que o mesmo autor traz em seu estudo que existem diferentes percepções em relação ao acesso nos serviços de saúde, mas que em contrapartida, alguns autores afirmam que ele é a primeira etapa a ser vencida pelo usuário na busca da satisfação de suas necessidades de saúde.

Em relação ao número de vagas para o atendimento à demanda espontânea nos CS foi relatada que estas variam entre 02 a 06 vagas por período. No entanto, a maioria relata que este número sofre alterações e que depende da demanda do CS.

*"Geralmente as enfermeiras colocam 6 vagas de manhã para o acolhimento e a tarde e o resto agendamento normal..." (S8 CS).*

*"Seria 2 vagas por dia, 2 vagas pro período da manhã e 2 pra tarde." (S2 CS).*

Esta conduta é totalmente incompatível com os princípios do SUS, uma vez que submetem os usuários à espera em situações muitas vezes desumanas, atendendo por ordem de chegada, sem nenhum critério e sem garantia de acesso devido ao número de senhas limitadas. (BRASIL, 2011b). Assim, verifica-se a necessidade de se estabelecer critérios para o atendimento aos usuários para atender de maneira humanizada, equânime e universal.

Quando questionados se existia algum tipo de padronização (senha/vagas especiais no serviço) e também se eles facilitam o acesso quando se tratava de bebê, idoso e/ou deficiente físico, verificou-se que não existe protocolo estabelecido pelo serviço em relação a estes aspectos, tanto nos CS como nas UPA.

A demanda espontânea é atendida por ordem de chegada em alguns casos, e em outros o trabalhador da recepção estabelece as prioridades.

*"Acaba tendo, né? Se é um bebezinho vai lá e de repente fala com médico ou enfermeira pedem pra dar uma olhadinha se é idoso eles têm preferência na agenda, então deixa a consulta marcada." (S1 CS).*

*"Na verdade a gente vê realmente o que o paciente está sentindo, se realmente a gente vê que é um caso muito grave, uma pessoa muito idosa que está debilitada e veio buscar atendimento, normalmente a gente vai ao setor de enfermagem no acolhimento e avisa eles. - tem o paciente x eles está com tais sintomas, você tem como chamar ele antes - daí ela dá a prioridade, se não segue a ordem de chegada". (S5 UPA).*

*"Olha se tem vaga todos vão ser atendidos, encaixados, claro que a gente precisa ver a criança, o idoso, gestante, hipertenso, diabético". (S7 CS).*

Apesar de não existir padronização em relação às prioridades para o atendimento à demanda espontânea, existe consenso entre os trabalhadores em relação às prioridades tanto no CS como na UPA, que devem ser concedidas a esses usuários. Como se pode verificar nas falas acima, os trabalhadores costumam dar prioridade para os casos que eles

julgam ser mais graves, que estejam colocando o paciente em risco, bem como estabelecem como prioridade o atendimento a crianças, idoso e gestante.

Cabe destacar que essa concessão de prioridade por conveniência da cada CS, sem qualquer padronização, não é suficiente, pois existem várias legislações específicas que garantem o direito de acesso prioritário aos serviços de saúde, como o Estatuto do Idoso, da Criança e do Adolescente, entre outros, não cabendo à análise da prioridade por mera conveniência, fazendo-se necessária a padronização destas prioridades, evitando-se o tratamento diferenciado entre uma unidade de saúde e outra.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao concluir o presente estudo, verificou-se que o trabalhador que faz o primeiro contato com o usuário na recepção das portas de entrada dos CS e UPA exerce um papel de protagonismo sobre o acesso e/ou encaminhamento do usuário aos demais serviços de atenção à saúde e, por isso, identifica-se a necessidade de o considerar parte integrante do processo de acolhimento e qualificá-lo para tal. Envolver a equipe de gestão e a própria equipe de saúde que atua nesses serviços certamente enriquecerá este processo de qualificação.

Apesar da PNH já estar implantada nos serviços de saúde do município em estudo, o acesso do usuário não agendado (demanda espontânea) ainda não ocorre conforme o preconizado pela PNH e pela RAS, nela compreendida a RUE do SUS. A prática chamada de “acolhimento” pelos trabalhadores que atuam na recepção, realizada por técnico de enfermagem e/ou enfermeiro em todos os serviços de saúde do município em estudo como ferramenta para garantir o acesso do usuário não agendado com quadro agudo de baixa complexidade ou em situação de urgência e emergência, revelou contradições e distanciamento com os conceitos da PNH, pois estes limitam o processo de acolhimento à triagem/ACR.

Sendo assim, a compreensão equivocada entre os conceitos demonstra a necessidade de se realizar um aperfeiçoamento com toda equipe envolvida no processo de acolhimento para que se possa discutir o verdadeiro conceito de acolhimento, esclarecendo em especial que a triagem/ACR se constitui apenas em uma das etapas do processo de

acolhimento que inicia na recepção e só termina quando o usuário tem sua demanda atendida.

Alguns entraves, principalmente com relação ao acesso do usuário não agendado com quadro agudo de baixa complexidade ou em situação de urgência e emergência, foram apontados. A porta de entrada se mostrou mais acessível quando a demanda era eletiva, o que sugere a reflexão sobre a maneira pela qual o serviço está organizado, de modo a oferecer uma resposta adequada e imediata às necessidades de saúde destes usuários.

Entende-se ao final deste estudo que certamente ele possa subsidiar ações que contribuam para o acesso do usuário aos serviços de saúde, com perspectivas de fortalecimento da recepção dos serviços de saúde como ponto estratégico deste acesso.

## REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF, Senado, 1998. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompila.do.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompila.do.htm)>. Acesso em 18 mar 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. . Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteado das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p. Disponível em:  
<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf)>. Acesso em: 18 mar 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS. Material de apoio. 3º edição. Brasília. 2006a. Disponível em:  
<<http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/Cartilha%20da%20PNH.pdf>>. Acesso em: 10 ago 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Legislação. GM. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Disponível em:

<[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/img/07\\_jan\\_portaria\\_a4279\\_301210.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria_a4279_301210.pdf)>. Acesso em: 10 nov 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília, 2011a. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a estratégia saúde da família (ESF) e o programa de agentes comunitários de saúde (PACS). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 20 jul 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: 1. ed. 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.56 p.: il. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I. 56 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1) disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_demanda\\_espontanea.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea.pdf)>. Acesso em: 02 jun 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: 1. ed. 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.56 p.: il. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I. 56 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1) disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_demanda\\_espontanea.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea.pdf)>. Acesso em: 02 jun 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM n.º 1.600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 jul. 2011d. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html)>. Acesso em: 03 ago 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS: SUS na

seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 232 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

Disponível em:

<[http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/Relatorio\\_final.pdf](http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/Relatorio_final.pdf)> Acesso em: 09 jun 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 290 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II). Disponível em:

<[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_demanda\\_espontanea\\_queixas\\_comuns.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns.pdf)>. Acesso em: 10 jun 2014.

CORREA, Áurea Christina de Paula; FERREIRA, Flávia; CRUZ, Graziela Souza Pinto and PEDROSA, Inês de Cássia Franco. **Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família.** *Rev. Gaúcha Enferm. (Online)* [online]. 2011, vol.32, n.3, pp. 451-457. ISSN 1983-1447. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472011000300003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000300003)>. Acesso em: 16 jun 2014.

GUERREIRO, Denise; ALMEIDA, Ana Maria de; MEIRELLES, Betina H. S.; ALVES, Leila Maria Marchi; VARGAS, Mara Ambrosina de Oliveira; ZANETTI, Maria Lúcia; DORNELLES, Soraia; SUPPLICI, Samara. Módulo V: Cronicidade e suas inter-relações na atenção à saúde. Universidade federal de santa catarina. Centro de ciências da saúde. Departamento de enfermagem. Programa de pós-graduação em enfermagem. Florianópolis, 2013.121p.

MALTA. Deborah Carvalho et al. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência de Belo Horizonte. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.24, n.56, p.2134,set|dez, 2000.

SOUZA, Thaise Honorato de. **Serviço De Emergência Adulto De Um Hospital Universitário: características e Estratégias na Perspectiva da Rede de Atenção as Urgências e Emergências.** 2012.92f.

Monografia (Residência Integrada Multiprofissional Em Saúde).  
Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, 2012.

TENÓRIO, Fernando; OLIVEIRA, Raquel; LEVCOVITZ, Sérgio. A importância estratégica dos dispositivos de recepção. IN: **Cadernos IPUB**: N 17, Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB-2000, n 1, vol. VI, n. quadrimestral, p. 7-14, 1995.

### 5.3 MANUSCRITO III:

**ESTRATÉGIAS PARA O ACESSO DO USUÁRIO AO SUS:  
PERCEÇÃO DOS TRABALHADORES QUE ATUAM NA  
RECEPÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE\***

**STRATEGIES TO ACCESS TO THE SUS: PERCEPTION OF  
WORKERS THAT WORK AT THE RECEPTION OF HEALTH  
SERVICES \***

**ESTRATEGIAS PARA EL ACCESO A LA SUS: PERCEPCIÓN  
DE LOS TRABAJADORES QUE TRABAJO EN LA RECEPCIÓN  
DE LOS SERVICIOS DE SALUD \***

**Thaise Honorato de Souza<sup>8</sup>  
Maria Terezinha Zeferino<sup>9</sup>**

**Artigo original**

**Autor correspondente:**

**Thaise Honorato de Souza.** Rua: José Bernardo da Silva,  
149. AP202. Flor de Nápolis. São José. Santa Catarina. CEP: 88106070.  
Telefone: (048)9916-9913 Email: [thaisetise@yahoo.com.br](mailto:thaisetise@yahoo.com.br).

\* Estudo resultante da dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional Multidisciplinar em Saúde, área de concentração Urgência e Emergência, vinculado ao Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, em 2013/2014.

<sup>1</sup> Enfermeira. Especialista em Urgência e Emergência do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). Mestranda do Mestrado Profissional Associado à Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do HU/UFSC. Membro do Grupo de estudos em Atenção Psicossocial e Drogas da Universidade Federal de Santa Catarina (APIS/UFSC). Rua: José Bernardo da Silva, 149. AP202. Flor de Nápolis. São José. Santa Catarina. CEP: 88106070. Tel. 48-9916-9913. E-mail: [thaisetise@yahoo.com.br](mailto:thaisetise@yahoo.com.br).

<sup>9</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Líder do Grupo de Estudos em Atenção Psicossocial e Drogas (APIS) UFSC. E-mail: [terezinha.zeferino@ufsc.br](mailto:terezinha.zeferino@ufsc.br). Tel. 48-37212786

**ESTRATÉGIAS PARA O ACESSO DO USUÁRIO AO SUS:  
PERCEÇÃO DOS TRABALHADORES QUE ATUAM NA  
RECEPÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE\***

**STRATEGIES TO ACCESS TO THE SUS:  
PERCEPTION OF WORKERS THAT WORK AT THE  
RECEPTION OF HEALTH SERVICES \***

**ESTRATEGIAS PARA EL ACCESO A LA SUS:  
PERCEPCIÓN DE LOS TRABAJADORES QUE TRABAJO EN  
LA RECEPCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD \***

**RESUMO**

Este estudo objetivou identificar junto aos trabalhadores que realizam o primeiro contato com o usuário não agendado com quadro agudo de baixa complexidade ou em situação de urgência e emergência, nos Centros de Saúde (CS) e Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de um município do sul do país, possíveis estratégias que visem ampliar/facilitar o seu acesso ao SUS, considerando a Rede de Atenção à Saúde (RAS), nela compreendida a Rede de Urgência e Emergência (RUE), à luz da Política Nacional de Humanização (PNH). Trata-se de um estudo exploratório descritivo de natureza qualitativa. Os dados foram coletados entre 28 de janeiro e 15 de março de 2014, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, por meio de entrevista semiestruturada gravada, realizada com 21 trabalhadores de dez Centros de Saúde e duas Unidades de Pronto Atendimento indicadas pela gestão do município. A análise dos dados se deu segundo o método de Análise de Conteúdo Temática sugerido por Bardin, considerando a Rede de Atenção a Saúde (RAS) à luz da Política Nacional de Humanização (PNH). Como indicativo para a melhoria do acesso do usuário não agendado com quadro agudo de baixa complexidade ou em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde em estudo, propôs-se algumas estratégias, dentre elas destacam-se: preparar os trabalhadores que atuam na recepção dos serviços de saúde para acolher a demanda espontânea; difundir entre os usuários e trabalhadores informações a respeito da Política Nacional de Humanização (PNH) e da organização

da Rede de Atenção à Saúde (RAS); e, reorganizar o fluxo de atendimento à demanda espontânea dos serviços de saúde.

Descritores: Acesso aos Serviços de Saúde. Acolhimento. Serviço de Saúde. Gestão em Saúde. Sistema Único de Saúde. Enfermagem.

## **ABSTRACT**

This study aimed to identify with the workers involved in the initial contact with the user not scheduled with acute low complexity or urgency and emergency, the Health Centers (HC) and Emergency Unit (EU) of a municipality 's South, possible strategies to expand / improve its access to SUS , considering the Health Care Network (HCN) , it understood the Network of Emergency Department (NHD) in the light of the National Humanization Policy (NHP) . This is a descriptive exploratory qualitative study. Data were collected between January 28 and March 15, 2014, after approval by the Federal University of Santa Catarina Research Ethics Committee, through semi-structured interviews conducted with 21 workers recorded ten health centers and two Units Ready attendance indicated for the management of the municipality. Data analysis was made using the method of qualitative analysis suggested by Bardin, considering the Health Care Network (HCN) in the light of the National Humanization Policy (NHP). Criterium for improving user access Unscheduled with acute low complexity or urgency and emergency health services in the study , it was proposed some strategies , among which are: Preparing the workers who work at the reception health services to accommodate the spontaneous demand ; spreading between users and information workers about the National Humanization Policy (NHP) and the organization of the Health Care Network (HCN) ; and reorganize the flow of assistance to spontaneous demand for health services .

Keywords: Access to Health Services. Home Services. Health. Health Management. Health System. Nursing.

## **INTRODUÇÃO**

O tema acesso não é algo tão simples de ser estudado. São inúmeros os obstáculos e problemas que se opõem à realidade do SUS,

preconizado na Constituição Federal (CF) de 1988, e que dificultam o acesso do usuário aos serviços de saúde. (BRASIL, 1988).

Pelo princípio da universalização todos os brasileiros têm direito aos serviços do SUS e esse acesso universal não pode ser restringido, de nenhuma forma e em nenhuma circunstância, uma vez que a CF estabelece que a saúde é um dever do Estado. (BRASIL, 1988).

Aqui, deve-se entender Estado como Poder Público, abrangendo a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios. Sendo assim, a implementação e a gestão do SUS são obrigações das três esferas de governo que devem trabalhar integradas às demais na construção de políticas setoriais e intersetoriais que garantam à população acesso universal e igualitário à saúde. (BRASIL, 1988).

Tendo conhecimento que o que se encontra descrito nas políticas de saúde e na CF ainda não condiz com a realidade brasileira, a começar pelo acesso dos usuários aos seus serviços, o grande desafio a ser superado é transpor os direitos garantidos nos textos constitucionais para os modos de operar o trabalho da atenção e da gestão em saúde. (BRASIL, 2010a).

No campo da saúde, o acesso é compreendido como o conjunto de circunstâncias, que permite a entrada de cada usuário na rede de serviço, nos diferentes níveis de complexidade. Geralmente a palavra acesso está relacionada às dificuldades e facilidades em alcançar a resolução dos problemas de saúde, e fica dependente com o que se tem de oferta e à disponibilidade de recurso. O que está, portanto, em pauta é: “a capacidade do sistema de saúde em prover o cuidado e o serviço necessários, no momento certo e no lugar adequado”. Ou seja, a garantia de acesso pressupõe a remoção de obstáculos físicos, financeiros e outros para a utilização dos serviços disponíveis. (VIACAVA, FRANCISCO et al., 2012, p. 922).

Neste sentido, a proposta apresentada pelo MS para garantir o acesso do usuário aos serviços de saúde foi a implantação do acolhimento em todas as portas de entrada dos serviços de saúde. (BRASIL, 2010a).

Para Malta, et al., (2000), o processo de acolhimento integra uma etapa do processo de trabalho da equipe de saúde. Neste contexto, os autores trazem a recepção do usuário como sendo a primeira etapa desde processo, pois é lá que ocorre seu primeiro contato com o serviço de saúde.

Considerando assim o acolhimento como integrante do processo de trabalho da equipe de saúde e a recepção como a primeira etapa deste processo, verifica-se a necessidade de que ambos ocorreram de forma responsável, sendo incorporados por todos os serviços de saúde e trabalhadores que ali atuam. Não se pode mais aceitar indiferenças na busca por soluções, pois mesmo que não se tenha uma resposta imediata para os questionamentos e problemas de saúde dos usuários, pode-se e deve-se orientá-los a buscar o atendimento e tratamento em outro local, fundamentado no princípio da referência e contrarreferência, possibilitando minimizar o seu sofrimento ou resolver o seu problema (TENÓRIO; OLIVEIRA; LEVCOVITZ, 1995).

Assim, ciente do protagonismo do trabalhador que atua na recepção para o acesso do usuário ao serviço de saúde, e considerando que ele faz parte do processo de acolhimento, apresenta-se neste manuscrito estratégias que visam facilitar e ampliar o acesso do usuário não agendado com quadro agudo de baixa complexidade ou em situação de urgência e emergência, nos CS e UPA de um município do sul do país, considerando a RAS, nela compreendida a RUE, à luz da PNH.

## **METODOLOGIA**

Estudo do tipo exploratório descritivo de natureza qualitativa. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada gravada entre os dias 28 de janeiro e 15 de março de 2014 com vinte e um trabalhadores que realizam o primeiro contato nos serviços de saúde em que ocorreu o estudo. Os participantes atuam na recepção dos serviços de saúde em que ocorreu o estudo: dois trabalhadores da UPA Sul, dois trabalhadores da UPA Norte, e dezessete trabalhadores de dez CS representando os cinco distritos sanitários (Norte, Sul, Leste, Oeste, Centro) do município em estudo.

Configuraram-se como critérios de inclusão dos sujeitos deste estudo: os trabalhadores com mais de três meses no serviço; idade igual ou superior a 18 anos; que realizavam o primeiro atendimento ao usuário nos serviços de saúde selecionados; e, estavam dispostos a participar da pesquisa e se propuserem a assinar o TCLE. E, de exclusão: aqueles que não aceitarem participar da pesquisa; tinham menos de três meses no serviço; e, possuíam idade inferior a 18 anos. Neste sentido, os sujeitos, após aceitação, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e foram identificados com a letra “S”, seguida de um algarismo romano de modo a garantir o anonimato dos

sujeitos, e “UPA” ou “CS” de acordo com o serviço de saúde que atuavam.

Os dados foram organizados e analisados segundo o método de Análise de Conteúdo Temática sugerido por Bardin, seguindo as três fases propostas: pré-análise, codificação e categorização. (BARDIN, 2009). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob o parecer nº 503.976, seguindo as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A existência de diversos fatores que cooperam ou obstam o acesso do usuário nos CS e UPA vivenciada diariamente pelos trabalhadores que realizam o primeiro contato com o usuário nos serviços de saúde permitiu a eles propor algumas estratégias que visem potencializar os fatores de cooperação e minimizar ou eliminar aqueles que obstam o acesso.

Neste sentido os resultados deste artigo estão apresentados em dois momentos: no primeiro, expõem-se as fragilidades e potencialidades identificadas pelos trabalhadores e suas estratégias com vistas à melhoria no acesso dos usuários que buscam os CS e UPA com quadro agudo de baixa complexidade ou em situação de urgência e emergência, e, no segundo momento, expõem-se as estratégias refletidas e analisadas considerando a RAS à luz da PNH.

### **MOMENTO 01: ESTRATÉGIAS PARA O ACESSO À REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE SOB A ÓTICA DOS TRABALHADORES**

Por meio do trabalhador que realiza o primeiro contato com o usuário na recepção dos CS e UPA, do município em estudo, foi possível verificar estratégias para os problemas apontados como dificultadores do acesso, a seguir descritos:

#### **PRIMEIRA ESTRATÉGIA**

Dentre os problemas apontados pelos sujeitos do estudo estava a escassez de equipes e profissionais e um número limitado de vagas para o atendimento à demanda espontânea nos CS no município em estudo.

*“Acho que é pouca equipe pra muita gente, tem pouco profissional pra atender demanda”. (S2 CS).*

*“Com certeza se tivesse mais vagas, mais equipes, facilitaria o trabalho de todo mundo, não teria tanta reclamação, as filas não seriam tão extensas, é muito ruim as pessoas terem que voltar porque não conseguiram”. (S1 CS).*

*“A contratação de funcionários porque a demanda cresce cada vez mais... Na ULS tem que melhorar para atender os casos ambulatoriais que não são atendidos lá e que vêm para serem atendidos aqui, com isso aumenta o volume de atendimento e a fila de espera. Acho que contratar mais gente [...] Porque os usuários chegam aqui e dizem: ah! não tinha médico, médico estava de férias [...]”. (S6 UPA).*

Como medida estratégica para os problemas apontados acima, os trabalhadores que atuam na recepção dos CS e UPA identificaram a necessidade de ampliar o número de equipes e profissionais e o número de vagas nos CS, para que o acesso do usuário não agendado com quadro agudo de baixa complexidade ou em situação de urgência e emergência ocorra de forma efetiva e, para que não resulte em encaminhamentos desnecessários a outros serviços de saúde da RAS. (QUADRO 01).

#### QUADRO 01: ESTRATÉGIA 01 – AMPLIAÇÃO DO NÚMERO DE PROFISSIONAIS

<b>Problema</b>	<b>Estratégia</b>	<b>Justificativa</b>
Escassez de recursos humanos	Ampliação do número de profissionais	Aqui se verifica a necessidade de avaliar se o número de equipes condiz com o número de habitantes por equipe, preconizado pela ESF, realizando-se a redistribuição proporcional entre as equipes, quando alguma delas encontrar-se com proporção superior ao estabelecido. Constatada a insuficiência de equipes (após a devida redistribuição) e, ainda, para os casos em que ela estiver incompleta, é que se recomenda a contratação de mais profissionais.

O que são apontados como problemas, como a escassez de equipes e profissionais e um número limitado de vagas, pode na verdade se tratar de falha na organização do serviço para atender à demanda espontânea.

Inicialmente, deve-se verificar se o número de equipes/profissionais constante nos CS condiz com o número que é preconizado pelo Ministério da Saúde.

Considerando que o município, onde se desenvolveu o estudo, integra a Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Governo Federal, tem-se que cada equipe de saúde da família deve ser responsável por no máximo, 4.000 pessoas, localizadas em uma área geográfica delimitada, conforme prevista naquele programa. (BRASIL, 2011a)

Sendo assim se constata a insuficiência de equipes/profissionais em relação ao preconizado pela estratégia, e deve-se buscar adequação deste quantitativo, com vistas a ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde.

Já nos casos em que o número de pessoas atendidas por determinada equipe seja superior ao preconizado pelo Ministério da Saúde, sugere-se a redistribuição da clientela adstrita com outras equipes, a implantação de novas equipes ou ampliação do número de profissionais, entre outros. (BRASIL, 2011b).

Independente disso se devem buscar como estratégias medidas que visem organizar o serviço para atender à demanda espontânea nos CS, o que pode se dar por meio da implantação do acolhimento de forma integrada, pactuada e explicitando com os vários CS suas responsabilidades com a população adstrita e a atenção à demanda espontânea, objetivando resolutividade e integralidade nas ações. (BRASIL, 2006a, BRASIL, 2011b).

Cabe refletir aqui que, mesmo nos casos em que há falta de profissionais na equipe, ainda assim se pode ter uma ampliação/facilitação do acesso se o serviço contar com profissionais comprometidos em realizar o acolhimento dos usuários com demanda espontânea de forma qualificada.

## SEGUNDA ESTRATÉGIA

Já em relação à limitação no número de vagas oferecidas, as falas dos sujeitos são no sentido de que os CS só devem atender casos agendados e/ou programados, o que é retrógrado frente às políticas de saúde mais atuais. Situações imprevistas são inerentes à vida e, nesse caso, requer organização das equipes dos CS para que os usuários possam ser atendidos nestes serviços conforme preconiza a RAS (BRASIL, 2011c). A atenção básica tem que se constituir numa “porta

aberta” capaz de dar respostas “positivas” aos usuários, não se tornando simplesmente um lugar burocrático e obrigatório de passagem para outros tipos de serviços. (BRASIL, 2011b).

*“Devia ser demanda livre [...] Mais acesso”. (S16 CS).*

Neste ponto, sugere-se que as equipes de saúde busquem desburocratizar as agendas tornando-as mais flexíveis de modo a evitar a rigidez na oferta de vagas por dias/turnos, para determinados grupos em detrimento da demanda espontânea, como por exemplo, a determinação de um dia para o atendimento apenas de gestantes, sem permitir o atendimento dos demais casos acarretando restrição ao acesso dos usuários nestes dias. (QUADRO 02). (BRASIL, 2011b).

#### QUADRO 02: ESTRATÉGIA 02 – ABERTURA DAS AGENDAS PARA O ATENDIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA.

<b>Problema</b>	<b>Estratégia</b>	<b>Justificativa</b>
Limitação no número de vagas	Abertura das agendas para o atendimento à demanda espontânea.	Com relação a este problema, os trabalhadores sugerem que para que isso ocorra e com base na PNH, realize-se um processo de desburocratização das agendas de modo a permitir flexibilidade para o atendimento à demanda não agendada.

#### TERCEIRA ESTRATÉGIA

Outro problema arguido pelos trabalhadores entrevistados foi à incipiência de ações de prevenção e promoção nos serviços de atenção primária. Fator este apontado pelos trabalhadores das UPA a ser melhorado, uma vez que resulta em agravamento dos problemas de saúde da população e cujo efeito, leva a um aumento da demanda espontânea nos serviços de média complexidade.

*“Eu acho que para funcionar melhor na ponta, nas ULS, tinha que ter uma estrutura melhor. Está tudo precário, eles trabalham no limite deles. Tem que começar lá, porque se lá eles trabalham com grupos de tabagismo, hipertenso, DM... É lá que começa a prevenção, se não existe, não tem como prevenir... daí vem tudo para cá! E tudo mais grave! Então se começa a tratar lá, só vem pra cá o mais grave, realmente o que não pode ser resolvido lá. Mas não acontece, por isso acho que tem que ter um suporte maior lá nas ULS, atenção primária”. (S19 UPA).*

Neste contexto, eles verificam a necessidade de priorizar ações de prevenção e promoção da saúde de forma integral e contínua no CS com intuito de diminuir estes agravos e, conseqüentemente, reduzir a demanda espontânea de usuário com quadros agudos ou crônicos agudizados nos serviços de saúde de uma forma geral.

Com o planejamento de ações de prevenção e promoção, espera-se que os usuários se aproximem dos serviços, realizem planos terapêuticos individualizados e coletivos o que, por conseguinte, diminuirá a incidência de agravos e poderá refletir em melhora do acesso. (QUADRO 03).

#### QUADRO 03: ESTRATÉGIA 03 – PRIORIZAR A REALIZAÇÃO DE AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO À SAÚDE

<b>Problema</b>	<b>Estratégia</b>	<b>Justificativa</b>
Iniciência de ações de promoção e prevenção à saúde	Priorizar a realização de ações de promoção e prevenção à saúde	Este problema identificado pelos trabalhadores da UPA aponta a necessidades de se priorizar a realização de ações de promoção e prevenção à saúde com intuito de reduzir os danos e, conseqüentemente, a demanda nas UPA com casos agudos. A sugestão apontada pelos trabalhadores converge com a política preconizada pelos princípios e diretrizes do SUS

Isso reforça mais uma vez a ideia de que a atenção primária tem que ser vista como porta de entrada e ordenadora da RAS. (BRASIL, 2011b)

Para Mendes (2011) a atenção primária à saúde deve receber mais de 85% dos problemas de saúde, segundo o autor é aí que situa a clínica mais ampliada e onde se ofertam tecnologias de alta complexidade, como aquelas relativas às mudanças de comportamento e estilo de vida em relação à saúde.

#### QUARTA ESTRATÉGIA

A falta de profissionais especializados disponíveis para atender a demanda espontânea foi um obstáculo apontado pelos sujeitos do estudo e que se torna um dificultador do acesso nos CS

*“Seria interessante se a gente tivesse uma equipe de urgência que pudesse atender fora esses horários de acolhimento, os pacientes que venham passar mal, se têm pacientes passando mal às 10 da manhã, todos os médicos tão com agenda cheia, a gente não vai ter médico livre pra atender, tem que passar pelo técnico, constatado urgência fica como encaixe, mas seria bom se tivesse um médico livre pra atender essa demanda...” (S17 CS).*

A sugestão dos trabalhadores aqui foi a de se ter uma equipe de urgência para atender nos CS às demandas espontâneas.

A criação de uma equipe de atendimento específica para o atendimento às urgências e emergências dentro dos CS não parece ser apropriada, pois os casos de urgência devem ser atendidos através dos profissionais que lá trabalham e não por uma equipe específica, sob pena de se transformar os CS em UPA, o que não é o caso.

Verifica-se, assim, mais uma vez, a necessidade de uma reordenação/organização do serviço, já que nas situações de urgência ou emergência o atendimento deve se dar de forma incondicional em qualquer unidade do sistema. (QUADRO 04). (BRASIL, 2011b).

**QUADRO 04: ESTRATÉGIA 04 - INCLUSÃO/CONTRATAÇÃO DE UMA EQUIPE ESPECÍFICA PARA O ATENDIMENTO DE CASOS AGUDOS NÃO AGENDADOS NOS CS**

<b>Problema</b>	<b>Estratégia</b>	<b>Justificativa</b>
-----------------	-------------------	----------------------

Falta de profissional especializado para o atendimento à demanda espontânea	Inclusão /contratação de uma equipe específica para o atendimento de casos agudos não agendados nos CS	É sugerida aqui a inclusão/contratação de uma equipe específica para o atendimento de casos agudos não agendados nos CS, no entanto esta proposta pode acarretar um desvirtuamento do CS, vindo a torná-lo uma UPA, o que não condiz com as diretrizes do SUS. Tal contraponto se dá em virtude daquilo estabelecido pelas políticas: que todo serviço de saúde deve estar capacitado para receber e atender os usuários com quadros agudos estabilizando-os e se necessário, encaminhados de forma segura quando esgotados os recursos daquele serviço. Assim o que se sugere é a capacitação dos profissionais para atuar frente aos casos agudos demandados às unidades, bem como a organização do ambiente para prestar o atendimento nesses casos (sala de estabilização, observação, medicamentos e materiais).
---	--	---

Cabe ressaltar que o próprio Ministério da Saúde sugere frente aos desafios e necessidades da atenção às urgências dentro da Atenção Primária que se realize estratificação de risco, a garantia de acesso aos serviços de acordo com a situação, bem como a integração entre unidades assistências de diferentes características.

*“É fundamental que as unidades de atenção primária estejam inseridas e produzam concretas relações com o conjunto dos serviços que constituem a Rede de Atenção às Urgências no seu município ou em determinada região”.* (BRASIL, 2011b, p.44)

O despreparo da equipe para atender os usuários com quadros agudos e/ou de urgência ou emergência somado à ausência de sala de estabilização, material para realizar o primeiro atendimento a uma urgência entre outros, também foram identificados como algo que prejudica a entrada do usuário nos CS e reflete em aumento na demanda nas unidades de maior complexidade.

*“Em caso de gravidade é sempre chamado o SAMU”.* (S8 CS).

*“Se for uma intervenção clínica que não der de atender aqui é chamado o SAMU”* (S13 CS).

*“Aqui não temos um suporte para estabilizar, daí sempre pedimos apoio. A gente fez curso no ano passado, por exemplo, como agir frente a um infarto. Nós não temos muito que fazer, não têm aparelhos [...] A gente tem uma maleta que quando tem medicamento tudo bem [...] E assim que funciona no posto”.* (S CS)

*“Coisas que aqui não têm suporte, gestante sangrando que pode ser mais grave, melhor procurar um hospital”* (S12 CS).

Com relação ao acolhimento dos quadros agudos, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b, p.68) reforça a necessidade de:

Ter um espaço devidamente abastecido com medicamentos e materiais essenciais ao primeiro atendimento/estabilização de urgências que ocorram nas proximidades da unidade ou em sua área de abrangência e/ou sejam para elas encaminhadas, até a viabilização da transferência para unidade de maior porte, quando necessário.

É importante salientar neste sentido que mesmo os usuários que são acompanhados periodicamente nos CS por meio de atividades programadas podem apresentar exacerbações em seu quadro clínico e necessitar de atendimento de urgência. A unidade que não estiver preparada para acolher este usuário no momento agudo perde a legitimidade, e constrói a imagem que os CS só atendem pessoas saudáveis, que fora isso, tem que buscar as UPA e os SEH. (BRASIL, 2011b)

Já em relação à capacitação dos recursos humanos nos CS, verifica-se a necessidade desta para os atendimentos dos casos agudos. Para o Ministério da Saúde é comum que profissionais da saúde, ao se depararem com uma urgência de maior gravidade, tenham o impulso de encaminhar rapidamente para unidade de maior complexidade, sem ao menos fazer uma avaliação prévia ou estabilizar. Tudo isso devido à insegurança e à falta de preparo para agir nestas situações. (BRASIL, 2004)

É essencial capacitar estes profissionais para atuar de forma efetiva nestas circunstâncias. Sendo assim, esta seria oportunidade de fortalecer o atendimento dos quadros agudos de baixa complexidade e/ou em situação de urgência ou emergência nos CS uma vez que se sabe que os aparelhos formadores oferecem insuficientes conhecimentos e práticas para o enfrentamento das urgências. (BRASIL, 2006b)

Compreendendo que é o trabalhador que atua na recepção inicia o processo de acolhimento de toda a demanda que busca as porta de entrada dos serviços de saúde é de relevância destacar a necessidade

apontada pelos trabalhadores da ampliação do número de trabalhadores neste setor dos CS.

*“Deveria ter sempre no mínimo três atendentes, porque às vezes falta alguém e já sobrecarrega muito... Chega gente com consulta marcada, gente pra pegar exame, para pedir informação e já tem outro interferindo, fica bem complicado”. (S1 CS).*

*“Hoje de manhã quando a gente abriu tinha muita gente aguardando por consulta, aguardando por encaixe, aguardando pra vacina, aplicar medicação, se tivesse outra pessoa ali o usuário não precisaria ficar esperando tanto tempo no atendimento da recepção, que ele tem que tudo passar pela recepção, ele tem consulta agendada tem que passar na recepção pra dar entrada, às vezes a consulta é 8 horas, 8h10 ele esta esperando ainda porque está atendendo outros pacientes na frente...” (S3 CS).*

Identifica-se a sobrecarga do profissional que atua na recepção e isto o impede que possa realizar escuta atenta e sensível nos dias de maior fluxo na unidade, prejudicando assim a assistência ao usuário e família que buscam o serviço, frustrando o próprio processo de acolhimento.

Caso houvesse trabalhadores para atender à demanda espontânea na recepção, outro para atender os casos como marcação de consulta e entrega de exames, e por fim, um terceiro para confirmação de consulta já agendada, eles teriam maior oportunidade de interagir com o usuário, bem como identificar demandas que, muitas vezes, não são possíveis de fazer em função da demanda desordenada.

Outra estratégia também relacionada à organização do serviço seria a utilização de senhas para atendimento na recepção. A alta demanda somada ao grande número de interferências no momento do atendimento na recepção foi algo apontado como dificultados no processo de acolhimento do usuário, já que além de realizar o atendimento ao usuário, o trabalhador da recepção ainda tem que se preocupar com a ordem da fila e com esclarecimento de reclamações por seu desrespeito.

*“Acho que... uma coisa bem simples, uma coisa que já está quebrado há anos pelo o que falaram a questão das senhas, que não tem ali, as pessoas chegam não sabem fazer fila, não respeitam, a própria falta de educação do povo, nesse sentido, acaba atrapalhando por questões de organização”. (S1 CS)*

## QUINTA ESTRATÉGIA

Outro problema apontado pelos trabalhadores foi à busca por solução imediata dos usuários para o seu problema de saúde, aliada ao desconhecimento acerca dos serviços ofertados em cada nível de atenção e que também contribuem para a superlotação de uma porta de entrada com demandas que deveriam ser atendidas em outro nível de atenção.

*“Seria uma questão de educar a população pra saber que uma dor de cabeça se for só uma dor de cabeça não precisa de atendimento médico, não seria urgente, poderia agendar [...] Tem que educar a população, leva tempo, mas tem que iniciar, né? Então, eles querem... idosos querem consultar toda a hora, às vezes é questão de carência, querem conversar, entram na consulta não querem mais sair, então é questão de educar população porque o acesso é tranquilo, eu te diria que a gente atende bem”. (S24 CS).*

*“Acesso eles têm, eles não tão sabendo usar, o usuário não sabe usar o acesso. Eu vejo que aqui acesso eles têm, independente do horário... Acesso eles têm, as vezes é preciso ter um pouco de paciência, porque ninguém sai daqui sem ser atendido, a gente só pede um pouco de paciência, tem paciente que não tem e vai embora, a gente não tem poder sobre isso”. (S7 CS).*

*“Muitas pessoas vêm buscar aqui coisas que poderiam ser resolvidas lá, mas como nunca tem médico, nunca tem vaga, têm que levantar cedo, dia específico para pegar uma vaga elas acabam recorrendo aqui, pois, já chega aqui já é atendido. Então isso sobrecarrega a UPA, pois têm muitos casos, por exemplo: uma alergia há uma semana... às vezes as pessoas estão com os sintomas há dias, dizem que procuram o posto de saúde e, muitas vezes, nem isso fizeram porque ja sabem que é difícil lá e por isso já vêm direto para cá”. (S5 UPA).*

Realizar atividades educativas (com diferentes modalidades pedagógicas - cartazes, folders, vídeos) na sala de espera com objetivo de informar e disseminar os serviços prestados por cada componente da RAS e RUE se constitui em estratégia potencial para iniciar o processo de educação e de mudança de hábitos e práticas dos usuários com vistas à correta utilização dos serviços de saúde, quando necessária e da forma preconizada. (QUADRO 05).

**QUADRO 05: ESTRATÉGIA 05 - ORIENTAR A POPULAÇÃO FRENTE À FORMA PELA QUAL OS SERVIÇOS ESTÃO ORGANIZADOS**

<b>Problema</b>	<b>Estratégia</b>	<b>Justificativa</b>
Busca do usuário por soluções imediatas	Orientar a população à forma pela qual os serviços estão organizados	Estratégia potencial para iniciar o processo de educação e de mudança de hábitos/práticas dos usuários.

Cabe ressaltar que a utilização dos agentes comunitários de saúde (ACS) e representantes da comunidade como multiplicadores, bem como, a utilização de espaços públicos, como as reuniões de conselho local de saúde e integrações nas escolas e outras instituições importantes podem ser utilizadas para atingir um número ainda maior de usuários neste processo de educação.

Desde 1986, ano da 8ª Conferencia Nacional de Saúde, afirma-se que a promoção de saúde se dá através de práticas educativas. Neste sentido, diversas estratégias são pensadas e implementadas para que com base nas necessidades da população se possa favorecer o processo de educação em saúde. (RODRIGUES, et al., 2009)

Segundo Teixeira e Veloso (2006), a sala de espera definida como um lugar onde os usuários aguardam o atendimento dos profissionais de saúde, atualmente já é cenário para o desenvolvimento de práticas educativas.

**MOMENTO 02: ESTRATÉGIAS PARA O ACESSO DA DEMANDA ESPONTÂNEA À REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Dentre todos os problemas apontados neste artigo, assim como as propostas sugeridas pelos trabalhadores para a melhoria do acesso, e que foram refletidas e analisadas à luz da PNH, destacam-se as seguintes estratégias:

1) Preparar os trabalhadores que atuam na recepção dos serviços de saúde para acolher a demanda espontânea.

Para que esta proposta seja efetiva, sugere-se que o trabalhador que atue na recepção dos serviços de saúde seja um profissional

habilitado para: acolher o usuário de acordo com os preceitos da PNH; identificar riscos e vulnerabilidades da demanda espontânea que recorre às portas de entrada dos serviços de saúde; atuar de forma articulada/integrada com os demais profissionais do serviço; e, conhecer o funcionamento e estruturação da RAS. (BRASIL, 2011b).

## 2) Difundir entre os usuários e trabalhadores informações a respeito da PNH e da organização da RAS.

A população necessita ser orientada de como funciona o serviço e que muitas vezes existem situações (necessidades de saúde) que podem aguardar por uma consulta eletiva.

Isso por que, de acordo com o MS, muitas vezes, percebe-se que: *“as informações sobre o processo de trabalho das equipes e os fluxos nem sempre estão claros e a própria rotina do serviço favorece para a circulação das mesmas pessoas”*. (BRASIL, 2013, p.245).

É necessário trabalhar com a cultura do “imediatismo” para que não lote o acolhimento com casos que poderiam ser agendados e ser atendidos de rotina pela unidade de saúde. Os trabalhadores necessitam incorporar as diretrizes do acolhimento e vislumbrá-lo como uma medida eficaz para o acesso e ordenação da demanda espontânea nos serviços de saúde. (BRASIL, 2013).

## 3) Reorganizar o fluxo de atendimento à demanda espontânea dos serviços de saúde.

Através da institucionalização de práticas para o atendimento à demanda espontânea, a padronização de condutas que permitam orientar todos os trabalhadores com clareza acerca das rotinas de atendimento e encaminhamento da demanda espontânea nos serviços de saúde.

Cabe ressaltar que no que diz respeito ao atendimento à demanda espontânea nos CS, o MS já disponibiliza de um fluxograma. Este, por sua vez, ainda necessita ser avaliado de uma forma que seja possível na prática de cada serviço de saúde, bem como verificar e melhorar a maneira/modo de operar esta tecnologia. Assim, dentre os objetivos deste fluxograma temos: *“facilitar o acesso, a escuta qualificada e o atendimento a necessidades de saúde com equidade, assumindo a perspectiva usuário-centrada como um posicionamento ético/político que tem implicações organizativas e no processo de trabalho das equipes”*. (BRASIL, 2011b, p. 28).

Acredita-se que as estratégias propostas e apresentadas neste segundo momento vêm ao encontro da PNH e RAS no que se refere ao acesso dos usuários aos serviços de saúde. O que só vem somar com as ações que o MS sugere para melhor atender à demanda espontânea que busca pelos serviços de saúde, são elas: a) criação de um padrão de fluxo de atendimento do usuário nos CS, S; b) modelagem de acolhimento (escolha dos modos de acolher pela equipe do CS: Acolhimento pela equipe de referência do usuário, equipe de acolhimento do dia, acolhimento misto, acolhimento coletivo); c) avaliação de risco e vulnerabilidade; d) gestão das agendas de atendimento individual (metodologia consistente de planejamento e gestão das agendas para o atendimento das diversas atividades); e) realização de acolhimento em diferentes realidades e modalidades de atenção primária; f) Ofertas de cuidado e desmedicalização (é crucial passar da lógica procedimento-centrada à lógica usuário-centrada). (BRASIL, 2011b).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

É indiscutível o avanço do setor saúde no Brasil, em termos de ampliação da cobertura e níveis de atendimento. No entanto, o que não se pode omitir é que os problemas existem, e estão aqui apresentados, sendo necessário fortalecer os nós referentes ao acesso ao SUS para que se possa assegurar o direito à saúde, garantido na CF/88.

Neste sentido, é imprescindível primeiramente estimular a efetiva mudança no modelo de atenção pelo qual o serviço de atenção primária está organizado hoje para o atendimento à demanda espontânea. Isto por que a atenção primária à saúde se deve constituir em porta aberta capaz de responder de maneira positiva a todos os usuários, inclusive àqueles que necessitam de uma intervenção imediata. Cabendo, assim, à gestão o papel de reorganizar o fluxo de atendimentos à demanda espontânea dos serviços de saúde, bem como estimular o processo contínuo e progressivo de melhorias dos padrões e indicadores de acesso e qualidade de atenção.

A confirmação de que o trabalhador que atua na recepção dos serviços de saúde é protagonista do acesso, ou não, do usuário na rede de atenção à saúde demonstra a necessidade de qualificar este trabalhador através de capacitações e atividades de educação permanente para que o

processo de acolhimento ao usuário nos serviços de saúde seja satisfatório, seguro e não fira os direitos deste.

Com relação aos usuários é de extrema importância conscientizá-los da forma pela qual os serviços estão organizados, principalmente com relação à rede de atenção à saúde, bem como, trabalhar questões culturais com vistas a diminuir a hiperutilização dos serviços de saúde.

Por fim, sugere-se para o sucesso das propostas estratégicas apontadas pelos trabalhadores que haja participação de todos os atores envolvidos no processo de acolhimento do usuário ao serviço sendo destinada a cada um deles, após discussão coletiva, a responsabilidade pela execução de ações possíveis de serem atingidas a pequeno, médio e longo prazo.

## REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF, Senado, 1998. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompila.do.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompila.do.htm)>. Acesso em 18 mar 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. . Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteado das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p. Disponível em:  
<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf)>. Acesso em: 18 mar 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS. Material de apoio. 3º edição. Brasília. 2006a. Disponível em:  
<<http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/Cartilha%20da%20PNH.pdf>>. Acesso em: 10 ago 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências / Ministério da Saúde. – 3. ed. ampl. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b. 256 p.: il. – (Série E. Legislação de Saúde). Disponível

em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_urgencias\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_urgencias_3ed.pdf)>. Acesso em: 10 jul 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimpr. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010a. 44 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) ISBN 85-334-1268-11. SUS (BR). 2. Política de saúde. 3. Prestação de cuidados de saúde. I. Título. II. Série.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília, 2011a. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a estratégia saúde da família (ESF) e o programa de agentes comunitários de saúde (PACS). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 20 jul 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: 1. ed. 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 56 p.: il. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I. 56 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1) disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_demanda\\_espontanea.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea.pdf)>. Acesso em: 02 jun 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM n.º 1.600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 jul. 2011c. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html)>. Acesso em: 03 ago 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 290 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_demanda\\_espontanea\\_queixas\\_comuns.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns.pdf)>. Acesso em: 10 jun 2014.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência de Belo Horizonte. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.24, n.56, p.2134,set|dez, 2000.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes\\_de\\_atencao\\_mendes\\_2.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes_de_atencao_mendes_2.pdf)>. Acesso em: 03 ago 2014.

RODRIGUES, A. D.; DALLANORA, C. R.; ROSA, J.; GERMANI, MULLER A. R.. **Sala de espera: um ambiente para efetivar a educação em saúde**. Vivências: Revista Eletrônica de Extensão da URI Vol.5, N.7: p.101-106, Maio/2009. ISSN 1809-1636. Disponível em: <[http://www.reitoria.uri.br/~vivencias/Numero\\_007/artigos/artigos\\_vivencias\\_07/Artigo\\_13.pdf](http://www.reitoria.uri.br/~vivencias/Numero_007/artigos/artigos_vivencias_07/Artigo_13.pdf)>. Acesso em: 24 jul 2014.

TEIXEIRA, Enéas Rangel; VELOSO, Raquel Coutinho. **O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde**. Texto contexto - enferm. [online]. 2006, vol.15, n.2, pp. 320-325. ISSN 0104-0707. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000200017>>. Acesso em: 24 jul 2014.

TENÓRIO, Fernando; OLIVEIRA, Raquel; LEVCOVITZ, Sérgio. A importância estratégica dos dispositivos de recepção. IN: **Cadernos IPUB**: N 17, Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB-2000, n 1, vol. VI, n. quadrimestral, p. 7-14, 1995.

VIACAVA, Francisco et al. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2012, vol.17, n.4, pp. 921-934. ISSN 1413-8123.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste estudo veio ao encontro do que se acredita ser os principais propósitos do Mestrado Profissional em Saúde: formar profissionais de saúde com capacidades analítica, crítica e de transformação de sua prática; produzir conhecimento e proposições inovadoras para a área da saúde; e instrumentalizar os profissionais para a participação crítica no redirecionamento e/ou fortalecimento de políticas públicas e práticas de saúde.

O elo entre as características acadêmicas e as profissionais que o mestrado profissional proporciona é enriquecedora, porém é necessária muita dedicação para que se possa conciliar o tempo de trabalho com o tempo necessário para a realização de pesquisas e infinitas leituras.

A característica multiprofissional continua sendo ao ver desta pesquisadora uma oportunidade para refletir a prática, propor estratégias e proporcionar muitas melhorias para os serviços e para a população em geral. Fazer parte da segunda turma de Mestrado Multiprofissional em Saúde a deixa extremamente realizada.

A construção desta dissertação foi a continuação de um trabalho muito importante realizado enquanto residente no SEA de um HU do sul do país que, ao se propor caracterizar a porta de entrada deste serviço, evidenciou que acessam este serviço usuários com necessidades desde as simples às mais complexas, onde os casos emergenciais foram minoria, representaram menos que 0,2% na busca pelo SEH. Em contrapartida, existe uma sobrecarga no SEA com casos ditos não emergenciais, onde 63,55% dos usuários que procuram o serviço poderiam ser atendidos em outros níveis de atenção.

Neste sentido, tomando-se com base os resultados e as lacunas deixadas no (estudo) anterior, este estudo se propôs compreender como se dá o acesso do usuário não agendado com quadro agudo de baixa complexidade ou em situação de urgência e emergência nos CS e UPA de um município do sul do país, na perspectiva do trabalhador que realiza o primeiro contato com os usuários nestes serviços de saúde.

Cabe ressaltar que a escolha pelos CS e UPA foi para que fosse possível realizar de uma forma mais ampla um diagnóstico do acesso do usuário aos serviços de saúde por meio das portas de entrada da rede de urgência e emergência do município em questão, uma vez que, enquanto residente, pontuou-se que a superlotação dos SEH poderia estar

relacionada aos problemas de acesso nas demais portas de entrada da RUE. Ou seja, compreender como se dá o acesso por meio dos CS e UPA foi primordial para que fosse possível refletir, ao final deste estudo, acerca da superlotação nos SEH e a relação com a dificuldade de acesso nos demais níveis de atenção.

Embora o objetivo inicial do estudo fosse a realização da coleta de dados nos CS e UPA escolhidos aleatoriamente pela pesquisadora, tendo havido interferência do município nesta escolha limitando o estudo àquelas unidades por eles indicadas, observou-se que os indicativos que a levaram à pesquisa acabaram sendo confirmado pelos dados colhidos, o que leva a crer que não interferiram no seu resultado.

Sendo assim, após análise dos dados deste estudo, algumas reflexões voltadas principalmente ao acesso do usuário ao serviço de saúde, possíveis estratégias para melhoria deste e a relação ou não da dificuldade de acesso neste nível de atenção com a superlotação dos SEH se fazem necessárias.

Os resultados apontaram que o acesso do usuário não agendado com quadro agudo de baixa complexidade ou em situação de urgência e emergência não ocorre conforme o preconizado pela PNH e pela RAS, nela compreendida a RUE do SUS.

O processo de acolhimento que é preconizado pelo MS, na prática ocorre de forma fragmentada e incipiente. Os trabalhadores que atuam nas portas de entrada dos CS e UPA não se identificam e tampouco são vistos pelos demais trabalhadores como sujeitos integrantes do processo de acolhimento. O que torna evidente a necessidade de uma avaliação conjunta, de toda equipe envolvida no processo de acolhimento do usuário nos serviços de saúde com vistas a melhorias no acesso do usuário não agendado e a redefinição dos papéis de cada um.

A confirmação de que o trabalhador que atua na recepção dos serviços de saúde é protagonista do acesso ou não do usuário na rede de atenção à saúde demonstra a necessidade de qualificar este trabalhador através de capacitações e atividades de educação permanente. Cabe destacar aqui a importância de se refletir com os trabalhadores da recepção e demais sujeitos integrantes do processo de acolhimento sobre a importância de cada um dos membros da equipe para que se possa atingir o sucesso no processo de acolhimento ao usuário.

A existência de diversos fatores que cooperam ou obstam o acesso do usuário, principalmente nos CS, devem ser trabalhados de forma que se possa propor estratégias para potencializar os fatores de cooperação e minimizar ou eliminar os fatores que obstam o acesso.

A busca, por parte do usuário, de soluções nos demais níveis da rede (UPA, SEH) do município em estudo foi confirmada, uma vez que os trabalhadores que atuam nas portas de entrada dos CS deixam transparecer a ocorrência de encaminhamentos de casos que deveriam ser atendidos naquele nível de atenção. Além disso, os trabalhadores que atuam nas portas de entrada das UPA ainda relatam uma demanda de casos não urgentes que procuravam estes serviços por não terem conseguido atendimento, ou por este não ter ocorrido de forma satisfatória nos CS. O que vai ao encontro dos indicativos apontados no estudo realizado, enquanto residente de um SEA de HU do sul do Brasil.

Assim, para evitar ruídos (queixas, reclamações, retornos repetidos e a busca por outros serviços) resultantes do não acesso do usuário é necessário um esforço de diálogo e compreensão.

Destaca-se que, apesar dos trabalhadores dos CS identificarem que há fatores organizacionais que interferem no acesso do usuário não agendado com quadro agudo de baixa complexidade ou em situação de urgência e emergência, nos CS eles também apontam a necessidade de esclarecer e orientar a população sobre RAS, no que diz respeito aos seus elementos constitutivos, especificidades de cada serviço, papel dos profissionais, fluxos de atendimento/encaminhamentos, entre outros. Isso tudo, com o objetivo de promover uma assistência de qualidade e em rede.

Como indicativo para a melhoria do acesso do usuário não agendado com quadro agudo de baixa complexidade ou em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde em estudo, as estratégias que se destacaram considerando a RAS a luz da PNH foram: preparar os trabalhadores que atuam na recepção dos serviços de saúde para acolher a demanda espontânea; difundir entre os usuários e trabalhadores informações a respeito da Política Nacional de Humanização (PNH) e da organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS); e, reorganizar o fluxo de atendimento à demanda espontânea dos serviços de saúde.

Sugere-se com o estudo a reorganização do processo de trabalho nos CS para o atendimento à demanda espontânea a fim de ampliar o acesso, principalmente nos CS (vista como ordenadora da rede), e reduzir a demanda nos demais serviços da rede (como os hospitais e unidade de pronto atendimento). Para que isso ocorra é necessário assumir efetivamente o acolhimento, que exigirá intensas transformações na forma de funcionar nos CS, por meio de um conjunto de ações articuladas, envolvendo usuários, trabalhadores e gestores, pois

difícilmente o sucesso se dá apenas a partir da vontade de um sujeito isolado.

## REFERÊNCIAS

ANTUNES, Renan. Melhor IDH entre capitais, Florianópolis vai bem em educação e renda, mas falta saúde de ponta. Florianópolis, 2013. Disponível em <<http://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2013/07/30/melhor-idh-entre-capitais-florianopolis-vai-bem-em-educacao-e-renda-mas-falta-saude-de-ponta.htm>>. Acesso em: 10 nov 2013.

BAGGIO, Maria Aparecida; CALLEGARO, Giovana Dorneles; ERDMANN, AlacoqueLorenzini. Compreendendo as dimensões de cuidado m uma unidade de emergência hospitalar. **RevBrasEnferm**. Brasília, 2009, maio/jun; vol.62, n.6, p. 381-386 ISSN 0034-7167. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n5/a04v61n5.pdf>>. Acesso em: 28 set 2011.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BASTOS JR, Mario José; KAWASE, Patricia Rocha (org). Plano Municipal de Saúde 2007 – 2010. Florianópolis, 2007. 100p. Disponível em: <[http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/documentos/pdf/23\\_10\\_2009\\_8.56.05.507300075b626a567d3a21d38c5c49c7.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/documentos/pdf/23_10_2009_8.56.05.507300075b626a567d3a21d38c5c49c7.pdf)>. Acesso em: 05 nov 2013.

BITTENCOURT, Roberto José; HORTALE, Virginia Alonso. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública [online]**. 2009, vol.25, n.7, pp. 1439-1454. ISSN 0102-311X. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000700002&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700002&lang=pt)>. Acesso em: 28 set 2012.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF, Senado, 1998.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a

organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 10 nov 2011.

\_\_\_\_\_. Lei Nº 8.142 de 28 de Dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 10 nov 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Aprova, na forma do anexo desta portaria, o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Portaria GM n.º 2.048, de 05 de novembro de 2002. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 nov. 2002. Seção 1. p. 32.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Relatório de Gestão 2013. Brasília. Março de 2014b. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/01/relatorio-de-gestao-sas-2013.pdf>. Acesso em: 19 out de 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>>. Acesso em 28 set 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências. 3 ed. ampl., Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a. 256 p. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica%20Nacional.pdf>>. Acesso em: 28 set 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Regulação médica das urgências / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b. 126 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Disponível em:  
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regulacao\\_medica\\_urgencias.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regulacao_medica_urgencias.pdf)>. Acesso em 28 set 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_classificacao\\_risco\\_servico\\_urgencia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf)>. Acesso em: 28 set 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Legislação. GM. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010a. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/img/07\\_jan\\_portaria4279\\_301210.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf)>. Acesso em: 10 nov 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010b. 44 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) ISBN 85-334-1268-11. SUS (BR). 2. Política de saúde. 3. Prestação de cuidados de saúde. I. Título. II. Série.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011a. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em:  
<<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/1028206/decreto-7508-11>>. Acesso em: 10 nov 2011

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM n.º 1.600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 jul. 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM n.º 2.395, de 11 de outubro de 2011. Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 out. 2011c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: 1. ed. 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2011d.56 p.: il. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I. 56 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1) disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_demanda\\_espontanea.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea.pdf)>. Acesso em: 02 jun 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 jul. 2011e.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portal da saúde. SUS. Saúde mais perto de você. Redes Prioritárias. 2014a. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp\\_ras.php?conteudo=rede\\_proprietaria](http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_proprietaria)>. Acesso em: 30 ago 2014.

CARRET, Maria Laura Vidal; FASSA, Anaclaudia Gastal; PANIZ, Vera Maria Vieira and SOARES, Patrícia Carret. Características da demanda do serviço de saúde de emergência no Sul do Brasil. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2011, vol.16, suppl.1, pp. 1069-1079. ISSN 1413-8123. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-1232011000700039&lang=pt&tlng=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-1232011000700039&lang=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 10 nov 2012.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 1997, vol.13, n.3, pp. 469-478. ISSN 0102-311X. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v13n3/0171.pdf>>. Acesso em: 28 nov 2012.

COELHO, Valéria Figueiredo. **Acolhimento em saúde mental na unidade básica: uma revisão teórica.** 2010. Monografia (Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, 2010. Disponível em <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2608.pdf>>. Acesso em: 15/04/2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n.º 1.246, de 08 de Janeiro de 1988. Dispõe sobre o código de ética médica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jan. 1988. Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS. Versão/dezembro 2010. Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2b\\_221210.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2b_221210.pdf). Acesso em 24/04/2014.

CORREA, Áurea Christina de Paula; FERREIRA, Flávia; CRUZ, Graziela Souza Pinto and PEDROSA, Inês de Cássia Franco. **Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família.** *Rev. Gaúcha Enferm. (Online)* [online]. 2011, vol.32, n.3, pp. 451-457. ISSN 1983-1447. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472011000300003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000300003)>. Acesso em: 15 jul 2013.

CRISTO, Cinthia Sampaio. **As prioridades da Secretaria de Atenção a Saúde e as Redes de Atenção a Saúde (RAS).** In: SEMINÁRIO DE ALINHAMENTO TEÓRICO E METODOLÓGICO DAS REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE. Anais... Brasília, 2011.

CUNHA, Alcione Brasileiro Oliveira and VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2010, vol.26, n.4, pp. 725-737. ISSN 0102-311X. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n4/15.pdf>. Acesso em 15 jul 2013.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GUERREIRO, Denise; ALMEIDA, Ana Maria de; MEIRELLES, Betina H. S.; ALVES, Leila Maria Marchi; VARGAS, Mara Ambrosina de Oliveira; ZANETTI, Maria Lúcia; DORNELLES, Soraia; SUPLICI, Samara. Módulo V: Cronicidade e suas inter-relações na atenção à saúde. Universidade federal de santa catarina. Centro de ciências da saúde. Departamento de enfermagem. Programa de pós-graduação em enfermagem. Florianópolis, 2013.121p.

IBGE. Informações Sobre Municípios Brasileiros. Disponível em <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=420540>>. Acesso em: 07 nov 2013.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência de Belo Horizonte. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.24, n.56, p.2134,set|dez, 2000.

MARQUES, Giselda Quintana and LIMA, Maria Alice Dias da Silva. **Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2007, vol.15, n.1, pp. 13-19. ISSN 0104-1169. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt\\_v15n1a03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a03.pdf)>. Acesso em: 28 nov 2012.

MARTINI, Jussara Gue; VERDI, Marta. Curso de Especialização Linhas de Cuidado em Enfermagem. Modulo II: Política de Redes na Atenção a Saúde. **Unidade I: Redes de Atenção a Saúde.** Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de pós graduação em enfermagem. Centro de Ciências da Saúde. 60p. Disponível em: <[https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/5953/mod\\_resource/content/7/modulo\\_2.pdf](https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/5953/mod_resource/content/7/modulo_2.pdf)>. Acesso em: 08 ago 2013.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio; BUENO, Sônia Maria Villela. Freire e formação para o sistema único de saúde: o enfermeiro, o médico e o dentista. Acta Paul. Enfermagem, v.22 n.4 São Paulo, 2009.

NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira; HILSENDEGER, Bárbara Rosso; NETH, Caroline; BELAVER, Guilherme Mortari;

BERTONCELLO, Kátia Cilene Godinho. **Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem.** Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2011 jan/mar; 19(1):84-8.

O'DWYER, Gisele Oliveira; OLIVEIRA, Sergio Pacheco de and SETA, Marismary Horsth de. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2009, vol.14, n.5, pp. 1881-1890. ISSN 1413-8123.

POLIT, D.F; BECK, C.T; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização.** Porto Alegre: Artmed, 2011.

SANTOS, José Luiz Guedes dos. **A dimensão gerencial do trabalho do enfermeiro em serviço hospitalar de emergência.** Dissertação mestrado – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2010. 135p.

SASSO, Grace Teresinha Marcon Dal; CHAVES, Lucieli Dias Pedreschi; DARLI, Maria Célia Barcelos; AZEVEDO, Ana Lúcia de Castro Sajoro. Módulo V: Classificação de Risco e Acolhimento. Universidade federal de santa catarina. Centro de ciências da saúde. Departamento de enfermagem. Programa de pós-graduação em enfermagem. Florianópolis, 2013. 150p.

SCHWARTZ, Talita Dourado; FERREIRA, Josilda Terezinha Bertuloso; MACIEL, Ethel Leonor Noia and LIMA, Rita de Cássia Duarte. **Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES).** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, n.4, pp. 2145-2154. ISSN 1413-8123. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000400028](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000400028)>. Acesso em: 15 jul 2013.

SOUSA FILHO, Osvaldo Albuquerque; XAVIER, Érika Porto; VIEIRA, Luiza Jane Eyre de Souza. Hospitalização na óptica do acidentado de trânsito e de seu familiar-acompanhante. **Rev. esc.**

**enferm. USP.** v. 42, n. 3, p. 539-546. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/v42n3a17.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2013.

SOUZA, Thaise Honorato de. **Serviço De Emergência Adulto De Um Hospital Universitário: características e Estratégias na Perspectiva da Rede de Atenção as Urgências e Emergências.** 2012.92f. Monografia (Residência Integrada Multiprofissional Em Saúde). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, 2012.

TENÓRIO, Fernando; OLIVEIRA, Raquel; LEVCOVITZ, Sérgio. A importância estratégica dos dispositivos de recepção. IN: **Cadernos IPUB:** N 17, Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB-2000, n 1, vol. VI, n. quadrimestral, p. 7-14, 1995.

TRAVASSOS, Claudia, MARTINS, Mônica. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde.** Cad. Saúde Pública [online]. 2004, vol.20, suppl.2, pp. S190-S198. ISSN 0102-311X.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC). Centro de Ciências da Saúde (CCS). Mestrado Profissional em Saúde. Regimento do Curso de Mestrado Multiprofissional em Saúde associado à Residência Multidisciplinar em Saúde. Área Temática: Recuperação da Saúde. Florianópolis, 2014. Acesso em: <http://mpmultidisciplinaremsaude.paginas.ufsc.br/files/2012/11/REGIMENTO-Mestrado-Profissional-Multidisciplinar-em-Sa%C3%BAde.pdf>. Disponível em: 19 de outubro de 2014.

VALENTIM, Márcia Rejane da Silva; SANTOS, Mauro Leonardo Salvador Caldeira dos. Políticas de saúde em emergência e a enfermagem. Rev. enferm. UERJ; 17(2): 285-289, abr.-jun. 2009.

VIACAVA, Francisco et al. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2012, vol.17, n.4, pp. 921-934. ISSN 1413-8123. Acesso em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a14.pdf>. Disponível em: 19 de agosto de 2014.

ZEPEDA, JORGE; Andrade, Matheus; Godoi, Danielle, 2013. SMF. Diretoria. **Intervenção. Florianópolis**, 2013. Apresentação em PPT.





**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO**



**APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA**

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Idade:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** ( ) F ( ) M

**Nível**

**de**

**Escolaridade**

: \_\_\_\_\_

**Tipo de Vínculo:** \_\_\_\_\_

( ) celetista - CLT ( ) estatutário ( ) federal ( ) municipal ( ) cargo de confiança

( ) terceirizado ( ) outros \_\_\_\_\_

**Carga horária:** \_\_\_\_\_

**Tempo de serviço:** \_\_\_\_\_

**Tem outro vínculo empregatício:**

**Carga horária:** \_\_\_\_\_

1) Como você recepciona o usuário não agendado demanda espontânea que busca o serviço de saúde? Obs. No CS perguntar: Só atende a quem é do bairro? Tem um horário livre na agenda para este tipo de atendimento? Tem-se um número de vagas para os casos não agendados por dia?

2) Como você realiza o atendimento do o usuário não agendado com quadro agudo de baixa complexidade ou em situação de urgência e emergência que busca o serviço de saúde frente às diferentes fases da vida (bebê, criança, adolescente, adulto, idoso)?

3) Como você realiza o atendimento do usuário que busca o serviço de saúde em situação de urgência das mais variadas (psiquiátrica, clínica, cirúrgica, ginecológica)?

4) Você se sente preparado para atender ao usuário que busca o serviço de saúde não agendado? ( ) sim, por que? ( ) não, por quê?

5) Caso seja necessário encaminhar o usuário para outro local ou para outros serviços de saúde, para onde você encaminha?

6) Você conhece a Rede de Atenção à Saúde/RAS e a Rede de Urgência e Emergência/RUE do seu município? Obs. Se sabe, descreva os elementos que constituem cada uma.

7) Em que circunstâncias você encaminha o usuário para outro local? Obs. Relatar um caso.

8) Como é este encaminhamento (carta, telefonema, verbal)?

9) Participou de algum tipo de capacitação oferecida pelo serviço que abordasse alguns dos seguintes aspectos: ( ) Rede de Atenção à Saúde – RAS ( ) Rede de Atenção às Urgências e Emergências – RUE ( ) Política Nacional de Humanização – PNH ( ) Acesso do usuário ao serviço de saúde?

10) Você está satisfeito com o trabalho que realiza na recepção ao usuário no CS/UPA?( ) sim, por quê?; ( ) não, por quê?

11) Quais as potencialidade e fragilidades, o que é bom e o que é ruim, em relação ao acesso do usuário e o serviço?

12) Qual sua percepção sobre suas atividades de trabalho? Qual o perfil do trabalhador que você julga ideal para realizar o primeiro atendimento ao usuário no CS/UPA?

13) Com a sua experiência relate o que você acha que pode melhorar no seu serviço e/ou na rede de atenção à saúde que oportunizaria uma melhora na qualidade do acesso do usuário não agendado nos CS e UPA.

---

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra ficará comigo que sou pesquisadora responsável.

Eu Thaise Honorato de Souza, MESTRANDA do Programa de Pós Graduação - Mestrado Profissional Associado à Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago/ Universidade Federal de Santa Catarina – HU/UFSC, sob orientação da Prof<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Terezinha Zeferino convido você a participar, voluntariamente na pesquisa intitulada: **RECEPÇÃO DO USUÁRIO NO SUS: UMA ESTRATÉGIA PARA QUALIFICAR O ACESSO À REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE**. O estudo pretende compreender como acontece a recepção/entrada do usuário não agendado nos serviços de saúde (Centros de Saúde e Unidades de Pronto Atendimento do município em estudo) quando os usuários estão apresentando um quadro agudo de baixa complexidade (ex: inflamação no ouvido, febre, diarreia). Para que isso seja possível você (auxiliar administrativo, funcionário terceirizado, agente comunitário de saúde, profissional da área da saúde) que trabalha na recepção destes serviços está sendo convidado a conversar comigo e falar como acontece o primeiro atendimento na recepção onde você trabalha. É importante esclarecer que tudo que você falar será gravado por meio de gravador digital de voz e depois transcrito integralmente para análise (avaliação) à luz da Política Nacional de Humanização (PNH). As entrevistas serão realizadas preferencialmente no contraturno de trabalho (quando você não estiver trabalhando).

A participação nesta pesquisa não lhe trará complicações legais, não implicará em ônus e, em despesas ou danos aos participantes, bem

como não haverá remuneração por sua participação. Os procedimentos adotados obedecem aos Critérios de Ética em Pesquisa com Seres Humanos nos termos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Cabe ressaltar que somente após a sua permissão “iremos iniciar a entrevista gravada.

Não se pode assegurar que este estudo não lhe trará nenhum desconforto, risco, visto que pode haver alguma informação fornecida sobre você ou terceiro que possa levar a constrangimento, risco moral, psicológico e/ou físico.

Por isso é importante que, caso você sinta qualquer tipo de desconforto, você diga. Dentre os possíveis desconfortos, podem-se citar o desconforto de compartilhar informações pessoais ou confidenciais (informações sobre o seu cotidiano de trabalho e das relações interpessoais que nele estão presentes) e o desconforto de não saber como negar a fala sobre algum ponto em específico. Cabe destacar que você não precisa responder a qualquer pergunta se achar que ela é muito pessoal ou sentir desconforto em falar.

Os benefícios dessa pesquisa visam: contribuir para a formação dos trabalhadores e gestores do SUS, bem como, favorecer o acesso do usuário aos serviços de saúde que constituem a RUE do município em estudo.

São assegurados o seu anonimato e a confidencialidade de suas informações, bem como os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

Salienta-se, caso você aceite participar, que os dados obtidos serão divulgados apenas com fins científicos, sendo garantido o sigilo absoluto quanto ao nome e identificação dos participantes.

Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou quiser desistir do mesmo a qualquer momento, pode entrar em contato pelos telefones (48) 32570018/(48) 99169913, (48)37212786 e/ou pelos e-mails: [thaisetise@yahoo.com.br](mailto:thaisetise@yahoo.com.br) e [terezinha.zeferino@ufsc.br](mailto:terezinha.zeferino@ufsc.br), sem que haja qualquer prejuízo a você ou à pesquisa e/ou pelos endereços: Rua: José Bernardo da Silva, nº 149, AP 202, Flor de Nápolis. São José/SC, CEP: 88106-070 e Rua: Alm. Carlos da Silveira Carneiro, 94, apto 602, Agrônômica, Florianópolis/SC, CEP: 880225-350.

Se você tiver alguma dúvida ou desejar mais informações sobre o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UFSC), pode entrar em contato através do telefone: (48) 3721-9206 e/ou pelo endereço: Campus

Universitário Reitor João David Ferreira Lima. Trindade.  
Florianópolis/Santa Catarina. Brasil. CEP: 88040-900.

Professora Enfermeira Dra. Maria Terezinha Zeferino  
Professora Orientadora

Enfermeira Tháise Honorato de Souza  
Pesquisadora

**DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL**

Eu, Thaise Honorato de Souza, CPF: 049.926.139-93, residente da cidade de São José/SC, comprometo-me em ressarcir/indenizar quaisquer danos causados ao participante decorrente da pesquisa mencionada neste documento.

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_.

**CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO**

Eu, \_\_\_\_\_, fui esclarecido (a) sobre a pesquisa e concordo que meus dados sejam utilizados para sua realização. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Assinatura: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Local, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2014.

**ANEXOS**

ANEXO A - CERTIFICADO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE  
ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UFSC

