



**Health
Residencies
Journal (HRJ).
2023;4:1-11**

**Relato de
Experiência**

DOI:

[https://doi.org/10.51723/
hrj.v3i18.712](https://doi.org/10.51723/hrj.v3i18.712)

ISSN: 2675-2913

Qualis: B2

Recebido: 06/10/2022

Aceito: 12/12/2022

O acesso ao acolhimento e ao atendimento na Atenção Primária à Saúde (APS) – análise das principais normativas: relato de experiência

Access to reception and care in Primary Health Care (PHC) – analysis of the main regulations: experience report

Wagner Elias Pinheiro dos Santos¹ , Caroline Jonas Rezaghi Ricomini Nunes² 

¹ Assistente Social. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS/FEPECS, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF.

² Terapeuta Ocupacional. Mestre em Ciências Aplicadas em Saúde pela Universidade de Brasília – UNB, Preceptora e Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS/FEPECS.

Correspondência: wagner.epsdf@gmail.com

RESUMO

O acesso ao atendimento na Atenção Primária à Saúde (APS), por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) é essencial para garantir o direito à saúde da população, principalmente por serem porta de entrada e ordenadora dos serviços das Redes de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS), porém existem questões estruturais e de interpretações das normativas que podem servir de barreira para que a população tenha acesso ao atendimento nas UBS, podendo violar o direito à Saúde. A compreensão de território e população adscrita, muitas vezes funciona como forma de negar acesso aos usuários que não são de determinada equipe de referência, além de outras questões materiais. Os profissionais conhecendo as normativas e criando espaços para construir mudanças no processo de trabalho, discussões coletivas são importantes para poder efetivar e garantir o atendimento, entendendo que primordial a universalidade, acolhimento humanizado, entendendo as diferenças em relação a interpretação dos conceitos de território, população adscrita e atendimento. As legislações podem ter seus limites, mas conhecê-las coletivamente é importante para mudanças concretas no cotidiano da atuação profissional, instituições, processo de trabalho, organização da UBS, forma que os usuários participam e podem ser percebidos pelos profissionais. A metodologia do Arco de Maguerez contribuiu com este processo e pode ser utilizada no cotidiano profissional, como forma de identificação de problemas e de aplicar soluções.

Palavras-chave: Acesso; Acolhimento; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família.

ABSTRACT

Access to care in Primary Health Care (PHC) through Basic Health Units (UBS) is essential to guarantee the population's right to health, mainly because they are the gateway and organizer of the services of the Health Care Networks (RAS) of the Unified Health System (SUS), but there are structural issues and interpretations of regulations that can serve as a barrier for the population to have access to care

in the UBS, which may violate the right to Health. The understanding of the territory and assigned population often works as a way of denying access to users who are not from a certain reference team, in addition to other material issues. Professionals knowing the regulations and creating spaces to build changes in the work process, collective discussions are important to be able to effect and guarantee the service, understanding that universality, humanized reception, understanding the differences in relation to the interpretation of the concepts of territory, population subscribed and service. Legislation may have its limits, but knowing them collectively is important for concrete changes in the daily routine of professional activities, institutions, work process, UBS organization, in a way that users participate and can be perceived by professionals. The Arco de Maguerez methodology contributed to this process and can be used in professional daily life, as a way of identifying problems and applying solutions.

Keywords: Access; Reception; Primary Health Care; Family Health.

INTRODUÇÃO

O acolhimento é um importante instrumento de acesso para a população ao atendimento na Unidade Básica de Saúde. Durante o período de residência pode-se observar que a depender de como ele é utilizado ou não, vai interferir diretamente na forma que a população irá ser acolhida e poder ter acesso ao serviço ou ter barreiras para conseguir ter o seu direito à saúde garantido.

O trabalho foi realizado durante o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), utilizando o método do Arco de Maguerez. Essa metodologia mobiliza os estudantes/profissionais “de modo intelectual, psicológico, social, político e ético” contribuindo para que os usuários sejam percebidos na sua integralidade, sendo fundamental para o cuidado humanizado, tendo sua construção facilitada e acompanhada por um docente¹.

O Arco de Maguerez segue as seguintes etapas: observação da realidade, pontos-chave, teorização, hipótese de solução e aplicação na realidade². Tendo como tema escolhido a importância do acolhimento como forma de garantia de acesso e como a compreensão das legislações contribuem para a implementação do acolhimento como instrumento que auxilia, evitando a criação de barreiras nas unidades de saúde da Atenção Primária.

São vários fatores que contribuem para o não funcionamento correto (de acordo com as normativas) do acolhimento como: sucateamento dos serviços de saúde, absenteísmo, sobrecarga dos profissionais durante a pandemia de covid-19³, desconhecimen-

to das legislações, falta de educação permanente e construção das intervenções cotidianas com base nas legislações. Várias dessas questões estão ligadas e trazem outros problemas, resolvemos focar como hipótese de solução na construção de um momento coletivo entre os profissionais para discussão e análise das normativas para contribuir com a construção do acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Distrito Federal (DF). Tendo como principais referências a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁴, Caderno nº 28 da Atenção Básica⁵, Carta dos direitos dos usuários da saúde⁶, HumanizaSUS⁷ e Portaria 77 de 14/02/2017 (SES/DF)⁸.

Compreende-se que tivemos mudanças consideráveis na PNAB⁴, no financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) que podem afetar o acesso, mas o trabalho vai tratar do cotidiano da UBS e como as normativas definem e determinam o acolhimento como importante para a efetivação do acesso. Sendo que as mudanças não afetaram em relação à conceitualização, não impactando da análise que o trabalho se propõe, em relação aos conceitos se mantém o caráter universal do Sistema Único de Saúde (SUS).

Até mesmo para propor mudanças é preciso conhecer a legislação e compreender como tem se dado a sua aplicação à realidade da população, profissionais e institucional, dessa forma podemos construir espaços de transformação, construção da APS para garantir o direito à saúde, a relação entre as normativas e a prática deve ser complementar, uma pode transformar a outra. Tendo que ser feito isso de forma organizada e continuada, um processo que sempre deve estar vivo.

O trabalho, também, pretende com os destaques e análises dos trechos das legislações contribuir com algumas respostas sobre o acolhimento e atendimen-

to da população fora de área⁴, mas que insistem que são, mesmo a equipe já sabendo que não é. Será que o problema está no usuário ou nos serviços de saúde? O usuário é apenas de responsabilidade da equipe responsável por atender o seu território? Analisando os princípios, diretrizes e demais normativas quais as conclusões podemos chegar em relação ao acolhimento dos usuários?

METODOLOGIA

Foi utilizada a metodologia da problematização do Arco de Maguerez⁹, criado por Juan Diaz Bordene e Adair Martins Pereira, no livro Estratégias de ensino-aprendizagem, buscando trazer resolutividade para problemas concretos nos serviços de saúde buscando permitir maior aproximação da teoria e prática nos espaços de educação da saúde. A metodologia é dividida pelas seguintes etapas: observação da realidade, pontos-chave, teorização, hipótese de solução e aplicação na realidade.

Esta metodologia permite que o profissional residente possa produzir algo pautado pelas suas vivências e, embasado teoricamente, fazer intervenções na realidade para mudar o problema observado. A metodologia da problematização tensiona o modelo tecnocientífico, com seus processos de análise da realidade e de construção do conhecimento⁹.

Foi realizada a observação da realidade, em que os problemas identificados foram as barreiras de acesso ao atendimento ao usuário na UBS. Depois foram levantados os pontos-chaves com colegas da residência sobre o problema levantado, a outra etapa foi o levantamento teórico em relação ao tema. Depois foram levantadas as hipóteses de solução, tendo como possibilidade de resolutividade do problema uma roda de conversa na UBS para discutir as principais normativas que tratam sobre o acolhimento na Atenção Primária à Saúde desde o nível nacional até orientações das normativas do DF sobre o tema.

A partir disso, criaram meios para aplicar à realidade, como forma de resolver alguns dos pontos-chave levantados a partir do problema, pensamos coletivamente soluções para os problemas levantados para mudar a realidade do processo de trabalho em busca de garantir a implementação do acolhimento adequado que pudesse romper com a lógica de nega-

ção do serviço aos usuários, buscando ter atuações e ações humanizadas e acolhedoras, considerando o acolhimento como espaço físico.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A primeira etapa do Arco de Maguerez é a observação da realidade², pois é a partir dela que se inicia todo o processo de construção teórico-prática. Durante esse um ano e meio de residência pudemos observar que os serviços têm atuado de forma que o acesso ao atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), não tem sido facilitado, muito pelo contrário, usuários muitas vezes não têm acesso ao atendimento, em alguns momentos sem ter acesso ao acolhimento, principalmente usuários que são de fora da área de abrangência, de outra equipe de Saúde da Família (eSF) ou que a sua eSF está incompleta.

Este tema já era de interesse, pois víamos colegas negando acesso, inclusive tínhamos feito uma ouvidoria, na modalidade dúvida, questionando a Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde (DIRAPS) Oeste sobre quais usuários deveriam ser atendidos. Poucas semanas depois de tirar essa dúvida, como usuários e profissionais, fizemos uma sobre o acesso negado em uma UBS que não é a nossa de referência, após isso tivemos o acesso negado na nossa própria unidade, a qual deveria estar adscrito.

É comum ver as equipes e profissionais de Saúde da Família (eSF) informando qual a UBS de referência e negando atendimento, mesmo quando o usuário alega querer ser atendido nesta UBS por questões materiais (como mobilidade), outro questão é quando uma eSF de referência da UBS está lotada ou incompleta (seja faltando médico ou algum outro profissional que o atendimento demande) é apenas informado ao usuário e pede para retornar em outro momento. Diante disso, muitas pessoas acabam não tendo atendimento e até mesmo o acolhimento, barrados na porta da UBS.

Na segunda etapa são levantados os pontos-chave². Foram levantados que os motivos que podem contribuir para a falta de acesso e o acolhimento dos usuários são (1) falta de recursos humanos (RH), pois a quantidade de profissionais em alguns períodos pode ter muito absenteísmo, (2) a priorização do modelo médico centrado, a busca de usuários pode ser muito voltada para os médico e sem aco-

lhimento, entender a real demanda do usuário pode ser que seja dispensado ou remarcado por causa da agenda do médico, sendo que no acolhimento poderia verificar se de fato a demanda depende essencialmente do profissional médico e não de outras áreas. A (3) falta de educação permanente sobre o acesso da população, como discussão sobre as legislações, reflexão sobre a prática, fluxos e organização dos serviços, para (re)pensar o processo de trabalho e falta de apropriação do que é modelo de Estratégia de Saúde da Família (ESF) com base teórico-prática. Outra questão é a (4) falta de criação de meios de participação da população usuária, como que a população percebe o acesso na unidade, se está sendo acolhida e o que sugere de mudanças ou continuidade. Por fim, algo que também pode contribuir no problema do acesso é o (5) aumento das demandas de atividades e mudanças contínuas na rotina como vacinação da covid-19 e profissionais mobilizados para atendimento específico de casos suspeitos de SARS-CoV-2, o que desfalca as equipes ainda mais. Negar acesso pode ser inconscientemente, e falsamente a forma de reduzir a demanda de atendimentos, “facilitando” o trabalho da eSF, pois o acesso negado é menos uma pessoa para ser atendida naquele dia.

Dos pontos-chave discutidos será prioridade a educação permanente resgatando um pouco de cada ponto-chave mencionado para tentar criar uma intervenção prática e um processo de trabalho que inclua a discussão dos problemas materiais apontados como algo contínuo dos profissionais (equipes e gestão) da UBS. Discutir este tema com base nas normativas poderá ressignificar a intervenção profissional e a organização do processo de trabalho.

A terceira etapa é a de teorização², em que foi levantado que a questão do acesso é ampla, não se limita ao atendimento ou ao acolhimento, pois as demandas dos usuários devem ser atendidas. Este trabalho não se propõe debater acesso em seu sentido amplo, mas focar no acolhimento, a sua importância e contato inicial para buscar garantir o acesso, no sentido de ter direito a ser acolhido para a partir disso ser atendido pelo profissional ou profissionais que podem atuar de acordo com as demandas apresentadas pelo usuário.

É importante destacar isso, pois o acesso à Atenção Primária à Saúde (APS) envolve toda as Redes de Atenção à Saúde (RAS), outras políticas, como mobilidade, lazer, Assistência Social, sane-

amento básico, Previdência Social, entre outros, considerando de fato a saúde, com suas condições e determinantes. Porém, observando a realidade o acesso ao acolhimento é fundamental para o usuário, pois é a partir disso que podemos avaliar o caso e pensar outras formas de acesso. Sem o acolhimento fica impossível ter uma avaliação do usuário e pensar as linhas de cuidado em relação às demandas e condições levantadas na comunicação entre usuário e profissional.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁴ traz a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como principal modelo da APS e porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), é por ela que se inicia o acesso às RAS, é a partir do acesso a ESF que o usuário pode ter, ou não, suas demandas de saúde atendidas. O acolhimento deve estar presente em todo o cuidado com o usuário⁴⁻⁸, é a partir dele que o usuário pode apresentar suas demandas, que profissionais podem perceber e levantar demandas junto ao usuário. Sem isso fechamos o acesso do usuário aos serviços e ao atendimento de suas demandas.

A PNAB⁴ define acesso como “A unidade de saúde deve acolher todas as pessoas do seu território de referência, de modo universal e sem diferenciações excludentes. Acesso tem relação com a capacidade do serviço em responder às necessidades de saúde da população (residente e itinerante). Isso implica dizer que as necessidades da população devem ser o principal referencial para a definição do escopo de ações e serviços a serem ofertados, para a forma como esses serão organizados e para o todo o funcionamento da UBS, permitindo diferenciações de horário de atendimento (estendido, sábado e outros), formas de agendamento (por hora marcada, por telefone, e-mail), e outros, para assegurar o acesso”.

O acesso e o acolhimento estão ligados, sem um não existe o outro na APS, o Caderno nº 28 da Atenção Básica⁵, traz que existem várias definições sobre acolhimento, porém o que importa é a “clareza e explicitação da noção de acolhimento que é adotada ou assumida situacionalmente por atores concretos, revelando perspectivas e intencionalidades [...] 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 pessoas, podendo acontecer de várias formas”.

O acolhimento, como um espaço físico e processo

de trabalho, é o primeiro contato do usuário com o serviço^{4-5,8}, é através dele que se avalia as condições de saúde do usuário, também avalia quais as demandas, questões de saúde e pode ser um momento importante para o início de construção de vínculo. A PNAB⁴, reforçada pela Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017 da Secretaria de Saúde do Distrito Federal⁹, expressa que todos os usuários devem passar pelo acolhimento (demanda agendada, espontânea, aguda, fora de área, entre outras).

Uma observação em relação à prática é a de que os profissionais têm diversas interpretações das normativas ou sequer as conhecem, suas atualizações, notas técnicas e orientações, tendo até algumas aproximações, mas que não buscaram refletir individualmente ou coletivamente e nem debatem com colegas, demais equipes, gestão para orientar a prática cotidiana. Assim como existem bases teóricas que são importantes para orientar a atuação de cada profissional, as normativas sobre a APS orientam como os serviços devem funcionar, não se trata de uma teoria vazia, sem dialogar com a prática, na verdade essas devem obrigatoriamente orientar com base na materialidade. Obviamente pode-se discordar das normativas, mas não basta apenas isso, é preciso refletir como deve funcionar e contrapor. A crítica é importante, mas deve ser organizada, embasada e propositiva, caso a conclusão seja que as normativas precisam mudar.

O acolhimento tem que funcionar de forma humanizada⁷, o profissional deve buscar compreender o usuário e suas questões materiais. O caderno HumanizaSUS na Atenção Primária⁷ expressa que “os espaços da atenção básica favorecem encontros que podem ser produtivos entre os profissionais de saúde e entre estes e a população usuária do SUS”, dessa forma o usuário ser acolhido é tornar a atuação profissional, o SUS e a relação com a população base para materializar o cuidado e o direito à saúde, até mesmo a participação social no cotidiano da UBS daqueles que demandam da APS.

O Protocolo de Acesso na APS do DF¹⁰ reforça que para a ampliação do acesso é necessário à mudança de postura e das práticas profissionais, além da participação da comunidade local (na identificação das necessidades e do que será ofertado pela UBS), o aprimoramento na gestão dos insumos e recursos, sejam eles materiais, humanos ou de estrutura física.

Outro ponto a ser debatido, que pode gerar con-

fusão em relação ao acesso é a divisão das regiões de saúde, territorialização e população adscrita, todos os municípios e o Distrito Federal tem autonomia de dividir a população e a área de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) conforme a sua necessidade local, desde que respeite os critérios mínimos estabelecidos na PNAB⁴. Para isso é preciso trazer esses conceitos e refletir sobre cada um deles.

A PNAB⁴ define que a territorialização e a adscrição “devem ser feitas de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço e estão, portanto, adscritos a ele. Para efeitos desta portaria, considera-se Território a unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde”.

Os territórios “são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Básica, de forma que atendam a necessidade da população adscrita e ou as populações específicas”⁴. Essa diretriz traz orientações importantes para o planejamento, como o conhecimento da população adscrita, condições de saúde, potencialidades, fragilidades daquele determinado território, organização das ações em saúde com base nas pessoas e área geográfica definida.

Sendo assim, uma das formas de conhecer a população, o que facilita os cuidados em relação ao território e população adscrita, o que não quer dizer que pessoas de outras áreas, ou de uma outra equipe da mesma UBS, não possa atender pessoas que não estão dentro da sua área de cobertura. A população adscrita é a “população que está presente no território da UBS, de forma a estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado e com o objetivo de ser referência para o seu cuidado”⁴.

O território e a população adscrita têm sentido

de direito do usuário, ter um serviço que planeje suas ações voltadas para aquela população, por estar inserida no território consegue acompanhar este usuário de forma efetiva e próxima, dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS), conhecer a cultura, vulnerabilidade, potencialidades daquela limitação geográfica. O que não significa que usuários que não estão no território/área de abrangência da UBS ou eSF não deva ser acolhida ou até mesmo atendida por uma eSF que não seja a responsável, pelo usuário, “as UBS deverão assegurar o acolhimento e escuta ativa e qualificada das pessoas, mesmo que não sejam da área de abrangência da unidade, com classificação de risco e encaminhamento responsável de acordo com as necessidades apresentadas, articulando-se com outros serviços de forma resolutiva, em conformidade com as linhas de cuidado estabelecidas”⁴.

No Distrito Federal a organização da APS é por regiões, são sete regiões de saúde (Leste, Oeste, Sudoeste, Sul, Centro-Sul, Norte, Centro-Norte), cada região é responsável pela população das suas respectivas cidades, dentro das regiões tem as Unidades Básicas de Saúde, cada uma delas “responsável” por uma área de abrangência do território, cada equipe de saúde dessas UBS são “responsáveis” por uma micro-área dentro desta região, em que cada equipe é responsável por no máximo quatro mil usuários.

É importante destacar que a organização em micro-áreas é feita como forma de organização da UBS e eSF, mas não pode servir como barreira ao atendimento. A população de cada UBS é o que a legislação define como população adscrita. Responsável está entre aspas por estar ligado à forma de organização do processo de trabalho para garantir o acesso dos usuários, mas todo usuário é de responsabilidade de todos os profissionais, não apenas da sua equipe.

A PNAB traz expressamente que o processo de trabalho deve “possibilitar, de acordo com a necessidade e conformação do território, através de pactuação e negociação entre gestão e equipes, que o usuário possa ser atendido fora de sua área de cobertura, mantendo o diálogo e a informação com a equipe de referência”⁴, ou seja, é necessário pactuar e planejar a rotina de atendimentos de forma que a população fora de área consiga ser atendida, de acordo com a avaliação do caso. A Portaria nº 77 reforça que “o acolhimen-

to em qualquer hipótese mesmo para a população não adscrita, que deve, no mínimo, ser ouvida, orientada e, se for o caso, direcionada à unidade responsável pelo atendimento”⁸.

O acolhimento é o “ato de receber e escutar as pessoas que procuram as unidades de saúde, como mecanismo de ampliação e facilitação do acesso, devendo ocorrer sempre, em qualquer contato do cidadão com a unidade de saúde, independentemente do motivo da busca pelo serviço”⁸. O que víamos na prática era a verificação do endereço do usuário, caso não fosse da área era orientado a procurar a UBS de referência ou trazer algum comprovante de residência, infelizmente é algo comum, ou muitas vezes negava o atendimento pelo ACS já ter ido na residência e possa não ser onde o usuário mora/ lote vazio, sem casa/ lote sem moradores.

É importante entender que é papel dos profissionais entenderem os motivos do usuário “mentir” o endereço, onde está o problema, pois se formos avaliar o que pode levar a isso é vínculo com alguma equipe que o atendia antes, estabelecimento de saúde menos cheio, UBS de referência longe da residência, vários motivos que dizem respeito à estrutura dos serviços de saúde para melhor atendimento do usuário, quando isso ocorre as possibilidades são mais voltadas a questões dos serviços, profissionais ou organização do território, não sendo culpa do usuário, mas sim um papel dos profissionais e gestão de reorganizar o serviço de acordo com a necessidade da população, “pode advir do uso, exclusivamente, político-administrativo do território, diz respeito às estratégias utilizadas pela população para burlar comprovantes de residência, recorrendo a amigos ou parentes para acessar um serviço, programa ou benefício. Ou seja, a rigidez ou o custo das formalidades termina por gerar estratégias informais para o acesso ao direito”¹¹. O SUS promove a ideia de se pensar novas formas de cuidar, de prestar assistência e de cidadania.

Na Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993¹², no disposto do art. 19, estabelece que para a atenção integral à saúde dispensa os comprovantes de residência ou cadastro no SUS para as famílias e indivíduos em vulnerabilidade ou risco social e pessoal, [...] deve acontecer independentemente da apresentação de documentos que comprovem domicílio ou inscrição no cadastro no SUS.

A Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009 que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde¹³, em seu artigo 4º, XV, destaca que não deve haver limitação do acesso aos serviços de saúde por barreiras físicas, tecnológicas e de comunicação. Além disso, destaca que os serviços devem estabelecer e adotar mecanismos de encaminhamento responsável¹³. No próprio site da Secretaria de Saúde do DF (saude.df.gov.br/unidades-basicas) consta que o comprovante de residência não é obrigatório.

Todas as pessoas que chegam à UBS devem passar por um acolhimento¹, reforçando o artigo VI da PNAB⁴. O fato de garantir que o usuário passe por um acolhimento humanizado, possibilita buscar entender as demandas e a partir daí ver quais ações se aplicam ao caso. É a partir do acolhimento que deve funcionar com a Classificação de Risco, definida como “escuta qualificada e comprometida com a avaliação do potencial de risco, agravo à saúde e grau de sofrimento dos usuários, considerando dimensões de expressão (física, psíquica, social) e gravidade, que possibilita priorizar os atendimentos a eventos agudos (condições agudas e agudizações de condições crônicas) conforme a necessidade, a partir de critérios clínicos e de vulnerabilidade disponíveis em diretrizes e protocolos assistenciais definidos no SUS”⁴.

É preciso entender e avaliar os motivos do usuário estar procurando atendimento em outra UBS ou eSF que não sejam sua referência. A partir disso pode ser entendido qual a questão: se é falha profissional, falta de informação do usuário sobre a sua eSF de referência e como funciona a APS, falta de eSF, vínculo com outra eSF. Dessa forma pode-se inclusive perceber problemas na organização das UBS no território, já que entre os vários motivos pode ser a dificuldade de acesso à UBS/equipe de referência como questões de mobilidade urbana, UBS muito distante da sua residência e isso envolve uma questão para todos os profissionais e níveis de gestão, caso seja recorrente, pode ser um motivo para repensar a distribuição das áreas do território.

Pois é importante os profissionais “participarem do planejamento local de saúde, assim como do monitoramento e a avaliação das ações na sua equipe, unidade e município; visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento frente às necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas”^{4,8}. Além disso, coordenar o cuidado e ordenar as redes,

buscando garantir a Integralidade, Resolutividade e Longitudinalidade^{4,8}.

A forma que o usuário é informado sobre a sua UBS/equipe de referência é importante, pode ser que não saiba como funciona a organização das UBSs e o acolhimento humanizado pode servir para explicar o motivo da divisão das equipes e a organização para atender a população, facilitando o acesso. Fazer o encaminhamento para a sua equipe de referência não somente falando que é outra equipe, mas buscar “estabelecer e adotar mecanismos de encaminhamento responsável pelas equipes que atuam na Atenção Básica de acordo com as necessidades de saúde das pessoas, mantendo a vinculação e coordenação do cuidado”⁴, mantendo a comunicação com a UBS, informando que usuário esteve na UBS ou atendido por outra equipe e informar o caso, buscando garantir a continuidade do atendimento, evitando só fazer uma entrega de um papel para o usuário levar até a equipe de referência.

Durante a quarta etapa foram levantadas as hipóteses de solução². A partir dos problemas observados acredita-se que um ponto importante é a Educação em Saúde voltada para as normativas que discutem acesso e a apropriação delas pelos profissionais, como o primeiro passo para a compreensão e reflexão do enfrentamento das barreiras materiais do cotidiano em relação ao acesso. Pois se existem falhas nelas é a partir da mudança das legislações que podemos atuar de forma a garantir o acesso, porém analisando as legislações com base nos princípios e diretrizes podemos afirmar que elas colaboram para o acesso da população.

Com a educação permanente^{4,8} pode-se refletir a prática, identificar possíveis problemas e soluções, assim reformular o processo de trabalho para que dê conta das demandas cotidianas dos usuários buscando a garantia do acesso. Transformar o processo de análise da realidade, educação permanente, favorece para criar um processo de trabalho mais organizado e resolutivo, conseqüentemente podendo melhorar o acolhimento e o atendimento da população.

Já na quinta etapa – aplicação à realidade², foi feita uma reunião de colegiado com alguns profissionais das eSF, administrativo e do NASF. Durante a reunião foi apresentado os trechos das normativas apresentadas as partes das normativas apresentadas na etapa de deste artigo, além de outros trechos, das seguintes normativas: PNAB, Cadernos de Atenção Básica

n. 28, Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017, Carta de direitos dos usuários do SUS e Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS). Sendo feita uma interpretação coletiva e debates sobre os principais trechos das normativas sobre acesso e acolhimento.

A proposta foi apresentar os trechos que falam sobre territorialização e população adscrita para mostrar que o usuário fora de área ou de outra equipe, por mais que não seja da área de abrangência é de responsabilidade de todos os profissionais, não só da equipe que o acompanha ou que é responsável pela sua área de abrangência, reforçasse, novamente, que a territorialização, adscrição, área de abrangência são mais para organização do serviço e visar a garantia de direitos da população usuária.

Outros pontos destacados foram em relação ao atendimento não estar vinculado a alguma comprovação de Código de Endereçamento Postal (CEP), pois como já apresentado cria barreira de acesso e é ilegal. O usuário é de responsabilidade do SUS, deve ser acolhido e a partir daí orientado a procurar a sua UBS e/ou ser atendido, depois a equipe pode entrar em contato com a equipe do usuário e relatar o caso, acompanhar o usuário e verificar se passou a ser acompanhado pela sua UBS.

Caso contrário, analisar os motivos do usuário procurar atendimento em uma unidade de saúde que não é a responsável pela sua área, pois isso está mais ligado aos serviços de saúde do que um problema do paciente. Refletir a realidade, organização dos serviços de saúde, criar formas de comunicação entre os serviços é de responsabilidade de todos os profissionais, sendo também uma forma de ampliar o cuidado, a participação em acordo com a Política Nacional de Humanização do SUS, HumanizaSUS.

A utilização da PNH nas instituições de saúde é altamente vantajosa. Por ter como princípios a inseparabilidade entre gestão e atenção e a transversalidade, gera efeitos para as organizações trabalhadas que incidem diretamente na produção de saúde nos espaços de trabalho, de modo a fomentar entre os diferentes atores envolvidos no processo (usuários, trabalhadores e gestores) ações inventivas e criativas e instigar o protagonismo e a autonomia dos sujeitos e coletivos^{14,15}.

Quando se implementa um acolhimento humanizado, com participação da população usuária, todo o processo de trabalho pode ter a ganhar, inclusive com

possibilidade de maior efetivação de direitos. Pudemos perceber durante a apresentação que conceitos mais teóricos fora das normativas, tinha a tendência de um certo descarte pelos profissionais, numa perspectiva de teoria versus prática.

Ao final da apresentação e discussão foram pensadas formas de como garantir o acesso ao atendimento na UBS da melhor forma. A primeira foi criar espaços de participação dos usuários, como uma caixa na entrada para que coloquem sugestões e críticas ao atendimento. Outra questão foi buscar garantir o fluxo no qual todos os usuários que chegam à UBS possam passar pelo acolhimento de alguma eSF ou profissional em espaço adequado. O objetivo deve ser comum, o de prestar um atendimento resolutivo que impacte na saúde da população.

“Para a ampliação do acesso é necessário a mudança de postura e das práticas profissionais, além da participação da comunidade local (na identificação das necessidades e do que será ofertado pela UBS), o aprimoramento na gestão dos insumos e recursos, sejam eles materiais, humanos ou de estrutura física. O objetivo deve ser comum, o de prestar um atendimento resolutivo que impacte na saúde da população”¹⁰.

Por fim, durante as reuniões do colegiado ter momentos para trocas em relação às normativas (notas técnicas, portarias, leis distritais e federal) com demais colegas para pensar a implementação e processo de trabalho, principalmente os trechos que abordam sobre acolhimento, acesso, princípios, diretrizes, territorialização e população adscrita. Utilizar o Sistema Eletrônico de Informações (SEI) para tirar dúvidas junto à gestão, caso haja alguma, após as discussões sobre a interpretação ou de como implantar alguma normativa.

O acolhimento é a primeira “etapa” do acesso à APS que é a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde e a população não passar por um acolhimento ou ele não é feito de forma adequada, o princípio da Universalidade corre risco e este princípio, é o principal, que reconhece a saúde como direito de todas as pessoas. Quando o acesso, humanizado, é negado, nega-se o direito à saúde, a sua universalidade. O princípio da universalidade traz isso expressamente.

“O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de

saúde que parte do princípio de que as equipes que atuam na Atenção Básica nas UBS devem receber e ouvir todas as pessoas que procuram seus serviços, de modo universal, de fácil acesso e sem diferenciações excludentes, a partir disso construir respostas para suas demandas e necessidades”⁴.

Garantir que um acolhimento, humanizado, seja feito ao usuário é o princípio básico para começar a ter possibilidade do direito à saúde ser efetivado, a depender da demanda do usuário e do funcionamento da RAS¹⁵, pois como colocado, o acesso à saúde é amplo, não finaliza no acolhimento, que também é continuado e está presente durante toda a passagem do usuário nas RAS, a partir dele pode-se iniciar o acompanhamento, efetivar a longitudinalidade, coordenação do cuidado, promover a vinculação, corresponsabilização e a busca da efetivação do acesso dentro da APS e das RAS, ou até mesmo extrapolando as instituições de saúde, com as redes de serviços (como Assistência Social, justiça, Previdência Social entre outros), a depender das demandas, considerando as condições e determinantes de saúde.

CONCLUSÃO

O acolhimento é a principal forma de acesso ao atendimento, é a partir dele que os profissionais podem conhecer, inicialmente, as demandas do usuário e a partir disso poder buscar as melhores formas de orientações e intervenções junto ao usuário e NASF. Os termos e organização das RAS e processo de trabalho em relação à população adscrita, territorialização, área de abrangência são direitos do usuário para que o serviço se organize para prestar os cuidados em saúde, ou seja, não deve servir como barreiras de acesso.

Infelizmente têm poucos materiais produzidos no DF que trazem a percepção da população sobre o acolhimento e o acesso nos serviços de saúde. Além disso, é necessário fortalecer a participação da população e de fato se fazer a APS. Durante a produção deste produto foi lançada a Nota Técnica N.º 11/2022 – SES/SAIS/COAPS que orienta a implantação do acolhimento único com classificação de risco à demanda espontânea nas Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal, baseada nas propostas do Caderno de Atenção Básica nº 28, padronizando o acolhimento em todo o DF. As normativas

do DF sobre o acolhimento não são muito antigas, essa proposta é uma das mais específicas como o acolhimento deve funcionar. A NT é criticada e elogiada por profissionais, mas traz os desafios que temos no DF em relação ao acolhimento e elenca os principais problemas, é uma proposta importante que pode funcionar e resolver alguns dos problemas levantados neste trabalho.

As normativas, principalmente as leis, em alguns momentos podem deixar alguma dúvida, mas os princípios, as diretrizes e a Constituição Federal devem servir como facilitadores para a interpretação, se determinada normativa ou artigo apresenta algo que pode trazer várias formas de interpretação é só voltar aos princípios e analisar se aquela interpretação está ferindo alguma normativa e principalmente se visa prejudicar ou beneficiar a população.

Por mais que o trabalho tenha focado nas legislações, as entendemos como fruto de disputa de interesses e que podem em alguns trechos não ser o melhor para atender os interesses da população. Porém, o intuito também foi a criação de espaços para questionar a legislação e buscar a participação da população na construção do serviço de saúde, desta forma buscar materializar o interesse dos usuários. A participação social no SUS é uma importante ferramenta para construir uma política de saúde universal e justa.

Está aí a importância de criar espaços de trocas e discussões dos profissionais entre eles e com a população. É importante analisar as estruturas físicas, quantidade de equipes e profissionais o suficiente, pois não se deve pensar apenas na satisfação dos usuários sem considerar o contexto no qual os profissionais estão inseridos, sendo que tem impacto direto na qualidade do serviço prestado à população.

Discutir acolhimento envolve várias questões para além do texto da lei, é preciso ter condições materiais para a sua implementação. O espaço de discussão pode contribuir para o entendimento crítico das normativas, até mesmo para entender o caminho delas e da prática, se estão garantindo os direitos da população. O acolhimento deve servir para facilitação de acesso, afirmar a universalidade, compreender e contribuir para levantar as demandas do usuário, buscar os meios de atender as necessidades em saúde e atuar com resolutividade.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira GI. Formação profissional em Saúde: aplicação do Arco de Maguerez no processo de ensino-aprendizagem. *Interface* (Botucatu). 2019; 23: e180020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180020>
2. Villard ML, Cyrino EG, Berbel NAN. *A metodologia da problematização no ensino em saúde: suas etapas e possibilidades*. In: A problematização em educação em saúde: percepções dos professores tutores e alunos [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015, pp. 45-52. ISBN 978-85-7983-662-6. Available from SciELO Books: <http://books.scielo.org>
3. Backes MTS, Higashi GDC, Damiani PR, Mendes JS, Sampaio LS, Soares GL. Condições de trabalho dos profissionais de enfermagem no enfrentamento da pandemia da covid-19. *Rev Gaúcha Enferm*. 2021;42:e20200339. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200339> PMID:34161545.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria de Consolidação n. 02. *Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Atenção à demanda espontânea na APS*. Cadernos de Atenção Primária nº 28. Brasília: MS, 2013.
6. Brasil. Ministério da Saúde. *Carta dos direitos dos usuários da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *O HumanizaSUS na atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
8. Distrito Federal. Portaria SES-DF nº 77, de 14 de fevereiro de 2017. *Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal*. Diário Oficial do Distrito Federal; 2017.
9. Villardi ML, Cyrino,EG Berbel NAN. *A problematização em educação em saúde: percepções dos professores tutores e alunos*. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015, 118 p. ISBN 978-85-7983-662-6. Available from SciELO Books: <https://static.scielo.org/scielobooks/dgjm7/pdf/villardi-9788579836626.pdf>
10. Distrito Federal. Portaria SES-DF Nº 1274, de 22 de Novembro de 2018. *Protocolo do Acesso na Atenção Primária à Saúde do DF*. Diário Oficial do Distrito Federal Nº 238 de 17.12.2018. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/87400/Protocolo+de+Acesso+da+Aten%C3%A7%C3%A3o+Prim%C3%A1ria+%C3%A0+Sa%C3%BAdo+do+DF+%E2%80%93+APS.pdf/2a1f9b6f-46e8-b01c-f656-1f6988251656?t=1648646629690>
11. Koga D. Aproximações sobre o conceito de território e sua relação com a universalidade das políticas públicas. *Serv. Soc. Rev.*, Londrina, V. 16, N.1, P. 30-42, jul-dez 2013. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/17972>
12. Brasil. Presidência da República. *Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS)*. Lei 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Diário Oficial da União 6 jan 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8742.htm

13. Brasil. Portaria nº 1.820, de 13 de Agosto de 2009. *Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde*. Diário Oficial da União (2009).
14. Falk MLR, Ramos MZ, Salgueiro JB. Contextualizando a Política Nacional de Humanização: a experiência de um hospital universitário. Botucatu: *Interface*. 2006; 20(2):135-44. Disponível em: <http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/conteudo/1384/contextualizando-a-politica-nacional-de-humanizacao:-a-experiencia-de-um-hospital-universitario>
15. Ramos EA, Kattah JAR, Miranda LM, Randow R, Guerra VA. (2018). Humanização na Atenção Primária à Saúde. *Revista Médica Minas Gerais*, 5(5): e-S280522. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20180134>

