

**As dificuldades na implementação do acolhimento na atenção básica de saúde:
um relato de experiência na unidade de saúde da família bandeiras, em Anápolis-
GO****The difficulties in the implementation of the reception in primary health care: an
experience report at the bandeiras family health unit in Anápolis-GO**

DOI:10.34117/bjdv6n12-247

Recebimento dos originais:11/11/2020

Aceitação para publicação:11/12/2020

Chayane Ribeiro Marques

Residente em Medicina Geral de Família e Comunidade, pela UniEvangélica
Instituição: Unidade Básica de Saúde- USB- Bandeiras
Endereço: Rua Marcel Roriz de Paiva, 689, Vila Jaiara, Anápolis-GO, 75064-240
E-mail: chay_marques@hotmail.com

Constanza Thaise Xavier Silva

Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Goiás.
Instituição: Centro Universitário de Anápolis - UniEvangélica
Endereço: Avenida Universitária, Km 3,5, Cidade Universitária, Anápolis-GO, CEP 75083-515
E-mail: constanzathaise@yahoo.com.br

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma política pública de saúde desenvolvida com o intuito de reorganizar a atenção básica, enfatizando aspectos referentes à promoção e prevenção da saúde, e é considerada o elemento fundamental da agenda política nesta reorganização dos serviços e ações de APS no Brasil. Ela está inserida, no entanto, em conjunturas entrelaçadas por interesses políticos, econômicos e sociais que reduzem suas potencialidades e levantam questões quanto à credibilidade de suas funções. Diante disso, este trabalho é um relato de experiência que tem por objetivo apontar as dificuldades enfrentadas na implementação do acolhimento em uma unidade de ESF, Unidade de Saúde da Família Bandeiras, em Anápolis-GO. Utiliza do método descritivo analítico por meio de dados qualitativos na observação dos procedimentos, dentro de um recorte temporal que vai de março de 2019 a março de 2020. As observações foram realizadas diariamente na unidade que possui uma capacidade de atendimento de aproximadamente 3.979 pessoas. O estudo mostra uma descrição do funcionamento do acolhimento na unidade, as dificuldades na implementação deste e algumas ações tomadas pela equipe de residência médica para aprimorar este atendimento, além da discussão sobre o tema.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família, Acolhimento, Atenção Primária à Saúde, Atendimento humanizado.

ABSTRACT

The Family Health Strategy (ESF) is a public health policy developed with the aim of reorganizing primary care, emphasizing aspects related to health promotion and prevention, and is considered the fundamental element of the political agenda in this reorganization of PHC services and actions in Brazil. It is inserted, however, in conjunctures intertwined by political, economic and social interests

that reduce its potentialities and raise questions as to the credibility of its functions. Therefore, this work is an experience report that aims to point out the difficulties faced in the implementation of the reception in an ESF unit, Bandeiras Family Health Unit, in Anápolis-GO. It uses the descriptive analytical method through qualitative data in the observation of procedures, within a time frame that runs from March 2019 to March 2020. The observations were made daily in the unit that has a service capacity of approximately 3,979 people. The study shows a description of the functioning of the reception in the unit, the difficulties in implementing it and some actions taken by the medical residency team to improve this care, in addition to the discussion on the subject.

Keywords: Family Health Strategy, Host, Primary Health Care, Humanized Service.

1 INTRODUÇÃO

Na década de 1990, o cenário da saúde no Brasil passou por transformações com a aprovação, pelo Congresso Nacional, da Lei Orgânica da Saúde, que delinea o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e o organiza com base na Atenção Primária à Saúde (APS). De acordo com Starfield (2002), a proposta do serviço é oferecer a entrada para todas as necessidades em saúde, fornecer atenção às condições mais frequentes e coordenar a atenção dedicada. Todas essas ações culminaram no Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, hoje denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), modelo que reorganiza a Atenção Básica seguindo os preceitos do SUS.

Esta estratégia é considerada o elemento fundamental da agenda política para organizar os serviços e ações de APS no Brasil, efetuando resultados benéficos à saúde da população. Ela está inserida, no entanto, em conjunturas entrelaçadas por interesses políticos, econômicos e sociais que reduzem suas potencialidades e levantam questionamentos “quanto à sua credibilidade como reorganizador dos serviços e ações de saúde, e substitutivo do modelo tradicional de APS no Brasil” (ARANTES et.al., 2016, p. 1500).

Entretanto, deve-se considerar o entrelaçamento de interesses que permeiam as políticas públicas, porquanto afetam esta perspectiva de aprimoramento e perpassam pela corrupção instaurada no sistema, falhas na gestão em todos os âmbitos (municipal, estadual e federal), orçamento público insuficiente para atender às demandas, dentre outros problemas de ordem físico-estrutural. Neste quadro, delinea-se, em contrapartida, os direitos sociais do público alvo dos ESFs que, de acordo com o artigo 196 da Carta Magna de 1988, o governo é o garantidor da saúde “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Nesta perspectiva, a APS desvela seus pontos cruciais no direcionamento das demandas para atingir a efetividade do atendimento.

A busca do aprimoramento nas atividades dos profissionais da APS se torna fundamental com a ciência da importância do “primeiro contato” com o paciente. É nesta etapa que o direcionamento correto da demanda do usuário é realizado, perfazendo a progressão adequada dos serviços para atender às necessidades da população adstrita, bem como “a capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante” (MENDES, 2009, p. 57-58).

Diante do exposto e comentado, o presente estudo tem por objetivo apontar as dificuldades enfrentadas na implementação do acolhimento em uma unidade de ESF, Unidade de Saúde da Família- USB- Bandeiras, em Anápolis-GO.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

O trabalho foi desenvolvido na ESF Unidade de Saúde da Família- USB- Bandeiras, localizada na Rua Marcel Roriz de Paiva, n. 689, Vila Jaiara, Anápolis-GO, no período de março de 2019 a março de 2020. O relato é feito pela residente médica atuante na unidade, que utiliza do método descritivo analítico por meio de dados qualitativos na observação dos procedimentos do acolhimento, identificando alguns problemas no desenvolvimento das atividades e efetuando algumas ações de melhoria.

A sondagem foi realizada com a capacidade da população atendida na unidade, já definida por território, isto é, uma média de 3.979 pessoas por mês durante o primeiro ano, 2019. No ano seguinte, os atendimentos foram reduzidos em função da pandemia de Coronavírus (Covid-19), chegando a aproximadamente metade dos números realizados. Após a observação dos dados, foi feita a análise descritiva e apurou-se a discussão acerca dos resultados obtidos.

O acolhimento no local funcionava com o sistema de agendamentos prévios de consultas para até quinze (15) dias, gerando exclusão de pacientes com quadros agudos ou encaixes que sobrecarregavam as agendas médicas. Era destinado o primeiro horário de trabalho (7:00 – 8:00 h) para o agendamento das consultas. Desta maneira, muitas pessoas que madrugavam na fila para conseguir atendimento tinham que voltar no dia seguinte, pois excedia o número de vagas disponíveis para o dia. A equipe multiprofissional da unidade de ESF referida possui a seguinte estrutura de atendimento, distribuído em três (3) áreas:

Quadro 1: Capacidade por área

Áreas	Capacidade de atendimento
10	4.377
11	3.756
12	3.804

Quadro 2: Composição de cada área

Quantidade	Profissional
1	Médico
7-8	Agentes comunitários
1	Enfermeiro
1	Técnico de enfermagem
1	Dentista
1	Auxiliar de dentista

Fonte: Elaborados pela autora

Observa-se, de acordo com o quadro 1, que a demanda na unidade Bandeiras é grande, abrangendo um total de 11.937 pacientes cadastrados em três equipes médicas, distribuídas cada uma em uma área (10, 11 e 12), dividindo, desta forma, o atendimento. Já o quadro 2 mostra a composição de profissionais em cada área da unidade.

Com uma demanda apertada e o agendamento desestruturado, o trabalho inicial da implementação foi inserir oito (8) consultas no turno da manhã e onze (11) no turno da tarde, sendo o primeiro horário da manhã (7:00 – 8:00) destinado aos agendamentos e, na ocorrência da chegada de outro paciente após o preenchimento de todas os horários, o encaminhamento do mesmo à triagem com a equipe de enfermagem, que faz a avaliação do caso e encaixa o paciente na agenda médica, ou agenda um horário para o outro dia. Ou ainda, caso a demanda do paciente esteja dentro do escopo da equipe de enfermagem, ela própria o atende.

Outro problema detectado foi no que se refere às atribuições da equipe de enfermagem, envolvendo também a administração burocrática, em que, devido à alta demanda populacional na unidade, ocorre o sobrecarregamento desta equipe, acumulando as atribuições de sua formação e as atividades relacionadas à gestão do ESF. Ou seja, toda parte organizacional e burocrática fica a cargo das enfermeiras, ocasionando problemas nas consultas que, muitas vezes, são encaixadas à agenda médica automaticamente, sem uma adequada avaliação.

A segunda ação realizada foi a contratação de uma funcionária para assumir a responsabilidade apenas da parte administrativa, desafogando a enfermagem e trazendo maior fluidez da triagem.

Um dos maiores desafios enfrentados foi na fase da triagem. A alta demanda e a pouca oferta de consultórios na unidade inviabilizam a escuta inicial dos usuários com privacidade e possibilidade de identificação dos sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura corporal).

Outro ponto referente a esta etapa é a falta de treinamento das enfermeiras e técnicas na realização do trabalho, pois o erro no direcionamento dos pacientes, muitas vezes, é fruto do não reconhecimento dos casos, se está classificado como urgência, se necessita realmente de consulta

médica ou se a demanda pode ser resolvida apenas com orientações ou encaminhamento, caso não seja específico da unidade o atendimento de determinadas situações.

Um exemplo disso é a chegada de pacientes com sintomas de gripe. Nesta época de pandemia do Covid-19 que o país está enfrentando, esses casos não são atendidos no ESF, por haver locais específicos para esse tipo de atendimento. Assim, se a triagem não direciona, pode ocorrer de muitos usuários ficarem na fila de agendamento de consulta e não ser consultado porque não é, neste momento característico, permitido o atendimento nas ESFs.

Sobre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que são núcleos de equipes multiprofissionais atuantes em conjunto as ESFs, o que se notificou é que o período de atuação desses núcleos é quinzenal, retardando o atendimento de casos que necessitam de certa urgência (por exemplo, psiquiatria). Com isso, o agendamento de consultas, muitas vezes, é demorado, acarretando atrasos nos diagnósticos e nos encaminhamentos, afetando a qualidade deste apoio no acolhimento aos usuários.

Esses problemas encontrados afetam o desenvolvimento do trabalho na unidade e dificultam as relações profissionais, trazendo resistência às mudanças propostas que visam a melhoria no atendimento das necessidades dos usuários da unidade.

3 DISCUSSÃO

A ESF Bandeiras é uma unidade com alta demanda e com dificuldades no acolhimento dos usuários. O primeiro problema identificado foi no agendamento de consultas, e a mudança realizada visou a maior abrangência de atendimentos, evitando, também, que o paciente fique muito tempo em uma fila sem conseguir atendimento e tornando a relação entre os profissionais da saúde básica e a população mais humanizada, pois, em consonância com Campos (1997, p. 265), “modificar os padrões da relação profissionais de saúde/clientela [...]. Essa seria a pedra de toque de qualquer projeto que pretendesse mudar os modos de atenção”.

É um desafio mudar os modos de atenção, porém, no contexto da saúde, as ideias ligadas à humanização vêm ganhando cada dia mais espaço entre os diferentes grupos de profissionais que se ocupam do cuidado das pessoas. (FERNANDES, 2007).

O Ministério da Saúde integra, no escopo das unidades básicas, o cuidado no tratamento e a responsabilidade pela saúde da clientela que cada uma atende. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017.), “a atenção básica é um conjunto de ações voltadas a saúde individual, familiares e coletivas, que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, diminuição de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde”. Seu

desenvolvimento é por meio de “práticas de cuidados integrados e gestão qualificada, trabalho feito pela equipe multiprofissional e multidisciplinar que guia a população para cuidados com sua equipe da área adstrita” (BRASIL, 2017). Nesse contexto, as equipes “assumem responsabilidade total sobre a saúde pública desta área, de acordo com a política nacional da atenção básica” (BRASIL, 2017).

Em vista da preocupação com um atendimento mais humanizado e seguindo as ações da implementação realizada na unidade, a triagem passou a avaliar os casos no decorrer do turno, porquanto, como preceitua Franco; Bueno e Merhy (1999), “um aspecto de destaque e de discussão nesse contexto é o voltado para a atenção centrada no usuário, que promove o deslocamento da atenção centrada no médico para a centrada no indivíduo”.

Na triagem, a enfermeira responsável avalia um possível encaixe na agenda médica ou, se a demanda do paciente estiver dentro de seu escopo, ela mesma resolve (exemplos: curativo, exame de prevenção, orientações sobre dengue, etc.). É a triagem “que irá escutar o usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde. Além disso, deve haver uma qualificação na relação trabalhador-usuário, acrescentando parâmetros humanitários, de solidariedade e de cidadania” (idem).

O papel da enfermagem é de grande importância em uma unidade de atenção básica, pois é esta especialidade a mediadora “no processo de educação em saúde, onde se trabalha com o cunho preventivo, de forma organizada e sistemática visando a educação em saúde para a melhora da qualidade de vida da população e conseqüentemente melhora dos indicadores de saúde” (ROECKER; NUNES; MARCON, 2013).

Entretanto, de acordo com Mangilli et. al. (2014), fica a cargo da equipe de enfermagem “o papel de recepcionar os pacientes prestando a primeira atenção que estes necessitam, inteirando-se da real necessidade dos mesmos” e parte da gestão da ESF, com este papel mediador. O que se observa é que muitos profissionais desta área atuam na unidade há um tempo considerável, faltando uma reciclagem de conhecimento, situação corroborada por vários motivos (falta de incentivos, falta de recursos na continuidade dos estudos, atual cenário da formação profissional, sobrecarga de trabalho, pois, muitas vezes, acumulam a função de enfermagem e parte da gestão do ESF, dentre outros).

Outra mudança que a equipe residente efetivou foi a contratação de uma funcionária para atender à demanda burocrática que a unidade possui e, assim, desafogar a equipe de enfermagem. Um outro ponto a ser considerado é o desafio da resistência desta equipe, que já está atuando há algum tempo com os residentes médicos, em relação às mudanças propostas.

Verifica-se, como aponta Mangilli et. al. (2014), que não é apenas a “ideia preconceituosa historicamente instaurada, que considera alguns profissionais de saúde mais importantes que outros”,

sendo comum a referência “ao atendimento de saúde restritamente ao papel do médico, excluindo as demais atividades deste conceito”.

Quanto à estrutura da unidade, falta uma sala específica para se fazer a triagem, isolando o paciente com a equipe de enfermagem para que haja maior interação entre as partes e subtração do constrangimento, pois esta é realizada na recepção. Nesta configuração, o constrangimento impede que flua a interação enfermeiro-usuário, porquanto não há a privacidade de desenvolver um diálogo mais profícuo devido à presença de outros usuários no local. Como a demanda é grande, o trabalho da triagem fica prejudicado, tanto pela alta procura quanto pela falta de um lugar reservado onde a equipe possa escutar o usuário e acolhê-lo de forma mais adequada.

Os pontos citados e que dizem respeito à triagem afetam o atendimento do paciente pelo médico, pois muitas questões podem ser solucionadas na triagem e não o são pela falta de treinamento da equipe em saber, por exemplo, se um caso é urgente ou não, se a enfermagem pode resolver dentro de seu escopo e o direcionamento correto dos pacientes.

Quanto aos NASFs que atuam no auxílio à “consolidação da Atenção Primária no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações” (BRASIL, 2011), são regulamentados pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, e, acredita-se que tanto este ponto observado quanto outros problemas encontrados na unidade de saúde, como a parte físico-estrutural, tocam diretamente no orçamento destinado à saúde.

Contudo, e de acordo com Ronzani e Silva (2008), um dos maiores problemas enfrentados pelas unidades básicas de saúde é a falta de infraestrutura qualificada que atenda com segurança, privacidade e satisfação os usuários, bem como a equipe que trabalha no local.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos desafios encontrados no acolhimento da rede de atenção primária, infere-se que falta ainda a essas unidades uma estratégia mais eficaz, treinamento e preparo da equipe atuante e o apoio informativo aos profissionais no que toca aos processos de mudanças que têm por objetivo dinamizar as atividades desenvolvidas dentro da ESF para atender de forma efetiva às necessidades dos usuários do sistema de saúde.

As dificuldades observadas são apenas a título de informação e análise dos serviços prestados no que tange ao acolhimento da ESF Bandeiras. A experiência de vivenciar os trabalhos na unidade mostrou que são muitos pontos a serem levantados e discutidos. Entretanto, os desafios levantados e percorridos neste estudo caracterizam-se como os mais proeminentes. O resultado, que é o

levantamento das questões a serem solucionadas, é de um trabalho inicial, visto que a ocorrência da pandemia afetou as análises por ter mudado o ritmo do atendimento do local. É um ponto de partida para futuros estudos a análise de outras questões recorrentes nas unidades de saúde básica, bem como proposições de caminhos para a resolução desses impasses.

REFERÊNCIAS

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, vol.21 no.5 Rio de Janeiro May 2016.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Artigo 196. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde. Saúde da família. Ministério da Saúde. 2ª edição. Brasília/DF, 2008.

BRASIL. Núcleo ampliado de saúde da família. Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

CAMPOS, G. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre os modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. Em E. E. Merhy & R. Onocko (Org.). *Agir em saúde* (pp. 229-266). São Paulo: Hucitec, 2009.

FERNANDES, J. C. L. A quem interessa a relação médico paciente? *Cad Saude Pública* 1993, v.9, n.1, 2007.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERTHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Universidade Estadual de Campinas. Cidade Universitária Zeferino Vaz, Campinas, SP 13083-970 Brasil, 1999.

MANGILLI, E. M.; GUIMARÃES, P. R. V.; PEREIRA, L. F.; ANGRON, L. L.; BONFANTI, M. D. P. Vivências e experiências da enfermagem na atenção básica. *Revista Iniciação Científica*, v. 12, Crissiuma, Santa Catarina. 2014.

MENDES, E. V. Agora mais do que nunca: uma revisão bibliográfica sobre Atenção Primária à Saúde. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. *Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados*. Brasília: CONASS, 2009. (Anexo II).

ROECKER, S.; NUNES, E. F. P. A.; MARCON, S. S.. O trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2013, vol.22, n.1, pp.157-165.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 1, p. 23-34, 2008.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.