



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO DO SUL  
PÓS GRADUAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA**

**DAIANE SANTOS OLIVEIRA**

**ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA: ESTRATÉGIAS PARA  
(RE) ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO**

Vera Cruz - Bahia  
2013

**DAIANE SANTOS OLIVEIRA**

**ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA: ESTRATÉGIAS PARA  
(RE) ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO**

Projeto de Intervenção apresentado à Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito para conclusão do curso de Pós Graduação a nível de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Adriane Pires Batiston

Vera Cruz - Bahia  
2013

*Dedico este trabalho aos usuários da Unidade de Saúde da Família de Coroa – Vera Cruz (BA) que foram os propulsores da ideia inicial e que são os principais merecedores de uma assistência acolhedora, integral e de qualidade.*

## AGRADECIMENTOS

A **Deus** por me oportunizar desenvolver este projeto, possibilitando que mesmo nas dificuldades encontrasse aprendizado.

A minha tutora, **Prof<sup>a</sup>. Adriane**, que com sua sensibilidade e competência, despertou em mim um olhar mais sensível e humanizado, não só para pesquisa, mas para a vida, com suas opiniões nos fóruns.

Ao **Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família** pela organização, colaboração, incentivo e apoio na minha formação discente de pós-graduação. E pelos temas tão enriquecedores, os quais também contribuíram para o meu amadurecimento durante o desenvolvimento do projeto.

A **Gestão da Secretaria de Saúde do município de Vera Cruz (BA) no papel de Alessandra, Yana, Leonardo** por terem incentivado a implantação do acolhimento na atenção básica e por terem confiado nos “provabianos” para realização dessa missão.

A **Equipe da Unidade de Saúde da Família de Coroa – Vera Cruz (BA)** por terem se esforçado em busca da melhoria na organização do serviço e pelas orientações e auxílio na elaboração de idéias extremamente importantes para conclusão deste projeto.

Aos **meus amigos de PROVAB e de coração Ana Paula e Leonardo** por terem compartilhado comigo seus conhecimentos, experiências, ideias, atenção, carinho e amor, contribuindo sempre com um olhar crítico na construção deste projeto.

Aos **Usuários da Unidade de Saúde da Família de Coroa – Vera Cruz (BA)**, que despertaram em mim a necessidade de realizar um projeto que visasse a melhoria no atendimento à uma população carente de atenção à saúde e que de todas as formas merecem um acolhimento, efetivamente, integral.

**E a todos que de alguma forma contribuíram para conclusão deste projeto tão enriquecedor.**

*Muito Obrigada!*

***“A humanização depende de mudanças das pessoas, da ênfase em valores ligados à defesa da vida, na possibilidade de ampliação do grau de desalienação e de transformar o trabalho em processo criativo e prazeroso”.***

GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS, 2005

## RESUMO

Este projeto teve como objetivo implantar estratégias para (re) organização da Unidade de Saúde da Família a fim de melhorar o acolhimento/ acesso dos usuários. Para tanto buscou-se descrever o processo de implantação das estratégias de acolhimento para melhoria do acesso; Discutir o acolhimento da demanda espontânea como forma de (re) organização do serviço e Identificar os fatores que influenciam a implantação do acolhimento no serviço. Trata-se de um projeto de intervenção, que utilizou como metodologia a educação permanente, com base em oficinas educativas com vistas a sensibilizar a comunidade e a equipe da unidade sobre a importância do acolhimento na (re) organização do serviço. Teve como sujeitos os trabalhadores da unidade de saúde e como cenário de estudo a Unidade de Saúde da Família de Coroa, localizada em Vera Cruz (BA). Dentre as estratégias implantadas destacou-se: **Sensibilização da equipe e da comunidade** através de oficina local para construção e (re) organização do processo de trabalho da equipe, oficina central com a equipe de enfermagem para discussão de fluxos assistenciais e palestras na sala de espera informando a comunidade sobre a nova organização da equipe para o acolhimento. **Adequação do processo de trabalho** através da definição de fluxos assistenciais para atendimento, escala de rodízio dos 'acolhedores' do dia e registro sistemático dos acolhimentos nos prontuários de todos os usuários atendidos. **Implantação de classificação de risco** através da utilização de protocolo com perguntas norteadoras na avaliação de classificação de risco e triagem clínica a demanda espontânea e agendamento qualificado. **Registro, monitoramento e análise dos dados** através de registro diário das queixas da demanda espontânea, para além do prontuário e sistematização e consolidação mensal dos dados. **Adaptação da estrutura física e materiais da USF** determinando local específico para o acolhimento e equipando a sala com os recursos materiais necessários. Concluiu-se que, no período de novembro e dezembro/2012 as estratégias para implantação do acolhimento foram realizadas de forma integral. Porém, os objetivos do Projeto de Intervenção não foram totalmente atingidos devido à continuidade das propostas perderem força com a redução da equipe de trabalho que liderava a linha de frente do acolhimento.

**PALAVRAS – CHAVE:** Acolhimento, Saúde da Família, Serviços de Saúde

## ABSTRACT

This project aimed to implement strategies to (re) organization of the Family Health Unit to improve the host / user access. Therefore we sought to describe the process of implementation of strategies to improve access to care; Discuss the host of spontaneous demand as a way to (re) organization of the service and identify factors that influence the deployment of the service host. This is an intervention project, which used as permanent education methodology, based on educational workshops aimed at sensitizing the community and staff about the importance of unity in the host (re) organization of the service. Was to subject the workers of the health care scenario and how the study of the Family Health Unit of the Crown, located in Vera Cruz (BA). Among the strategies deployed stood out: Sensitization of staff and the community through local workshop for construction and (re) organization of the work process of the team, central workshop with the nursing staff to discuss assistance flows and lectures in the waiting room informing the community about the new organization for the host team. Adequacy of the work process by defining flows care for service, scale rotation of the 'cozy' Day and systematic recording of acolhimentos the medical records of all users served. Deployment risk rating using a protocol with guiding questions in the assessment risk classification and clinical screening spontaneous demand and scheduling qualified. Registration, monitoring and data analysis through daily record of complaints of spontaneous, beyond the records and systematization and consolidation of monthly data. Adaptation of the physical structure and material of USF determining specific location for the reception and equipping the room with the necessary material resources. It was concluded that, between November and dezembro/2012 strategies for deployment of host were performed in full. However, the objectives of the Intervention Project were not fully achieved due to continuity of tenders losing leverage by reducing the team that led the front line of the host.

**Key Words:** User Embracement; Family Health, Health Services .

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Tabela 1:</b> Matriz de Acolhimento – USF Coroa, Vera Cruz – BA .....	24
<b>Figura 1:</b> Fluxograma do acolhimento à demanda espontânea .....	26
<b>Gráfico 1:</b> Resolutividade dos casos de demanda espontânea USF Coroa .....	30
<b>Gráfico 2:</b> Consolidado das queixas da demanda espontânea mês Nov/2012 e Dez/2012 .....	30



# SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	10
<b>2 ANÁLISE SITUACIONAL</b>	10
2.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO	11
2.2 ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE	12
2.2.1 Características da população	12
2.2.2 Características da unidade	13
<b>3 DESCRIÇÃO DO PROBLEMA</b>	15
3.1 CONTEXTUALIZANDO O ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA	16
<b>4 OBJETIVOS</b>	20
<b>5. ANÁLISE ESTRATÉGICA</b>	20
5.1 CARACTERIZAÇÃO DO PROJETO	21
5.2 SUJEITOS DA INTERVENÇÃO	23
5.3 PERCURSO DO PROJETO	23
5.1.1 Sensibilização da Equipe e Comunidade	25
5.1.2 Adequação do Processo de Trabalho	26
5.1.3 Implantação de Classificação De Risco (Triagem Clínica)	28
5.1.4 Registro, Monitoramento e Análise dos Dados	29
5.1.5 Adaptação da Estrutura Física e Materiais da USF	32
<b>6 ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA COMO FORMA DE (RE)ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO</b>	32
<b>7 FATORES DETERMINANTES NA IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO</b>	35
7.1 PERCEPÇÃO DAS ESTRATÉGIAS UTILIZADAS	36
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	38
<b>9 REFERÊNCIAS</b>	41
<b>ANEXOS</b>	43

## **1. INTRODUÇÃO**

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) surge no sentido de contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população.<sup>1</sup>

Para alcançar este objetivo, é necessário que a equipe exerça, além de outras atribuições, assistência integral aos usuários, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea.<sup>1</sup>

Nesse sentido, “acolher” os que procuram o serviço compreende ações interacionais, atos de receber e ouvir a população que procura os serviços de saúde, dando respostas adequadas a cada demanda, desde a recepção e o atendimento individual ou coletivo, até o encaminhamento externo, retorno e remarcação.

A luta pela consolidação desse ideal implica, essencialmente, na construção de estratégias inovadoras em saúde, a partir da gestão, do planejamento e do processo de trabalho organizado pelas necessidades reais dos usuários do serviço.

A iniciativa do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) corrobora com essa ideia de trazer uma (re) construção do processo de trabalho para ESF, pois além de pretender agregar valor àquele profissional que opta por atuar e adquirir experiência nesse nível tão importante da assistência, também promove um processo de aprendizado continuado e permanente ao profissional, através do curso de especialização em atenção básica em saúde da família.

## **2. ANÁLISE SITUACIONAL**

Atuar em saúde em uma comunidade requer caracterização da área, bem como uma compreensão da realidade de vida de sua população, de seu contexto histórico, social e político, que está permeado por diversos fatos, pois os fatos e acontecimentos

históricos de uma comunidade, assim como as lutas sociais do cenário de sua construção têm grandes significados e permitem a compreensão das questões socioeconômicas, culturais e ambientais que compõe a realidade de um povo, refletindo nos seus processos de saúde.

## **2.1 Caracterização do Município**

Localizado na Ilha de Itaparica – a maior ilha marítima do Brasil – o município de Vera Cruz, Bahia (BA) ocupa 87% da área da Ilha. Os registros históricos sobre a ilha destacam a vinda, em 1510, do navegador português Diogo Álvaro Corrêa, o Caramuru, que enamorado da índia tupinambá Paraguaçu, filha do cacique Taparica, casou-se com ela.<sup>2,3</sup>

Os índios Tupinambás foram os primeiros habitantes da ilha, daí a origem do seu nome. Conta uma das lendas que Itaparica vem do tupi e significa "cerca feita de pedras", por causa dos arrecifes que contornam toda a costa da ilha.<sup>3</sup>

A sua ocupação deu-se a partir de um pequeno núcleo de povoamento, fundado por jesuítas, na contra-costa em 1560, onde hoje se localiza a vila de Baiacu, então denominada como Vila do Senhor da Vera Cruz. Nesse período, foi nela iniciada a primeira plantação de cana-de-açúcar, assim como a cultura do trigo, tendo recebido os primeiros exemplares de gado bovino.<sup>3</sup>

Foi ainda em Baiacu, que aqueles religiosos fizeram erguer a primeira obra de engenharia hidráulica da colônia: uma barragem para o suprimento de água potável e serviços da povoação; e a primeira igreja da Ilha - segunda matriz do Brasil- sob as bênçãos do Nosso Senhor da Vera Cruz, daí a origem do nome do município.<sup>3</sup>

A riqueza gerada nesse curto espaço de tempo levou a que corsários ingleses atacassem a ilha já em 1597. Entre os anos de 1600 e 1647, foi invadida pelos holandeses. Durante a última destas invasões, os holandeses chegaram a construir um forte, denominado Forte de São Lourenço.<sup>3</sup>

Em 1763, Itaparica, que era a maior ilha da colônia, chamou a atenção da Coroa, e por conta disso, foi então incorporada aos seus bens.<sup>3</sup>

Os afamados estaleiros da Ilha de Itaparica eram também empório de construções navais da colônia: ali se armou a primeira quilha da Marinha de Guerra no Brasil. Nesta época, também existiam cinco destilarias de aguardente, além das fábricas de cal - nove, em meados do século XIX. Porém, a maior atividade econômica da ilha foi a pesca da baleia, sobretudo durante os séculos XVII e XVIII, por este fato, antes de chamar Itaparica era conhecida como Arraial da Ponta das Baleias. Neste período, antigos e belíssimos sobrados, existentes até hoje, hospedaram imperadores brasileiros como D. Pedro I e D. Pedro II.<sup>3</sup>

A ilha foi emancipada de Salvador em 8 de agosto de 1833, e elevada à categoria de cidade em 31 de julho de 1962. Posteriormente, o município foi desmembrado em dois: o de Itaparica e o de Vera Cruz, sendo esta criada pela lei estadual nº 1773, de 30/07/1962.<sup>3</sup>

O Município de Vera Cruz, considerado essencialmente urbano, é banhado pelas águas da Baía de Todos os Santos, e está localizado na Região Metropolitana de Salvador - BA. O turismo e lazer são seus principais atrativos naturais, que além das belíssimas praias, ainda tem rios que banham falésias; espelhos d'água que retratam o verde do manguezal; fontes de água potável à beira-mar; restinga de mata atlântica com trilha para o turismo de aventura.<sup>2</sup>

A cultura é retratada fortemente pelas festas religiosas com procissões marítimas e terrestres, como: a folia de reis, o bumba-meu-boi, a puxada de rede, o maculelê, a capoeira, as festas de largo, além do carnaval.<sup>2</sup>

Na culinária os vera-cruzenses figam os visitantes com o tempero que o Brasil herdou da África, mas com matéria prima nativa da cidade. Vivendo tipicamente da pesca, a maior parte da população se alimenta de frutos do mar: ostra, chumbinho, aratu, siri, caranguejo, sarnambi, polvo, lula, camarão, lagosta e os mais diversos tipos de peixes.<sup>2</sup>

## 2.2 ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

### 2.2.1 Características da População

Segundo dados do site Informações do Brasil, o município de Vera Cruz contava em 2010 com uma população residente de 37.567 habitantes. Tendo uma diferença discreta entre homens (18.722) e mulheres (18.845).<sup>4</sup>

A população vive essencialmente do comércio e da pesca, com 12.487 habitantes tendo rendimento de ¼ até 01 salário mínimo e 13.675 habitantes sem rendimento. Sua maioria (23.251 habitantes) se auto declara parda e vive na zona urbana. Outra característica importante é que apenas 11.749 habitantes vivem em domicílio particular permanente e 30.396 habitantes são alfabetizados.<sup>4</sup>

### 2.2.2 Características da Unidade

A Unidade de Saúde da Família (USF) de Coroa está localizada na rua principal deste bairro, sendo de fácil acesso aos usuários. Atende 913 famílias, distribuídas de forma discrepante entre 04 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), além da área descoberta.

- ACS 1: 309 famílias
- ACS 2: 200 famílias
- ACS 3: 251 famílias
- ACS 4: 153 famílias

Sua infraestrutura conta com 03 consultórios (um para médica, um para enfermeira e um para dentista), sala de vacina, sala de curativo, sala de esterilização/expurgo, farmácia, banheiro para funcionários, sanitário para usuários, almoxarifado, copa, além da recepção e sala de espera.

Em relação aos serviços disponíveis nesta unidade pode-se contar com atendimento odontológico, pré-natal, puericultura, planejamento familiar, realização de exame

ginecológico Papanicolau, atendimento de hipertensos e diabéticos, realização de curativos, vacinas e nebulização.

Atualmente, o serviço conta com uma equipe completa de atendimento composta por uma enfermeira, uma dentista, uma médica, uma auxiliar de saúde bucal, uma auxiliar farmacêutica, duas técnicas de enfermagem, quatro agentes comunitários, uma auxiliar de serviços gerais e um recepcionista. Todos estes profissionais cumprem a carga horária de 40 horas semanais.

A recepção da unidade funciona como primeira alternativa do usuário no agendamento de consultas e no atendimento de urgência. Existe uma agenda para enfermeira, uma para médica e uma para dentista separada por consultas de acordo com o dia da semana. Este agendamento é feito todos os dias, por isso o usuário não necessita enfrentar filas para realizar marcação de consultas.

Nesta unidade, pode-se contar também com a coleta de exames laboratoriais dos mais simples, como hemograma, sumário de urina e parasitológico de fezes aos mais complexos como VDRL. A dificuldade na dinamização desses exames é o prazo para entrega dos resultados, que muitas vezes é demorado.

Faz-se também agendamento na própria unidade de exames complementares como eletrocardiograma, raio X de todas as partes do corpo, ultrassonografia transvaginal, obstétrica e abdômen total, além de agendamento para especialidades médicas como pneumologista, ortopedista, cardiologista, oftalmologista. As demais especialidades são encaminhadas para Central de Regulação da Secretária de Saúde do Município.

Existe habilitação no processo de referência para Unidade de Pronto Atendimento do município e o hospital do município vizinho, porém a contra referência raramente é feita, o que torna a resolutividade das necessidades existentes muitas vezes deficiente, pois quando estes serviços são solicitados a unidade básica não tem o retorno do que foi feito realmente com o usuário.

Apesar de existir um turno da semana destinado a atividades educativas na agenda da enfermeira, da médica e dentista, raramente essas atividades são realizadas, pois segundo estas a demanda da unidade as sobrecarrega, impedindo-as de exercer essa função, então há uma precariedade no que diz respeito a atividades de educação permanente tanto dos profissionais como dos usuários.

O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma das ações interdisciplinares que a unidade aderiu. Hoje, Vera Cruz vem caminhando para se tornar um dos primeiros municípios na Bahia a realizar os projetos de integração entre saúde e escola. Já foram feitas avaliação antropométrica dos alunos, avaliação dos cartões vacinais e a próxima etapa é a detecção precoce de hipertensão arterial.

Uma dificuldade apontada é a falta de carro disponível para realização de visita domiciliar semanal, como a área é extensa é necessário o suporte de um veículo para o deslocamento unidade-casa.

O acolhimento aos usuários que procuram esta unidade encontra-se, essencialmente, deficiente. O tumulto na unidade se inicia quando se abrem as portas, e a maioria dessas pessoas não estão agendadas para consulta no dia, muitos são encaminhados para consulta médica ou de enfermagem em caráter de urgência sem ter realmente essa necessidade, outros querem apenas uma informação e esperam horas para recebê-la. A falta de um fluxo estabelecido no sentido de triar o que pode ser atendido no momento e o que pode ser agendado para outro dia deixa o serviço desorganizado e conseqüentemente o processo de integralidade precário.

### **3. DESCRIÇÃO DO PROBLEMA**

A partir de um Seminário de Atenção Básica realizado neste município, onde participaram todos os profissionais deste setor, foi verificada uma deficiência no acolhimento aos usuários nas USF, inclusive na Unidade de Coroa, na qual este projeto foi desenvolvido.

Neste sentido, foram listados os principais problemas que devem ser solucionados para melhoria e ampliação do acesso aos serviços:

- O acolhimento tem a escuta pouco qualificada, sem privacidade aos usuários, duração reduzida e em tempo não integral.
- Pouco reconhecimento dos profissionais sobre estratégias para implantação efetiva do acolhimento.

- Demanda espontânea sem fluxo e sem protocolos bem estabelecidos para avaliação e classificação de risco.
- Os dados da demanda espontânea não são sistematizados para reorientar diagnóstico situacional e planejamento local.
- Estrutura física pouco adequada para acolher demandas espontâneas.

Apesar da expansão das USF e das equipes de saúde da família no município, não se consegue assegurar o acesso com eficácia e atender às necessidades dos cidadãos. Entretanto, constatar o problema não é suficiente para imprimir as mudanças necessárias, é preciso empenhar-se na construção de estratégias que promovam as mudanças no cotidiano dos serviços.

Por isso, faz-se necessário a adoção de novas práticas, com o desenvolvimento de habilidades, capacidades e competências gerenciais, técnicas e de relacionamento, exigindo ampla mobilização dos profissionais de saúde, dos gestores e da sociedade civil para viabilizar o acesso, com equidade e solidariedade, através do acolhimento dos cidadãos.<sup>5</sup>

### 3.1 CONTEXTUALIZANDO O ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA

O acolhimento ainda é visto como uma postura, atitude e tecnologia de cuidado, pois aparece nos modos de escutas e filtros, nas maneiras de lidar com o não previsto, nos modos de construção de vínculos, nas formas de sensibilidade do trabalhador, num certo posicionamento ético situacional, que influencia fortemente, inclusive, o modo de agenciamento de tecnologias leve-duras e duras.<sup>6</sup>

A cartilha do Programa Nacional de Humanização<sup>7</sup> traz algumas sugestões e reflexões sobre a implantação do acolhimento nos serviços de saúde, dentre elas se destaca a participação essencial dos profissionais e usuários do serviço:



É necessário desenvolver a implantação do acolhimento com a participação dos trabalhadores da unidade e dos usuários, com múltiplos espaços de discussão e pactuação dessa inovação no processo de trabalho, mediante reuniões internas da equipe, reuniões com usuários nas salas de espera, informação à comunidade e, principalmente, com o estabelecimento de rotinas de encontros, para avaliar e adequar a implementação, considerando-se a carga horária e a escala da equipe.

O acolhimento fundamenta-se em três elementos básicos: acessibilidade, atendimento e humanização. A acessibilidade é o elemento estrutural do acolhimento e engloba a disponibilidade, comodidade, custo e aceitabilidade do serviço pelo usuário, considerando barreiras físicas, disponibilidade de horários que atendam as necessidades dos usuários. O atendimento é o elemento processual e implica em resolutividade e responsabilidade da equipe e de cada profissional em sua área de atuação, depende do conhecimento do problema pelo profissional, da qualidade da atenção prestada e da co-responsabilização do usuário. A humanização é o elemento que permitirá a real efetivação do vínculo entre profissionais, usuários e comunidade, tornando as unidades ambientes mais acolhedores.<sup>5</sup>

A garantia de acesso ao serviço de saúde para os usuários representa a responsabilidade do serviço para com suas necessidades de saúde. Sem o acolhimento, o serviço não poderá garantir nem o acesso nem as prioridades de atendimento. Quando o usuário sente a necessidade de atendimento mais rápido, muitas vezes esta não está expressa fisicamente.<sup>8</sup> Neste caso, somente com a escuta desse usuário é que se poderá saber de suas necessidades.

Corroborando com esse entendimento, faz – se necessário avaliar os riscos e a vulnerabilidade, o que implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, pois muitas vezes o usuário que chega andando, sem sinais visíveis de problemas físicos, mas muito angustiado, pode estar mais necessitado de atendimento e com maior grau de risco e vulnerabilidade do que outros pacientes aparentemente mais necessitados.<sup>7</sup>

Para implantar práticas e processos de acolhimento visando a melhorar a acessibilidade do usuário e a escuta dos profissionais, não são suficientes ações normativas, burocráticas nem discursivas. Assumir efetivamente o acolhimento como diretriz é um processo que demanda transformações intensas na maneira de funcionar a atenção básica. Isso requer um conjunto de ações articuladas, envolvendo usuários, trabalhadores e gestores, pois a implantação do acolhimento dificilmente se dá apenas a partir da vontade de um ator isolado.<sup>6</sup>

A idéia de acolhimento nos serviços de saúde é heterogênea, assim como o próprio SUS, e tem acúmulos positivos e negativos. Tradicionalmente, a noção de acolhimento ora é identificada como uma triagem administrativa e repasse de encaminhamentos, ora é restrita a recepção e, muitas vezes, é feita isoladamente dos processos de trabalho em saúde.<sup>7</sup>

Nesse sentido, o trabalho em saúde deve se comprometer em incorporar mais tecnologias leves que se materializam em práticas relacionais, como, por exemplo, vínculo, escuta qualificada e integralidade.

É válido enfatizar que, ao se trabalhar com a tecnologia das relações durante o atendimento, o acolhimento constitui-se como uma das primeiras ações a ser desenvolvida por toda a equipe no momento de receber o usuário na unidade de saúde.<sup>8</sup>

O Programa Nacional de Humanização conceitua o acolhimento como a 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.<sup>9</sup>

Acredita-se que, no acolhimento à demanda espontânea nas Unidades de Atenção Básica o que importa não é a busca pela definição correta ou verdadeira de acolhimento, mas a clareza e explicitação da noção de acolhimento que é adotada ou assumida situacionalmente por atores concretos, revelando perspectivas e intencionalidades, sendo assim, 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.<sup>6</sup>

A prática do acolhimento fundamenta-se no trabalho integrado, e, portanto, não deve ser entendido como um procedimento isolado realizado pela enfermagem ou por parte da equipe. Sendo assim, acolher não é considerado tarefa fácil, uma vez que implica a mudança da cultura organizacional, resultando na quebra das barreiras ao acesso, na agilização do atendimento e na responsabilização por parte das equipes.<sup>5</sup>

O acesso por meio do acolhimento deve ser sentido, vivido e integrado ao cotidiano das unidades de saúde. Portanto, é preciso apreender, consentir e intuir que esse atendimento é inerente a cada profissional de saúde, que se tornam integrante do processo de construção da saúde.<sup>8</sup>

Um estudo realizado por Souza, et al. (2008)<sup>10</sup> teve como um dos objetivos analisar a percepção de usuários e profissionais de saúde, tendo como referência o acolhimento desenvolvido em unidades de saúde da família de capitais do Nordeste brasileiro. Neste estudo identificou-se que, para os profissionais de saúde o acolhimento aparece como um elemento importante para organizar a demanda e o processo de trabalho, mas exige muito esforço e dedicação profissional. Já com os usuários percebeu-se descontentamento com a forma de agendamento na unidade, reclamações com a acolhida na recepção – insatisfação pelo fato de não atendimento médico imediato, melhor organização de filas, modos diferentes de trato por diferentes profissionais.

Ressalta-se, portanto, a importância da qualificação do acesso, incluindo aspectos da organização e da dinâmica do processo de trabalho, considerando a contribuição e a importância de análises de vários aspectos.

O acolhimento modifica a lógica do atendimento, por ordem de chegada, na fila de espera da unidade de saúde, por um processo de identificação da clientela em situação de emergência ou de maior risco, priorizando-a para atendimento imediato, procurando, assim, diminuir a possibilidade de agravamento. Viabiliza também o atendimento das demais pessoas de forma organizada e racional, através da atenção agendada e programada.<sup>5</sup>

A literatura aqui visitada reforça a importância do acesso e do acolhimento como categorias potentes para o planejamento, organização e produção de ações nos

serviços de saúde. Nesse sentido, é fundamental a avaliação de estratégias na implementação do acolhimento na ESF, a fim de configurar elementos centrais de qualificação da atenção à saúde, sobretudo no contexto atual de sua expansão e reestruturação.

Com base nesse entendimento, despertou-se o desejo em realizar um projeto de intervenção com base no acolhimento, contemplando as estratégias de (re) organização do serviço para melhoria do acesso aos usuários, a partir da vivência como enfermeira na USF de Coroa – Vera Cruz (BA).

Essa experiência suscitou uma reflexão das ações estratégicas para melhoria do acolhimento como um instrumento valioso no atendimento das necessidades de acesso à saúde da população e para conscientização dos funcionários na evolução da assistência

A justificativa para a escolha de tal tema deve-se à relevância e magnitude do processo de acolhimento aos usuários das unidades de atenção básica e as suas possíveis repercussões na integralidade da assistência.

Apesar da existência de muitos estudos relacionados ao acolhimento na atenção básica, ainda são poucos os quais descrevem o processo de implantação de estratégias de acolhimento, na prática, a fim de melhorar a (re) organização do serviço, interligado com a perspectiva de repensar a assistência. Além disso, espera-se que, como este projeto, outros sejam desenvolvidos, com o intuito de construir práticas diferenciadas de atenção a saúde.

Para tanto, faz-se o seguinte questionamento: Quais as estratégias implantadas para (re) organização do serviço a fim de melhorar o acolhimento/acesso dos usuários na USF de Coroa – Vera Cruz (BA).

#### **4. OBJETIVOS**

Como objetivo geral deste projeto pretendeu-se implantar estratégias para (re) organização do serviço a fim de melhorar o acolhimento/acesso dos usuários na Unidade de Saúde da Família de Coroa – Vera Cruz (BA). E como objetivos

específicos: Descrever o processo de implantação das estratégias de acolhimento para melhoria do acesso; Discutir o acolhimento da demanda espontânea como forma de (re) organização do serviço; Identificar os fatores que influenciam de forma positiva e negativa na implantação das estratégias do acolhimento na (re) organização do serviço.

## **5. ANÁLISE ESTRATÉGICA**

### **5.1 CARACTERIZAÇÃO DO PROJETO**

Trata-se de um projeto de intervenção, realizado na USF de Coroa, situada no município de Vera Cruz (BA). Cujas metodologias escolhidas serão Educação Permanente, utilizando oficinas educativas com vistas a sensibilizar a comunidade e a equipe de saúde da família da Unidade de Coroa sobre a importância do acolhimento na (re) organização do serviço na atenção básica.

A Diretoria de Atenção à Saúde (DAS) do município de Vera Cruz (BA) visualizou, primeiramente, a necessidade de implantação do acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde, a partir dos olhares dos próprios profissionais no II Seminário de Atenção Básica que aconteceu em setembro de 2011.

A partir daí, foram realizadas oficinas de adesão e autoavaliação para implementação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ), reuniões com enfermeiras, técnicas de enfermagem e odontólogos, além de oficinas de discussão para apresentar a matriz de intervenção municipal, para assim pactuar o fluxo de acolhimento em cada USF.

Porém, com a inserção do PROVAB no município, os enfermeiros alocados foram estimulados e desafiados a implantar o acolhimento nas unidades.

Com a aproximação da USF de Coroa, foi possível perceber uma grande deficiência na organização do processo de trabalho da equipe referente ao acolhimento dos usuários, pois a equipe ainda não havia implantado as propostas sugeridas para

qualidade no atendimento, devido tanto à fragmentação da equipe, quanto à falta de um profissional que liderasse a pactuação das metas.

A partir desta análise, a implantação do acolhimento na unidade se deu com o aprofundamento da matriz de intervenção que abrangeu cinco etapas básicas.

- **Sensibilização da equipe e da comunidade:** Inicialmente priorizou-se oficinas com toda a equipe para construção e (re) organização do processo de trabalho da equipe. Foi realizada também oficina central com a equipe de enfermagem para discussão de fluxos assistenciais e, posteriormente, foi realizada na sala de espera da unidade palestras para os usuários a fim de esclarecer as estratégias para mudança no atendimento à demanda espontânea.
- **Adequação do processo de trabalho:** Como acordado na oficina central, estabeleceu-se ações para melhoria do fluxo assistencial no atendimento, assim como a escala de rodízio dos 'acolhedores do dia'. Ainda no sentido de adequar o processo de trabalho às mudanças referentes ao acolhimento, todos os usuários atendidos teriam de ter registro em prontuário no que diz respeito à conduta adotada.
- **Implantação de classificação de risco:** Com o intuito de adequar a equipe ao novo processo de trabalho, também foi utilizado um protocolo com perguntas norteadoras que ajudaram a decisão do acolhedor na avaliação de classificação de risco. Com esta estratégia, foi posto em prática a triagem clínica a demanda espontânea que direcionava os casos mais graves para atendimento e os demais eram agendados para outro dia.
- **Registro, monitoramento e análise dos dados:** Para que as estratégias da implantação do acolhimento ganhassem visibilidade, foi elaborado um livro ata onde todos os usuários atendidos eram registrados neste documento que descrevia a queixa e a conduta que foi adotada para cada caso. No final do mês a sistematização dos dados foi consolidada e foi feita a análise das queixas e condutas.

- **Adaptação da estrutura física e materiais da USF:** Quando se fala em acolher, pensa-se em ambiente confortável e privado para o usuário expor suas queixas, porém nem sempre a estrutura da unidade é condizente com o preconizado. Na USF Coroa tentou-se adaptar a estrutura física da unidade a fim de preservar a intimidade do usuário e conseguir materiais necessários para realização de triagem clínica.

Neste sentido, este projeto teve como centralidade a implantação efetiva de estratégias para a (re) organização do serviço a fim de estabelecer novos fluxos e novos papéis à rotina do serviço.

As estratégias foram implementadas a fim de utilizar a escuta ampliada do motivo da procura ao serviço, levando em conta o contexto em que o usuário está inserido, identificar o problema ou necessidade apresentados e assim garantir a assistência, estabelecendo-se prioridades no atendimento, de acordo com a gravidade do caso. Outro parâmetro utilizado foi a oferta de soluções possíveis, que visaram agilizar o serviço, buscando-se eliminar as filas e diminuir o tempo de espera do usuário.

## 5.2 SUJEITOS DA INTERVENÇÃO

Para execução do presente projeto, os sujeitos foram os trabalhadores da Unidade de Saúde, em especial a equipe de enfermagem, contemplando as duas técnicas de enfermagem e as duas enfermeiras. Também foram sujeitos ativos nesse processo o recepcionista, os ACS, a médica, a dentista, a auxiliar de saúde bucal, a auxiliar da farmácia e a auxiliar de serviços gerais, além da DAS no papel da gestão.

## 5.3 PERCURSO DO PROJETO

Na USF de Coroa, o serviço de atenção primária ainda se baseia na queixa do usuário e está voltado para a doença, dando ênfase às ações curativas. A partir da

iniciativa da Coordenação de Atenção Básica do município em criar uma matriz de intervenção (Tabela 1) para melhoria do acolhimento, foi possível iniciar as propostas para implantação de estratégias que vieram tanto com o intuito de valorizar as ações de promoção à saúde, como trazer um impacto positivo no processo de trabalho da equipe e na organização do serviço.

Tabela 1 - Matriz de Acolhimento – USF Coroa, Vera Cruz – BA.

Situação/Problema	Metas	Ações estratégicas
O acolhimento realizado tem a escuta pouco qualificada e acontece em tempo não integral	Sensibilização, adesão e compreensão pela equipe de trabalhadores da atenção básica sobre a importância da implantação do acolhimento, garantindo assim melhoria de acesso aos usuários e resolutividade das ações em saúde.  Sensibilização da comunidade	- Oficina local para construção e (re) organização do processo de trabalho da equipe. - Oficina central com a equipe de enfermagem para discussão de fluxos assistenciais. - Palestras na sala de espera informando a comunidade sobre a nova organização da equipe para o acolhimento.
Pouco conhecimento geral sobre estratégias para implantação efetiva do acolhimento.	Adequação do processo de trabalho da equipe técnica para a implantação efetiva do acolhimento	- Definição de fluxos assistenciais para atendimento. - Escala de rodízio dos 'acolhedores' do dia. - Registro sistemático dos acolhimentos nos prontuários de todos os usuários acolhidos.
Demanda espontânea sem fluxos e protocolos bem estabelecidos para avaliação de riscos	Implantação de classificação de risco (triagem clínica) e vulnerabilidade na sala de acolhimento	- Utilização de protocolo com perguntas norteadoras que oriente a decisão do acolhedor na avaliação de classificação de risco. - Triagem clínica a demanda espontânea e agendamento qualificado.
Os dados da demanda espontânea não são sistematizados para reorientar diagnóstico situacional e planejamento local	Monitorização, registro e análise dos dados do acolhimento/urgência e emergência, referentes à demanda espontânea;	- Registro diário das queixas da demanda espontânea, para além do prontuário. - Sistematização e consolidação mensal dos dados.
Estrutura física pouco adequada para acolher as	Adaptação da estrutura	- Determinar sala específica para o



demandas espontâneas	física e materiais da unidade para implantar o acolhimento, em espaço sigiloso, favorecendo a privacidade e qualidade da escuta;	acolhimento, consultório disponível, sala de procedimentos ou outra. - Equipar a sala com os recursos materiais necessários.
----------------------	--	---

Fonte: Coordenação de Atenção Básica da SAMUSA, Vera Cruz, BA.

A seguir serão explicitadas as ações estratégicas que foram colocadas como prioridades na implantação do acolhimento na USF de Coroa.

### 5.3.1 Sensibilização da equipe e comunidade

Inicialmente, para efetivar o acolhimento dentro da unidade, foi discutido com todos os profissionais de saúde, em reunião de equipe no dia 10 de outubro de 2012 o tema “Atenção Primária à Saúde”, seu conceito, suas funções básicas e os princípios que a norteiam.

Posteriormente, houve uma exposição dialogada voltada para o tema “Acolhimento”, discutindo conceitos, objetivos, seus elementos e a construção da matriz para implantação das principais estratégias. Neste momento, cada tópico da matriz foi detalhado e fundamentado na responsabilidade que cada um da equipe tem de exercer.

Entende-se que, os profissionais devem ser eminentemente ativos e participativos, por que se não estimulados à reflexão, provavelmente não terão a oportunidade de atuarem sobre o seu processo de trabalho e transformá-lo<sup>11</sup>, desta forma, para cumprir com os objetivos propostos pelo projeto deste trabalho, realizou-se uma oficina, para além da apresentação da matriz de intervenção.

Esta oficina aconteceu no dia 24 de outubro de 2012, contou com a participação de três trabalhadores da área de enfermagem da unidade (02 técnicas de enfermagem e 01 enfermeira) e teve como facilitadora a enfermeira do PROVAB. Na ocasião, foram discutidos como poderia ser elaborado um fluxograma para atendimento de acordo com os critérios de classificação de risco.

Os profissionais colocaram em uma folha de papel como eles gostariam que fosse o fluxo para aqueles usuários da demanda espontânea. Em seguida, cada um apresentou o seu fluxograma e, posteriormente, a facilitadora sistematizou as discussões do grupo para construção de um único fluxograma (Figura 1).

Quanto à estratégia para informar a comunidade sobre a nova organização da equipe para realização do acolhimento, foram realizadas palestras na sala de espera durante 2 semanas seguidas – 30 de outubro a 09 de novembro de 2012 – de terça a sexta no início do período matutino. Estas datas foram escolhidas, em função da presença do profissional médico na unidade e, portanto, a quantidade de pessoas é significativamente maior.

Após estes momentos, a informação sobre como aconteceria o acolhimento na unidade ganhou força na voz dos ACS, recepcionista, consultas individuais de enfermagem, médica e odontológica e equipe como um todo.

Durante as reuniões de equipe nos meses de novembro e dezembro foram discutidos o processo de implantação do acolhimento, as dificuldades e facilidades, a acessibilidade e formas de aumentar a interação com o usuário neste contexto.

### **5.3.2 Adequação do processo de trabalho**

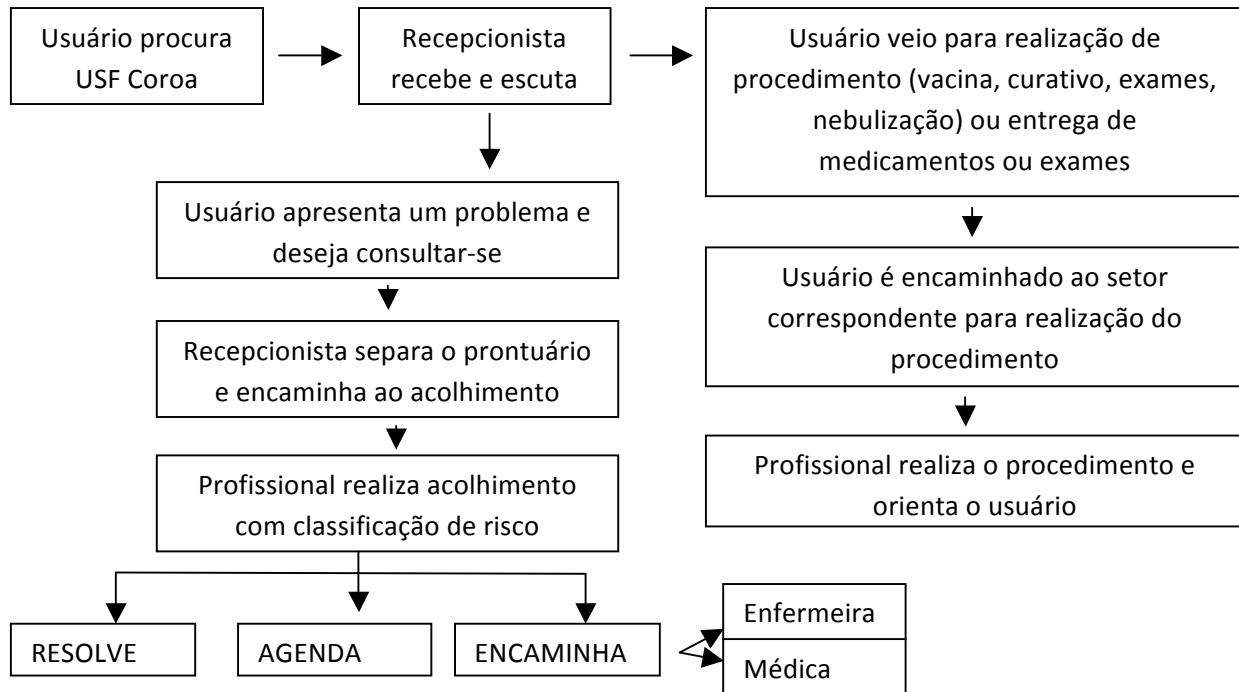
Como descrito anteriormente, a partir da reunião central com a equipe de enfermagem foi elaborado um fluxograma do acolhimento à demanda espontânea.

Este fluxograma foi fixado na entrada da unidade e faz parte de uma das estratégias para melhorar a identificação visual do local, pois ao longo da implantação do acolhimento foi percebido que muitos usuários não sabiam o que era o acolhimento e nem perguntavam.

Assim, em consonância com a Coordenação da Atenção Básica foi colocado um banner com os procedimentos realizados na unidade e seu horário de funcionamento (anexo 1), outro banner com a agenda programada da enfermeira, dentista e médica, assim como, os nomes de todos os profissionais da unidade e suas respectivas funções (anexo 2), e a identificação das salas em todas as portas da unidade (anexos 3, 4 e 5).

Ainda de acordo com o fluxograma, as informações dos usuários acolhidos deveriam ser registradas em prontuário, daí a importância de se ter uma equipe interdisciplinar, para além dos profissionais que estão diretamente ligados a área de saúde.

Figura 1: Fluxograma do acolhimento à demanda espontânea.



Na reunião central também foi determinada a escala “rodízio” de profissionais de enfermagem na implantação do acolhimento. Como, atualmente, a unidade conta com 02 enfermeiras e 02 técnicas de enfermagem, foi estabelecido um dia da semana fixo para cada uma e somente a sexta-feira funcionava como uma forma de revezamento, ou seja, uma vez no mês uma técnica de enfermagem ou enfermeira permanecia duas vezes na semana no espaço reservado ao acolhimento.

Vale lembrar, que na ausência do ‘acolhedor’ do dia, o outro profissional da mesma categoria assumia a função. O estabelecimento de profissionais de enfermagem para assumir a ponta do acolhimento foi determinado pelo conhecimento técnico que estas possuem na área, porém esta decisão não impede que os outros profissionais da unidade, também possam assumir essa função de ‘acolhedor’ com classificação de risco.

Por exemplo, sinais evidentes de maior risco ou sofrimento podem ser identificados/percebidos também pelos trabalhadores da recepção, que devem ter a possibilidade de contato direto com as pessoas que estão realizando a primeira escuta do acolhimento, facilitando a priorização desses casos. Em outras situações, os ACS, além de perceberem o risco, podem ter contribuição muito valiosa na avaliação da vulnerabilidade<sup>6</sup>.

### **5.3.3 Implantação de classificação de risco (Triagem Clínica)**

A criação/adoção de protocolo de estratificação de risco e vulnerabilidade torna-se necessária para orientar a decisão do 'acolhedor'. Para isso, é fundamental utilizar a estratégia de escuta ampliada do motivo da procura ao serviço, identificando problemas e necessidade de saúde, assim como oferecer soluções possíveis, com segurança para o usuário, agilidade para o serviço, buscando eliminar filas, e uso racional dos recursos disponíveis.

Um dos objetivos da classificação de risco é estabelecer prioridade no atendimento ao usuário, de acordo com a gravidade do caso. Nesse sentido, o protocolo de classificação de risco, no papel do braço técnico do acolhimento, a ser realizado pela equipe de enfermagem, possui questões norteadoras que devem ser sempre anotadas em prontuário:

**1. Queixa principal e duração:**

- a. O que motiva o usuário a procurar atendimento?
- b. Há quanto tempo está com essa queixa?

**2. Questões associadas:**

- a. É a primeira vez que ocorre?
- b. Tomou algum medicamento?
- c. Verificar sintomas associados, numerar episódios.
- d. Possui alguma condição mórbida?

**3. Avaliação geral:**

- a. **Estado geral:** Bom, regular ou ruim? Estado de consciência (confuso, acelerado, lentificado). Especial atenção com recém-nascidos e crianças hipoativas.
  - b. **Verificar sinais vitais:** Frequência cardíaca, respiratória, pressão arterial. Se necessário, temperatura axilar, peso e glicemia capilar.
4. **Complementos:** Solicitar exames e receitas, se o usuário possuir.

Algumas observações devem ser consideradas no momento do acolhimento:

- Crianças menores de 03 meses, desnutridas, com baixo peso ao nascer ou prematuros sempre serão avaliados por médico ou enfermeiro, se não for possível imediatamente, agendar consulta com prioridade;
- O paciente portador de alguma condição crônica jamais deve ficar sem medicação, caso o médico não esteja presente a enfermeira deverá ser chamada;
- Nunca dispensar na recepção um usuário com traumatismo ou ferimento leve, o usuário deve ser levado à sala de procedimento para realização de curativo e orientações;
- Verificar situação vacinal de todas as crianças e gestantes, assim como questionar todos os usuários sobre sua situação vacinal;
- Todos os usuários devem ser questionados pelo motivo da sua espera, muitos aguardam por uma simples informação.
- Crianças ou adultos faltosos aos programas, que não serão atendidos no mesmo dia ou agendados para data posterior, anotar e encaminhar prontuário para enfermeira.

No caso do agendamento qualificado, o usuário que chega a unidade, e tem a sua queixa pautada em algo não emergencial, é encaminhado à recepção para agendar consulta com a enfermeira ou com a médica em dia específico para cada programa.

Esta percepção ampliada e o vínculo entre profissional e indivíduo só é possível quando se estabelece entre eles uma postura solidária e respeitável de um para com o

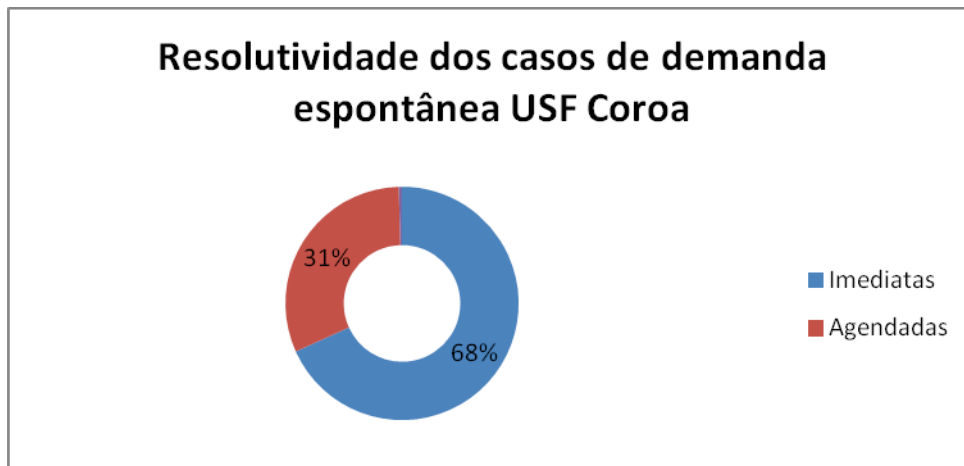
outro, valorizando-se enquanto seres humanos. Esta discussão na USF de Coroa foi importante para definição das responsabilidades de toda equipe em relação ao acolhimento.

### 5.3.4 Registro, monitoramento e análise dos dados

Além das anotações em prontuário, diariamente o ‘acolhedor’ registra as queixas da demanda espontânea em livro ata. Neste registro contém o nome, idade, queixa e resolutividade do caso, que é avaliado de forma semanal nas reuniões de equipe e mensalmente através da sistematização e consolidação dos dados.

Os dados da demanda espontânea foram anotados e contabilizados no mês de novembro/2012 e dezembro/2012. A resolutividade dos casos foi analisada a partir dos registros no livro ata: Imediata – 181 atendimentos / Agendada – 83 atendimentos (Gráfico 1).

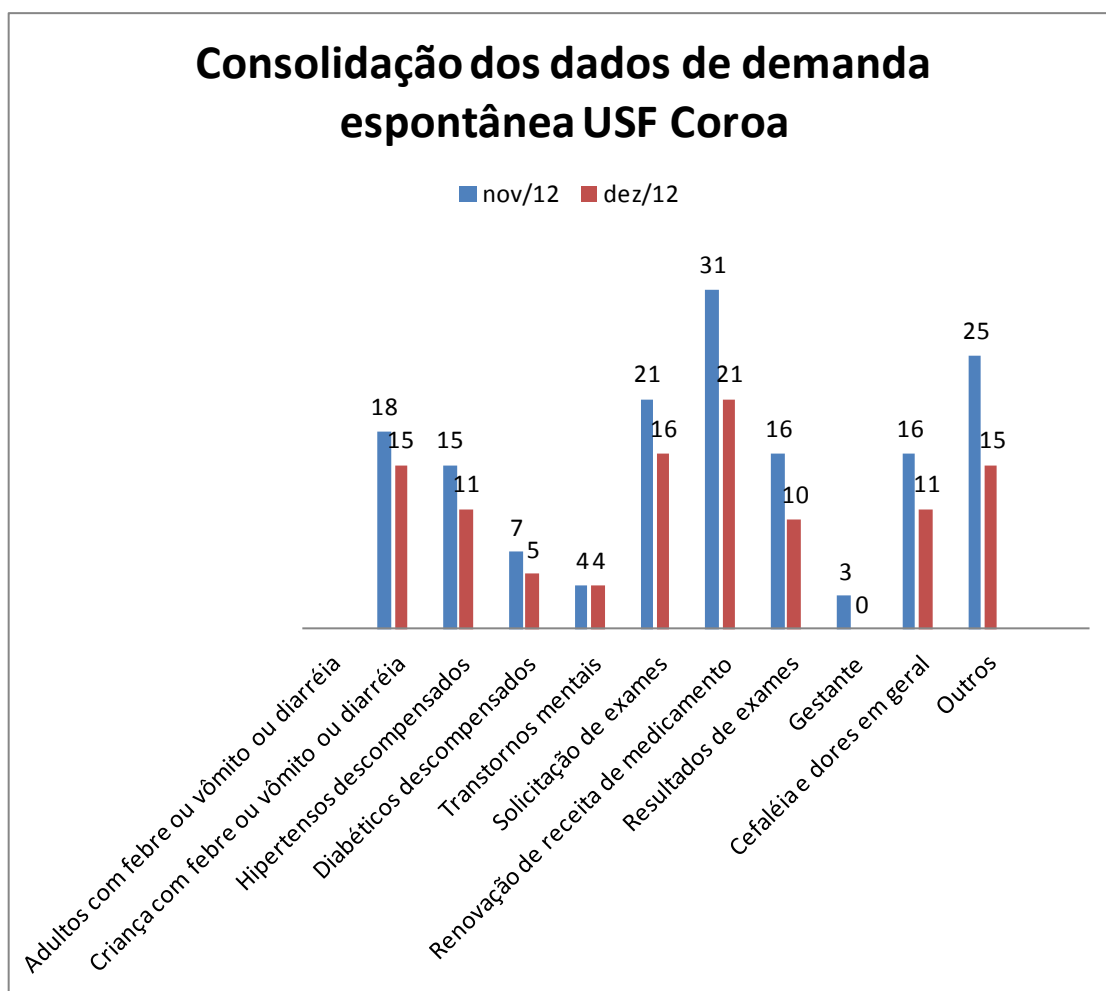
Gráfico 1 - Resolutividade dos casos de demanda espontânea USF Coroa.



Fonte: Própria

Encontram-se listadas no gráfico abaixo as principais queixas apresentadas pelos usuários (gráfico 2).

Gráfico 2 - Consolidado das queixas da demanda espontânea mês Nov/2012 e Dez/2012.



Fonte: Própria

No total foram 264 atendimentos a demanda espontânea, sendo 156 em novembro de 2012 e 108 em dezembro de 2012. Nota-se que todas as categorias de queixas

demandadas em dezembro/2012 têm menor proporção que em novembro/2012, isto pode ser devido ao recesso de festas no final do ano.

Das demandas resolvidas de maneira imediata, 105 usuários foram atendidos pela médica da unidade, 33 foram encaminhados para UPA do município e 43 tiveram intervenção da enfermeira.

O objetivo de realizar os registros é de conhecer o perfil da demanda espontânea local, para que haja um direcionamento pré estabelecido para cada tipo de situação. Os registros também são fonte de discussão nas reuniões de equipe, pois nem sempre a conduta de um profissional é a ideal para tal condição.

Portanto, faz-se necessário, além do diálogo com a equipe, que os trabalhadores compreendam as angústias e os diferentes critérios de urgência construídos legitimamente por parte dos usuários e que os usuários compreendam o esforço dos trabalhadores em organizar o acesso de modo a garantir a melhor qualidade no cuidado a todos<sup>6</sup>.

### **5.3.5 Adaptação da estrutura física e materiais da USF**

Ao implantar o acolhimento o profissional deve escutar a queixa, os medos e as expectativas, identificar os riscos e a vulnerabilidade, acolhendo também a avaliação do próprio usuário, e se responsabilizar para dar uma resposta ao problema<sup>3</sup>. Nesse sentido, faz-se necessário um local que transmita conforto e que o usuário possa se sentir seguro em expor seus problemas com privacidade.

Infelizmente, a USF Coroa não tem estrutura física adequada para realização do acolhimento. Atualmente, a abordagem está sendo feita em um local mais reservado da sala de espera, pois não existe nenhuma sala disponível para sua implementação (anexo 6). Quanto aos recursos disponíveis, contamos com uma mesa, duas cadeiras, balança, tensiômetro, estetoscópio, termômetro, livro ata para registro. No local foi colocado uma identificação para com o nome “Acolhimento”.



No dia a dia das unidades de saúde, as equipes devem se preparar para utilizar a sua infraestrutura de forma criativa, garantindo os pressupostos do acolhimento, adequado as realidades locais<sup>12</sup>.

## **6. Acolhimento à Demanda Espontânea como forma de (re) organização do Serviço**

O acolhimento é mais do que uma triagem qualificada ou uma 'escuta interessada', pressupõe um conjunto formado por atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções resolutivas para seu enfrentamento, ampliando a capacidade da equipe de saúde em responder as demandas dos usuários, reduzindo a centralidade das consultas médicas e melhor utilizando o potencial dos demais profissionais<sup>13</sup>.

Na USF de Coroa, o enfermeiro ou técnico de enfermagem da equipe ficam na linha de frente do acolhimento, atendendo os usuários que chegam por demanda espontânea de todas as microáreas da localidade. Essencialmente, um médico e uma enfermeira ficam na retaguarda do acolhimento, porém nem sempre se têm os dois profissionais presentes na unidade.

Neste caso, a necessidade de implantar estratégias de acolhimento à demanda espontânea exigiu da equipe conhecer uma visão mais ampliada de saúde, pois ao perceber as peculiaridades de cada situação, buscava-se gerenciar os tipos de recursos às tecnologias disponíveis.

Com a implantação do acolhimento evidenciou-se um aumento do vínculo trabalhador-usuário, na perspectiva de que o trabalhador demonstrava maior segurança na capacidade ampliada de escuta e autonomia na tomada de decisões e o usuário se sentia melhor assistido dentro da unidade.

Dessa forma, o vínculo deve ser extensivo a toda a equipe de saúde, pois somente dessa maneira é possível atender de fato as demandas e necessidades dos sujeitos reais do trabalho em saúde<sup>14</sup>.

Nesta USF em questão, o acolhimento à demanda espontânea também ganhou força ao reconhecer que mesmo os usuários que são acompanhados regularmente pelas ações programáticas podem apresentar exacerbações em seu quadro clínico e demandar atenção em momentos que não o de acompanhamento agendado. Inicialmente havia um preconceito dos profissionais em achar que os usuários que já frequentavam a unidade como demanda programada não tinha critério para ser acolhido como demanda espontânea.

Organizar-se a partir do acolhimento dos usuários exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população, pois são todas as ofertas que devem estar à disposição para serem agenciadas, quando necessário, na realização da escuta qualificada da demanda<sup>6</sup>.

Por isso, ao implantar o acolhimento na unidade, algumas diferenças foram encontradas na recepção de cada profissional, porém a (re) organização do serviço se baseou nos seguintes critérios:

- ✓ O usuário que chega como demanda espontânea tem sempre um profissional a quem se reportar;
- ✓ Independente da demanda, o usuário será avaliado quanto ao risco e vulnerabilidade;
- ✓ O 'acolhedor' deve ter clareza das ofertas disponíveis na USF e respaldo para acionar as ofertas de cuidado em tempos e modos que considerem a necessidade dos usuários;
- ✓ As anotações deverão ser feitas em prontuário, além do registro no livro ata do acolhimento;
- ✓ O usuário deverá ser informado sobre a conduta que será adotada, e em caso de dúvidas o 'acolhedor' poderá pedir orientação a outros colegas.
- ✓ Se o atendimento for imediato, o 'acolhedor' deverá informar o caso ao profissional para quem será encaminhado.

Sabe-se que, para implantar práticas e processos de acolhimento visando à melhoria da acessibilidade do usuário e a escuta dos profissionais, não são suficientes

ações normativas, burocráticas nem discursivas<sup>6</sup>. A intenção de promover estas práticas não é de restringir o acolhimento aos profissionais de enfermagem isoladamente e nem estabelecer um local para realização do mesmo, e sim (re)organizar de forma dinâmica e flexível uma especificidade da unidade que encontrava-se inoperante aos olhos da população.

Assim, o acolhimento assume a condição de reorganizador do processo de trabalho, identificando as demandas dos usuários para de fato colaborar na (re)organização do serviço.

## **7. FATORES DETERMINANTES NA IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO**

Sabe-se que, é importante que as unidades de atenção básica tenham estrutura física e ambiência adequadas, como sala de espera (para que os usuários possam aguardar confortavelmente, atenuando seus sofrimentos) e sala de acolhimento multiprofissional (para realização do acolhimento individual da demanda espontânea, por meio da escuta qualificada)<sup>6</sup>.

Porém, inicialmente, a primeira dificuldade encontrada foi que a estrutura física da unidade não dispunha de espaço reservado para realização do acolhimento. Com isso, foram discutidas algumas alternativas, como utilizar a sala da enfermeira ou da médica ou a sala de procedimento, porém, após análise da equipe, verificou-se que nestes locais a demanda programada poderia ser prejudicada ou o atendimento a demanda espontânea não seria em tempo integral.

Como solução, improvisou-se, como dito anteriormente, uma mesa e duas cadeiras em um local da sala de espera, onde o conforto e privacidade ao usuário não são totalmente garantidos devido à circulação de pessoas no local. Em tempo, o improvisado foi bem aceito pela população, que entendeu o significado da abordagem individual e por isso não se aproximavam da mesa no momento do acolhimento.

Nos momentos em que os casos de demanda espontânea exigiam mais atendimentos que a demanda programada, a médica da unidade se sentia sobrecarregada, pois não conseguia avaliar o usuário em sua integralidade.

Essencialmente, nos casos de atendimento imediato, o profissional médico é mais requerido que a enfermeira para resolutividade dos problemas, por isso tornou-se fundamental uma metodologia consistente de planejamento e gestão das agendas que contemple essas diferentes situações, tanto para garantir a retaguarda para o acolhimento, quanto para a continuidade do cuidado (programático ou não).

A construção dos fluxogramas de classificação de risco de acordo com ciclos de vida e patologias crônicas não foram bem estabelecidos por não haver compatibilidade de horários na agenda da médica para participar das reuniões de equipe e, conseqüentemente, das discussões de avaliação/estratificação de risco.

Com isso, essa etapa do acolhimento ficou prejudicada, pois a participação da médica seria essencial para concretização do vínculo, responsabilização, clínica ampliada e gestão do cuidado.

No decorrer do segundo mês de implantação do acolhimento as estratégias propostas foram realizadas na medida do possível. No entanto, com o decorrer do tempo, a continuidade do acolhimento começou a ser prejudicada pela falta de profissionais: A médica e a enfermeira da unidade, servidoras da Fundação Estatal de Saúde da Família, estavam cumprindo aviso prévio no mês de janeiro e não estavam comparecendo à unidade diariamente, além de uma técnica de enfermagem está de férias.

No mês de fevereiro, uma das técnicas de enfermagem pediu demissão e a enfermeira da unidade terminou o prazo de aviso prévio, assim a unidade ficou em situação crítica, no que se refere a recursos humanos, e não foi possível dar continuidade ao acolhimento em tempo integral.

Nesse sentido, a redução da equipe de frente do acolhimento para uma enfermeira e uma técnica de enfermagem fez com que houvesse uma atenção maior para realização de consultas e procedimentos, respectivamente, isso exigiu das mesmas condutas diferentes das previstas no projeto, pois a sobrecarga dos profissionais fazia

com que os atendimentos de demanda espontânea acontecessem de forma simultânea à demanda programada, sem organização prévia.

Um aspecto importante que merece ser destacado como vantagem na implantação do acolhimento é que em menos de duas semanas conseguiu-se “desafogar” a recepção, que antes tinha o papel de acolher, triar e encaminhar para o profissional disponível, sem ao menos ter critérios pré-estabelecidos. Outro aspecto relevante foi o estreitamento da relação multidisciplinar, que produziu mais solidariedade, enriquecendo a relação profissional-usuário.

## 7.1 PERCEPÇÃO DAS ESTRATÉGIAS UTILIZADAS

Diante das estratégias utilizadas, percebeu-se que os objetivos do Projeto de Intervenção não foram totalmente atingidos, pois não teve a continuação das ações esperadas por parte da equipe. Esse tipo de estratégia, na realidade local, perde força a partir do momento que questões políticas começam a interferir na assistência prestada à população.

Por esta razão, as percepções em relação às estratégias utilizadas para implantação do acolhimento ficaram restritas a autora deste projeto, pois as reuniões de equipe, rodas de conversa e oficinas foram interrompidas pela falta de profissionais e interesse da população em comparecer a unidade.

Na USF de Coroa a implantação do acolhimento apresentou mais limites que potencialidades, pois o processo de trabalho teve que enfrentar mudanças nos modos de organização da equipe, nas relações entre os trabalhadores e nos modos de cuidar. Porém, vale destacar que, diante das dificuldades alcançou-se o objetivo de não burocratizar o acolhimento, sendo estabelecido o fluxo do usuário na unidade, bem como a ampliação da resolutividade e a capacidade de cuidado da equipe.

Como o sucesso do acolhimento aos usuários da demanda espontânea depende da equipe multidisciplinar, a superação de tais dificuldades está em, uns aos outros, acolherem os membros da própria equipe, contudo, para isso, é necessário ultrapassar as barreiras das relações equipe-usuário e começar a permear as relações dentro da

própria equipe. Primeiramente, entendendo o significado do acolhimento no seu sentido mais profundo, para assim, estabelecer um atendimento mais humano.

Em relação às potencialidades, acredito que seja uma questão de maior contratação de recursos humanos, pois, da parte dos profissionais já vinculados ao município, existe a intenção de continuar a proposta de acolher os usuários da demanda espontânea. Porém, como a dinâmica da equipe ficou prejudicada com a saída de duas profissionais da linha de frente do acolhimento, os que permaneceram ficaram desestimulados a dar prosseguimento. Recentemente, foi escalada uma nova enfermeira na unidade que se propôs a ajudar no ressurgimento das estratégias.

Infelizmente, a continuidade do acolhimento não depende somente da autora do projeto e sim do conjunto da equipe. As estratégias, inicialmente, deveriam ser permanentes, no entanto houve desinteresse por parte da equipe a partir do momento que não viram da gestão uma preocupação em manter o projeto e sim em seguir interesses políticos.

Espera-se que, futuramente este projeto seja estabelecido como uma matriz municipal de caráter obrigatório, onde a demanda espontânea ganhe espaço e visibilidade, e que estudos dessa natureza possam trazer subsídios para o repensar-intervir na assistência da atenção básica, uma vez que o acolhimento aos usuários, na realidade de alguns municípios, se constitui em um atendimento restrito a recepção.

## **8. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A prática do acolhimento em todos os serviços públicos de saúde organiza-se em modos de atendimento aos usuários com a finalidade de garantir acesso e qualidade na atenção. Contudo, o desenvolvimento deste processo no cotidiano das unidades de saúde pode revelar contradições e distanciamentos entre as intenções de uma prática e sua real aplicação nas situações concretas diárias.

No período de novembro e dezembro/2012 as estratégias para implantação do acolhimento foram realizadas de forma integral com o intuito de melhorar o atendimento à demanda espontânea na unidade. Foi realizada uma oficina com a equipe da unidade, uma oficina com a equipe de enfermagem e oito salas de espera com a comunidade para esclarecer as mudanças no processo de trabalho da equipe e a nova forma de (re) organização do serviço.

De maneira geral, nos dois meses de implantação do acolhimento, as ações foram desenvolvidas com a utilização do fluxo assistencial para atendimento à demanda espontânea e protocolo com perguntas norteadoras para triagem clínica, ordenada tanto pelas enfermeiras quanto pelas técnicas de enfermagem que revezavam em escala de rodízio.

No que se refere ao monitoramento e análise dos atendimentos, verificou-se que nos meses de referência houve o registro em livro ata de 264 atendimentos à demanda espontânea com escuta qualificada. A partir desses registros constatou-se que 181 usuários foram atendidos de forma imediata e 83 usuários foram agendados para outro dia. Das demandas resolvidas de maneira imediata, 105 usuários foram atendidos pela médica da unidade, 33 foram encaminhados para UPA do município e 43 tiveram intervenção da enfermeira.

Quanto à adaptação da estrutura física para receptividade dos usuários, não se conseguiu local reservado para o acolhimento, tendo de adaptar a sala de espera para acomodação da demanda espontânea. Já quanto aos materiais, conseguiu-se prover todos os recursos necessários para realização da triagem.

A equipe se mostrou colaborativa e participativa na tomada de decisões que envolviam a demanda espontânea, o que gerou um aumento da afinidade multidisciplinar. Outro aspecto importante é que durante a implantação do acolhimento, a recepção, que antes era um setor sobrecarregado de demandas que não fazia parte da sua alçada, conseguiu se reestruturar no que se refere à organização do serviço prestado a população.

Portanto, na lógica de (re) organização do serviço nos meses de novembro e dezembro/2012, compreendo que o acolhimento, oportuniza ações de prevenção à saúde, diagnóstico precoce, informa sobre as atividades na unidade, intensifica a

construção de vínculo e agiliza encaminhamentos como consultas, visitas e atividades educativas. Pode-se considerar que as metas foram alcançadas, pois ao tempo que o acolhimento atende a demanda espontânea, também organiza a demanda programada, deixando mais tempo para outras atividades.

Infelizmente, a continuidade das propostas de (re) organização dentro da USF Coroa perderam força com a redução da equipe de trabalho que liderava a linha de frente do acolhimento. Com isso, os funcionários que permaneceram na unidade perderam o estímulo inicial, pois se sentiram sobrecarregados ao ter que realizar o trabalho dos que saíram.

A implantação do acolhimento apresentou mais limites que potencialidades, pois o processo de trabalho teve que enfrentar mudanças nos modos de organização da equipe, que conseqüentemente, refletiram na falta de interesse da população em procurar o serviço. Se inicialmente as metas foram alcançadas, posteriormente a continuidade do projeto foi prejudicada devido a interesses políticos que superaram as ações de melhoria da atenção básica preconizada pelo Ministério da Saúde.

Portanto, numa proposta de sensibilização e reflexão, procurou-se com este projeto, proporcionar mudanças no processo de trabalho da USF de Coroa, de forma a alcançar certo grau de impacto nas construções e/ou reconstruções de condutas individuais e coletivas que favoreçam maneiras de acolher, ajudando assim a promover a saúde e prevenir agravos.

Porém, atualmente, percebeu-se que os objetivos do Projeto de Intervenção não foram totalmente atingidos, pois não teve a continuação das ações esperadas por parte da equipe.

Mesmo com as dificuldades apontadas acredito que este projeto poderá trazer contribuições para profissionais e serviços em geral, assim como para a prática, ensino, pesquisa, extensão em atenção básica, refletindo assim na construção de conhecimento que permita melhoria das práticas em saúde, bem como a visibilidade do acolhimento. Acredito, ainda, que a partir desse projeto outros possam surgir, possibilitando novos desafios para mudanças no processo de trabalho e (re) organização do serviço a partir de um acolhimento de qualidade.



## 9 REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília (DF);1997. 36p.
2. Barbosa Z. Ilha de Itaparica, Bahia, Brasil. Informações sobre o município de Vera Cruz. Breve memorial descritivo. [Acesso em 24 jul 2012]. Disponível em: <http://ilhaitaparica.com/blog/100/vera-cruz/>
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades–Vera Cruz (BA). Histórico. [Acesso em 25 jul 2005]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=293320#>
4. Informações do Brasil. Dados do município de Vera Cruz 2010. [Acesso em: 28 jul 2012] Disponível em: <http://www.informacoesdobrasil.com.br/dados/bahia/vera-cruz/censo-demografico-2010/>
5. Castro AJR, Shimazaki ME. Protocolos clínicos para unidades básicas de saúde. Belo Horizonte (MG). Escola de Saúde Pública, 2006. 240 p.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília (DF);2011. 56 p.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2. ed. Brasília (DF);2006. 44 p.
8. Coelho MO, Jorge, MSB, Araújo, ME. O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde. Revista Baiana de Saúde Pública; 2009: (33)3.

9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. HumanizaSUS : documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. Ed. Brasília (DF); 2006. 52 p.
10. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro; 2008;24(Sup 1).
11. Leite MPS. Proposta de um protocolo de acolhimento para Unidade de Atenção Primária à Saúde de Virgolândia, Minas Gerais. Virgolândia (MG); 2009 [Trabalho de Conclusão de Curso]: Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais.
12. Pereira, RPA. O Acolhimento e a Estratégia Saúde da Família. Grupo de Estudos em Saúde da Família. AMMFC: Belo Horizonte, 2006. [Acesso em 15 jan 2013]. Disponível em [http://www.smmfc.org.br/gesf/RPAP\\_acolhimento\\_esf.htm](http://www.smmfc.org.br/gesf/RPAP_acolhimento_esf.htm)
13. Solla JJSP. Acolhimento no sistema municipal de saúde. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 5 (4): 493-503, out-dez, 2005.
14. Schimith MD, Lima, MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(6):1487-1494, nov-dez, 2004.

## **ANEXOS**

Anexo 1

# Unidade de Saúde da Família de Coroa

## SERVIÇOS PRESTADOS NESTA UNIDADE

- |   |   |
|---|---|
| 1 - Acolhimento   | 7 - Dispensação de preservativos e contraceptivos |
| 2 - Acompanhamento da gestante e do bebê (Pré-Natal e Puericultura) | 8 - Imunização (VACINAS)                          |
| 3 - Coleta de exames laboratoriais                                  | 9 - Nebulização                                   |
| 4 - Consultas: Médica, Enfermagem e Dentista                        | 10 - Planejamento Familiar                        |
| 5 - Curativos   | 11 - Exame Preventivo do Câncer de Colo de Útero  |
| 6 - Dispensação de medicamentos básicos                             | 12 - Visitas Domiciliares                         |
|   | 13 - Educação em Saúde                            |

## HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

07:30h as 12:00h e 13:00 as 16:30h

DISQUE SAÚDE

**136**

OUVIDORIA GERAL DO SUS

Coordenação  
da Atenção Básica  
3682-3579

# Unidade de Saúde da Família de Coroa

		AGENDA SEMANAL				
		SEGUNDA (2ª) FEIRA	TERÇA (3ª) FEIRA	QUARTA (4ª) FEIRA	QUINTA (5ª) FEIRA	SEXTA (6ª) FEIRA
DENTISTA	MANHÃ			LIVRE DEMANDA	LIVRE DEMANDA (BARRA DO GIL)	
	TARDE	LIVRE DEMANDA	ESCOLARES RX (CEO)	REUNIÃO EQUIPE		
ENFERMEIRO (a)	MANHÃ	PRÉ-NATAL		PRÉ-NATAL	PREVENTIVO	DEMANDA ESPONTÂNEA
	TARDE	PLANEJAMENTO FAMILIAR	PUERICULTURA	REUNIÃO EQUIPE	ATIVIDADE EDUCATIVA	VISITA DOMICILIAR
MÉDICO(S)	MANHÃ	HIPERTENSÃO	PRÉ-NATAL	SAÚDE DO HOMEM		PEDIATRIA
	TARDE	PLANEJAMENTO FAMILIAR	PEDIATRIA	REUNIÃO EQUIPE		VISITA DOMICILIAR

**NOSSA EQUIPE**

Dentista  
Iza Bellene

Enfermeiro(a)  
Marilene Farias  
Dulce Oliveira

Médico(a)  
Gilda Antunes

Téc. de Enfermagem  
Marlene Moraes

Aux. de Saúde Bucal (ASB)

Recepcionista  
Carlos Vinícius Sales

Aux. Serviços Gerais  
Margarida Freitas

Agentes Comunitários de Saúde (ACS)  
Cassia Moraes  
Cléia Balthazar  
Denise Balthazar  
Jucilene de Almeida

Aux. Farmácia  
Zenilda Souza  
Evangelina Carolina



Anexo 4



Anexo 5



Obs: Não foram retiradas fotos de todas as identificações.

Anexo 6

