

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

UEA
UNIVERSIDADE
DO ESTADO DO
AMAZONAS

Roberto José Falcón Tamargo

**Características do acolhimento da demanda espontânea em uma unidade estratégia
saúde da família em Belém do Pará: estudo quali-quantitativo**

Manaus

2021

Roberto José Falcón Tamargo

**Características do acolhimento da demanda espontânea em uma unidade estratégia
saúde da família em Belém do Pará: estudo quali-quantitativo**

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSA-ÚDE e apresentada ao Programa de Pós-graduação em rede Saúde da Família, na Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

Orientador(a): Prof.a Dra. Ângela Xavier Monteiro

Manaus

2021

Characteristics of welcoming spontaneous demand in a family health strategy unit in Belém
do Pará: quali-quantitative study

Catálogo na fonte

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Biblioteca de Saúde Pública

F181c Tamargo, Roberto José Falcón
Características do acolhimento da demanda espontânea
em uma unidade estratégia saúde da família em Belém
do Pará: estudo quali-quantitativo. / Roberto José Falcón
Tamargo. Manaus : [s.n], 2021.
82 f.: color.; 30 cm.

Dissertação - PGSS - Mestrado Profissional em Saúde
da Família (Mestrado) - Universidade do Estado do
Amazonas, Manaus, 2021.

Inclui bibliografia

Orientador: Angela Xavier Monteiro

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Acolhimento. 3.
Acesso aos Serviços de Saúde. I. Angela Xavier Monteiro
(Orient.). II. Universidade do Estado do Amazonas. III.
Características do acolhimento da demanda espontânea em
uma unidade estratégia saúde da família em Belém do
Pará: estudo quali-quantitativo.

Roberto José Falcón Tamargo

**Características do acolhimento da demanda espontânea em uma unidade estratégica
saúde da família em Belém do Pará: estudo quali-quantitativo**

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSA-ÚDE e apresentada ao Programa de Pós-graduação em rede Saúde da Família, na Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

Aprovada em: de de 20xx.

Banca Examinadora

Professora Doutora Sônia Maria Lemos
Professora adjunta da Universidade do estado do Amazonas

Professora Doutora Angela Xavier Monteiro
Professora adjunta da Universidade do estado do Amazonas

Professor Doutor Darlisom Sousa Ferreira
Professor Adjunto da Universidade do estado do Amazonas

Manaus

2021

Ao meu anjo da guarda, minha mãe,
que mesmo distante, sempre está pre-
sente para me dar força e me inspirar
a seguir em frente.

A mi esposa Cristina e meus filhos
Laisa, Laura e Robertinho, motivos da
minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora, Dra. Ângela Xavier Monteiro, pela paciência e pela constante contribuição com seus conhecimentos e experiências na minha formação como mestre.

Agradeço aos professores do PROFSAÚDE por seus ensinamentos e por dividir conosco seus conhecimentos.

Agradeço o Ministério da Saúde, ABRASCO e Fiocruz pela oportunidade de mestrado pelo PROFSAÚDE.

Agradeço aos meus colegas de trabalho da ESF Tenoné por aceitar participar da pesquisa e por trabalharmos juntos por um SUS cada dia melhor.

Agradeço à Dra. Ivete, minha colega do CESUPA, por ter-me avisado sobre a existência do mestrado em saúde da família.

À minha filha Laisa pela sua ajuda no aprimoramento da apresentação do trabalho final.

Agradeço à Dra. Ismari pelos seus aportes na análise estatística.

À professora Sônia do Profsaúde pelos seus aportes na avaliação dos dados qualitativos da pesquisa.

Agradeço ao meu 'San Lazaro' constante protetor em todos os momentos da minha vida.

“O bom médico trata a doença,
mas o grande médico trata a pessoa com a doença.”

Sir William Osler

RESUMO

O acolhimento à demanda espontânea na Atenção Primária de Saúde (APS) representa um importante momento no funcionamento do trabalho realizado pelas equipes de saúde da família. O desenvolvimento de um processo de acolhimento humanizado, qualificado e resolutivo de todas as demandas de saúde da população que procura os serviços da atenção básica representa a garantia dos direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Cada unidade de saúde apresenta especificidades que devem ser conhecidas e avaliadas para implementar um adequado processo de acolhimento. O objetivo deste estudo é analisar o processo de acolhimento da demanda espontânea na unidade estratégia saúde da família Tenoné 1 em Belém do Pará. Metodologia: Trata-se de um estudo transversal, observacional e descritivo, o qual utilizou o método qualitativo e quantitativo para coleta e análise dos dados, que permitirão identificar como se dá o processo de acolhimento da demanda espontânea dos usuários que procuram a unidade de estratégia saúde da família, com a participação dos trabalhadores. Os resultados do estudo mostram as principais características do acolhimento à demanda espontânea na ESF, entre elas estão: quase metade são de fora da área de abrangência o qual poderia sobrecarregar o trabalho da equipe da ESF; quanto ao sexo, foram as mulheres as que mais procuram atendimento; no horário da manhã aconteceu a maior porcentagem dos atendimentos; foi o profissional médico que realizou maior número de atendimento e no que se refere aos componentes do atendimento que caracterizaram à demanda espontânea, predominaram as queixas e sintomas (CDA-1), resultados de exames (CDA-4), acompanhamento e outros motivos de consulta (CDA-6) e com muito baixa expressão do componente procedimentos diagnósticos e preventivos (CDA-2). Foram identificadas limitações e diferenças na percepção de cada um dos trabalhadores no significado de acolhimento, ficou evidente a existência de falta de conhecimento ou o despreparo, no que tange ao tema do acolhimento às necessidades de saúde nas unidades da APS/AB, neste sentido, o conhecimento dos participantes sobre este tema é empírico, guiado pela dinâmica de trabalho centrada na doença e a influência do modelo tradicional de atuação médico hegemônico. A partir da análise dos resultados verificou-se a necessidade de implementar estratégias para a reorganização do acolhimento aos usuários e atendimentos com o envolvimento dos trabalhadores da unidade, e assim fortalecer os princípios que norteiam o SUS.

Palavras chaves: Atenção Primária à Saúde; Acolhimento; Acesso aos Serviços de Saúde

ABSTRACT

The acceptance of spontaneous demand in Primary Health Care (PHC) represents an important moment in the functioning of the work carried out by the family health teams. The development of a process of humanized, qualified and resolving all the health demands of the population that seeks primary care services represents the guarantee of the rights of users of the Unified Health System (SUS). Each health unit has specificities that must be known and evaluated to implement an adequate reception process. The aim of this study is to analyze the process of welcoming spontaneous demand in the Tenoné 1 family health strategy unit in Belém do Pará. Methodology: This is a cross-sectional, observational and descriptive study, which used the qualitative and quantitative method for data collection and analysis, which will allow us to identify how the process of welcoming the spontaneous demand of users who seek the family health strategy unit takes place, with the participation of workers. Your study results show the main characteristics of welcoming spontaneous demand in the ESF, among them are: almost half are from outside the coverage area, which could overload the work of the ESF team; regarding gender, women were the ones who most sought care; in the morning, the highest percentage of consultations took place; it was the medical professional who performed the greatest number of care and with regard to the components of care that characterized spontaneous demand, complaints and symptoms predominated (CDA-1), test results (CDA-4), follow-up and other reasons for consultation (CDA-6) and with very low expression of the diagnostic and preventive procedures component (CDA-2). Limitations and differences were identified in the perception of each worker in the meaning of welcoming, it was The existence of a lack of knowledge or unpreparedness is evident, with regard to the theme of welcoming health needs in the PHC units/AB, in this sense, the knowledge of the participants on this topic is empirical, guided by the dynamics of work centered on the disease and the influence of the traditional hegemonic model of medical practice. From the analysis of the results, it was verified the need to implement strategies to reorganize the reception of users and care with the involvement of the unit's workers, and thus strengthen the principles that guide the SUS.

Keywords: Primary Health Care, User Embrace, Health Services Accessibility

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Fluxograma do processo de acolhimento às demandas dos usuários na UBS	27
Figura 2 -	Distribuição do número de atendimentos total e média diária, segundo o mês analisado. USF Tenoné 1, Belém/PA	35
Figura 3 -	Figura 3 – Distribuição da demanda de atendimentos segundo o sexo e a faixa etária. USF Tenoné 1, Belém/PA.....	37
Figura 4 -	Proposta inicial do fluxo do acolhimento das demandas de saúde na ESF Tenoné 1, Belém/PA	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Características da demanda dos usuários da Unidade de Saúde da Família Tenoné 1, Belém, Pará, segundo o mês de atendimento.....	39
Tabela 2 -	Características dos componentes de atendimento ^a dos usuários da Unidade de Saúde da Família Tenoné 1, Belém, Pará, segundo o mês de atendimento	40
Tabela 3 -	Características dos usuários da demanda espontânea, Unidade de Saúde da Família Tenoné 1, Belém, Pará, segundo o mês de atendimento.....	45
Tabela 4 -	Características dos componentes de atendimento dos usuários da demanda espontânea, Unidade ESF Tenoné 1, Belém, Pará, segundo o mês de atendimento	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS/AB	Atenção Primária em Saúde/Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
CAB	Caderno da Atenção Básica
CDA	Componente do Atendimento.
CDS	Coleta de Dados Simplificada
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CIAP	Classificação Internacional da Atenção Primária
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DSS	Diagnóstico da Situação de Saúde
ERP	Estimativa Rápida Participativa
ESF	Equipe de Saúde da Família
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo Ampliado de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
MCCP	Método Clínico Centrado na Pessoa
PSF	Programa da Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PMS	Plano Municipal de Saúde
PMAQ	Programa pela Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à saúde do Homem
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	JUSTIFICATIVA	19
3	OBJETIVO	21
3.1	OBJETIVO GERAL	21
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
4	REFERENCIAL TEÓRICO	22
4.1	ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	22
4.1.1	Acolhimento	23
4.1.2	Atenção básica/atenção primária de saúde (AB/APS)	24
4.1.3	Acolhimento na atenção básica/atenção primária saúde	25
4.2	ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA	26
5	METODOLOGIA	29
5.1	TIPO DE ESTUDO	29
5.2	CENÁRIO DO ESTUDO	29
5.3	SUJEITO DO ESTUDO/ POPULAÇÃO ALVO	30
5.4	SELEÇÃO DA AMOSTRA	31
5.5	COLETA DOS DADOS	31
5.6	ANÁLISE DOS DADOS	32
5.7	QUESTÕES ÉTICAS DA INVESTIGAÇÃO/ INTERVENÇÃO	33

6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
6.1	CARACTERÍSTICAS DA DEMANDA DA UNIADE DE SAÚDE	34
6.1.1	CARACTERÍSTICAS DA DEMANDA ESPONTÂNEA	40
6.2	PERCEPÇÃO E PARTICIPAÇÃO DOS TRABALHADORES DA UNIDADE DE SAÚDE SOBRE O ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA	49
6.2.1	Acolhimento sob a ótica dos profissionais da unidade	49
6.2.2	Participação dos trabalhadores no acolhimento à demanda espontânea aos usuários que procuram a unidade de saúde	54
6.2.3	Treinamento/capacitação sobre acolhimento à demanda espontânea	55
6.2.4	Formas de acolhimento à demanda espontânea na unidade de saúde	56
6.2.5	Estratégias para melhorar o processo de acolhimento à demanda espontânea	59
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
8	PROPOSTA DE PRODUTO	64
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
	APÊNDICE A - REGISTRO DE DADOS DE TODA A DEMANDA NA ESF TENONÉ	77
	APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SOBRE A PERCEPÇÃO DO ACOLHIMENTO NA ESF	78
	ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA	79
	ANEXO B – TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	80
	ANEXO C– PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	82

1. INTRODUÇÃO

A conotação da palavra acolher ou acolhimento, para o autor desta pesquisa, foi apenas percebida em 2012 ao formar parte do exército de profissionais que assumem a função ou responsabilidade de receber, escutar e tentar resolver as necessidades sentidas dos usuários que procuram o sistema de saúde e ao constatar que parte desta demanda ficava reprimida ou não atendida.

Acolher ao cem por cento das demandas e necessidades de saúde da população carrega um significado especial e muito importante para os gestores, profissionais e trabalhadores em geral do sistema de saúde brasileiro, tendo em conta, que os preceitos constitucionais consideram os serviços sociais de saúde como serviços essenciais, e o acesso universal a eles deve ser garantido.

A constituição brasileira de 1988, coloca a saúde como um direito de todos os brasileiros e um dever do estado, sendo assim, pode-se entender que os poderes públicos e a sociedade, devem assegurar os direitos relativos à saúde (BRASIL, 2011a).

Neste sentido, a Constituição Federal regulamenta a Lei n.º 8.080/90 e a Lei n.º 8.142/90, as chamadas Leis Orgânicas de Saúde para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011a); um dos sistemas públicos de saúde mais abrangente do mundo, que deve fornecer assistência médica para 221,8 milhões de habitantes em 5.570 municípios em todo o Brasil (IBGE, 2020) e assim, assegurar os direitos relativos à saúde, na lógica universalista e equitativa.

O SUS é pautado por princípios e diretrizes que norteiam o trabalho e garantem o seu adequado funcionamento, tornando-os paradigma a ser seguido por todos em todo o território nacional, entre eles destacam-se os princípios doutrinários da universalidade/acessibilidade; da equidade/igualdade da assistência e da integralidade, assim também, o sistema precisa de princípios organizacionais que permitam sua ampla implantação tais como: descentralização associada ao comando único; regionalização; hierarquização e participação comunitária (NORONHA et al., 2012).

Para implementar os princípios e diretrizes do SUS, em todo os centros e serviços do sistema, em todo território nacional, de forma coordenada e integrada, foi preciso estruturar a Rede de Atenção à Saúde (RAS) através da portaria, No. 4.279/2010, a qual tem por objetivo evitar a fragmentação da atenção, garantir a gestão nas regiões de saúde e aperfeiçoar o seu funcionamento político-institucional, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com um máximo de efetividade e eficiência (BRASIL, 2010a).

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) foi definida pelo decreto presidencial n. 7.508/2011, como um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde (Brasil, 2011a).

Embora esse conjunto de ações e serviços na RAS são articulados em níveis de complexidade crescente, isso não significa que um nível seja superior ao outro, sendo que cada um desempenha uma função específica e igualmente importante. Neste sentido a Atenção Primária de Saúde (APS) / Atenção Básica (AB), como parte da RAS e local onde se desenvolveu esta pesquisa, tem entre seus atributos a de coordenação do cuidado entre os diferentes níveis de atenção o qual implica a capacidade de garantir a continuidade desta (atenção ininterrupta) no interior da rede de serviços (GIOVANELA e MENDONÇA, 2012).

O papel da APS/AB alcançou proeminência no debate internacional desde 2005 quando a 58ª Assembleia Geral da OMS aprovou uma resolução instando os países a promoverem cobertura universal (WHO, 2005), assim também, o Relatório Mundial de Saúde da OMS de 2008, deu novo impulso à revitalização da APS, com o tema “Atenção Primária à Saúde: agora mais do que nunca” (WHO, 2008).

A trajetória da APS/AB no Brasil passa por diferentes etapas que incluem a criação do programa saúde da família em 1994 com o objetivo de ampliar a cobertura; posteriormente a norma operacional básica 96 (NOB/96) coloca o programa de saúde da família como estratégia de organização da APS/AB (BRASIL, 1997) e por fim em 2006 foi publicada a política nacional da atenção básica (PNAB) que dispõe sobre a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa da Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2006).

Em 2011 a PNAB foi revisada, reforçando o papel da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como principal estratégia da Atenção Básica (BRASIL, 2011d), porém em agosto de 2017, com as mudanças políticas e ideológicas no contexto social brasileiro, a PNAB sofre sérias alterações, que foram energeticamente criticados pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – Cebes e Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/Fiocruz, os quais se manifestaram contra a reformulação da PNAB – na nota sobre a revisão da Política Nacional de Atenção Básica (ABRASCO; CEBES; ENSP, 2017), por colocarem em riscos as conquistas obtidas com o fortalecimento de uma APS integral e possível retrocesso à antiga APS seletiva e limitada (GIOVANELLA, 2012).

A preocupação com os retrocessos em relação à construção de uma APS integral foi objeto de análise num artigo de opinião, no qual se mostram as alterações nas diretrizes da AB

promovida no texto da PNAB 2017, tais modificações, a critério do autor do artigo, reforçam a subtração de direitos e o processo de desconstrução do SUS em curso no país (MOROSINI, 2018).

Nesse contexto, foi novamente definido, no art. 2º da portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o conceito de APS/AB como: o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

Sendo assim, a Atenção Primária de Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB) constitui-se em porta de entrada preferencial na RAS do SUS e ponto de início da atenção, onde devem ser acolhidas todas as demandas de saúde da população e onde devem ser atendidas mais de 85 por cento destas, e ao mesmo tempo, deve funcionar como coordenador do cuidado e filtro para o acesso aos serviços especializados da média e alta complexidade (MENDES, 2011).

Desta forma, para retomar o tema do acolhimento em saúde, e mais especificamente deste na APS/AB, foi preciso revisar diferentes artigos científicos e outras publicações com o intuito de aprofundar no conceito de acolhimento nos serviços de saúde e como este se dá na prática da assistência médica, assim, foi encontrado no caderno da atenção básica no. 28, volume 1, uma definição genérica que o define como: “uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas (“há acolhimentos e acolhimentos”)

(BRASIL, 2011b).

O processo de acolhimento da demanda espontânea nas unidades de atenção básica se dá de forma diferente, dependendo das características individuais de cada serviço de saúde, de sua estrutura física, da composição e formação/capacitação/qualificação dos profissionais das equipes, da quantidade e variedade de recursos e serviços disponíveis, assim também, de muitos outros fatores internos e externos que podem definir a qualidade do processo.

Segundo Clementino Sales (2015), essa prática não se limita a um local ou um ambiente, horário ou profissional específico para a escuta. Transpassa tais aspectos e baseia-se no compartilhamento de saberes e do cuidar com responsabilidade e postura ética. Considera-se um dispositivo operacional para proporcionar melhoria ao acesso dos serviços de saúde aos usuários. O desenvolvimento do acolhimento como tecnologia leve fundamental caracteriza-se

como elemento-chave para promover a ampliação efetiva do acesso universal à AB e aos demais níveis do sistema.

Nem sempre os serviços de saúde estão desenhadas/organizados para facilitar o acesso, a escuta ampliada/qualificada e principalmente uma alta resolutividade das necessidades sentidas da população, que em muitas ocasiões não coincidem com as necessidades de saúde identificadas pelos profissionais.

A utilização dos serviços de saúde pode ser determinada por fatores relacionados: às necessidades de saúde, aos usuários, aos prestadores de serviços, à organização, à política. A influência de cada um dos fatores determinantes do uso dos serviços de saúde varia em função do tipo de serviço (ambulatório, hospital, assistência domiciliar) e da proposta assistencial (cuidados preventivos ou curativos ou de reabilitação) (TRAVASSOS, 2004).

Assim, o acolhimento, precisa ser visto como mecanismo de ampliação/facilitação do acesso; postura, atitude e tecnologia de cuidado e por fim, como dispositivo de organização do processo de trabalho em equipe (BRASIL, 2011b). Nesse sentido, conhecer as características do processo de acolhimento à demanda espontânea, assim como fazer uma análise da percepção e participação dos trabalhadores neste processo, na unidade da ESF está entre os objetivos desta pesquisa.

2. JUSTIFICATIVA

Partindo do princípio da indissociabilidade entre o Modelo de Atenção e o Modelo de Gestão, a Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e da Gestão em Saúde entende que a saúde se produz a partir da forma como os serviços e as equipes se organizam, ou seja, como o processo de trabalho se desenha e os efeitos que ele produz sobre todos os envolvidos – gestores, trabalhadores e usuários (BRASIL, 2016).

Neste sentido, a eficácia de um médico de família e comunidade não depende apenas de suas habilidades clínicas, mas também de sua capacidade administrativa. A administração inadequada do serviço leva a um atendimento ruim para as pessoas, insatisfação da população e desmoralização do médico e do seu pessoal (FREEMAN, 2018, p.417).

Como médico de família e comunidade, o autor da pesquisa, junto à equipe de trabalho da Estratégia Saúde da Família (ESF), tem a responsabilidade de garantir o acesso com qualidade na atenção a toda a população, organizando o processo administrativo e ofertando uma ampla gama de ações assistenciais (consultas médicas e de enfermagem, atenção domiciliar, ações educativas, de promoção e prevenção, reabilitação etc.), assim como, um amplo espectro de serviços.

Porém, muitas vezes os esforços não são suficientes para garantir a organização do processo administrativo, seja pela falta de conhecimentos sobre esse tema, pela pressão assistencial sobre os profissionais da equipe, pela sobrecarga de população de algumas unidades, pela baixa cobertura da ESF, seja pela falta de profissionais entre outras situações, negligenciando a gestão, o monitoramento e a avaliação do funcionamento dos processos.

Na atualidade existem mecanismos de supervisão externos implementados pelos gestores municipais, estaduais ou federais para avaliar e monitorar a qualidade do processo de trabalho nas unidades da atenção básica, tais como, o programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ-AB), o qual inclui o incentivo financeiro associado aos resultados e a qualidade do trabalho (BRASIL, 2012b), porém, muitas vezes as equipes da ESF, não recebem a retroalimentação/feedback sobre os resultados das avaliações, por isso, precisam utilizar e aplicar instrumentos próprios de avaliação, que permitam identificar de forma oportuna as dificuldades que afetam a qualidade do serviço.

Em outras ocasiões, as informações sobre o que acontece nas unidades de saúde somente são reconhecidas através de denúncias apresentadas pelas pessoas e/ou familiares aos gestores municipais ou aos conselhos de classe ou mesmo, através das queixas dos próprios usuários ao relatar suas insatisfações com o serviço, durante o atendimento ou em outros encontros.

Uma das principais insatisfações ou queixas dos usuários, ao procurar atendimento médico na APS, está relacionada com a forma como são acolhidas suas necessidades de saúde, marcada muitas vezes pela falta de escuta ou escuta inadequada, falta de classificação ou classificação inadequada, falta de local ou local inadequado para o acolhimento, entre outros problemas, que provocam sua apreensão e em inúmeras ocasiões fazem eles perambular desnorteados pelas diferentes unidades da rede de atenção à saúde.

Uma revisão integrativa relacionada com o acolhimento no âmbito da estratégia saúde da família, mostra como o processo de acolhimento ainda não está totalmente sistematizado nos modelos de atenção à saúde, podendo ser esta uma justificativa para as dificuldades apresentadas tanto por profissionais quanto por usuários (COUTINHO, 2015).

Neste sentido, conhecer as características do processo de acolhimento da demanda espontânea na APS/AB vai permitir uma avaliação muito mais criteriosa e completa de um dos momentos mais importantes do encontro dos usuários com os serviços de saúde, por isso Coutinho (2015, p.514) recomenda a necessidade de estudos com novas abordagens ou estratégias para a sistematização do acolhimento nas unidades de Atenção Primária à Saúde, e verificar se estas têm realmente impacto na qualidade dos serviços e na satisfação dos usuários.

Com esse pensamento, o presente estudo foi motivado justamente, pela necessidade de identificar as especificidades do processo de acolhimento em uma unidade de ESF no município Belém do Pará, onde a critério do autor da pesquisa, existiam dificuldades que interferiam na qualidade do trabalho, limitavam o acesso e provocavam insatisfação da população. Assim, para identificar as especificidades do processo de acolhimento e melhorar a qualidade do trabalho da equipe desta ESF, foi preciso conhecer as principais características da demanda e, analisar a percepção e participação dos trabalhadores desta unidade nesse processo de acolhimento.

Por fim, outro aspecto determinante e motivador, que justificou esta investigação, foi a influência positiva da participação do autor da pesquisa no mestrado profissionalizante em Saúde da Família, fato esse que provocou uma revisão profunda dos principais problemas de saúde que estavam afetando o trabalho na ESF, a partir do desenvolvimento do tema Diagnóstico Situacional, na disciplina Planejamento e Avaliação.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o processo de acolhimento da demanda espontânea na unidade de saúde da família Tenoné 1, em Belém do Pará, entre os meses de outubro de 2020 e janeiro de 2021.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.2.1 Identificar as principais características da demanda espontânea dos usuários que procuram a unidade estratégia saúde da família Tenoné 1.

3.2.2 Compreender a percepção e participação dos trabalhadores da USF Tenoné 1 no processo de acolhimento à demanda espontânea.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui uma política de estado, que tem sido capaz de estruturar e consolidar um sistema público de saúde de enorme relevância, apresentando resultados inquestionáveis para a saúde da população brasileira, porém, ainda se constata inúmeras barreiras que precisam ser enfrentadas para oferecer serviços de melhor qualidade. Esses problemas podem ser agrupados em torno de grandes desafios tais como: o desafio da universalização; do financiamento; do modelo institucional; do modelo de atenção à saúde; da gestão do trabalho e da participação social (CONASS, 2006).

A universalidade é um dos princípios constitucionais do sistema de saúde brasileiro, pelo qual deve-se garantir atenção à saúde de todos os cidadãos, sendo considerada uma das maiores conquistas da população na Constituição Federal de 1988 (CONASS, 2006), porém, esse princípio em inúmeras ocasiões tem sido colocado a prova, sendo desconsiderado e descumprido por muitos, por isso, sua efetivação permanece um desafio a ser superado. É o princípio que organiza e dá sentido aos demais princípios e diretrizes do SUS na garantia do direito à saúde de forma integral, equânime, descentralizada e com participação popular (MATTA, 2007).

Neste contexto, o desafio posto à organização da atenção à saúde é o de constituir um conjunto de ações e práticas que permitam incorporar ou reincorporar parcelas da população historicamente apartadas dos serviços de saúde (BAPTISTA, 2005). O desafio da universalização em saúde encontra-se também intimamente relacionado com o acesso universal dos usuários às unidades, ações e serviços disponíveis nos diferentes níveis da rede de atenção de saúde (RAS), sendo que para que se concretize de forma plena no SUS, precisa-se de um fácil, amplo e livre acesso aos serviços.

Nessa conjuntura, afinal o que é acesso? Acesso é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde. É um conceito que varia entre autores e que muda ao longo do tempo e de acordo com o contexto. A terminologia empregada também é variável. Alguns autores, como Donabedian (1973) empregam o substantivo acessibilidade – caráter ou qualidade do que é acessível –, enquanto outros preferem o substantivo acesso – ato de ingressar, entrada – ou ambos os termos para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde (HOUAISS, 2001).

Penchansky & Thomas (1981) utilizam o termo acesso e centram esse conceito no grau

de ajuste entre clientes e o sistema de saúde, numa interpretação da idéia desenvolvida por Donabedian. Diferem, no entanto, deste autor ao ampliarem o conceito para incluir outros atributos que são tomados não com base na oferta, mas sim na relação entre a oferta e os indivíduos.

O pleno acesso dos usuários aos serviços de saúde e à universalização no SUS, depende muito de um adequado acolhimento.

4.1.1 Acolhimento

A 14ª Conferência Nacional de Saúde foi uma importante referência sobre o tema acolhimento, tendo como tema principal "Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social – Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro" assim como o "Acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o SUS" como eixo fundamental balizando as discussões (BRASIL, 2011c).

O acolhimento tem sido analisado como processo e estratégia fundamental na reorganização da assistência em diversos serviços de saúde no país, buscando a inversão do modelo tecno-assistencial de modo a contemplar o princípio da universalidade no atendimento e a reorganização do processo de trabalho. Trata-se de um dispositivo que vai muito além da simples recepção do usuário numa unidade de saúde, considerando toda a situação de atenção a partir de sua entrada no sistema (MALTA, 2001 e RAMOS, 2003).

A Política Nacional de Humanização (PNH), existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários (BRASIL, 2004a).

Acolhimento segundo as diretrizes do Humaniza SUS é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde, é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva. Neste sentido, o processo de acolhimento precisa de compromisso com o trabalho em equipe, de modo a aumentar o grau de corresponsabilidade, e com a rede de apoio profissional, visando a maior eficácia na atenção em saúde (BRASIL, 2004b).

Esse trabalho em equipe, para muitos autores, sugere um modelo multiprofissional, conceituado pela justaposição de disciplinas diversas com a intenção de esclarecer os seus elementos comuns (LEITE et al., 2010).

O acolhimento precisa ser feito com a participação de todos os profissionais da equipe de trabalho, mas esses funcionários precisam estar bem qualificados para assegurar que todos os usuários sejam atendidos de acordo com prioridades, a partir da avaliação de vulnerabilidade e classificação de risco (BRASIL, 2004b). Neste sentido, uma escuta qualificada oferecida

pelos trabalhadores de acordo com as necessidades do usuário, garante o acesso oportuno às tecnologias adequadas, ampliando a efetividade das práticas de saúde.

A qualificação da equipe multiprofissional para o acolhimento vai depender em grande medida do desenvolvimento de um processo de educação permanente em saúde, como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores. A educação permanente em saúde precisa ser entendida, ao mesmo tempo, como uma prática de ensino-aprendizagem e como uma política de educação na saúde (BRASIL, 2004c).

Como prática de ensino-aprendizagem significa a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no dia a dia do trabalho e as experiências desses atores como base de interrogação e mudanças. A educação permanente em saúde se apoia no conceito de ensino problematizador (inserido de maneira crítica na realidade e sem superioridade do educador em relação ao educando) (CECCIM, 2005).

O ato de ensinar-aprender deve ser um conjunto de atividades articuladas, nas quais esses diferentes atores compartilham, cada vez mais, parcelas de responsabilidade e comprometimento. A educação libertadora é uma prática política, reflexiva e capaz de produzir uma nova lógica na compreensão do mundo: crítica, criativa, responsável e comprometida (FREIRE, 1987 e 1992).

Além de equipes treinados e capacitados, o acolhimento humanizado tem a necessidade de ser realizado em espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis; através da clínica ampliada e compartilhada, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença, evitando assim, a fragmentação do conhecimento e das ações de saúde (BRASIL, 2004a).

O acolhimento se constitui uma ferramenta de acionamento de redes articuladas/integradas (internas e externas) e multidisciplinares, comprometidas com as respostas às necessidades dos cidadãos, neste sentido, o acolhimento deve constituir um paradigma ético-estético no fazer saúde, assim, deve ser implementado em todos os níveis de atenção à saúde, com especial ênfase na Atenção Básica. (BRASIL, 2016).

4.1.2 Atenção básica/atenção primária de saúde (AB/APS)

A APS refere-se a um conjunto de práticas integrais em saúde, direcionadas a responder as necessidades individuais e coletivas, que, no Brasil, durante o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), passou a ser denominado de atenção básica à saúde. A atenção básica constitui a porta de entrada e o primeiro nível de atenção de uma rede hierarquizada e organizada em complexidade crescente, que conformam o SUS. (GIOVANELLA, 2012).

Estudos mostram que os sistemas de saúde orientados por APS resolutiva estão associados a melhores resultados e maior eficiência. Comparações internacionais evidenciam resultados melhores nos países que contam com uma estrutura de atenção primária robusta, exibindo impactos positivos sobre alguns indicadores da situação de saúde, havendo redução de mortalidade por todas as causas e de mortalidade precoce por doenças respiratórias e cardíacas (MACKINCO, STARFIELD & SHI, 2003).

A atenção primária à saúde (APS) é considerada internacionalmente a base para um novo modelo assistencial de sistemas de saúde que tenham em seu centro o usuário-cidadão, neste sentido, estabelecer formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema estão entre as diretrizes específicas da APS. (BRASIL, 2004b).

4.1.3 Acolhimento na atenção básica/atenção primária saúde

Falar de acolhimento é também falar de organização/administração do serviço de atendimento médico e de seus efeitos no cotidiano de vida local (serviço de saúde, comunidade, trabalhadores, gestores e usuários). Uma equipe que acolhe o usuário trabalha de forma muito distinta daquela que se organiza a partir de filas, de fichas ou exclusivamente de agendamento (BRASIL, 2016).

O acolhimento se evidencia como uma tecnologia leve de grande impacto na promoção à saúde que estreita o vínculo, fortalece a estratégia saúde da família (ESF), mobiliza a sensibilidade dos trabalhadores da saúde, requerendo uma ação reflexiva, o desenvolvimento ético e solidário para escutar e dialogar, gerando satisfação dos profissionais e dos usuários. O acolhimento possibilita que a ESF se torne a porta de entrada preferencial, contribuindo significativamente para construção e consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (VIEIRA, 2011).

A implementação do método clínico centrado na pessoa (MCCP) poderia contribuir positivamente na implementação do processo de acolhimento na APS/AB. O MCCP baseia-se em quatro componentes interativos que incluem: explorando a saúde, a doença e a experiência da doença; entendendo a pessoa como um todo (a pessoa, o contexto próximo e o contexto amplo); elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas e intensificando a relação entre a pessoa e o médico (compaixão e empatia, cura e esperança, autoconhecimento e sabedoria prática, transferência e contratransferência) (STEWART, 2017).

Oliveira (2016), descreve, com base na literatura científica, os principais desafios relacionados ao acolhimento na Estratégia Saúde da Família, a partir da visão de distintos atores sociais. Assim, ele divide os desafios em categorias como: acolhimento na perspectiva da

acessibilidade e resolutividade, na perspectiva do vínculo e da comunicação com usuários e na perspectiva da mudança no processo de trabalho da equipe.

A PNAB 2017 estabeleceu mecanismos que asseguram acessibilidade e acolhimento na lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, que partem do princípio de que as equipes que atuam na Atenção Básica devem receber e ouvir todas as pessoas que procuram seus serviços, de modo universal, de fácil acesso e sem diferenciações excludentes, e a partir daí construir respostas para suas demandas e necessidades e as UBS deverão assegurar o acolhimento e escuta ativa e qualificada das pessoas, mesmo que não sejam da área de abrangência da unidade, com classificação de risco e encaminhamento responsável de acordo com as necessidades apresentadas, articulando-se com outros serviços de forma resolutiva, em conformidade com as linhas de cuidado estabelecidas (BRASIL, 2017).

O acolhimento na APS pressupõe um processo de trabalho em equipe que garanta acolhimento com escuta qualificada, avaliação de vulnerabilidade e estratificação de risco, pois a combinação destas estratégias possibilita a classificação de risco. Este procedimento é definido como acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidade (ROCHA, 2021).

4.2 ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA

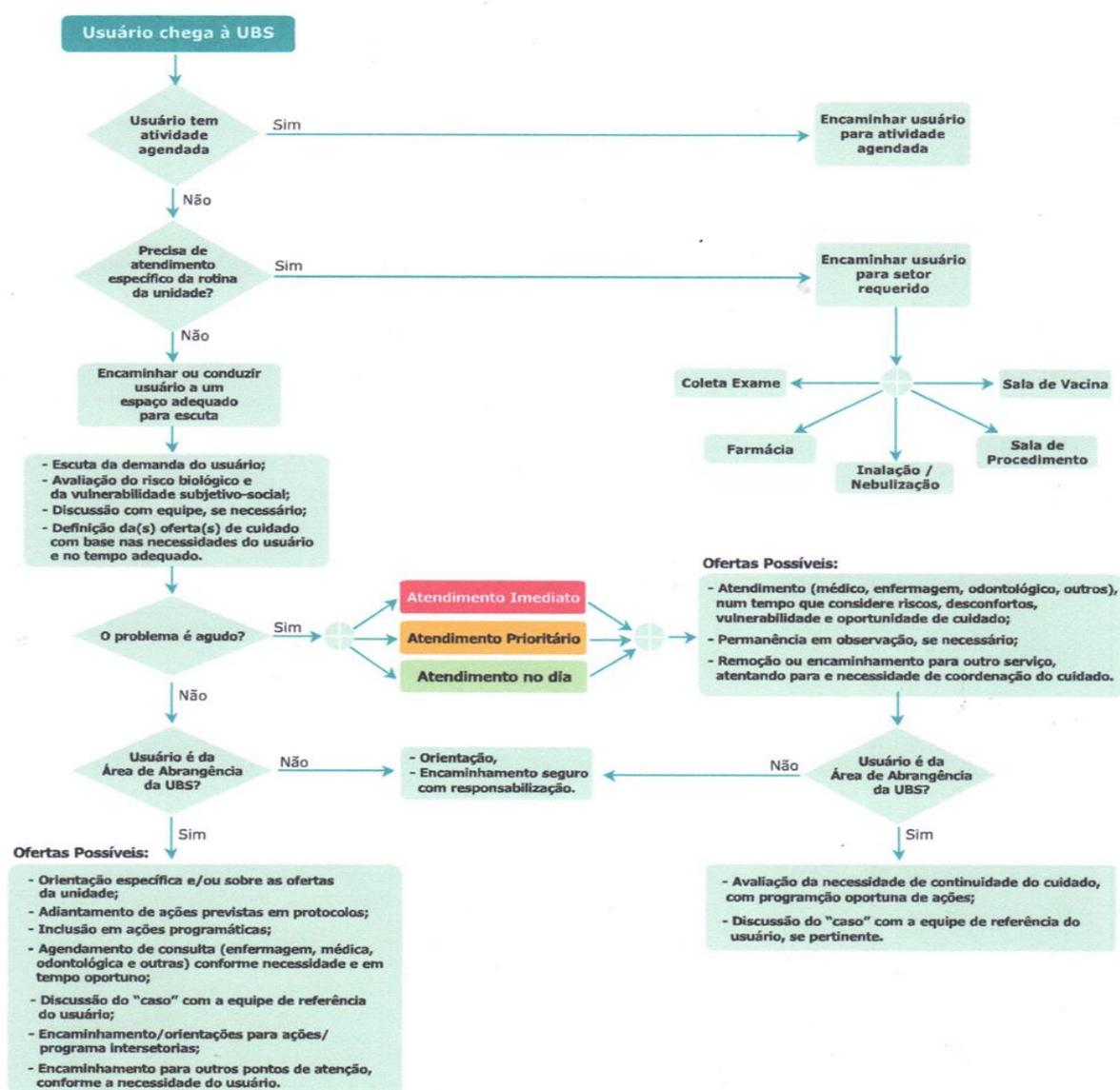
No mesmo ano de 2011, em que houve a 14ª Conferência Nacional de Saúde, foi publicado, o Cadernos de Atenção Básica, volume I e em 2012 o volume II, os quais abordam a temática do acolhimento à demanda espontânea na APS/AB, colaborando com a discussão e organização do processo de trabalho nas unidades de saúde, trazendo diferentes modelagens que podem ser adotadas, considerando as especificidades de cada unidade (BRASIL, 2011b e 2012a).

A ‘demanda espontânea’ consiste em: (1) consulta no dia (realizada no mesmo dia em que o usuário busca o serviço) e (2) atendimentos de urgência, quando há possibilidade de agravamento do quadro ou risco de vida e que determina a necessidade de assistência imediata para alívio do sofrimento físico e/ou psíquico, recuperação do estado de saúde, estabilização/suporte de vida e/ou encaminhamento a outro ponto da rede quando necessário (BRASIL, 2015a).

Há diferentes formas de realizar o acolhimento, a depender das características físicas/estruturais e dos recursos humanos e materiais disponíveis por cada equipe de trabalho, porém existem princípios básicos que precisam ser respeitados e que servem como ponto de partida no funcionamento do processo de acolhimento nas unidades de saúde, como exemplificado no fluxograma da Figura 1 (BRASIL, 2012a).

Entre esses princípios básicos estão: que todos os usuários que procuram a UBS/ESF, mesmo que procedam de fora da área de abrangência, precisam ser recebidos pela equipe de trabalho, suas necessidades de saúde devem ser escutadas (escuta qualificada) e organizadas por tipo de demanda (demandas agendadas e demanda espontânea), assim, os usuários com atividades agendadas são encaminhados para ela, e os da demanda espontânea deve ser encaminhada para espaço adequado para ser escutado e classificado segundo risco vulnerabilidade com o objetivo de estratificar as necessidades e estabelecer as prioridades na ordem do atendimento, assim como, encaminhamento para ações e serviços da própria unidade ou referenciadas com responsabilidade para outros pontos da RAS, conforme a necessidade de cada usuário.

Figura 1. Fluxograma do processo de acolhimento às demandas dos usuários na UBS.



Quando se fala de acolhimento à demanda espontânea é preciso pensar nos diferentes arranjos a serem implementados na prática do dia a dia, tendo em conta as forças e debilidades da equipe, assim como, as características específicas, tendo em conta que há diferentes possibilidades de modelagem do seu processo, cuja experimentação propicia o ajuste à realidade de cada unidade, com o protagonismo dos trabalhadores na sua implementação (Brasil, 2011b).

Um dos arranjos, sobre as formas de realizar o acolhimento na APS, que vem sendo proposto por vários autores, é o método de Acesso Avançado (AA), que prega a máxima de ‘Faça hoje o trabalho de hoje’, essa regra permite a abordagem de condições crônicas, eventos agudos, demandas administrativas, medidas preventivas e coordenação do cuidado dos pacientes, todos seguindo o mesmo método de agendamento, sem fragmentações. Não se divide a agenda por períodos reservados a grupos predominantes, como hipertensos, diabéticos ou tabagistas. A agenda permanece aberta, e seus horários são preenchidos diariamente, conforme a demanda (PIRES FILHO, 2019).

5. METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, observacional e descritivo, o qual utilizou o método qualitativo e quantitativo para coleta e análise dos dados que permitiram identificar como se dá o processo de acolhimento à demanda espontânea dos usuários em uma unidade de estratégia saúde da família.

5.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa sobre o acolhimento à demanda espontânea dos usuários em uma unidade da APS foi desenvolvida na ESF Tenoné 1, do bairro Tenoné, do distrito administrativo de Icoaraci, no município Belém do Pará, no período de 01 de outubro de 2020 até 29 de janeiro de 2021.

Belém possui uma área territorial de aproximadamente 1.059,406 km², sendo 34,6% de território continental e 65,4% do conjunto de 39 ilhas; uma distribuição populacional segundo o sexo composta por 728.615 (52,29%) de mulheres e 652.860 (46,85%) de homens e uma relação, segundo a faixa etária, de 58% da população é constituída por jovens, 32% são crianças/adolescentes e 9% da população é idosa (BELÉM, 2017).

O município Belém tem uma cobertura de Atenção Básica (AB) de 561 630 habitantes (37,80 %) e a população coberta com ESF é de 303 600 habitantes (20,43 %), muito inferior a cobertura do Brasil como país, (64,47 %) (BRASIL, 2019a).

O bairro Tenoné, segundo censo de 2010, é formado por uma população de 30 429 habitantes, coberta por 04 equipes da estratégia em saúde da família, o qual representa 52 % de cobertura populacional com unidades da atenção primária de saúde. Estas unidades da ESF do bairro Tenoné, apresentam um déficit de profissionais médico, sendo que de 4 vagas, apenas duas estão cobertas, e no caso dos ACS a situação é ainda mais complexa, com somente 6 ACS de um total de 28 vagas.

Neste contexto, uma unidade básica de saúde (UBS Maguari) e uma unidade de pronto atendimento (UPA 24 horas), muito próximas do bairro Tenoné, fornecem o suporte multidisciplinar e de atendimentos para as urgência e emergência respectivamente, assim também, um hospital de grande porte dentro da área distrital, asseguram o atendimento de alta complexidade.

Outras unidades da RAS municipal apoiam também o trabalho da ESF, entre as quais se destacam: o serviços de atendimento móvel de urgências (SAMU) e dois hospitais prontos

socorros municipais (HPSM) que complementam o suporte dos atendimentos às urgências e emergências; um centro de atenção psicossocial (CAPS) categoria II, para o atendimento/acolhimento dos usuários da saúde mental; uma unidade para atendimento às doenças infecciosas e parasitárias e por fim, para a atenção materno-infantil a “Casa da Mulher” e hospital Santa Casa.

A área de abrangência da unidade de saúde possui uma população de aproximadamente 4000 habitantes, localizada em área urbana, dividida em 07 microáreas, das quais apenas duas (02) apresentam cobertura com ACS; o ambiente físico é caracterizado por 40 % das ruas asfaltada; a principal fonte de renda na comunidade é a prestação de serviços, não possui grandes indústrias e um dos problemas prioritários identificados foi o de acessibilidade e acolhimento dos usuários à unidade de saúde.

A equipe da ESF é relativamente pequena e está composta por uma enfermeira, um médico, uma técnica de enfermagem, dois ACS, um agente de portaria, um assistente administrativo e uma trabalhadora dos serviços gerais. Nesta unidade funcionam os serviços de triagem de enfermagem; teste do pezinho, teste rápido para gravidez, para HIV, sífilis, hepatite B e C; coleta do preventivo de câncer cervicouterino (PCCU); coleta de exames de laboratório uma vez por semana; as consultas médicas e de enfermagem e serviço de farmácia. Não funcionam na ESF as salas de curativos, de injetáveis, de vacinação e de atendimento odontológico por dispor de uma estrutura física muito limitada.

5.3 SUJEITO DO ESTUDO/ POPULAÇÃO ALVO

Foram incluídos na pesquisa os registros preenchidos de forma legível e com informações completas dos usuários que procuraram a unidade de saúde no período de estudo, sendo apenas excluídas as informações referentes à demanda de 13 pacientes, nas quais faltaram vários dados importantes.

Ainda, formaram parte da população-alvo também, todos os trabalhadores da unidade de saúde presentes no dia da coleta de dados e que consentirem em responder o questionário (Apêndice 2), após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), neste caso, 6 dos 8 funcionários (75 %) que atuam na ESF responderam ao questionário, apenas dois (02) deles não participaram, sendo que, um (01) por ter sido afastado pelos gestores municipais e o outro, é o próprio autor do pesquisa que forma parte do coletivo de trabalhadores desta unidade, para evitar assim, conflito de interesses.

5.4 SELEÇÃO DA AMOSTRA

A seleção da amostra foi pelo método de conveniência ou não probabilístico, por constituir uma amostra que reflete as características específicas do que está acontecendo na unidade estratégia saúde da família Tenoné 1, não devendo ser extrapolado para outras unidades com características populacionais diferentes.

5.5 COLETA DOS DADOS

Os dados foram coletados entre os meses de outubro de 2020 e janeiro de 2021. Neste contexto, é importante esclarecer que, segundo o cronograma inicial da pesquisa, a coleta de dados estava prevista para acontecer entre os meses de março a junho de 2020, entre tanto, houve a necessidade de ser postergado pelo incremento no número de casos de COVID-19, o qual mudou completamente o cenário e o comportamento dos usuários em relação com a procura por atendimento médico na ESF, diminuindo consideravelmente a mesma.

A coleta de dados foi realizada por meio de dois instrumentos diferentes (Apêndice 1 e 2); sendo que o primeiro instrumento (Apêndice 1) é um registro de dados, que mostra as principais características das demandas de saúde dos usuários que procuraram, de forma espontânea, a unidade da ESF, no período de estudo.

Esse instrumento (Apêndice 1) foi adaptado pelo autor a partir de documentos utilizados no Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB), que estabelece, através da portaria no. 1.412 de 19 de julho de 2013, a implementação dos softwares do e-SUS (Coleta de Dados Simplificada - CDS e o Prontuário Eletrônico do Cidadão - PEC) (BRASIL, 2013a).

A decisão de não realizar a coleta dos dados a partir do PEC foi devido ao fato de não estar ainda em uso, por não possuir internet na ESF, já, a CDS, embora estar implementado na unidade do Tenoné, apresenta dificuldades que afetam o seu funcionamento, entre as quais estão a falta de preenchimento sistemático das fichas e falta de atualização dos dados pelos profissionais.

Entre as variáveis estudadas estiveram: procedência da população (população adscrita ou não); idade; sexo; tipo de demanda (agendado ou espontânea); motivos da procura, os horários e os profissionais que participam do atendimento.

Os motivos da demanda dos usuários foram coletados segundo seus próprios relatos e posteriormente foram agrupados, pelo autor da pesquisa, utilizando a estrutura biaxial da classificação internacional de atenção primária (CIAP), dividida em 17 capítulos e 07 componentes

(WONCA, 2009). Deu-se preferência ao agrupamento utilizando os 07 componentes visto que, o propósito da pesquisa não era conhecer o atendimento especializado e sim os componentes que mais frequentemente utilizam os serviços da ESF.

O segundo instrumento para a coleta dos dados foi um questionário (Apêndice 2), com perguntas abertas e fechadas, desenhado e aplicado pelo autor do estudo, para conhecer a percepção e participação dos trabalhadores no processo de acolhimento.

A coleta desta informação foi realizada individualmente e em ambiente protegido, onde as questões fechadas foram respondidas no próprio questionário e as questões abertas foram gravadas e posteriormente transcritas, já, o nome, sobrenome e a profissão dos participantes não apareceram nos questionários e nem nas gravações, neste sentido para resguardar o sigilo dos participantes, sendo identificados por números, distribuídos aleatoriamente. Antes de responder o questionário, cada participante recebeu duas cópias de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

5.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram tratados utilizando estatística descritiva, segundo a natureza das variáveis, expressos sob a forma de média \pm desvio padrão, Intervalo de Confiança de 95%, e/ou de frequências absoluta e relativa, conforme o caso, e apresentados em tabelas e/ou figuras.

O teste do Qui-Quadrado (Aderência) ou binomial uma proporção foi utilizada para comparar as frequências observadas entre as categorias de uma mesma variável em um único grupo e a associação entre as diferentes categorias de uma variável em dois ou mais grupos independentes foi testada pelo teste Qui-Quadrado ou G de Independência; em caso de significância estatística, a avaliação foi complementada pela análise de resíduos do Qui-Quadrado.

Todos os testes foram executados com o auxílio do software BioEstat 5.5 (AYRES et al., 2015), e resultados com $p \leq 0.05$ (bilateral) foram considerados significativos.

Para análise das perguntas abertas, as respostas foram gravadas, posteriormente transcritas integralmente e finalmente tratados por meio da análise de conteúdo de Laurence Bardin (BARDIN, 2004). Nesta análise de conteúdo foca-se em mensagens (comunicações), categorial-temática, que tem por objetivo a manipulação de mensagens para confirmar os indicadores que permitam inferir sobre outra realidade que não a da mensagem (SANTOS, 2012).

Neste sentido, foram executadas em três fases: a pré-análise, a exploração do material e por fim o tratamento dos resultados (codificação e inferência).

Com as respostas transcritas, procede-se a leitura flutuante, passou-se à escolha de

índices ou categorias e organização destes em indicadores ou temas. Os temas que se repetiram com muita frequência foram recortados do texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática e de modalidades de codificação para o registro dos dados. Na segunda fase, ou fase de exploração do material, foram escolhidas as unidades de codificação e o próximo passo foi a classificação em blocos que expressem determinadas categorias e agrupam-se os temas nas categorias definidas, em quadros matriciais. A terceira fase consistiu no tratamento dos dados, inferência e interpretação (SANTOS, 2012).

5.7 QUESTÕES ÉTICAS DA INVESTIGAÇÃO/ INTERVENÇÃO

O projeto da pesquisa foi cadastrado na Plataforma Brasil e submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Amazonas (UEA), tendo sido aprovado sob o parecer consubstanciado nº 3.916.363, de 13 de março de 2020 (Anexo C), respeitando assim os ditames da resolução de Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012c), com princípios regidos pelo Código de Nuremberg e de Helsinque. A pesquisa iniciou-se após a aprovação do referido CEP e ter sido autorizada pelo gestor da Secretaria Municipal de Saúde de Belém, PA (Anexo A).

Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo B), por haver contato direto com as pessoas. Os sujeitos foram orientados sobre os objetivos do estudo e os que desejaram participar assinaram o TCLE.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo procurou descrever o processo de acolhimento da demanda espontânea em uma unidade ESF em Belém do Pará em 2020-2021, a partir de suas principais características, assim como da análise da percepção e participação dos trabalhadores da ESF, como um dos protagonistas, do acolhimento deste tipo demanda.

6.1 CARACTERÍSTICAS DA DEMANDA DA UNIDADE DE SAÚDE

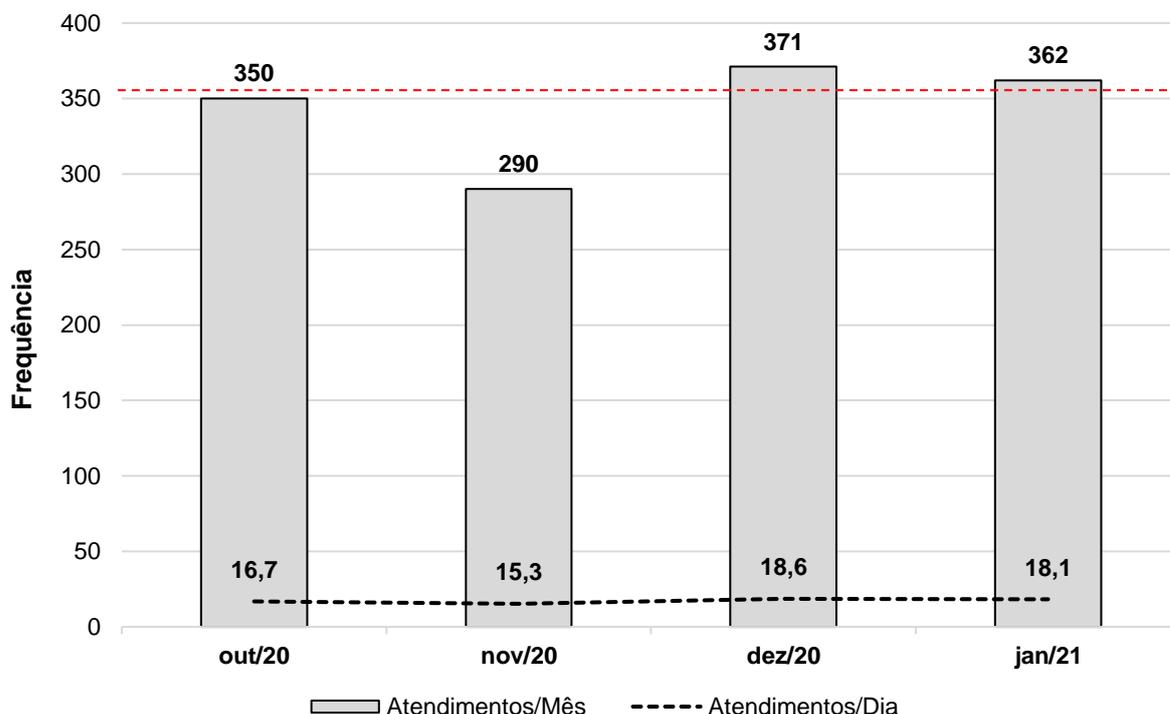
Para compreender as características do acolhimento à demanda espontânea na ESF, buscou-se, a partir das características gerais das demandas de saúde dos usuários, aprofundar nas características específicas da demanda espontânea, que constituem o principal objetivo deste estudo.

A escuta e acolhimento, tanto à demanda espontânea quanto à demanda programada nesta equipe, são realizadas de segunda à sexta-feira, das 08:00 às 12:00 e das 13:00 às 17:00 horas, coincidindo com o horário de expediente, podendo ser feitas no momento que os usuários procuram atendimento. Diferentemente, em um estudo desenvolvido em várias cidades brasileiras, evidenciou que em muitas unidades da ESF ainda prevalece a definição de horários específicos para responder à demanda espontânea (ALMEIDA; FAUSTO GIOVANELA, 2011), fato esse que poderia limitar o acesso oportuno dos atendimentos de urgência, com possibilidade de agravamento do quadro ou risco de vida.

O acolhimento, na unidade da ESF Tenoné, habitualmente começa na recepção, local onde é realizada a escuta inicial e que apresenta dificuldades em relação à privacidade por compartilhar o mesmo espaço com outras atividades/serviços da unidade, podendo comprometer a qualidade e humanização no cuidado. Para Sussekind et al. (2016), a humanização é uma prática que visa aproximar os serviços profissionais e estruturas físicas dos usuários, para que eles se sintam mais à vontade e confiantes em relação à atenção que lhes é dada.

Entre outubro de 2020 e janeiro de 2021 foram atendidos na USF Tenoné 1 o total de 1.373 usuários, cuja distribuição por mês de atendimento está ilustrada na Figura 2. Observou-se que novembro foi o mês com a menor frequência de atendimentos da série histórica estudada, dezembro o com maior número de atendimentos quando comparado aos demais ($p=0,0086$) e a linha vermelha pontilhada representa a média histórica (353,3); a média de atendimentos por dia também está ilustrada na figura. O número de dias de atendimento por mês variou entre 19 dias (novembro/2020) e 21 dias (outubro/2020).

Figura 2 – Distribuição do número de atendimentos total e média diária, segundo o mês analisado. USF Tenoné 1, Belém/PA.



$p=0,0086$ (Qui-Quadrado de aderência).

Fonte: Próprio Autor, 2020-2021.

A partir destes dados pode-se inferir que o número de atendimentos por dia e por mês realizado pelos profissionais da ESF foi relativamente baixo, se comparado com a média diária de atendimentos recomendada na matriz dos processos de trabalho para as Unidades Básicas de Saúde da Família no município Belém do Pará (2014-2018), a qual estabelece, entre as atribuições específicas dos profissionais da ESF, a realização de aproximadamente uma média de 12 consultas por dia para os médicos (264 consultas por mês) e de 10 consultas por dia para enfermeiros (220 consultas por mês), que somaria mais de 480 atendimentos por mês (BELÉM, 2014).

Dados sobre o comportamento das demandas de saúde dos usuários que procuraram a ESF Tenoné, foram obtidos, no ano de 2019, durante a realização do Diagnóstico da Situação de Saúde (DSS) desta unidade, período anterior a pandemia Covid-19; esses resultados mostraram uma média de atendimento de 27 pessoas por dia, diferente da quantidade média de atendimentos mostrados no período deste estudo, que oscilou entre 15,3 e 18,6 por dia.

Assim também, ao comparar esses indicadores da unidade de saúde Tenoné com as orientações do manual instrutivo para as equipes de atenção básica do PMAQ-AB, relacionada à média de atendimentos de médicos e de enfermeiros por habitantes, o qual recomenda realizar

0,15 consultas/habitantes/mês ou 1,8 consultas/habitantes/ano (BRASIL, 2015a), pode ainda observar que a quantidade de atendimentos realizados no período em questão foi baixa.

A avaliação deste indicador pode contribuir na identificação de desigualdades e tendências, que demandem ações e estudos específicos na avaliação e adequação do volume da produção de atendimentos dos profissionais em relação às necessidades da população adscrita e para subsidiar processos de planejamento do acesso aos serviços da atenção básica (BRASIL, 2015a).

No que se refere à queda na quantidade total de atendimentos nesta ESF, observa-se que houve uma queda significativa no número de acompanhamentos de forma presencial dos usuários com doenças crônicas e fatores de risco, o que se deu a partir das recomendações propostas no manual do Ministério da Saúde para a reorganização do cuidado no contexto da segunda onda de casos na pandemia de COVID 19 (BRASIL, 2020a), as quais foram seguidas pela Secretaria de Saúde do Município de Belém do Pará.

Assim também, a entrada em vigor da Lei 14.028/20 fez com que os usuários com doenças crônicas, e seus familiares, não precisassem procurar as unidades de saúde para renovar as receitas. Essa lei permitiu que as receitas médicas e odontológicas, de medicamentos sujeitos à prescrição e uso contínuo, tivessem validade por prazo indeterminado enquanto perdurassem as medidas de isolamento para contenção da pandemia de Covid-19 (BRASIL, 2020b).

Outros fatores, neste cenário, que poderiam ter repercutido no número de usuários que deixaram de acessar às USF, foi o temor/medo de muitas pessoas de procurarem os serviços de saúde, pela possibilidade de ser contaminados e de adoecer pelo vírus, assim também estar cumprindo com as orientações das autoridades sanitárias e governamentais do município e do estado, as quais recomendavam procurar as unidades apenas quando fosse estritamente necessário.

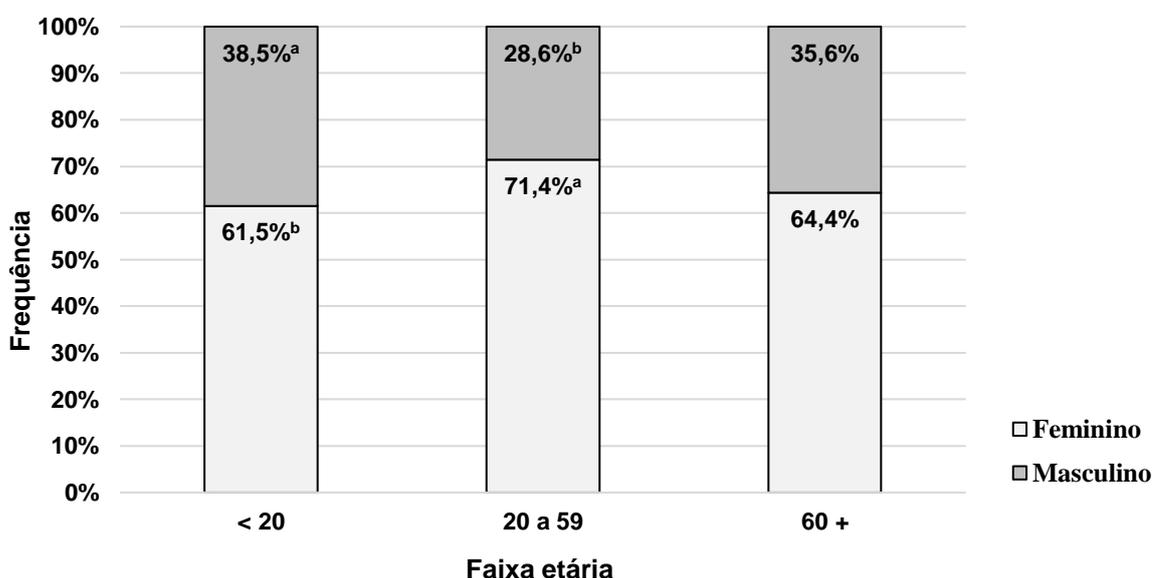
Neste contexto, as mudanças no cenário mundial, pelo efeito da pandemia de COVID 19, tiveram uma influência nos resultados obtidos nesta pesquisa, afastando-os da realidade vivida antes deste evento epidemiológico, mesmo assim decidimos continuar com a investigação, para encontrar as respostas aos objetivos traçados.

A maior frequência de atendimentos aconteceu no último bimestre (dezembro de 2020 e janeiro de 2021), esse resultado mostra que o acesso aos serviços de saúde não foi influenciado pelo período de chuva, diferentemente do que pressuponha o autor da pesquisa, o qual esperava que o fato de ser mais intensas as chuvas no período dos meses de dezembro e janeiro (período do inverno amazônico) isso poderia causar menor número de usuários procurando os serviços de saúde.

Uma possível explicação seria que a área de abrangência da ESF é totalmente urbana e a população adscrita encontra-se distribuída em sete microáreas alocadas em um perímetro próximo da unidade e sem grandes barreiras geográficas. Lembrando que para a constituição de um serviço como porta de entrada do sistema de saúde, o primeiro requisito é que este seja acessível à população, eliminando-se barreiras financeiras, geográficas, organizacionais e culturais, o que possibilita a utilização por parte dos usuários a cada novo episódio (STARFIELD, 2004).

Uma característica identificada a partir dos dados coletados nesta pesquisa, foi a relacionada com a média de idade dos usuários atendidos no período foi de 41,8 anos \pm 21,2 anos (IC95% 40,7 – 43,0), variando entre 1 mês e 87 anos, com maior proporção de usuários entre 20 e 59 anos, sendo que 51,0% (700/1.373) dos usuários tinham até 45 anos.

Figura 3 – Distribuição da demanda de atendimentos segundo o sexo e a faixa etária. USF Tenoné 1, Belém/PA.



$p=0,0044$ (Qui-Quadrado de independência/Análise de Resíduos). ^aFrequência maior que a esperada ao acaso. ^bFrequência menor que a esperada ao acaso.

Fonte: Próprio Autor, 2020-2021.

A Tabela 1 apresenta outras características da demanda dos usuários da unidade de saúde avaliada; observou-se que no mês de outubro a maioria dos pacientes atendidos não eram usuário da área de abrangência da USF (54,0%), enquanto nos demais meses a maioria era usuária ($p<0,0001$).

Esta característica das demandas dos usuários procedentes de fora da área de abrangência, representa uma sobrecarga para a equipe da ESF Tenoné 1, que possui uma população adscrita de aproximadamente 4000 habitantes. Neste sentido, a PNAB 2017 recomenda uma população entre 2000 e 3500 pessoas para cada equipe da ESF, como forma de garantir a coordenação do cuidado, a ampliação do acesso e a resolutividade das equipes que atuam na atenção básica (BRASIL, 2017).

O excesso de população cadastrada e alta procura de usuários procedentes de fora da área de abrangência, termina por comprometer a equidade, o acesso oportuno e continuidade do cuidado, sendo estas últimas, medidas operacionais importantes para a prática dos cuidados na APS (BALASUBRAMANIAN, 2014).

Neste sentido, outro estudo mostra também, que o excesso de usuários/famílias cadastradas dificulta a organização e a oferta de serviços prestados pela equipe e apresentam a necessidade de reorganização das equipes pela gestão municipal, assim como, a ampliação da cobertura assistencial mediante a implantação de novas equipes (CHAVEZ, 2020).

Quanto ao sexo, a maioria dos usuários era constituída por mulheres (934/1.373, 68,0%; $p < 0,0001$), não havendo diferença nesse aspecto em função do mês de atendimento ($p = 0,2695$).

São as mulheres em todas as faixas etárias as mais utilizadoras dos serviços de saúde, já, o acesso masculino às ações desenvolvidas no sistema de saúde dar-se, muitas vezes, a partir da atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, configurando uma inadequação do nível básico de cuidado o que contribui para o aumento da morbimortalidade masculina (CARRARA, 2009).

No que diz respeito ao profissional que prestou atendimento após a escuta inicial, observou-se que em todos os meses o atendimento pelo médico se destacou em relação ao atendimento pelo enfermeiro(a) ($p = 0,0005$).

Neste contexto, a matriz dos processos de trabalho para as Unidades Básicas de Saúde da Família no município Belém do Pará (2014-2018), recomenda uma distribuição equilibrada no número de atendimentos dos profissionais da ESF, com o objetivo de evitar sobrecarga de um deles e poder garantir também, outras atividades, tais como interlocução com ACS (2,5 horas/semanas), educação continuada interna (03 horas/semanas), visitas domiciliares (09 horas/semanas), formação de grupos educativos (03 horas/semanas) e alimentar o sistema e-SUS (2,5 horas/semanas). (BELÉM, 2014).

No que diz respeito ao agendamento prévio, na tabela 1, identificou-se que a maioria da demanda foi de pessoas que agendaram previamente seu atendimento (1.114/1.369, 81,4%; $p < 0,0001$), também sem diferença nesse sentido em função do mês de atendimento na USF

($p=0,0825$). A partir desse resultado a equipe da ESF precisa ficar atenta ao realizar a organização da agenda, no sentido de evitar as inequidades entre os usuários da área de abrangência, tendo em conta que muitas vezes as pessoas agendadas são os chamados hiperutilizadores, ou seja, os usuários que vão repetidas vezes à unidade de saúde, com ou sem motivo, o qual colabora para ocupar a vaga de usuários mais vulneráveis, o que é chamado de ‘lei dos cuidados inversos’, em que os que mais necessitam de cuidados em saúde são os menos por eles beneficiados. (SORANZ, 2016).

Tabela 1 – Características da demanda dos usuários da Unidade de Saúde da Família Tenoné 1, Belém, Pará, segundo o mês de atendimento.

Variável	Out/20 n; %	Nov/20 n; %	Dez/20 n; %	Jan/21 n; %	p-valor*
Usuário da área de abrangência					
Sim	161; 46,0	157; 54,1	237; 63,9	289; 79,8 [†]	<0,0001 [†]
Não	189; 54,0 [†]	133; 45,9 [†]	134; 36,1	73; 20,2	
Sexo					
Feminino	235; 67,1	194; 66,9	244; 65,8	261; 72,1	0,2695
Masculino	115; 32,9	96; 33,1	127; 34,2	101; 27,9	
Profissional que atendeu					
Médico	303; 87,6 [†]	242; 84,0	286; 77,3 [‡]	315; 87,3 [†]	0,0005 [†]
Enfermeiro	40; 11,6	46; 16,0	84; 22,7 [†]	46; 12,7	
Técnica enfermagem	3; 0,8	0; 0	0; 0	0; 0	
Agendamento prévio					
Sim	266; 76,9	244; 84,1	304; 81,9	300; 82,9	0,0825
Não	80; 23,1	46; 15,9	67; 18,1	62; 17,1	

*Qui-Quadrado (Análise de Resíduos do Qui-Quadrado). [†]Estatisticamente significativo. [†]Frequência maior que a esperada ao acaso. [‡]Frequência menor que a esperada ao acaso.

Fonte: Próprio Autor, 2020-2021.

No que se refere aos motivos de atendimento, a Tabela 2 explicita os componentes do atendimento segundo o mês de procura pela USF. O motivo mais frequente de busca por atendimento foi classificado como acompanhamento e outros motivos de consulta, com 46,2% (634/1.373) dos usuários que procuraram a USF no período analisado, seguido pelo motivo resultados de exames (269/1.373; 19,6%), queixas e sintomas (167/1.373; 12,1%) e procedimentos diagnósticos e acompanhamento (161/1.373; 11,7%). No entanto, considerando os meses da série histórica, a ida à USF por acompanhamento e outros motivos de consulta se destacou nos dois últimos meses enquanto a procura por resultados de exames se destacou nos

dois primeiros meses avaliados; ainda, a busca por procedimentos diagnósticos e preventivos foi mais frequente apenas em outubro/2020, enquanto diagnósticos e doenças o foi em novembro/2020 ($p < 0,0001$).

Tabela 2 – Características dos componentes de atendimento dos usuários da Unidade de Saúde da Família Tenoné 1, Belém, Pará, segundo o mês de atendimento.

Componente de Atendimento ^a	Out/20 n; %	Nov/20 n; %	Dez/20 n; %	Jan/21 n; %	p-valor*
CDA-1 - Queixas e sintomas	61; 17,4 [†]	34; 11,7	29; 7,8	43; 11,9	<0,0001 [†]
CDA-2 - Procedimentos diagnósticos e preventivos	14; 4,0 [†]	0; 0 [‡]	3; 0,8	0; 0 [‡]	
CDA-3 - Medicações, tratamentos e procedimentos terapêuticos	8; 2,3	1; 0,3	3; 0,8	6; 1,7	
CDA-4 - Resultados de exames	83; 23,7 [†]	76; 26,2 [†]	47; 12,7	63; 17,4	
CDA-5 - Administrativo	5; 1,4	0; 0	6; 1,6	1; 0,3	
CDA-6 - Acompanhamento e outros motivos de consulta	102; 29,1 [‡]	110; 37,9 [‡]	228; 61,5 [†]	194; 53,6 [†]	
CDA-7 - Diagnósticos e doenças	8; 2,3	12; 4,1 [†]	1; 0,3 [‡]	8; 2,2	
CDA-1 + CDA-2 - Queixas e sintomas e Procedimentos diagnósticos e preventivos	1; 0,3	0; 0	1; 0,3	0; 0	
CDA-1 + CDA-6 - Queixas e sintomas e Acompanhamento e outros motivos de consulta	1; 0,3	0; 0	0; 0	0; 0	
CDA-2 + CDA-6 - Procedimentos diagnósticos e preventivos e Acompanhamento e outros motivos de consulta	63; 18,0 [†]	22; 7,5 [‡]	41; 11,0	35; 9,7	
CDA-4 + CDA-6 - Resultados de exames e Acompanhamento e outros motivos de consulta	3; 0,9 [‡]	34; 11,7 [†]	12; 3,2	12; 3,3	
CDA-5 + CDA-7 - Administrativo e Diagnósticos e doenças	0; 0	1; 0,3	0; 0	0; 0	
CDA-6 + CDA-7 - Acompanhamento e outros motivos de consulta e Diagnósticos e doenças	1; 0,3	0; 0	0; 0	0; 0	

*Teste G de independência (Análise de Resíduos do Qui-Quadrado). [†]Estatisticamente significativo.

^aClassificação Internacional da Atenção primária (CIAP).

[†]Frequência maior que a esperada ao acaso. [‡]Frequência menor que a esperada ao acaso.

Fonte: Próprio Autor, 2020-2021.

6.1.1 Características da demanda espontânea

Os resultados mostrados na tabela 1, relacionados às características das demandas das pessoas que procuraram a unidade de saúde, identificam que a porcentagem de usuários não agendados/demanda espontânea, oscilou entre 15,9% e 23,1%, representando percentual

inferior em relação aos atendimentos destinados aos usuários agendados previamente, com diferença estatisticamente significativa entre atendimento programado e espontâneo (0,0005).

Já em estudo que visava compreender a relação entre a demanda e acessibilidade em saúde, sob a ótica de profissionais e usuários da estratégia em saúde da família, os profissionais identificaram que a elevada demanda espontânea interfere na programação das ações em saúde e a priorização de alguns grupos para ações programáticas gera demanda reprimida no âmbito da ESF (CHAVEZ, 2020).

Esses resultados podem ajudar à equipe da ESF do Tenoné 1 na hora de repensar uma melhor reorganização e distribuição dos atendimentos entre os diferentes tipos de demandas dos usuários, evitando as possíveis interferências entre elas. Uma das possíveis formas de mudar está desproporção da demanda agendada sobre a demanda espontânea, e de promover um melhor acesso na ESF Tenoné, poderia ser através das melhores evidências sobre a forma de organizar essa demanda, utilizando a estratégia ou método de Acesso Avançado (AA), também conhecido por acesso aberto ou agendamento no mesmo dia (MURRAY, 2000).

Neste sentido, o modelo de atenção à saúde deve preconizar o atendimento a todos os tipos de demanda, organizada de forma a atender ao perfil epidemiológico prevalente no território, às necessidades da população e à dinâmica dos profissionais das equipes. Recomendações feitas no manual instrutivo do terceiro ciclo (2015 – 2016) do PMAQ-AB, sugerem que aproximadamente 40% das consultas de médicos e enfermeiros deve ser destinada ao atendimento à demanda espontânea e os outros 60% devem ser distribuídos entre demanda agendada e cuidado continuado (BRASIL, 2015a).

Ao avaliarmos as características específicas do acolhimento à demanda espontânea da população objeto de estudo, observou-se que no mês de outubro, houve maior percentual de pessoas atendidas que não eram usuárias da área de abrangência da USF, enquanto em dezembro e janeiro encontrou-se maior percentual de usuários ($p < 0,001$), como é mostrado na tabela 3.

Foi possível identificar que 147 usuários (57,65%) procedem da área de abrangência e 108 usuários (42,35%) são de fora do território; o fato de assumir o atendimento desses usuários, representa uma população a mais além da já cadastrada, sobrecarregando o trabalho da equipe da ESF.

Por outro lado, é preciso lembrar que o acesso à saúde é universal, e que todo cidadão que procure a unidade de saúde precisa ser escutado, avaliado e orientado adequadamente, segundo a sua prioridade. Neste contexto, os profissionais da equipe de saúde precisam conciliar os princípios do acesso universal e da equidade/qualidade do atendimento, o qual na prática,

muitas vezes resulta difícil, criando-se aquela dicotomia entre atender todos (quantidade) sem comprometer a qualidade.

Assim também, o atendimento das demandas de saúde pela equipe de referência garante a continuidade/longitudinalidade do cuidado, atributo essencial da AB/APS, que estimula o desenvolvimento das relações de vínculo e responsabilidade entre profissionais e usuários da área de abrangência (BRASIL, 2017), esses atributos são muito mais difíceis de implementar em população não cadastrada, por morar fora da área de abrangência.

Alguns aspectos que poderiam justificar o aumento no número de usuários procedentes de fora da área de abrangência, estão relacionados com a insuficiente cobertura de unidades da atenção básica (AB) no município e o déficit de completude das equipes multiprofissionais (médicos, ACS e outros profissionais) na área onde foi realizada a pesquisa.

A ausência de médicos na ESF é um dos motivos de insatisfação dos usuários no acolhimento e reflete uma realidade brasileira, caracterizada por escassez e má distribuição desses profissionais, o qual tem representado um desafio para os gestores municipais em atrair e fixar médicos nas equipes de saúde da família (NUNES, 2021).

Neste sentido, deve-se contemplar ações que incentivem os profissionais a se manter nas equipes em que estão vinculados, assim como é desejável também, fixar profissionais capacitados para identificar as necessidades da população.

Algumas estratégias têm sido implementadas pelos gestores nas três esferas de governo, com o intuito de melhorar a cobertura e a permanência de profissionais médicos na atenção básica, entre elas, o Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica (PROVAB), através da resolução nº 3/2011, da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) da Secretaria de Educação Superior (SESU) do Ministério da Educação (MEC) (BRASIL, 2011d); o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), com resultados alcançados na melhoria da infraestrutura e avanços na formação médica na graduação e na residência médica (BRASIL, 2015b) e por fim, o Programa Médicos pelo Brasil, através da lei no. 13 958, de 18 de dezembro de 2019, o qual tem como objetivo aumentar a prestação de serviços médicos em locais de difícil acesso ou alta vulnerabilidade e fomentar facilitar o desenvolvimento da carreira médica na atenção básica (BRASIL, 2019b), embora esses esforços e tentativas na fixação de profissionais médicos na atenção básica, permanece uma cobertura insuficiente.

Pode-se identificar que quanto ao sexo, similar aos dados mostrados na análise da demanda geral, a maioria dos usuários era constituído por mulheres (157/225, 61,57 %; $p < 0,0001$), não havendo diferença nesse aspecto em função do mês de atendimento ($p = 0,819$).

No Brasil, a inexistência atual de um cadastro universal de base populacional

consistente impede o recrutamento de mulheres como o realizado em países mais desenvolvidos, sendo assim, a equipe de saúde da atenção básica deve estar sempre vigilante e precisa aproveitar os momentos de acolhimento e atendimentos eventuais para realizar diferentes ações de promoção de saúde e prevenção de doenças (programas de rastreamento oportunistas) (BRASIL, 2010b).

Em virtude do conhecimento destes resultados da pesquisa, a equipe da ESF Tenoné 1 deve contemplar ações de saúde em dois sentidos, o primeiro focado na organização do acolhimento humanizado das mulheres que frequentemente procuram a unidade de saúde e o segundo, voltado para aqueles homens que não têm acesso adequado às ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças ou agravos.

A visita domiciliar pode constituir uma alternativa viável para o acolhimento de usuários que não procuram a unidade de saúde; as ações durante a visita domiciliar são reconhecidas como uma forma de acolher, de melhorar o conhecimento dos usuários e facilita um maior vínculo. (SANTOS, S., 2013).

Em muitas ocasiões, a população adulta do sexo masculino procura os serviços de urgência e emergências de 24 horas, por problemas classificados como pouco urgentes, simplesmente por não dispor de horários adequados nas unidades da atenção básica, para resolver suas necessidades de saúde, terminando por sobrecarregar esses serviços (SCHAFIROWITZ, 2020).

Estudos em outras regiões do país, deixaram evidente as limitadas estratégias para a atenção integral à saúde do homem nas USF, demonstrando que a Política Nacional de Atenção Integral à saúde do Homem (PNAISH) ainda não alcançou mudanças relevantes no que tange à saúde masculina (MOREIRA, 2016).

No que se refere ao horário de atendimento, pode-se observar que o maior percentual dos atendimentos aconteceu no horário da manhã (207/225, 81,18 %; $p < 0,0001$), sem diferença significativa nesse aspecto em função do mês de atendimento ($p = 0,668$). Essa característica do acolhimento na ESF Tenoné coincide com o resultado do estudo realizada no município de Campina Grande, Paraíba, a partir da avaliação externa do primeiro ciclo do PMAQ-AB, o qual identificou que o acolhimento, em sentido geral, acontece especialmente no turno matutino, nos horários de maior fluxo de usuários no serviço, a partir das especificidades das demandas (CLEMENTINO et al., 2017).

Em outra pesquisa sobre o acolhimento à demanda espontânea, em unidades de APS, na perspectiva dos profissionais de saúde e dos usuários, os profissionais descrevem os turnos da manhã (96,1 %) e da tarde (91,7%) como os mais frequentes para a prática do acolhimento à demanda espontânea e apenas 4,4% citaram o período noturno (MUNIZ, 2017).

Neste sentido, alguns atendimentos de demanda espontânea identificados nesta pesquisa, poderiam ser organizados e distribuídos no horário da tarde, uma vez que, é esse o momento menos utilizado pela equipe e pelos usuários, tanto na demanda agendada quanto na demanda espontânea.

Ao analisar o trabalhador que atendeu o acolhimento à demanda espontânea, identificamos que foi o profissional médico que realizou maior percentual de atendimentos (229/255, 89,80 %) sem detectar diferença entre os meses estudados ($p=0,165$).

Em um estudo realizado em 56 municípios, que participaram da avaliação externa do PMAQ-AB, no estado de São Paulo, os trabalhadores que mais participavam do acolhimento à demanda espontânea (ADE), na perspectiva dos profissionais, eram os enfermeiros, os agentes comunitários de saúde e o médico. Entretanto, os usuários referiram que o médico e o vigilante eram os profissionais de saúde que mais acolhiam (MUNIZ, 2017).

O envelhecimento da população, o aumento das doenças que duram mais ou ocorrem mais frequentemente e a necessidade de aumentar o potencial dos médicos da atenção primária são imperativos na abordagem de uma atenção básica mais ampla, qualificada e sustentada no trabalho de equipe (STARFIELD, 2004). No acolhimento devem ser incluídos vários profissionais, a ideia seria ampliar a participação de outros funcionários tais como enfermeiros, técnicos em enfermagem e assim, retirar do médico o papel de único protagonista do cuidado (TESSER, 2010).

Tabela 3 - Características dos usuários da demanda espontânea, Unidade de Saúde da Família Tenoné 1, Belém, Pará, segundo o mês de atendimento.

Área de Abrangência				
Meses	Sim n; %	Não n; %	Total n; %	p-valor*
Out/20	37; 14,51	43; 16,86	80; 31,37	0,001†
Nov/20	23; 9,02	23; 9,02	46; 18,04	
Dez/20	38; 14,90	29; 11,37	67; 26,28	
Jan/21	49; 19,22	13; 5,10	62; 24,31	
Total	147; 57,65	108; 42,35	255; 100,00	
Sexo				
	Masculino n; %	Feminino n; %	Total n; %	p-valor*
Out/20	28; 10,98	52; 20,39	80; 31,37	0,819
Nov/20	19; 7,45	27; 10,59	46; 18,04	
Dez/20	28; 10,98	39; 15,29	67; 26,28	
Jan/21	23; 9,02	39; 15,29	62; 24,31	
Total	98; 38,43	157; 61,57	255; 100,00	
Horário Atendimento				
	Manhã n; %	Tarde n; %	Total n; %	p-valor*
Out/20	62; 24,31	18; 7,06	80; 31,37	0,668
Nov/20	40; 15,69	6; 2,35	46; 18,04	
Dez/20	54; 21,18	13; 5,10	67; 26,28	
Jan/21	51; 20,00	11; 4,31	62; 24,31	
Total	207; 81,18	48; 18,82	255; 100,00	
Profissional que atendeu				
	Médico n; %	Enfermeira n; %	Total n; %	p-valor*
Out/20	69; 27,06	11; 4,31	80; 31,37	0,165
Nov/20	43; 16,86	3; 1,18	46; 18,04	
Dez/20	56; 21,96	11; 4,31	67; 26,28	
Jan/21	61; 23,92	1; 0,39	62; 24,31	
Total	229; 89,80	26; 10,20	255; 100,00	

*Qui-Quadrado (Análise de Resíduos do Qui-Quadrado). †Estatisticamente significativo

Fonte: Próprio Autor, 2020-2021.

Ao avaliar os componentes do atendimento da demanda espontânea (Tabela 4), foi identificado que as Queixas e sintomas (CDA-1: 38,58 %); Resultados de exames (CDA-4: 23,60 %) e o Acompanhamento e outros motivos de consulta (CDA-6: 20,22 %) como os principais motivos de procura; algumas destas demandas poderiam ser organizadas, avaliadas e resolvidas com o envolvimento de todos os profissionais da ESF e com a organização de fluxo de acolhimento, assim como completude das equipes que faltam profissionais e ampliação da cobertura de outras unidades da APS.

Um estudo de caso qualitativo, constatou que para os profissionais de saúde, as necessidades por serviços de saúde é por consulta, geralmente médica, com encaminhamento para especialistas e distribuição gratuita de medicamentos. Esses achados apontam que o cuidado em saúde precisa transcender o corpo biológico e compreender outras dimensões que compõem o cotidiano dos usuários em busca da resolutividade (SANTOS, T., 2013).

No que se refere aos dados deste estudo, percebeu-se baixa expressão do componente Procedimentos diagnósticos e preventivos (CDA-2: 5,62 %), o qual coincide com os dados da avaliação qualitativa desta pesquisa, onde alguns participantes relataram em suas respostas as insuficientes ações de prevenção implementadas pela equipe, sendo que estas ações preventivas poderiam evitar os atendimentos de urgências na unidade, assim como redução no componente Queixas e sintomas.

A avaliação do componente Resultados de exames (CDA-4: 23,60 %) representou o segundo componente do atendimento à demanda espontânea, muito dos quais poderiam ser interpretados no horário da tarde, momento esse que, segundo mostrado nos dados desta pesquisa, a quantidade de atendimento é expressivamente menor, assim também, poderiam participar tanto o médico quanto a enfermeira, sem comprometer a qualidade do atendimento. Da mesma forma, o componente Administrativo (CDA-5), embora não tenha tido uma expressiva frequência de apresentação (3,75 %), poderiam também ter sido agrupados no horário da tarde e resolvidos através do trabalho em equipe.

Na proposta da ESF, o trabalho em equipe tem ocupado uma posição de destaque, atuando como um importante recurso de trabalho, na medida em que leva a um rompimento da dinâmica dos serviços centrados na figura do médico, configurando-se a possibilidade de uma abordagem mais integral e resolutiva (Araújo & Rocha, 2007; Leite & Veloso, 2008).

Em uma pesquisa bibliográfica recente sobre trabalho em equipe na atenção básica os autores evidenciaram que alguns profissionais se envolvem mais nas atividades e afirmam que a equipe precisa refletir sobre seus processos de trabalho e rever a divisão das tarefas para que cada membro desenvolva suas atribuições e realize um trabalho mais integrado e compartilhado

(GUIMARÃES, 2020).

A terceira causa mais frequente entre os componentes de atendimento à demanda espontânea foi o Acompanhamento e outros motivos de consulta (CDA-6: 20,22 %), mas como realizar o acompanhamento do cuidado, considerando que muitos usuários da demanda espontânea procedem de fora da área de abrangência. Conforme mencionado, a longitudinalidade do cuidado consiste em assumir a continuidade da relação equipe/usuário ao longo da vida, estabelecendo uma relação de mútua confiança e conhecimento entre famílias e profissionais da APS e exige o cadastramento/registro das pacientes e das famílias (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2012).

De acordo com as características dos motivos de atendimento mostrados anteriormente, pode-se inferir que muito dessas demandas poderiam ser avaliados e resolvidos pelos profissionais não médicos, visto que muito delas depende apenas, de uma adequada escuta e orientação. Neste sentido, realizar uma adequada triagem e classificação de cada problema permitiria uma melhor distribuição dos atendimentos entre os profissionais da ESF e nos diferentes horários, equilibrando assim, a carga de trabalho entre todos.

O processo de trabalho precisa ser revisado constantemente e o acolhimento adaptado a realidade da comunidade e da equipe, principalmente tendo em conta os recursos materiais e humanos disponíveis, aproveitando as forças e as oportunidades, assim o acolhimento precisa constituir uma estratégia de gestão e um processo de reorientação na produção do cuidado (MEDEIROS, 2010).

Tabela 4 - Características dos componentes de atendimento dos usuários da demanda espontânea, Unidade ESF Tenoné 1, Belém, Pará, segundo o mês de atendimento.

Componente de Atendimento ^a	Out/2020 n; %	Nov/2020 n; %	Dez/2020 n; %	Jan/2021 n; %	Total n; %	p-valor*
CDA-1 – Queixas e sintomas	38; 46,91	15; 27,27	22; 32,35	28; 44,44	103; 38,58	0,003 [†]
CDA-2 - Procedimentos diagnósticos e preventivos	8; 9,88	3; 5,45	4; 5,88	0; 0,00	15; 5,62	
CDA-3 - Medicações, tratamentos e procedimentos terapêuticos	4; 4,94	0; 0,00	3; 4,41	0; 0,00	7; 2,62	
CDA-4 - Resultados de exames	22; 27,16	19; 34,55	14; 20,59	8; 12,70	63; 23,60	
CDA-5 - Administrativo	3; 3,70	0; 0,00	6; 8,82	1; 1,59	10; 3,75	
CDA-6 - Acompanhamento e outros motivos de consulta	3; 3,70	13; 23,64	18; 26,47	20; 31,75	54; 20,22	
CDA-7 - Diagnósticos e doenças	3; 3,70	5; 9,09	1; 1,47	6; 9,52	15; 5,62	
Total	81; 100	55; 100	68; 100	63; 100	267; 100	

*Teste G de independência (Análise de Resíduos do Qui-Quadrado). [†]Estatisticamente significativo.

^a Classificação Internacional da Atenção primária (CIAP).

Fonte: Próprio Autor, 2020-2021.

6.2 PERCEPÇÃO E PARTICIPAÇÃO DOS TRABALHADORES DA UNIDADE DE SAÚDE SOBRE O ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA

6.2.1 Conceito de acolhimento sob a ótica dos profissionais da unidade

A partir das respostas dos participantes emergiram resultados que podem contribuir na compreensão da visão e alcance do conceito de acolhimento para cada um deles, neste sentido, surgiram as seguintes categorias: atendimento humanizado; escuta ativa e qualificada das pessoas; responder às necessidades dos usuários; classificação de risco vulnerabilidade; resolutividade; estabelecer vínculos; encaminhamento responsável e participação multidisciplinar.

No que se refere a categoria atendimento humanizado, foi destacada por dois dos participantes, os quais enfatizaram a importância de se estabelecer uma relação de confiança, de respeito e solidariedade com o usuário, como evidenciado nas seguintes falas:

... é atender o usuário de forma humanizada, dando a devida atenção e respeito com o objetivo de solucionar o problema por ele apresentado, criando uma relação de confiança entre o usuário e o profissional de saúde (Participante 03).

...então ele já vem em busca de uma informação, de um atendimento e nós temos que ter o discernimento e, a ciência, fazer um acolhimento humanizado, tendo a paciência de ouvir todos os relatos, todos os seus problemas... (Participante 04).

O fato de dois dos participantes do estudo terem feito referência ao atendimento humanizado, ao definir o acolhimento à demanda espontânea na unidade de saúde, pode ser considerado uma oportunidade, que pode contribuir na implementação de futuras ações estratégicas de treinamento sobre esse tema. Entretanto, as falas ainda podem estar trazendo uma concepção pouco abrangente e vaga, sem um aprofundamento no que se refere ao processo de acolhimento.

O atendimento humanizado na assistência não depende apenas das condutas adotadas pelos profissionais, assim ficou evidente em um estudo realizado com 34 participantes, onde a assistência à saúde foi descrita pelos usuários da ESF como humanizada e os problemas vivenciados foram atribuídos ao sistema (CHÁVEZ, 2020).

No cenário do acolhimento na ESF, existe a necessidade de avanços e qualificação na relação e nos processos de atenção ao usuário, tendo em conta que, a PNH reconhece no acolhimento uma das diretrizes de maior relevância ética, o qual significa o compromisso com o

reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias seus modos de viver, de sentir e de estar na vida (BRASIL, 2016).

Entretanto, pouco se falou sobre o estabelecimento ou reforço ao vínculo, sendo mencionada sobre uma relação de confiança entre usuário e profissional.

O vínculo é resultado de uma construção social e esforço multiprofissional, que envolve toda a equipe, instituições e comunidade (COUTINHO *et al.*, 2015). O acolhimento às demandas de saúde da população constitui um dos momentos fundamentais no estabelecimento de uma relação de confiança e na construção e reforço dos vínculos entre a profissionais/equipe de saúde da APS com os usuários/famílias.

Uma das ferramentas recomendadas na medicina de família e comunidade no Brasil é a implementação do método clínico centrado na pessoa (MCCP). Esse método reforça a necessidade explorar a saúde, a doença e a experiência da doença; entender a pessoa como um todo (a pessoa, o contexto próximo e o contexto amplo); elaborar um plano conjunto de manejo dos problemas e intensificar a relação entre a pessoa e o médico (compaixão e empatia, cura e esperança, autoconhecimento e sabedoria prática, transferência e contratransferência) (STEWART, 2017).

No que se refere a categoria atender às necessidades dos usuários, esta foi a categoria mais identificada pelos participantes do estudo, onde as respostas trouxeram o acolhimento como forma de responder às necessidades dos usuários.

Fazer com que o usuário seja acolhido conforme as suas necessidades visando agilizar o atendimento determinando suas prioridades de acordo com seu risco ou vulnerabilidade. (Participante 01).

É mais que uma triagem qualificada, é enxergar a necessidade do paciente, (Participante 02).

...dando a devida atenção e respeito com o objetivo de solucionar o problema por ele apresentado, (Participante 03).

Eu acho que é agilizar o atendimento de acordo com a necessidade e cada usuário (Participante 06).

Entretanto, vale salientar que esta não deve ser restrita apenas ao cuidado às necessidades sentidas pela população, tendo em conta que existem também, outras necessidades de saúde não percebidas pela população e que precisam de detecção precoce através do diagnóstico precoce ou de rastreamento. Assim, a detecção precoce pode ser realizada tanto nos encontros clínicos, em que o paciente procura o serviço por algum motivo, quanto nos encontros em que não há demanda

por cuidado, como: atestados e relatórios, acompanhamento de familiares, vacinação, coleta de Papanicolau etc. (BRASIL, 2013b).

Cada contato com as pessoas é uma oportunidade de prevenção de doenças ou promoção da saúde. Os médicos de família e comunidade vêem as pessoas, em média, quatro vezes por ano, oportunidade para colocar em prática a medicina preventiva (FREEMAN, 2018).

Ainda, vale lembrar que o acolhimento, não deve se restringir a responder às necessidades dos usuários, mas constitui-se um dispositivo tecno-assistencial que permeia todas as ações de cuidado, como uma ferramenta que possibilita a humanização no cuidado, amplia o acesso da população aos serviços de saúde, assegura a resolução dos problemas, coordena os serviços e vincula a efetivação de relações entre profissionais e usuários; gera diálogos e mudanças na postura dos profissionais e na organização dos serviços (LOPES, et al.,2015).

A categoria classificação de risco/vulnerabilidade, combinado com as respostas incluídas na categoria ‘escuta qualificada’ permite inferir que para a maioria dos participantes do estudo, o significado de acolhimento é identificado como uma triagem impulsionadora das demandas, que por sua vez, não tem em conta a classificação de risco e a identificação de prioridades, como mostram as falas seguintes:

Fazer com que o usuário seja acolhido conforme as suas necessidades visando agilizar o atendimento determinando suas prioridades de acordo com seu risco ou vulnerabilidade (Participante 01).

É mais que uma triagem qualificada, é enxergar a necessidade do paciente, é um conjunto de atividades que você como profissional terá que escutar, identificar e orientá-lo a procurar o seu atendimento correto (Participante 02).

Em relação a esse aspecto do acolhimento, Muniz (2017) no seu estudo evidenciou que a maioria das unidades de saúde realizavam a classificação de risco e vulnerabilidade (89,5%) e aplicavam os protocolos em 61,9% destas.

Ainda no tocante à realização de acolhimento e avaliação de risco vulnerabilidade, outra pesquisa mostrou que 48,3% das equipes de saúde referiram realizar avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários, mesmo que apenas 22,5% dos profissionais receberam capacitação (CLEMENTINO, 2017).

O acolhimento, com classificação de risco, como prática inclusiva prioriza os pacientes mais críticos para atendimento imediato e em ordem de prioridade; se responsabiliza pelo atendimento de todos os pacientes independente de sua classificação; é implantada através de processo de discussão intenso e inclusivo de todos os profissionais; elaborada através de discussão

com todos os profissionais e protocolos adequados e por fim pactuada e acompanhada nos espaços de gestão colegiada (BRASIL, 2016).

A categoria resolutividade foi mencionada pelos participantes 03 e 04, os quais expressaram o acolhimento como:

... dando a devida atenção e respeito com o objetivo de solucionar o problema por ele apresentado, criando uma relação de confiança entre o usuário e o profissional de saúde (Participante 03).

...e com isso a gente possa dar uma resolução a esse problema tá, sempre levando em consideração o que nós podemos oferecer, o que a unidade que eu trabalho possa oferecer a esse usuário, evitando assim que ele fique perambulando de um lado para outro sem ter uma solução... (Participante 04)

Compreendida como um recurso de reorientação do modelo assistencial, a ESF privilegia a lógica de linhas de cuidado em que todo cidadão tem o direito de ser cuidado por uma equipe, de forma integral e resolutiva (SCHWARTZ et al., 2010).

Para Protásio et al. (2017), é importante ressaltar que a alta resolutividade contribui também para a construção da confiança e o aumento do vínculo entre os usuários e os serviços”

Ainda falando sobre resolutividade, Sussekind et al. (2016), mostrou que um grande volume de necessidades de saúde, de baixo risco, deviam ter a sua resolutividade na própria unidade da atenção básica, apesar de não estarem programadas e que quando isso não acontece, ocorrem os retornos repetidos, queixas, reclamações e busca por outros serviços mais resolutivos.

Já a categoria encaminhamento responsável foi identificada por dois participantes ao falar:

... é um conjunto de atividades que você como profissional terá que escutar, identificar e orientá-lo a procurar o seu atendimento correto (Participante 02).

...e mesmo que na minha unidade não tenha essa solução que eu possa encaminhar, direcionar para que ele saia de lá com uma definição é, ou que ele vá fazer, para onde ele váia... (Participante 04).

No acolhimento, com classificação de risco, só se encaminha pacientes para outros serviços de forma responsável e pactuada (BRASIL, 2016). Revisão integrativa, sobre o acolhimento no âmbito da ESF, identificou que para os profissionais, acolhimento significa, entre outros aspectos, o de dar uma atenção especial e levar em conta uma assistência integral e holística, de modo que exista uma responsabilização do cuidado pela resolutividade e pelos encaminhamentos necessários (COUTINHO, 2015).

Um aspecto que não foi identificado nas respostas dos participantes para definir o acolhimento foi a de o acolhimento com ‘a participação multidisciplinar e o trabalho em equipe’, porém na pergunta aberta de número 02, a qual questiona sobre a participação de cada um dos trabalhadores no acolhimento, todos informaram que participam, como será mostrado mais adiante.

O trabalho em equipe multiprofissional é uma modalidade de trabalho coletivo que é construído por meio da relação recíproca, de mão dupla, entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos profissionais de diferentes áreas, configurando, por meio da comunicação, a articulação das ações e cooperação (PEDUZZI, 2008).

Outro aspecto importante que chamou a atenção foi a referência ao acolhimento de forma limitada e indireta ao acesso, que não reconhece expressamente a importância de atender todos os usuários que procuram a unidade de saúde, independentemente da área de abrangência, como mostrado na fala dos seguintes participantes:

atender a demanda espontânea todos os dias (Participante 05).

oferecer os serviços da unidade (Participante 04).

Essa visão limitada e restrita do acolhimento demonstra desconhecimento em relação a Política Nacional de Humanização e ao acolhimento como uma ferramenta tecno-assistencial. Como um processo de práticas de produção e promoção de saúde, que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada, ouvindo suas queixas, considerando suas preocupações e 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. (BRASIL, 2004b).

Ainda um dos participantes, deixa claro a dúvida de atender ou não usuários procedentes de outra área.

...aí a pessoa chega e que é de outra área uma pessoa diz não, aí depois ela vem por traz e fala pra outra pessoa e a outra pessoa diz sim, (Participante 06).

Diante dos posicionamentos dos participantes sobre o significado de acolhimento nas unidades de saúde, é possível inferir a existência de fragilidades que limitam e tornam nebulosa a prática do acolhimento na ESF, assim como foi mostrado no estudo do Clementino et al. (2017). Outros estudos também, apontam a dificuldade dos profissionais de saúde em reconhecer e realizar o acolhimento. Entre as concepções equivocadas sobre o seu conceito, incluem desde a identificação de uma ação generosa do profissional, uma via de acesso à consulta médica, até uma simples triagem (GARUZI et al, 2014; CLEMENTINO et al, 2015).

Embora existam Debilidades/Ameaças, identificadas nas respostas dos participantes da nossa pesquisa, relacionadas a um conhecimento sobre o significado de acolhimento à demanda espontânea na ESF, é necessário realçar as “Forças/Oportunidades” ou os aspectos positivos presentes nas suas respostas, produzidas a partir do saber/conhecimento prático de cada trabalhador. Neste sentido, as informações corretas proporcionadas por cada participante, sobre o tema do acolhimento na ESF, serão utilizadas na hora de implementar estratégias de treinamento desse tema na unidade, o qual valoriza ‘o neoartesanato’, característica do método Paideia, o qual exalta o trabalhador como possibilidade criativa e como realização de uma obra (BRASIL, 2016).

O acolhimento dos usuários nas unidades de saúde, analisado a partir do embasamento teórico fornecido pela PNH, Caderno da Atenção Básica no. 28 e PNAB 2017, pode ser definido como um atendimento humanizado com implementação do método clínico centrado na pessoa (MCCP), com acesso universal, escuta ativa e qualificada, que responde às necessidades de saúde dos usuários, estabelecendo ou reforçando o vínculo entre este e a equipe da saúde, com participação multidisciplinar (clínica ampliada e cogestão), a partir de uma classificação de risco/vulnerabilidade, identificando prioridades, com resolutividade e quando necessário encaminhamento responsável.

Dessa forma, observa-se que o acolhimento é uma ferramenta que tem um valor primordial para a atenção básica, pois colabora na ampliação do acesso, na qualificação dos processos de trabalhos e nas relações entre os profissionais e usuários do serviço.

6.2.2 Participação dos trabalhadores no acolhimento à demanda espontânea aos usuários que procuram a unidade de saúde.

Segundo as respostas dos trabalhadores, todos participam do acolhimento na ESF Tenoné, o qual condiz com as propostas do Ministério da Saúde que recomenda, principalmente nas unidades de saúde com equipe única e formada por pequena quantidade de funcionários, adotar o modelo de acolhimento coletivo, pela equipe de referência do usuário (BRASIL, 2012a). No entanto, esta participação acontece na ausência de um protocolo que possibilite uma organização na forma como o usuário é acolhido na unidade assim como nos critérios de classificação de risco e atenção às necessidades dos usuários.

A implantação de estratégia de acolhimento coletivo, com a participação de todos os profissionais da equipe da ESF e a construção de projetos terapêuticos incluindo os usuários estão entre as propostas inovadoras para melhorar a escuta qualificada e as relações interdisciplinares (HAMMERSCHMIDT, 2010).

Neste modelo de acolhimento coletivo há diversas maneiras de desenvolver esta modelagem, como por exemplo: a) o enfermeiro de cada equipe realiza a primeira escuta, atendendo à demanda espontânea da população residente na sua área de abrangência e também os seus usuários agendados; nestas situações, o médico faz a retaguarda para os casos agudos da sua área e também atende os usuários agendados; b) mais de um profissional está simultaneamente realizando a primeira escuta dos usuários de sua área de abrangência organizando o acesso dos usuários num determinado momento, posteriormente assumindo suas demais atribuições; c) em algumas equipes, o enfermeiro realiza a primeira escuta do acolhimento até determinada hora, a partir da qual desempenha outras atribuições, passando a primeira escuta do acolhimento a ser realizada pelo técnico de enfermagem, estando o enfermeiro e o médico na retaguarda (BRASIL, 2012a).

O acolhimento é um dispositivo de humanização que oferece maior acesso aos serviços, permite um processo de mudança nas práticas de saúde, além de responsabilizar toda a equipe pelo cuidado e pela satisfação do usuário (COUTINHO, 2015).

A equipe da ESF, para realizar o acolhimento com responsabilidade, com qualidade e com a participação de todos, precisa de preparação técnica, sendo assim procuramos saber sobre a capacitação/treinamento recebido pelos funcionários da unidade de saúde para realizar o acolhimento.

6.2.3 Treinamento/capacitação sobre acolhimento à demanda espontânea

Todos os participantes relataram nunca ter participado de treinamento ou capacitações sobre acolhimento à demanda espontânea. Estas respostas vêm corroborar, com as falas anteriores, a ausência de articulação do conhecimento teórico prévio no que se refere ao conceito de acolhimento à demanda espontânea. Sendo assim, observa-se que o conhecimento dos participantes sobre o tema é empírico, guiado pela dinâmica de trabalho centrada na doença e a influência do modelo tradicional de atuação médico hegemônico.

É importante destacar que a escuta qualificada e a avaliação de vulnerabilidades não são prerrogativas dos profissionais da saúde, podendo ser realizadas por todos os membros da equipe multiprofissional, desde que devidamente qualificados (ROCHA, 2021).

Ao longo da implementação da PNH a ideia de acolhimento nos serviços de saúde acumula uma farta experiência, porém percebe-se que grande parte do que se sabe atualmente sobre o tema, se deve a um acúmulo de experiências práticas em dimensões bastante restritas, muitas vezes ações pontuais, isoladas e descomprometidas (BRASIL, 2016).

No seu estudo, sobre acolhimento a demanda espontânea na perspectiva dos profissionais e usuários da AB, Muniz (2017) identificou que 89,5% das unidades de saúde realizavam a classificação de risco e vulnerabilidade, apesar de a metade dos profissionais reconhecerem que não foram capacitados para realizar esta atividade.

Essa falta de capacitação para realizar o acolhimento, além de limitar as amplas possibilidades de explorar esse importante momento do encontro profissional/usuário, também pode colocar em risco a segurança das pessoas. Por isso, o programa nacional de segurança do paciente (PNSP) estabelece como objetivo geral, no seu artigo 2^o, contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (BRASIL, 2013c).

Neste contexto, em um projeto de pesquisa, sobre o acolhimento humanizado no âmbito da atenção básica, a autora propõe ações de capacitação para a equipe por meio de educação permanente e treinamento voltados à temática do atendimento humanizado e acolhedor ao cliente, com base nos manuais do Ministério da Saúde (ALVES, J., 2017).

6.2.4 Formas de acolhimento à demanda espontânea na unidade de saúde

As respostas dos entrevistados trouxeram as seguintes categorias: categoria Acolhimento sem organização, planejamento e pactuação da equipe; categoria Acolhimento condicionado à agenda e limitando o acesso; categoria Acolhimento como triagem sem classificação de risco/vulnerabilidade e com fins de encaminhamento médico ou médico especializado (sem falar de encaminhamento seguro e responsável).

A categoria que se refere o Acolhimento sem organização, planejamento e pactuação pela equipe da unidade, emergiu a partir das respostas de três dos participantes, os quais relataram a falta de um planejamento e organização adequados do fluxo dos usuários e a inexistência de um modelo de acolhimento definido e pactuado pela equipe, não se configurando enquanto uma prática efetiva, como constam nas falas seguintes:

O atendimento à demanda ocorre de forma não planejada, o usuário é atendido por ordem de chegada, (Participante 03).

Temos que planejar um cronograma para os tipos de atendimento que temos a esses usuários de área de abrangência da nossa unidade (Participante 05).

...usuário de outras, de outras áreas serem atendidos na unidade e também por não haver organização, (Participante 06).

As consequências desta forma de acolhimento provocam uma fragmentação do processo de trabalho, com profissionais muito atarefados e exaustos e insatisfação tanto de usuários como de trabalhadores.

Neste contexto, de acordo com o Método Paideia, a PNH trabalha com o reconhecimento dos poderes, saberes e afetos que estão em jogo nas relações de trabalho, sendo assim, o acolhimento não deve ser implementado de forma autoritária e o acolher não se viabilizará exclusivamente pela definição de novos protocolos e de treinamentos para os componentes da equipe. Na perspectiva da cogestão, é preciso planejar, discutir, adaptar, pactuar, decidir, avaliar e reavaliar com a participação de todos os integrantes da equipe (BRASIL, 2016).

Na categoria, acolhimento condicionado à agenda e limitando o acesso, a realização do acolhimento é condicionada à agenda e existe prioridade para a demanda agendada, como foi identificado na avaliação quantitativa desta própria pesquisa, assim como nos relatos dos seguintes participantes:

se caso for necessário é feito o agendamento de consulta conforme a demanda do livro de agendamento, a partir deste momento o usuário retorna no dia da consulta a agendada... (Participante 01).

hoje a gente mesmo com as nossas consultas agendadas com o cronograma que temos mais a demanda espontânea a gente praticamente atende todos os dias (Participante 05).

Os usuários procuram a unidade de saúde para marcar consulta é, é pedido o comprovante de residência e o cartão SUS e é marcada essa consulta de acordo com a agenda... (Participante 06).

Assim também, alguns dos participantes não tem clareza de como deve ser feito o atendimento dos usuários procedentes de fora da área de abrangência, colocando em xeque o princípio do acesso universal, como expressado nas respostas seguintes:

Temos que planejar um cronograma para os tipos de atendimento que temos a esses usuários de área de abrangência da nossa unidade de...(Participante 05)

mas muita das vezes acontece de... o usuário de outras, de outras áreas serem atendidos na unidade e também por não haver organização... (Participante 06)

Já foi analisado anteriormente a importância da organização da agenda, com uma distribuição adequada e equilibrada dos tipos de demandas, sem interferência entre estas, garantindo o acesso universal e com equidade.

Na categoria acolhimento como triagem sem classificação de risco/vulnerabilidade, com

fins de encaminhamento médico ou médico especializado, o acolhimento é mencionado como um processo de seleção do usuário ou uma etapa a ser cumprida antes do atendimento, a qual também pode ser compreendida como uma forma de agilizar o processo de trabalho.

A organização do fluxo do acolhimento para alguns dos participantes é baseado na realização de uma triagem, desenvolvida pela técnica de enfermagem, onde são aferidos os sinais vitais e apenas um participante reconhece, na sua resposta, a falta de avaliação de risco vulnerabilidade. Assim também, na fala dos participantes predomina o atendimento centrado na figura do médico, como ficou evidente nas seguintes colocações:

é feita a triagem com a técnica, onde é aferido os sinais vitais do paciente...peso e altura e passado para o consultório médico (Participante 01).

ele passa por uma triagem da equipe de enfermagem que faz... teria suas identificações e realiza seu conjunto de atividades, pressão, altura, peso e logo em seguida se desloca para atendimento médico... (Participante 02).

não se faz uma avaliação previa para identificação de risco e vulnerabilidade do paciente... (Participante 03).

...então a gente faz uma avaliação, acolhe né, avalia seu estado de saúde, suas queixas, escuta suas queixas, e mediante tudo isso que é colocado por ele, nós encaminhamos é, para onde é devido... (Participante 04).

Estas características do acolhimento foram evidenciadas por outros pesquisadores, os quais identificaram no seu estudo que as rotinas de atendimento das unidades de saúde são semelhantes, uma vez que todas realizam uma triagem com intuito de resolver a queixa do usuário e encaminhar ao atendimento médico (CHÁVEZ, 2020).

Um estudo realizado com dados de 56 municípios do estado de São Paulo, que participaram da avaliação externa do PMAQ-AB, em 2012, evidenciou que 89,5% das unidades de saúde realizavam a classificação de risco e vulnerabilidade (MUNIZ, 2017).

Um aspecto importante, que não foi comentado nas respostas dos participantes do estudo, está relacionado com a conduta final após a avaliação dos usuários da área de abrangência, os quais devem receber ofertas de possíveis atendimentos, que vão desde a avaliação da sua condição, segundo classificação de risco/vulnerabilidade, orientações específicas, ofertas dos serviços da unidade, inclusão em ações programáticas, agendamento de casos e até encaminhamentos para outros pontos da RAS. Já no caso dos usuários procedentes de fora da área de abrangência, após a avaliação e atendimento de acordo com a sua classificação de risco/vulnerabilidade, a recomendação é realizar a orientação e o encaminhamento seguro e com responsabilidade (Brasil, 2012a).

6.2.5 Estratégias para melhorar o processo de acolhimento à demanda espontânea

A partir das respostas dos participantes foram identificadas as seguintes categorias: categoria 01, mudanças estruturais e funcionais nas práticas de atenção e gestão, a partir da problematização dos processos de trabalho e categoria 02, construção coletiva de propostas pela equipe local e ampliação dos espaços democráticos de discussão, de escuta, de troca de decisões coletivas.

As falas dos participantes mostram que o acolhimento na ESF Tenoné requer mudanças estruturais e funcionais nas práticas de atenção e gestão, a partir da problematização dos processos de trabalho, configurando-se desta forma a primeira categoria. Neste sentido, um dos participantes fala da importância de completar a equipe, visto que, apenas dois (02) ACS dão cobertura atualmente a uma área de abrangência composta por sete (07) microáreas e ainda; um participante enfatiza a necessidade de conhecer a realidade local; quatro (04) dos participantes recomendaram mudança na organização do funcionamento atual da unidade; três (03) dos participantes trouxeram a necessidade de realizar planejamento das ações e por fim, um participante fala da necessidade de condições de trabalho.

Primeiramente ter uma equipe completa e fazer a estratégia funcionar conforme tem que ser realizada... não funciona como deve funcionar, pois na minha visão atual não estamos funcionando como ESF, a ESF está trabalhando como emergência em vez de trabalhar a promoção e prevenção de saúde, ... para trabalharmos e termos uma melhoria, como funcionários precisamos de planejamento, organização e disciplina (Participante 01).

...desenvolvendo ação de saúde, a partir do conhecimento da realidade local e das necessidades da população... (Participante 01).

Primeiro melhorar na qualidade do trabalho do enfermeiro, dos médicos e da equipe, focar em métodos de planejamento onde poderia levar a trabalhar a equipe de forma mais organizada... (Participante 02).

organizar o atendimento da demanda espontânea avaliando o risco e vulnerabilidade de cada usuário que busca por atendimento de emergência... identificando o problema que possa ser trabalhado a promoção e a prevenção pela equipe... (Participante 03).

Tem que ter treinamento e condições de trabalho para todos os funcionários... (Participante 05).

Eu acho que pode iniciar com uma organização, na organização, fazendo uma planilha... (Participante 06).

A mudança do modelo assistencial vigente, baseado na doença e na queixa, dependerá da reorganização do sistema e dedicação do profissional (REIGADA, 2015), neste sentido, na ESF

objeto de estudo, além de completar a quantidade dos profissionais em falta, precisa-se qualificar e organizar o atendimento com a participação e o comprometimento de todos os profissionais da equipe.

Resulta importante sensibilizar os trabalhadores com a necessidade de mudanças na organização e qualificação no funcionamento do processo de acolhimento, pois como mostram os dados de um estudo sobre ‘acesso e acolhimento na AB da região oeste do Pará’, não basta estar implementado o acolhimento à demanda espontânea em mais de 90 % do processo de trabalho das equipes de saúde, se entretanto, os resultados desse estudo ainda mostram, limitações na qualidade do mesmo, tais como: problemas na organização da agenda, dificuldades de ambiência e o problema dos usuários em frequentar a UBS em horário comercial, entre outras (SILVA, 2019).

Algumas dessas estratégias para melhorar o acolhimento já foram experimentadas e colocadas em prática em Salvador/BA (VIEIRA-DA-SILVA, 2010).

Na categoria o acolhimento requer a construção coletiva de propostas pela equipe local e desta com os serviços da RAS e ampliando os espaços democráticos de discussão, de escuta e de troca de decisões coletivas. (construção coletiva de propostas de acolhimento)

Um dos participantes reconhece a importância do trabalho em equipe e da participação de toda a equipe na melhora do acolhimento

Primeiro melhorar na qualidade do trabalho do enfermeiro, dos médicos e da equipe... (Participante 02).

Um dos participantes trouxe à tona a importância de um balizamento em relação ao estabelecimento do processo de acolhimento na unidade.

pra ver essa organização, essa administração, pra poder dar certo, porque se um falar uma coisa e outro falar outra... (Participante 06).

Esta fala pode ser entendida como a importância de que todos os funcionários, que participam do acolhimento, devendo-se guiar pelos mesmos critérios definidos pelo coletivo, o que corrobora, na perspectiva da cogestão, que é necessário a participação de todos os integrantes da equipe de saúde nas mudanças e nas decisões dos acordos (BRASIL, 2016).

Sobre a categoria ampliando os espaços democráticos de discussão, de escuta, de troca de decisões coletivas, uma das participantes recomenda a “realização de reuniões entre os funcionários” e outros dois deles vêm a necessidade de capacitação ou treinamento da equipe para melhorar o acolhimento.

é necessário que toda a equipe esteja mobilizada, seja treinada, seja capacitada, principalmente capacitada... (Participação 04).

*Tem que ter treinamento e condições de trabalho para todos os funcionários...
(Participante 05).*

*...a palavra é essa, organização, sentar, conversar, reunir os funcionários e...
(Participante 06).*

Tradicionalmente, no campo da saúde são reproduzidas características Tayloristas, onde o chefe pensa e os trabalhadores executam sem questionar, mas a PNH trabalha intensamente na defesa da possibilidade dos trabalhadores se colocarem ativamente na condução dos seus processos de trabalho, no planejamento das atividades, elaborando suas condutas, participando dos processos de gestão e avaliação de seu trabalho (BRASIL, 2016).

Neste sentido, a PNH para se contrapor ao ‘método Taylor’ vem implementando o ‘método Paideia’, no qual existe um reconhecimento dos poderes, saberes e afetos dos que estão em jogo nas relações de trabalho.

Num estudo quase experimental, sobre a implantação de um ciclo de melhoria no acolhimento de uma unidade básica de saúde, e que utilizou método de planejamento com a participação dos profissionais da equipe, mostrou que depois da intervenção realizada, houve melhoria significativa em dois critérios de qualidade do acolhimento à demanda espontânea (o usuário ser ouvido por algum profissional e passar pela classificação de risco) (NUNES, 2021).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A quantidade de atendimentos à demanda espontânea na ESF evidenciou queda influenciada pela pandemia de COVID 19, a qual mudou o panorama epidemiológico no mundo todo; todas as demandas de saúde dos usuários que procuraram a ESF foram atendidas pelos profissionais da unidade; a maior frequência de atendimentos aconteceu no bimestre dezembro de 2020 - janeiro de 2021; a média de idade dos pacientes no período foi de 41,8 anos (+- 21,2 anos).

O acolhimento às demandas de saúde na ESF se caracterizou por influência significativa de usuários procedentes de fora da área de abrangência, o qual se acrescenta à já elevada quantidade de população adscrita, representado um problema que precisa ser avaliado com a participação do gestor municipal para possível solução; a maioria dos usuários era constituída por mulheres e observou-se que em outubro de 2020 e janeiro de 2021 o atendimento pelo médico se destacou em relação aos demais meses, enquanto em dezembro o enfermeiro assumiu o atendimento mais vezes em comparação aos outros meses da série histórica, e por fim, ao avaliar a característica do atendimento com agendamento prévio ou demanda espontânea identificamos que a maioria da demanda foi de pessoas com agendamento prévio (81,4 %), sem diferença em função do mês de atendimento.

As principais características do acolhimento à demanda espontânea na ESF foram: quase metade são de usuários fora da área de abrangência o qual poderia sobrecarregar o trabalho da equipe da ESF; quanto ao sexo, similar aos dados mostrados na análise da demanda geral, foram as mulheres as que mais procuram atendimento de demanda espontânea, sem diferença significativa entre os meses; no horário da manhã aconteceu a maior porcentagem dos atendimentos da demanda espontânea; identificamos que foi o profissional médico que realizou maior número de atendimento e no que se refere aos componentes do atendimento que caracterizaram à demanda espontânea, predominaram as queixas e sintomas, resultados de exames, acompanhamento e outros motivos de consulta e com muito baixa expressão do componente procedimentos diagnósticos e preventivos.

A partir da análise dos resultados verificou-se a necessidade de implementar estratégias para a reorganização do acolhimento aos usuários e atendimentos com o envolvimento dos trabalhadores da unidade, e assim fortalecer os princípios do acesso universal, da equidade e da integralidade do cuidado, que norteiam o SUS.

Precisam ser discutidos e planejados mecanismo de acolhimento, como por exemplo o de acesso avançado (AA) - fazer o trabalho de hoje, hoje, experimentados e implementados

com sucessos em outras unidades com características similares, neste caso, seria preciso dedicar um número suficiente das vagas para o acolhimento da demanda espontânea. Poderia ser distribuído um 60 % de vagas para a demanda agendada/programada e 40 % para a demanda espontânea, como recomendado pelo PMAQ.

Foram identificadas limitações e diferenças na percepção de cada um dos trabalhadores no significado de acolhimento, ficando evidente a existência de falta de conhecimento ou o despreparo, no que tange ao tema do acolhimento às necessidades de saúde nas unidades da APS/AB. Apesar de todos os trabalhadores terem relatado participar do acolhimento, os mesmos relataram nunca terem tido treinamento ou capacitação para tal, sendo assim, ficou claramente demonstrado que o conhecimento dos participantes sobre este tema é empírico, guiado pela dinâmica de trabalho centrada na doença e a influência do modelo tradicional de atuação médico hegemônico.

8. PRODUTO

A partir da análise dos resultados desta pesquisa, buscou-se elaborar um produto que possa estimular reflexões importantes para a atual equipe de trabalho, assim como para outros funcionários que vierem a formar parte dela. Para isso, a proposta será a utilização de alguns dispositivos/tecnologias propostos pelo núcleo técnico da PNH, do Ministério da Saúde, 2006, sobre o acolhimento nas práticas de produção de saúde, entre essas tecnologias estão: o fluxograma analisador; oficinas; construção de grupo de trabalho de humanização; grupos focais com usuários e rede social nas unidades de saúde e avaliação e classificação de risco.

A proposta do autor desta pesquisa é utilizar como dispositivo/tecnologia as Oficinas, ou seja, o planejamento de rodas de debate que produzam o encontro das ideias e conceitos e a construção de consensos e responsabilização dos participantes pela elaboração conjunta. Será proposto à equipe que tais oficinas aconteceriam nos dias e horários em que acontece as reuniões de equipe, devido a disponibilidade dos profissionais para participação nos encontros.

CRONOGRAMA DAS OFICINAS (RODAS DE DEBATE E O ENCONTRO DAS IDEIAS)

PRIMEIRA OFICINA

- Roda de conversa com os trabalhadores da unidade de saúde.
- Mostrar e discutir os resultados desta pesquisa, sobre o acolhimento à demanda espontânea na ESF Tenoné.
- Propor a implantação de um protocolo de acolhimento.
- Propor a elaboração de uma forma de implementar o processo de acolhimento com a participação de todos os membros da equipe.

SEGUNDA OFICINA

Refletir sobre:

- Categoria: O conceito de acolhimento à D.E na atenção primária.
- Categoria: Acolhimento à D.E com classificação de risco (Atendimento Imediato; Atendimento Prioritário e Atendimento no Dia) através do método ‘acesso avançado e modelo de acolhimento coletivo.
- Categoria: Propor um Fluxograma Interno e o protocolo de a acolhimento (Consensuado).
- Categoria: Guia de referência interna dos usuários na ESF.

TERCEIRA OFICINA

- Apresentar uma proposta de fluxo de acolhimento à demanda espontânea (elaborada com base no modelo proposto pelo Ministério da saúde e adaptada, de acordo com os resultados deste estudo.

- Decidir a data do início da implementação da nova proposta (implementado durante uma semana e com a avaliação das informações coletadas durante o período proposto; da percepção dos trabalhadores que participam do processo de acolhimento e da opinião e satisfação dos usuários com o funcionamento do acolhimento à D.E).

CATEGORIAS TEMATICAS A ABORDAR NAS OFICINAS

CONCEITO DE ACOLHIMENTO NA APS/AB

O acolhimento dos usuários nas unidades de saúde, analisado a partir do embasamento teórico fornecido pela PNH, Caderno da Atenção Básica no. 28 e PNAB 2017, pode ser definido como um atendimento humanizado com implementação do método clínico centrado na pessoa (MCCP), com acesso universal, escuta ativa e qualificada, com classificação de risco/vulnerabilidade, identificando prioridades, responde às necessidades de saúde dos usuários, estabelecendo ou reforçando o vínculo entre este e a equipe da saúde, com participação multidisciplinar (clínica ampliada e cogestão), com resolutividade e quando necessário encaminhamento responsável.

ACESSO AVANÇADO (AA) – (fazer o trabalho de hoje, hoje)

Organização da Agenda:

- ✓ 60 % das vagas para a demanda agendada/programada
- ✓ 40 % para a demanda espontânea.
- ✓ 12 consultas por dia para o médico.
- ✓ 10 consultas por dia para a enfermeira.

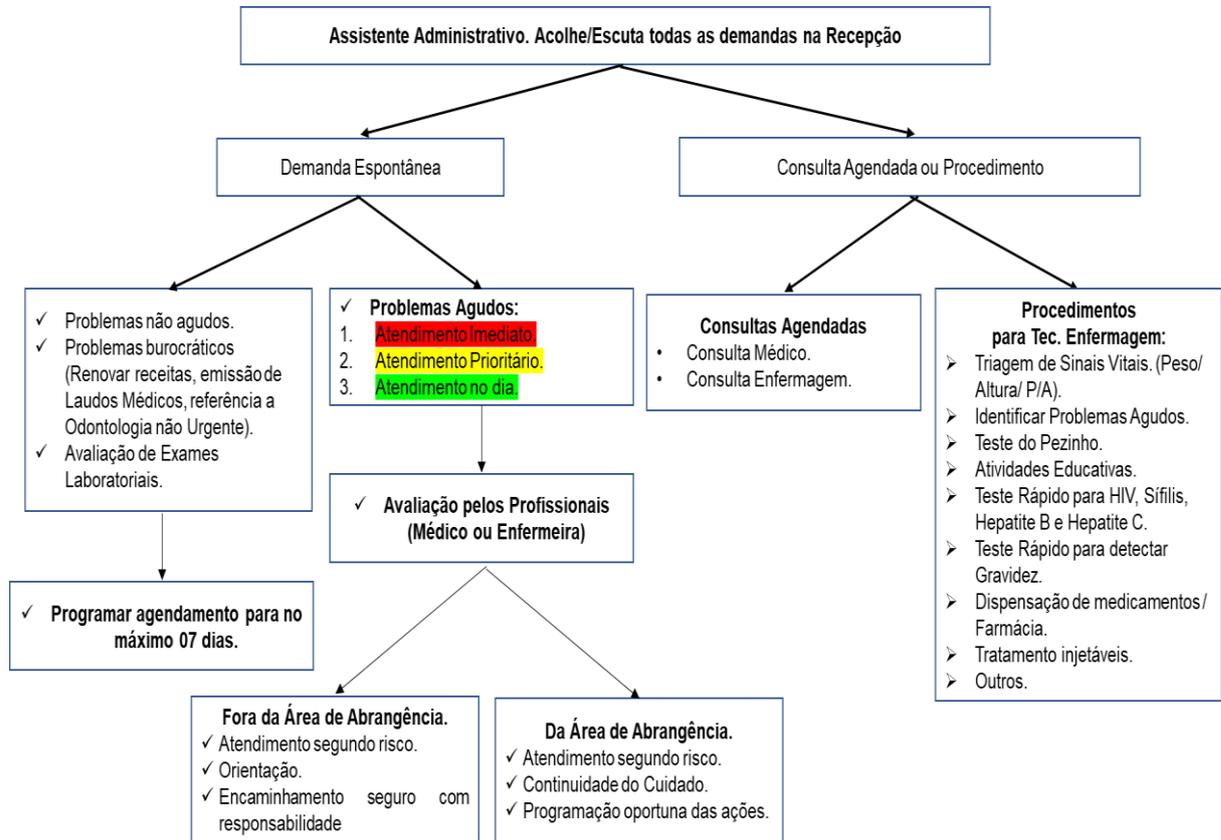
Com possibilidade de ampliar a quantidade de atendimento

MODELO DE ACOLHIMENTO COLETIVO

Variantes:

- a) O enfermeiro de cada equipe realiza a primeira escuta, atendendo à demanda espontânea da população residente na sua área de abrangência e os seus usuários agendados; nestas situações, o médico faz a retaguarda para os casos agudos da sua área e atende os usuários agendados.
- b) Mais de um profissional está simultaneamente realizando a primeira escuta dos usuários de sua área de abrangência organizando o acesso dos usuários num determinado momento, posteriormente assumindo suas demais atribuições.
- c) O enfermeiro realiza a primeira escuta do acolhimento até determinada hora, a partir da qual desempenha outras atribuições, passando a primeira escuta do acolhimento a ser realizada pelo técnico de enfermagem, estando o enfermeiro e o médico na retaguarda.

Figura 4 – Proposta inicial do fluxo do acolhimento das demandas de saúde na USF Tenoné 1, Belém/PA.



Fonte: Adaptada do Caderno de A.B. N° 28. Vol. I, 2013

GUIA DE REFERÊNCIA INTERNA

GUIA DE REFERÊNCIA INTERNA	Atendimento de Usuários Não Agendados		Nome: _____								
	Mora na Área?	Sim	Não								
	Sexo	Masculino	Feminino								
	Idade:	_____									
	Hora em que foi recebido:	_____									
	Qual o Motivo da Procura?	_____									
	Nome do que escutou	_____									
	Atendimento no dia por	Serviços Ofertados no mesmo dia									
		P/A	Peso	Alt	C.C	Oximet	Glicose	Teste Rápido	T.裴indo	PCCU	Outro Qual
	Téc. Enfermagem										
Enfermeira											
Médico											
Agendado para outro dia?	Sim:	Data: _____									
Outro Comentário Importante:											

Fonte: Próprio autor. 2021

A AVALIAÇÃO DE VULNERABILIDADE

É a identificação de situações que tornam vulnerável o processo de vida ou geradoras de sofrimento intenso. É essencial reconhecer situações que aumentam a vulnerabilidade (riscos sociais ou subjetivos) das pessoas, situações não contempladas na avaliação clínica exclusiva (não basta olhar o risco em termos biológicos, principalmente na APS), e que o acolhimento representa a oportunidade de incluí-las em planos de cuidado.

O profissional que estiver avaliando as situações de vulnerabilidade pode utilizar algumas questões como guia (6):

O que você acha que está acontecendo?

Por que essa situação incomoda você?

Como essa situação interfere na sua vida?

Como você percebe que a equipe pode fazer para ajudar

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

É a priorização e o ordenamento dos atendimentos de demanda espontânea (possível pela combinação das três estratégias anteriores). Portanto, define-se como: escuta qualificada que permite a avaliação do potencial de risco, da gravidade clínica e do grau de sofrimento dos usuários, considerando dimensões de expressão (física, psíquica, social) que possibilitam priorizar a demanda espontânea, a partir de critérios clínicos e de vulnerabilidade definidos em diretrizes e protocolos assistenciais no âmbito do SUS.

É importante lembrar que a avaliação de risco e vulnerabilidade não é atividade exclusiva dos trabalhadores da saúde, deve ser um processo dialógico, no qual o usuário, sua família e rede social deveriam ser incluídos; garantindo assim maior chance de sucesso, fortalecendo vínculos, contribuindo com autocuidado e autonomia.

É importante a discussão e troca de conhecimento entre os membros da equipe multiprofissional.

AVALIAÇÃO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

ESCUA QUALIFICADA

É a capacidade de entender o usuário, por meio do estabelecimento de uma conversa efetiva que predispõe uma relação horizontal, fundamentada no respeito mútuo.

É um momento de construção de vínculo, de admitir outro ponto de vista, experimentando a realidade cultural alheia, reconhecendo o outro como sujeito relacional e não como objeto. Neste contexto, a escuta qualificada torna possível a livre expressão, que facilita o reconhecimento de riscos e vulnerabilidades.

A escuta qualificada exige habilidades comunicacionais que podem ser desenvolvidas, sendo necessário principalmente saber ouvir, ter um bom relacionamento com a população e competência técnica (4). Destacamos que a escuta qualificada não se limita à escuta inicial, devendo estar presente em todos os encontros com usuários.

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

É a identificação do potencial de risco ou grau de sofrimento do usuário e sua família, considerando suas dimensões de expressão (física, psíquica, social) e gravidade clínica. Para tal, utilizam-se critérios clínicos, sociais, econômicos e familiares.

A Estratificação de Risco subsidiará a definição do tipo de intervenção (oferta de cuidado) e do tempo em que a intervenção deve acontecer.

Na maioria dos casos de demanda espontânea na APS, diferentemente de um serviço de emergência, não é tempo para atendimento após acolhimento inicial, exceto nas situações de alto risco, que exigem intervenção imediata.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E AVALIAÇÃO DE VULNERABILIDADE

ATENDIMENTO IMEDIATO (VERMELHO. ALTO RISCO DE MORTE)

- Parada Cadorrespiratória (PCR)
- Fraturas Múltiplas, expostas, com sangramento.
- Perda movimento e sensibilidade na face, braços e pernas
- Trauma Cranioencefálico (TCE)
- Trauma Torácico e Abdominal
- Queimadura extensa, ou em criança - com mais de 25% de área de superfície corporal, queimada, ou com problemas respiratórios
- Inconsciência, hipotermia, cefaléia, com alterações neurológicas
- Insuficiência respiratória (cianose, confusão mental, dificuldade de fala).
- Dor torácica de início súbito < 1 hora em: HAS, DM ou Cardiopata ou > 2 horas em usuá-rios não HAS, DM ou Cardiopata
- Dor torácica que piora com exercício ou clima frio de rápida duração
- Gestante: dor em baixo ventre, e perdas de fluidos vaginais,
- Suspeita de meningite meningocócica
- Mal asmático
- Glicemia > 300 mg/dl ou < 50mg/dl
- Crise convulsiva, alucinação e delirium
- Hemorragia digestiva alta e baixa
- Violência sexual e auto infligida

ATENDIMENTO PRIORITÁRIO (AMARELO)

- GECA (mais de 5 episódios por dia) com sinais de desidratação
- Náusea ou vômitos
- Cefaléia ou tontura sem alteração de sinais vitais • Prostração em crianças
- Sintomas urinários, (disúria)
- Queixa urinária de gestante ou não
- Dor abdominal aguda
- Dor de ouvido
- Dor de garganta
- Dor lombar com sintomas urinários ou febre
- Dor de dente
- Urgências odontológicas
- Estomatite com dificuldade de deglutição
- Febre > 39°C
- Suspeita de doenças exantemáticas
- PA > 170 x 100 mmHg ou PA < 80 X 40 mmHg, hipertensão sistólica com PA > 150 x 100mmHg com cefaléia, náusea, vomito, vertigem etc,
- Crise asmática
- Hemorragia ativa, agitação, desnutrição grave
- Violência física, psicológica ou negligência
- Depressão

ATENDIMENTO NECESSÁRIO NO DIA (VERDE)

- Febre em maiores de 3 meses ou qualquer idade < 39°C
- Tosse sem presença de tiragem ou comprometimento do estado geral, congestão nasal e coriza
- Constipação Intestinal
- Diarréia a menos de 14 dias sem presença de sangue em crianças
- Dermatite amoniacal
- Dor de ouvido sem febre e bom estado geral
- Cólica em RN sem distensão abdominal
- Febre, choro persistente, demência ou queda do estado geral
- Cólica em RN sem distensão
- Estomatite sem dificuldade de deglutição
- Monilíase oral
- Suspeita de pediculose, escabiose e verminose,
- Inapetência e hipoatividade em crianças sem alterações de sinais vitais
- Risco nutricional
- Atraso menstrual (mais de 15 dias)
- CE Leucorreia com prurido intenso
- CE Criança em creche com diagnóstico de crian-ças com doenças exantemáticas
- CM Suspeita Conjuntivite
- CM Abscessos
- CM Labirintopatia
- Usuário hiperutilizador

REFERÊNCIAS

ABRASCO; CEBES; ENSP. **Contra a reformulação da PNAB – nota sobre a revisão da Política Nacional de Atenção Básica**. [internet]. [acesso em 2018 fev 22]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais/contra-reformulacao-da-pnab-nota-sobre-revisao-da-politica--nacional-de-atencao-basica/29798/>.

ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. **Strengthening primary health care: a strategy to maximize coordination of care**. Rev Panam Salud Publica, v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21437365>.

ALVES, J. A.; Leite, L. L. **O acolhimento humanizado no âmbito da atenção básica: uma proposta de intervenção**. Universidade Federal do Piauí (UFPI), Teresina, 2017. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/11820/1/TRABALHO%20%20JESSYCA%20ANSELMO-ARES.pdf>.

ARAÚJO, M. B. S., ROCHA, P. M. **Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 12, p. 455- 464, 2007. <https://www.scielo.br/j/csc/a/vgK3yjGm6fBBxnXj6XZHzzq/?format=pdf>.

AYRES, M. et al. **BioEstat 5.5**. Aplicações Estatísticas nas Áreas das Ciências Biológicas e Médicas: Belém: UFPA, 2015.

BAPTISTA, T. W. F. **O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele**. Rio de Janeiro: Ed. da Fiocruz, 2005. p11-41.

BALASUBRAMANIAN, H.; BIEHL, S.; DAI, L.; MURIEL A. **Dynamic allocation of same-day requests in multi-physician primary care practices in the presence of prescheduled appointments**. Health Care Manag Sci, v.17, n. 1, p. 31-48, 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2004, 229p.

BELÉM. Secretaria Municipal de Saúde. **Portaria nº 1098 - GABS/SESMA, de 06 de setembro 2017**. Institui o Plano municipal de saúde/SESMA/Belém 2018–2021. Diário Oficial do Município de Belém nº 13.359, de 11 de setembro de 2017.

BELÉM. Prefeitura municipal de Belém. SESMA. Departamento de ações de saúde. Divisão de atenção básica. **Matriz dos processos de trabalho para as unidades de saúde da família no município Belém do Pará 2014-2018**, Belém, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96** - Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 34 p. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília DF, 2004a. Disponível em: file:///D:/Downloads/humanizasus_2004.pdf

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília DF, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.198, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil: Poder Legislativo, Brasília, DF, n.32, 2004c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Dispõe sobre a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa da Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil: Poder Legislativo, Brasília, DF, 28 março 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2010a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Normas e Manuais Técnicos. **Cadernos de Atenção Básica n. 29, Rastreamento**. Brasília – DF, 2010c.

_____. Presidência da República. **Decreto no 7508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Vol. 1. Brasília, DF, 2011b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf

_____. **Decreto de 3 de março de 2011**. Convoca a 14ª Conferência Nacional de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, p. 3, mar. 2011c.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de educação superior. Comissão nacional de residência médica. **Resolução nº 3, de 16 de setembro de 2011**. Dispõe sobre o processo de seleção pública dos candidatos aos Programas de Residência Médica. Diário Oficial da União nº 180, de 19 de setembro de 2011d.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Política Nacional de Atenção Básica**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 22 Out. 2011f. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.] Acesso em: 18 out. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Vol. 2. Brasília, DF 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado

Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Diário Oficial da União, Brasília – DF, 20 de julho de 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília - DF, 2012c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 20 nov. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília. **Portaria n° 1.412, de 10 de julho de 2013**. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Brasília - DF, 2013a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.html. Acesso em: 18 out. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção primária: Rastreamento**. Brasília - DF, 2013b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rastreamento_caderno_atencao_primaria_n29.pdf. Acesso em: 15 jan. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n° 529, de 1° de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília - DF, 2013c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 18 mar. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Manual instrutivo para as equipes de atenção básica e Nasf. – Terceiro ciclo – (2015-2016)**. Brasília - DF, 2015a. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portal-dab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ. Acesso em: 12 set. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros**. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2015b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento na gestão e o trabalho em saúde**. Brasília, DF, 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_gestao_trabalho_saude.pdf. Acesso em: 18 out. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n° 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília - DF, 2017. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>. Acesso em: 20 jan. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **e-Gestor Atenção Básica**. Coordenação-geral de informação da Atenção Primária - MS/SAPS/DESF/CGIAP, dezembro de 2019a. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCobertura.xhtml>. Acesso em: 20 out. 2020.

_____. Presidência da República. **Lei no. 13 958, de 18 de dezembro de 2019**. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil: Poder Legislativo, Brasília, DF, 19 dezembro 2019b, pág. n° 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Manual - como organizar o cuidado de pessoas com doenças crônicas na APS no contexto da pandemia**. Brasília, DF, 2020a. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/novembro/03/manual_como-organizar-o-cuidado-de-pessoas-com-doencas-cronicas-na-aps-no-contexto-da-pandemia.pdf. Acesso em: 20 nov. 2020.

_____. Presidência da República. **Lei no. 14 028, de 27 de julho de 2020**. Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para garantir que o receituário médico ou odontológico de medicamentos sujeitos a prescrição e de uso contínuo tenha validade pelo menos enquanto perdurarem as medidas de isolamento para contenção do surto da Covid-19, na forma que especifica. Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil: Poder Legislativo, Brasília, DF, 28 julho 2020b, pág. nº 1.

CARRARA, S.; RUSSO, J.A.; FARO, L. **A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino**. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.659-78, 2009.

CECCIM, R. B. **Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p.975-986, out. - dez., 2005.

CHÁVEZ, G.M.; RENNÓ, H.M.S.; VIEGAS, S.M. da F. **A interrelação da demanda e acessibilidade na Estratégia Saúde da Família**. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 30, n.3, e300320, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312020300320>.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIOS DE SAÚDE (CONASS). **SUS: avanços e desafios**. Brasília, DF, 2006.

COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. M. **Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.514-524, abr-jun. 2015.

CLEMENTINO, F.S.; MIRANDA, F.A.N. **Tuberculose: acolhimento e informação na perspectiva da visita domiciliária**. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, v.23, n.3, p.350-354, mai-jun. 2015.

CLEMENTINO, F.S. et al. **Acolhimento na Perspectiva do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. Rev bras. ciên. Saúde, Rio de Janeiro, v.21, n.4, p. 323-332, 2017.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**. Boston: Ed. Harvard University Press, 1973.

FREEMAN, T. R. **A prática da medicina de família e comunidade. Administração do serviço de atendimento médico**. In: FREEMAN, T. R. Manual de medicina de família e comunidade de McWhinney. 4.ed. Porto Alegre: Ed. da Artmed 2018. p. 417-429.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1987. 107p.

FREIRE, P. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992. 248p.

GARUZI, M. et al. **Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa**. Revista Panamericana de Salud Pública, Washington, v. 35, n. 2, p.144-149, fev. 2014.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H. **Atenção Primária à Saúde**. In: GIOVANELLA, L. et al. (org). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. da Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2012. p. 502-506.

GUIMARÃES, B. E. B.; CASTELO BRANCO, A. B. A. **Trabalho em Equipe na Atenção Básica à Saúde: Pesquisa Bibliográfica**. Revista Psicologia e Saúde, v. 12, n. 1, jan./abr. 2020, p. 143-155. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v12i1.669>.

HAMMERSCHMIDT, K. S. A.; LENARDT, M. H. **Tecnologia educacional inovadora para o empoderamento junto a idosos com diabetes mellitus**. Texto Contexto Enferm., Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 358-365, abr.-jun. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072010000200018>. Acesso em: 20 nov. 2020.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. **Minidicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Editorial Objetiva, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **População. 2020**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?edicao=28674&t=resultados>. Acesso em: 17 jul. 2020. Acesso em: 20 nov. 2020.

LEITE, R. F. B.; VELOSO, T. M. G. **Trabalho em equipe: representações sociais de profissionais do PSF**. Psicologia: ciência e profissão, v.28, n.2, p.374-389, 2008.

LEITE L, L. B. L. N. E. A. **Acolhimento Multiprofissional em Estratégia de Saúde da família: Espaço de Atuação para o Profissional Psicólogo**. Revista de Psicologia da IMED, Rio Grande do Sul, v.2, n.1, p. 276-287, 2010.

LOPES, A.S.; VILAR, R.L.A.; MELO, R.H.V.; FRANÇA, R.C.S. **O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 114-123, 2015.

MACINKO, J.; STARFIELD, B.; SHI, L. **The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998**. Health Services Research, v.38, (n.3), p.831-865, 2003.

MATTA, G. C. **Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde**. In: PONTES, A. L. de M. (org.). Políticas de Saúde: Organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Ed. da EPSJV/Fiocruz, 2007. p.61-81.

MALTA, D.C. **Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do projeto vida e do acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte: 1993-1996**. Tese (Doutorado em saúde coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas 2001.

MEDEIROS, F.A.; ARAÚJO-SOUZA, G.C.; ALBUQUERQUE-BARBOSA, A.A.; CLARA-COSTA, I. **Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco**. Rev. salud pública. Bogotá, v.12, n.3, p.402-413, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v12n3/v12n3a06.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2019.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Ed. da Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MOREIRA, M.A.; CARVALHO, C.N. **Atenção Integral à Saúde do Homem: Estratégias utilizadas por Enfermeiras(os) nas Unidades de Saúde da Família do interior da Bahia.** *Sau. & Transf. Soc.*, Florianópolis, v.7, n.3, p.121-132, 2016. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/3660/4653>.

MOROSINI, M.V.G.C.; FONSECA, A.F.; LIMA, L.D. **Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde.** *Rio de Janeiro*, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan-mar 2018.

MUNIZ, M.S.C. **Acolhimento a demanda espontânea nas perspectivas dos profissionais e usuários da atenção básica à saúde.** *Rev. Saúde Públ. Santa Cat.*, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 38-54, maio/ago. 2017.

MURRAY, M.; TANTAU, C. **Exploding the access paradigm.** *Fam Pract Manag. California*, v.7, n.8, p. 45-50, set. 2000.

NORONHA, J.C.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. **O sistema único de saúde – SUS.** In: Giovanella, L.; Escorel, S.; Lobato, L.V.V. et al. (org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012. p. 365-391.

NUNES, T.B.; SOUZA, E.C.R.; GAMA, Z.A.S.; MEDEIROS, W.R.; MENDONÇA, A.E.O. **Implantação de um ciclo de melhoria no acolhimento de uma unidade básica de saúde.** *Rev Bras Enferm.* V.74, n.1, 2021.

OLIVEIRA, C.V.S de. **Desafios do acolhimento na estratégia saúde da família: uma revisão integrativa.** *Saúde em Redes. Pernambuco*, v.2, n.2, p.211– 225, 2016.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde.** 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 419–426. ISBN: 978-85-987-36-6. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/143.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2021.

PENCHANSKY, D.B.A.; THOMAS, J.W. **The concept of access – definition and relationship to consumer satisfaction.** *Med Care*, v.19, p.127-40, 1981.

PIRES FILHO, L.A.S.; AZEVEDO-MARQUES, J.M.; DUARTE, N.S.M.; MOSCOVICI, L. **Acesso Avançado em uma Unidade de Saúde da Família do interior do estado de São Paulo: um relato de experiência.** *Rio de Janeiro*, v. 43, n. 121, p. 605-613, abr-jun, 2019.

PROTASIO, A. P. L. et al. **Satisfação do usuário da Atenção Básica em Saúde por regiões do Brasil: 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB.** *Ciênc. saúde coletiva*, [s. l.], v. 22, n. 6, p. 1829-1844, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/t8zsv95FtwB9Gjwz36NYbkm/?lang=pt>. Acesso em: 10 dez. 2020.

RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D. S. **Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.** *Cad Saúde Pública*, Rio Grande do Sul, v.19(n.1), p.27-34, 2003.

REIGADA, C. L. L.; ROMANO, V. F. **Comunicação e percepções sobre saúde: o olhar dos usuários na Estratégia Saúde da Família.** Saúde em Redes, [s. l.], v. 1, n. 2, p. 13-19, 2015. DOI: 10.18310/2F2446-4813.2015v1n2p13-19. Acesso em: 6 dez. 2020.

ROCHA, Suelen Alves. **A equipe multiprofissional no acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidades.** In: UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. Acolhimento com classificação de Risco na Atenção Primária à Saúde. Classificação de Risco e vulnerabilidades na Atenção Primária à Saúde. São Luís: UMA-SUS; UFMA, 2021.

SANTOS, F. M. DOS. **Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin.** Resenha de: [BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.] Revista Eletrônica de Educação. São Carlos, SP: UFSCar, v.6, no. 1, p.383-387, mai. 2012. Disponível em <http://www.reveduc.ufscar.br>. Acesso em: 16 mar. 2020.

SANTOS, S.A.S; SOUZA, A.C.; ABRAHÃO, A.L.; MARQUES, D. **A visita domiciliar como prática de acolhimento no Programa Médico de Família/Niterói.** Rev. Pesqui. Cuidado é fundamental online, Rio de Janeiro, v.5, n.2, p.3698-3705, abr.-jun. 2013. DOI: 10.9789/2175-5361.2013v5n2p3698. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2002/pdf_759. Acesso em: 30 jan. 2020.

SANTOS, T.V.; PENNA, C.M.M. **Demandas cotidianas na atenção primária: o olhar de profissionais da saúde e usuários.** Tex Contexto Enferm, v. 22, n. 1, p. 149-156, mar 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_18.pdf. Acesso em: 20 nov. 2020.

SCHAFIROWITZ, G.C.; SOUZA, A.C. **Usuários adultos classificados como pouco urgentes em Unidade de Pronto Atendimento.** Interface. Botucatu, v.24, n.1, 2020, e190630. <https://doi.org/10.1590/Interface.190630>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/scm3s59QBGVXMq4vBQB7hCv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 nov. 2020.

SCHWARTZ, T. D. et al. **Estratégia Saúde da Família: Avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES).** Ciência & Saúde Coletiva, [s. l.], v. 15, n. 4, p. 2145-2154, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/TX6vZ4NpcsPdDc6Fk3bPhXx/?format=pdf>. Acesso em: 10 nov. 2020.

SILVA, L. A. N; HARAYAMA, R. M; FERNANDES, F.P; LIMA, J.G. **Acesso e acolhimento na Atenção Básica da região Oeste do Pará.** Rio de Janeiro, v. 43, n. 122, p. 742-754, jul-set, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/9rzRZTL3Xzb5Nk7T9nBw3PN/?lang=pt>. Acesso em: 15 jul. 2020.

SORANZ, D. et al. **Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio Janeiro, v.21, n.5, p.1327-1338, 2016.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 726 p., 2004. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Atencao_primaria__equilibrio_entre_necessidade_de_saude__servicos_e_tecnologia/291. Acesso em: 14 out. 2019.

STEWART, M; BROWN, J.B; WESTON, W.W et al. **Medicina Centrada na Pessoa: Transformando o método clínico.** 3ª Ed., Porto Alegre, Artmed, 2017.

SUSSEKIND, A. C.; MUNARI, D. B.; PEIXOTO, M. K. A. V.; RIBEIRO, L. C. M. **Forças impulsionadoras e restritivas do trabalho em equipe em unidades básicas de saúde da família.** Revista Baiana de Enfermagem. Salvador, v. 30, n. 3, p. 1-10, jul.-set. 2016.

TESSER, C.D. et al. **Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família.** Ciência & Saúde Coletiva, v.15, n.3, p 3615-3624, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2010.v15suppl3/3615-3624/pt>. Acesso em: 10 nov. 2019.

TRAVASSOS, C; MARTINS, M. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.20, supl. 2, p.S190-S198, 2004.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. et al. **Avaliação da implantação de programa voltado para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários na rede básica. Salvador, 2005-2008.** Rev. Bras. Saúde Materno Infant, Recife, v.10, supl.1, p.s131-143, 2010.

VIEIRA, I. M.; MAIA, A. M. **Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros.** Revista de Saúde Pública, Bahia, v.13, n.4, p.703-716, 27 jan. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rsap/2011.v13n4/703-716/>. Acesso em: 14 nov. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Sustainable Health Financing, Universal Coverage, Social Health Insurance.** 58th World Health Assembly. WHA 58.33, 25 May 2005. Genebra: WHO, 2005. Disponível em: https://www.who.int/health_financing/HF%20Resolution%20en.pdf. Acesso em: 18 mar. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **La Atención Primaria de Salud, Más Necesaria que nunca.** The World Health Report. Genebra: WHO, 2008. Disponível em: https://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf. Acesso em: 18 abr. 2019.

World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA). **Classificação Internacional de Atenção Primária.** 2 ed. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2009. p. 26-46. Disponível em: https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/file/CIAP%202/CIAP%20Brasil_atualizado.pdf. Acesso em: 25 nov. 2019.

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SOBRE A PERCEPÇÃO DO ACOLHIMENTO NA ESF**Participante No.** _____

1. O que você acha que é acolher à demanda espontânea dos usuários numa unidade de saúde?
(Gravar a resposta)
2. Você participa do acolhimento à demanda espontânea dos usuários que procuram a sua unidade de saúde?
 - 1.1.1 Sim: ____ Não: ____ A vezes: ____
3. Você recebeu algum tipo de treinamento/capacitação sobre acolhimento da demanda espontânea? Sim ____ Não ____
 - 1.1.2 Se a sua resposta for Sim, comente:
 - 1.1.3 O tipo de capacitação: _____
 - A instituição que capacitou: _____
 - 1.1.4 Carga horária: _____
4. Descreva como é realizado o acolhimento da demanda espontânea dos usuários que procuram a unidade de saúde onde você trabalha? **(Gravar a resposta)**
5. O que você acha que pode ser feito pela equipe de trabalho desta unidade para melhorar o acolhimento da demanda espontânea dos usuários que procuram a unidade de saúde? **(Gravar a resposta)**

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA



CARTA DE ANUÊNCIA

Informamos para os devidos fins que a SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SESMA, aceita a realização do Projeto de Pesquisa, do Mestrado Profissional Em Saúde da Família, da **Universidade do Estado do Amazonas (UEA)**, intitulado: **“CARACTERÍSTICAS DO ACOLHIMENTO DA DEMANDA ESPONTÂNEA EM UMA UNIDADE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELÉM DO PARÁ: ESTUDO QUALI-QUANTITATIVO”**, de autoria do mestrando **Roberto José Falcón Tamargo**, sob orientação da **Prof^ª. Ângela Xavier Monteiro**.

Entretanto, é pertinente enfatizar que o Núcleo de Educação Permanente NEP/SESMA emitirá a **AUTORIZAÇÃO DEFINITIVA**, mediante parecer de aprovação do Projeto pelo **Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)**, da Instituição de origem.

Belém, 24 de setembro de 2019.

Joêmia Soares
 Núcleo de Educação Permanente
 DGRTS/SESMA
 Assessoria Técnica
 NEP / SESMA
 Mat 0346683-017

Av Governador José Malcher nº 2821
 Entre Almirante Barroso e José Bonifácio
 CEP: 66090-100 Belém – PA
 Tel: (91) 98413 1388/31846111
 E-mail: nepcoordenacaobelem@yahoo.com.br

ANEXO B - TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro Senhor (a),

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “CARACTERÍSTICAS DO ACO-
LHIMENTO DA DEMANDA ESPONTÂNEA EM UMA UNIDADE ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA EM BELÉM DO PARÁ: ESTUDO QUALI-QUANTITATIVO.” Após ser esclarecido
com as informações a seguir, no caso de aceitar, assine ao final deste documento que está em duas
vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador.

Pesquisador responsável: Roberto José Falcón Tamargo. Endereço: Rodovia Augusto Montenegro,
Km 4, No. 4110, Chácaras Ipê, Bairro Parque Verde, Belém/PA, CEP: 66635-110, telefone: (91)
981985459, e-mail: rftamargo@yahoo.es.

O estudo tem como **objetivo geral**: descrever o processo de acolhimento da demanda espontânea na
unidade estratégia saúde da família Tenoné 1 em Belém do Pará em 2020.

Como **objetivos específicos** a pesquisa visa: conhecer as principais características da demanda es-
pontânea dos usuários que procuram a unidade estratégia saúde da família Tenoné 1; analisar a per-
cepção e participação dos trabalhadores da USF Tenoné 1 sobre o processo de acolhimento à demanda
espontânea.

Metodologia: Trata-se de um estudo que utilizará o método qualitativo e quantitativo para coleta e
análise dos dados que permitirão identificar como se dá o processo de acolhimento da demanda es-
pontânea dos usuários que procuram a unidade de estratégia saúde da família, com a participação dos
seus trabalhadores. A investigação será realizada por meio de um questionário contendo perguntas
fechadas e abertas que serão respondidos pelos trabalhadores/profissionais da equipe sobre acolhi-
mento a demanda espontânea.

Os possíveis riscos para os trabalhadores da unidade que responderão o questionário, se concentram
na possível exposição de informações, que poderiam causar constrangimento aos mesmos, mas este
será contornado, pois não constará o nome ou qualquer outra identificação dos participantes nos ques-
tionários. Além disso, o manuseio dos termos de consentimento e questionários se dará apenas pelo
pesquisador e a orientadora envolvidos na pesquisa, e os dados gerados a partir desta, serão apresen-
tados, sem a identificação dos participantes. Ainda os sujeitos responderão ao questionário de forma
individual, em ambiente reservado. Assim, os pesquisadores se responsabilizarão pelos dados arma-
zenando-os por cinco anos e em seguida deverão ser incinerados.

Os **benefícios** para o senhor (a) embora não sejam imediatos, poderão ser percebidos na sua contri-
buição na construção do conhecimento científico e na utilidade da pesquisa para melhorar a qualidade
do trabalho, será realizada roda de conversa com os trabalhadores sobre o acolhimento a demanda
espontânea na unidade.

Será garantido o ressarcimento de despesas com transporte, alimentação ou demais despesas que se
façam necessárias relacionadas à participação dos sujeitos no estudo (Item IV.3.g, da Resolução CNS
nº 466 de 2012).

Páginas 2/2

Caso a participação na pesquisa ocasione dano ao participante, estão assegurados direitos a indenizações e cobertura material para reparação do dano (Resolução CNS n° 466 de 2012, IV.3.h,IV.4.c e V.7).

Conselho de ética e pesquisa – CEP. Av. Carvalho Leal, 1777 - Chapada, Manaus/AM, 69065-001; telefone (92) 3878-4368, e-mail: cep.uea@gmail.com.

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a) _____, portador da cédula de identidade _____, nascido em ___/___/_____, após leitura minuciosa das informações constantes neste TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, devidamente explicada pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa proposta.

Fica claro que o sujeito da pesquisa ou seu representante legal, pode a qualquer momento retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Cap. IX do Código de Ética Médica).

Por estarem de acordo assinam o presente termo.

Belém, _____ de _____ de _____

Assinatura do participante



Impressão datiloscópica

Responsável pelo projeto

ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.

UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO AMAZONAS - UEA



Continuação do Parecer: 3.916.363

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MANAUS, 13 de Março de 2020

Assinado por:
DOMINGOS SÁVIO NUNES DE LIMA
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777

Bairro: chapada

CEP: 69.050-030

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3678-4368

Fax: (92)3878-4368

E-mail: cep.uea@gmail.com