



## **IMPLEMENTAÇÃO DA TECNOLOGIA DO ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA EM UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE RESIDENTES EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

FILIPE CARNEIRO CANDEIA; AMANDA VITÓRIA ALVES DE OLIVEIRA;  
KATARINE MENEZES RIBEIRO; MILENA SUZY LOPES PEREIRA DE SOUZA;  
FRANSUÉLIO FÉLIX DO NASCIMENTO

### **RESUMO**

Trata-se de um estudo do tipo relato de experiência acerca da implantação da tecnologia de Acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família (USF), realizada por discentes de um Programa de Residência em Atenção Primária à Saúde, no município de Patos/PB, entre os meses de julho a novembro de 2022. Os procedimentos de planejamento e implementação da referida tecnologia de Acolhimento à demanda espontânea na USF foram derivados de encontros coletivos em reuniões dos residentes e equipe de Saúde da Família (eSF) após atividade de territorialização da área adscrita, realizada entre os meses de março a maio de 2022, que demonstrou a fragilidade do acesso da população à USF, dentre outras demandas. Justifica-se a escolha da construção de um fluxograma de atendimentos e criação de uma agenda integrada tendo em vista que, o acolhimento precário constitui-se como uma barreira funcional, pois impede que a população identifique o serviço como o primeiro recurso a ser buscado quando há uma necessidade ou problema de saúde. O objetivo principal deste estudo é, através do relato de experiência, apontar a essencialidade da qualificação da gestão do cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS) através da implementação da ferramenta Acolhimento. Após reflexões oriundas dos supramencionados encontros entre residentes e eSF, valendo-se, também, de Educação Permanente em Saúde com foco na temática deste estudo, foi implementada a tecnologia do Acolhimento à demanda espontânea na USF, propiciando o acolhimento às demandas dos usuários do referido território de saúde, de maneira multiprofissional, com perspectiva multifatorial. Após a implementação da tecnologia de Acolhimento na USF foi possível vislumbrar a possibilidade de avanço no sentido da humanização, horizontalização das relações, ampliação do acesso, equidade, atenção ao primeiro contato e qualificação da gestão do cuidado. Conclui-se que a utilização da supramencionada tecnologia traz benefícios ao processo de trabalho e assistência em saúde na APS, como preconizado na Política Nacional de Humanização (PNH).

**Palavras-chave:** Saúde Pública; Estratégia Saúde da Família; Equipe de Saúde da Família; Práticas Interdisciplinares; Gestão em saúde.

### **1 INTRODUÇÃO**

Assim como descrito no Art. 2º da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, a Atenção Primária à Saúde é a principal porta de entrada e centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados, devendo ser operacionalizados através dos Princípios do SUS e da RAS que são: universalidade, equidade e integralidade.

Além disso, a Atenção Primária à Saúde tem como atributos essenciais: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Desta forma, para cumprir os princípios e os atributos a organização do serviço de saúde através da Unidade de Saúde da Família (USF), está deverá ser estruturada com base na atenção às necessidades da população, apreendidas a partir do acolhimento às demandas diversas da população, com estabelecimento de vínculos entre os usuários dos serviços e os profissionais de saúde, em contato permanente com o território (BRASIL, 2017).

O Acolhimento trata-se de uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), definida como uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde (Prestes, 2016).

O acolhimento precário constitui-se como uma barreira funcional, pois impede que a população identifique o serviço de saúde como o primeiro recurso a ser buscado quando há uma necessidade ou problema de saúde. Além disso, compromete a longitudinalidade do cuidado que é definida como: relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os usuários que tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, fazendo com que essa relação não exista ou que seja interrompida, o que abre espaço para a não resolução de outros problemas, a exemplo dos encaminhamentos desnecessários para especialistas, a realização de procedimentos de maior complexidade e a sobrecarga dos demais serviços de saúde (Medeiros, 2010).

O vínculo ineficaz compromete também a integralidade do cuidado, visto que a assistência à saúde deve atuar sobre as condições gerais em que as pessoas vivem e trabalham, valorizando as subjetividades e às necessidades singulares dos sujeitos, como pontos de partida para qualquer intervenção, construindo a possibilidade do cuidado centrado no usuário. Dessa forma, a integração da USF à rede assistencial é fundamental para garantir uma oferta abrangente de serviços e para coordenar as diversas ações requeridas para resolver as necessidades de saúde da população (Curvo, 2016).

Sendo assim, o Acolhimento deve ser uma ferramenta de assistência e gestão do cuidado voltada, essencialmente, para a demanda espontânea, considerando as condições agudas e crônicas dos usuários do serviço de saúde. Para cada condição, haverá uma necessidade específica e cabe a equipe multiprofissional identificá-la, visando dispor de forma satisfatória as agendas dos profissionais.

O acolhimento possui a finalidade de realizar a mudança do atendimento individual para além da inclusão do “atendimento de casos agudos do dia”. Dessa forma, a agenda dos profissionais da eSF se torna um recurso-chave tanto para garantir a retaguarda para o acolhimento, quanto para a continuidade do cuidado (programado ou não). Através da organização destas agendas, almeja-se realizar não só atendimentos individuais, mas também atividades coletivas de promoção e prevenção à saúde. Além disso, o cuidado continuado, por meio das visitas domiciliares e atendimentos programados, fortalece o vínculo entre eSF e usuários.

O objetivo principal deste estudo é, através do relato de experiência, apontar a indispensabilidade da qualificação da gestão do cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS) através da implementação da tecnologia Acolhimento, essencialmente, à demanda espontânea.

Os objetivos secundários deste estudo são: reiterar a territorialização como ferramenta que deverá ser utilizada no início das atividades de residentes na APS, tendo em vista que estes profissionais realizam – dentre outras atividades teórico-práticas – planejamentos de ações em saúde junto à eSF, portanto, a supramencionada ferramenta propicia o reconhecimento dos fatores determinantes e condicionantes de saúde da população adscrita à USF, também, validar

a Educação Permanente em Saúde enquanto ferramenta decisiva na melhoria do processo de trabalho em saúde.

## 2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Durante o processo de territorialização realizado pelos residentes em Atenção Primária à Saúde, em uma Unidade de Saúde da Família (USF) situada no município de Patos-PB, no período que compreende os meses de março e junho de 2022, foram identificadas diversas problemáticas e vulnerabilidade sociais, que estão diretamente ligados aos Determinantes Sociais de Saúde (DSS), os quais podemos destacar: desemprego, baixa renda, ausência de transporte público e limitações de acesso aos bens e serviços essenciais. Ainda, uma queixa recorrente da população que utiliza os serviços em saúde da USF, diz respeito às dificuldades de marcar consultas na referida unidade de saúde – demonstrando a falha no acolhimento às demandas dos usuários e organização das agendas dos profissionais.

A supracitada USF utilizava o modelo médico-centrado com agenda programada apenas para o pré-natal e consultas domiciliares e na demanda espontânea os atendimentos por ordem de chegada, utilizando número limitado, no qual eram disponibilizadas 24 fichas, 12 no turno da manhã e mais 12 fichas no turno da tarde, além dos atendimentos de urgência/emergência quando necessários de acordo com os critérios estabelecidos pela Lei nº 13.146/2015, que garante prioridade às gestantes, lactantes, pessoas com criança de colo, idosos, pessoas com deficiência e obesos. Sobre o atendimento da equipe multiprofissional parte do atendimento era por agenda programada para o pré-natal, consultas de puericultura e consultas uniprofissionais e demanda espontânea.

O modelo exposto contava com limitações como: os/as usuários(as) serem submetidos a horas de espera, chegando muitas vezes antes da abertura da unidade, expostos ao sol, gerando discussões entre os mesmos sobre a ordem de chegada e a quantidade das fichas ofertadas. Neste cenário, ao preencher todas as vagas da manhã, muitos permaneciam na espera para conseguir o atendimento à tarde. Além disso, não havia classificação de risco para que o atendimento fosse feito de acordo com a gravidade do usuário e prioridade na assistência.

Diante disso, foi proposto pelos residentes a realização de uma formação complementar (Educação Permanente em Saúde) para a equipe de Saúde da Família e residentes atuantes na unidade de saúde. Utilizou-se o Caderno de Atenção Básica nº 28 do Ministério da Saúde como base para elaboração dos momentos de capacitação em equipe. A primeira atividade com toda a equipe, ocorreu no dia 20 de maio de 2022, na qual foi evidenciado os conceitos sobre o que é acolhimento e seus objetivos na USF, ressaltando a importância de que o mesmo não é somente uma atitude de empatia pelo usuário, mas sim da realização do processo de trabalho em equipe de modo sistematizado, para que todos estejam alinhados com os cronogramas, atividades e informações, tornando-se ferramenta facilitadora na ampliação do acesso.

No primeiro encontro entre eSF e residentes, vislumbrou-se uma reflexão acerca da importância de acolher a demanda e enxergar o usuário como um todo. Acolheu-se as dificuldades do processo de trabalho enfrentadas pela equipe e obtiveram-se relatos como o de uma Agente Comunitária de Saúde (ACS) que verifica possibilidades de contribuir mais com as atividades da recepcionista; o médico residente que relata a sua preocupação em prestar assistência a todos as demandas dos usuários em um tempo oportuno, mas que não extrapole o horário de funcionamento da USF; e a recepcionista e mais duas ACS que compartilharam a dificuldade que enfrentam para acessar as informações dos fluxos de atendimentos e das campanhas de saúde disponibilizadas pela gestão. Ao encerrarmos a reunião a equipe demonstrou interesse e entusiasmo com os próximos encontros, o que contribui com o fortalecimento da educação permanente durante o processo.

Em comum acordo, a eSF e os residentes iniciaram o Programa de Formação:

Acolhimento com Classificação de Risco na Atenção Primária à Saúde, que se tratou de quatro cursos com temáticas centrais a capacitação, disponibilizado pela Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS) que tem como finalidade o aprimoramento da assistência à saúde.

Após a conclusão dos cursos, ocorreu a segunda reunião na USF, no dia 16 de setembro de 2022, onde estiveram presentes todos os profissionais da equipe. O enfermeiro iniciou a reunião apresentando uma situação-problema retirada do curso UNASUS: Classificação de Risco e Vulnerabilidades na Atenção Primária à Saúde, em que uma usuária procurava o serviço apresentando sinais de violência doméstica, porém mesmo com o acolhimento satisfatório, a usuária não retorna para o serviço, devido a agenda de atendimentos da USF, pois os profissionais do serviço não priorizaram a assistência imediata. Após exposto a situação-problema, foi proposto à equipe encontrar pontos positivos e negativos do caso exposto e a consequente identificação das soluções que o caso requeria.

A partir das reflexões acerca de uma nova postura de assistência em saúde, ficou estabelecido que na USF os atendimentos seriam realizados de duas formas: por agendamento e atendimentos a demanda espontânea com Classificação de Risco e Vulnerabilidades. Ao se tratar do agendamento seriam disponibilizadas seis vagas por turno e quatro vagas para as renovações das receitas. O atendimento à demanda espontânea seria direcionado para o acolhimento e a partir deste, a equipe responsável classificaria em: atendimento imediato, prioritário e agendamento programado, tendo como base o acesso avançado, ou seja, resolver a demanda do dia no próprio dia.

Optou-se por um período de transição para execução das respectivas mudanças com a comunidade e para auxiliar esse processo utilizou-se informativos que explicavam as propostas pertinentes do novo modelo, sendo divulgado através de redes sociais da USF e durante as visitas domiciliares realizadas pelas ACS e em encontros com a comunidade e a equipe na escola do bairro.

Iniciou-se o processo de Acolhimento com Classificação de Risco e Vulnerabilidades no dia 27 de setembro e no decorrer deste processo observou-se alguns pontos relevantes como: a resistência de alguns profissionais da equipe em participar do acolhimento, a resistência de alguns usuários ao novo processo de funcionamento e as possíveis limitações na comunicação entre ACS e a população da área, pois durante o acolhimento percebemos que as informações a respeito das mudanças não chegaram em determinadas microáreas, apesar das diversas tentativas de divulgação. Ademais, houve dificuldades quanto a uniformidade do processo de acolhimento, tendo em vista a alternância dos profissionais na função, por este motivo foi construído um instrumento em formato de formulário que funcionou como roteiro para sistematizar e qualificar o atendimento, estruturado com as informações gerais dos usuários, com: nome, horário de chegada e horário da classificação, queixa/demandas principais, campos específicos para dados de gestantes, medicamentos em uso, sinais vitais e por último a classificação de risco que ficou dividido em: imediato, prioritário, atendimento no dia e programado conforme agenda. Ao longo da execução do processo foi verificada a necessidade de implementar uma escala de rodízio entre os profissionais da equipe para que fosse possível conciliar a atividade de acolhimento com as demais ações da unidade.

Essa mudança para um novo modelo mostrou ser necessário que ocorram avaliações periódicas, sendo construído e reconstruído ao decorrer do tempo, para que assim seja estruturado da melhor forma e que atenda às necessidades da população adscrita. Posto isto, realizamos uma reunião para avaliação do processo de implantação, onde verificou-se que a ficha utilizada para o acolhimento precisava de adaptações para ampliar a coleta de informações, sendo assim, dentre os dados acrescentados estão: ocupação, ACS responsável pela microárea, nível de escolaridade, renda, raça/cor; as queixas foram divididas nas seguintes categorias: evento agudo, hipertensão, diabetes, exames/receitas, tuberculose (TB), saúde

sexual e reprodutiva (SSR), infecções sexualmente transmissíveis (IST), traumas físicos, encaminhamentos, relações familiares e sociais, doenças crônicas, saúde mental e outros. Também se acrescentou os resultados dos exames apresentados durante a consulta, além de adaptações da parte em que eram registrados os sinais vitais e demais procedimentos e por último a conduta/desfecho onde acrescentou-se a possibilidade de identificar a categoria profissional ao qual o usuário seria encaminhado após o acolhimento.

Após o processo de implementação do acolhimento, durante uma das avaliações das mudanças no processo de trabalho, verificou-se que a maior alteração foi direcionada a gestão das agendas dos profissionais, especialmente na demanda das consultas, até então centradas no profissional médico, mas que a partir do acolhimento muda-se para privilegiar a perspectiva do cuidado centrado na pessoa, que possibilita o(a) usuário(a) ser atendido(a) para além do aspecto clínico. Outro ponto relevante é que esse modelo prioriza a escuta qualificada que favorece o olhar direcionado para os fatores mentais, emocionais e socioeconômicos, considerando a pessoa de modo holístico. Além de fortalecer o vínculo com a comunidade e garantir a resolutividade das demandas através da ferramenta de acesso avançado que possibilita reduzir o tempo de espera e agilidade nos atendimentos.

Sobre a perspectiva das mudanças ocasionadas pela implantação para a equipe, verificou-se que o acolhimento proporcionou a integração das categorias profissionais e a superação da fragmentação das ações, ampliando formas de intervenção e evidenciando o cuidado centrado na pessoa, deste modo, foi ampliada a inserção da equipe multiprofissional no atendimento e por consequência a melhora da integralidade e resolutividade das demandas.

### 3 DISCUSSÃO

O acolhimento com Classificação de Risco e Vulnerabilidades tem o objetivo de resgatar o enfoque centrado no usuário e reorganizar os processos de trabalho. Diante dos resultados apresentados, a implantação do acolhimento criou novos fluxos de atenção e instrumentos auxiliares, para que a atenção ao usuário fosse empregada com a finalidade de qualificar o serviço segundo os princípios da equidade e integralidade (SCHOLZE, 2013).

De acordo com o modelo escolhido, a implantação do acolhimento modificou a totalidade das agendas que saíram da recepção, e passaram a ser gerenciadas também pela equipe da USF. Todos os usuários que chegavam à Unidade de Saúde foram acolhidos e avaliados no mesmo dia, por um ou mais membros da equipe, de acordo com suas demandas e necessidades, respeitando-se sempre as competências técnicas e os limites de atuação de cada profissional.

A agenda do médico à demanda espontânea foi desenhada para priorizar as consultas do dia (demanda espontânea), enquanto a outra parcela foi destinada às consultas programadas, além dos atendimentos de urgência ou emergência e a destinação de 4 vagas por turno para renovação de receitas de pacientes acompanhados. As agendas da equipe multiprofissional ficaram com aproximadamente 50% para demanda espontânea e 50% para consultas programadas, uma vez que ao promover o acesso à agenda da equipe multiprofissional, vislumbra-se romper com o modelo biomédico hegemônico, que privilegiava a consulta médica, aproximando-se dos princípios da Atenção Primária à Saúde. Nesta nova agenda foram preservados os horários de reunião de equipe, que era um espaço para garantir que a equipe realizasse discussões e ajustes periódicos dos fluxos e dos processos de trabalho do novo modelo de agendamento.

A nova proposta é de um modelo de ampliação do acesso e não de um modelo técnico-assistencial, pois para garantir a ampliação do acesso sem perder a qualidade no atendimento, é necessário o equilíbrio entre a oferta e a demanda. Através da utilização do Acesso Avançado que foi possível a adequação à realidade local, sendo programado para funcionar bem, mesmo

se a demanda excedesse a capacidade em um determinado dia, pois o intuito não é se limitar a consulta médica, mas fortalecer a autonomia da equipe multiprofissional, bem como ampliar a sua resolutividade diante das necessidades da população, entendendo que uma das ações mais importantes para melhorar o acesso na APS é o maior envolvimento dos profissionais no cuidado das pessoas da sua área, com o objetivo de garantir a integralidade, a gestão do cuidado e a longitudinalidade (CIRINO, et al., 2020).

Pois, a prioridade era que o atendimento à demanda espontânea assumisse o mesmo nível de relevância que as ações programática. A organização do trabalho foi embasada no território e na população adscrita, incluindo as ações de prevenção/promoção e os cuidados clínicos, assumindo a dupla responsabilidade do cuidado individual e de saúde pública (BRASIL, 2009).

Pôde-se observar que houve uma baixa abstenção nas consultas com a implantação do acolhimento, maior poder de resolubilidade e autogestão da agenda, menos estresse da equipe e maior satisfação dos usuários verificado a partir dos relatos dos mesmos. As agendas médicas foram potencializadas para atender demandas reais e do momento, oportunizando a USF como porta de entrada do sistema e a equipe multiprofissional como responsável pela atenção ao primeiro contato, pois possibilitar consultas para o mesmo dia também foi uma forma de humanizar o atendimento.

Portanto, a promoção da equidade se dá na medida que é possível propiciar acesso a novos usuários, com suas demandas atendidas e com resposta de um profissional adequado para atendê-las. A longitudinalidade do cuidado é garantida e a interdisciplinaridade também é estimulada pelo trabalho em equipe, na interação e integração disciplinar a que se destina o modelo proposto, pautado na pessoa e na integralidade do cuidado (BRASIL, 2004).

#### 4 CONCLUSÃO

Assim como descrito no percurso deste estudo, foi através da investigação das barreiras funcionais no processo de territorialização – realizado no território definido como campo desta pesquisa – que a ausência de organização do acesso do usuário à USF, assim como, a organização das agendas dos profissionais tornaram-se questões discutíveis e passíveis de reflexão. Ressalta-se que ausência desta sistematização do acesso e das agendas na APS pode implicar em déficits na assistência em saúde prestada pela USF.

Neste cenário, após reflexões supracitadas, oriundas de capacitações e encontros (Educação Continuada em Saúde), optou-se pela consolidação de uma postura profissional fundamentada na tecnologia do Acolhimento – compreendido enquanto assistência em saúde propicia a acolher as demandas do usuário de maneira multiprofissional, com perspectiva multifatorial e uma possibilidade de avanço no sentido da humanização pela horizontalização das relações e busca da universalização, equidade, atenção ao primeiro contato e gestão do cuidado.

Apesar de sua implementação recente, observou-se que o processo de mudança da postura profissional, antes baseada no modelo biomédico, para outra baseada no cuidado centrado na pessoa, implicando nas agendas dos profissionais, produz desafios interprofissionais, assim como, na relação do serviço de saúde com a comunidade.

Portanto, se faz necessário avaliar periodicamente a qualidade da assistência prestada aos usuários e a dinâmica desta assistência, tanto na perspectiva dos profissionais da USF, quanto dos usuários do serviço de saúde. Tendo em vista, que um sistema de subjetividades – e suas interações – modifica-se periodicamente, enquanto processo dinâmico e cíclico.

Ainda, cabe mencionar que, inicialmente, a formulação de uma ficha semiestruturada para uso no Acolhimento foi de grande valia – enquanto norteadora – para a prestação de uma assistência em saúde com perspectiva multifatorial e multiprofissional; contudo, o uso do

Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), desenvolvido e disponibilizado pelo Ministério da Saúde e utilizado na USF durante a implementação do acolhimento, revelou-se como ferramenta eficiente também para os fins de organização do processo de trabalho no que se refere ao Acolhimento.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, v. 183, n. 1, p. 68-68, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. 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 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus\\_documento\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf)>. Acesso em: 25 de julho de 2022.

CIRINO, Ferla Maria Simas Bastos et al. O Acesso Avançado como estratégia de organização da agenda e de ampliação do acesso em uma Unidade Básica de Saúde de Estratégia Saúde da Família, município de Diadema, São Paulo. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 15, n. 42, 2020.

CURVO, Patrícia Abrahão. Avaliação da atenção básica em saúde destacando satisfação e insatisfação na perspectiva dos usuários, com ênfase na integralidade da atenção. 2016. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

MEDEIROS, Flávia A. et al. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. Revista de Salud Pública, v. 12, n. 3, p. 402-413, 2010.

PRESTES, ANA PAULA COSTA DE SOUZA. Acolhimento a Demanda Livre na Unidade de Saúde de Gamboa no Município de Vera Cruz-BA. 2016.

SCHOLZE, AS. Acolhimento com classificação de risco para a Estratégia Saúde da Família: a prática em uma unidade docente-assistencial. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2013. 9. 219. 10.5712/rbmfc9(31)637.