

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

LUIZA HELENA NOGUEIRA DOS REIS PEREIRA

**ACESSO HUMANIZADO: UMA PROPOSTA PARA UNIDADE BÁSICA
DE SAÚDE**

BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS

2017

LUIZA HELENA NOGUEIRA DOS REIS PEREIRA

**ACESSO HUMANIZADO: UMA PROPOSTA PARA UNIDADE BÁSICA
DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Profa. Dra. Márcia Christina Caetano Romano.

BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS

2017

LUIZA HELENA NOGUEIRA DOS REIS PEREIRA

**ACESSO HUMANIZADO: UMA PROPOSTA PARA UNIDADE BÁSICA
DE SAÚDE**

Banca examinadora

Profa. Dra. Márcia Christina Caetano Romano (orientadora)-UFSJ

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete-UFGM

Aprovado em Belo Horizonte, em 04 de setembro de 2017.

DEDICATÓRIA

A todos os profissionais, pacientes, mestres e familiares envolvidos nessa jornada de grande aprendizado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos colegas, mestres e familiares pela paciência, dedicação e apoio durante todo o processo de aprendizado e confecção deste trabalho.

“O saber a gente aprende com os mestres e os livros.
A sabedoria se aprende é com a vida e com os humildes.”

Cora Coralina

RESUMO

Um dos princípios éticos e doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) consiste na universalização do acesso à saúde. Como forma de reorganizar o modelo de atenção básica no Brasil e de implantá-lo conforme os preceitos do SUS foram criadas estratégias e políticas de introdução de práticas de atenção. Neste contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) possui como um de seus princípios a acessibilidade e longitudinalidade. A atenção básica configura-se como primeiro contato com o sistema e é fundamental a garantia de acesso humanizado bem como o acompanhamento longitudinal com a criação de vínculo com o usuário. Para tal, diversas tecnologias e ações em saúde foram desenvolvidas, entre elas o Acesso Avançado, ou seja, proposta de atendimento no mesmo dia ou em até 48 horas após o contato com o serviço de saúde através da diminuição do número de consultas pré-agendadas e aumento da disponibilidade de horários livres para resolução das demandas dos usuários. Este trabalho foi realizado com o objetivo de elaborar uma proposta de intervenção com vistas a garantir o acesso à saúde aos usuários da Unidade Básica de Saúde Guanabara de Betim, Minas Gerais. A metodologia do estudo baseou-se no Planejamento Estratégico Situacional (PES) e na revisão narrativa da literatura com publicações da base de dados online da SciELO, LILACS e da Biblioteca Virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, com os descritores: “acolhimento”, “acesso universal a serviços de saúde” e “humanização da assistência”. Resultados preliminares mostram que o envolvimento de toda a equipe, apesar das barreiras estruturais enfrentadas, foi aspecto fundamental para identificar e desenvolver formas para enfrentar o problema.

Palavras-chave: Acesso Universal a Serviços de Saúde. Acolhimento. Humanização da Assistência.

ABSTRACT

One of the ethical and doctrinal principles of the Brazilian Public Health System (SUS, abbreviated in Portuguese) is the universalization of the access to public health. As a way to reorganize and to implement the model in accordance to SUS precepts, strategies and policies for the introduction of care practices were created. In this context, Primary Health Care (APS, abbreviated in Portuguese) has as one of its principles accessibility and longitudinally. In Primary care the patient has its first contact with the system and it is fundamental to guarantee humanized access as well as longitudinal monitoring with the creation of a bond with the user. To that end, several health technologies and actions were developed, among them Advanced Access, which sets up a proposal for attendance at the same day or within 48 hours after the contact with the health service through a decrease in the number of pre-scheduled consultations and Increase in the availability of free time to solve the users' demands. This work was carried out with the purpose of elaborating a proposal of intervention in order to guarantee the access to health to the users of the Guanabara Basic Health Unit of Betim, Minas Gerais, through the implementation of Advanced Access. The methodology of the study was based on the Strategic Situational Planning (PES) and the narrative review of the literature with publications of the online database of SciELO, LILACS and the Virtual Library of the Nucleus of Education in Collective Health, with the descriptors: "acolhimento", "acesso universal a serviços de saúde" and "programa saúde da família". Preliminary results show that the involvement of the whole team, despite the structural barriers encountered, was a fundamental aspect to identify and develop ways to face the problem.

Descriptors: Universal Access to Health Care Services .User Embracement. Humanization of Assistance

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Problemas de saúde identificados no diagnóstico da comunidade adstrita à equipe de Saúde Guanabara, Unidade Básica de Saúde Guanabara, município de Betim.	16
Quadro 2 – Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adstrita à equipe de Saúde Guanabara, Unidade Básica de Saúde Guanabara, município de Betim.	16
Quadro 3 - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “falta de acesso do usuário ao serviço de saúde”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Guanabara, de Betim, Minas Gerais	28
Quadro 4 - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “falta de acesso do usuário ao serviço de saúde”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Guanabara, de Betim, Minas Gerais	29
Quadro 5 - Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “falta de acesso do usuário ao serviço de saúde”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Guanabara, de Betim, Minas Gerais	30

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Apresentação do município e do território.....	12
1.2 O sistema municipal de saúde.....	12
1.3 A Equipe de Saúde da Família, seu território e sua população.....	13
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade.....	14
1.5 Priorização dos problemas.....	16
2 JUSTIFICATIVA	18
3 OBJETIVOS	20
3.1 Objetivo geral.....	20
3.2 Objetivos específicos.....	20
4 METODOLOGIA	21
5 REFERENCIAL TEÓRICO	22
5.1 Estratégia Saúde da Família e Política Nacional de Humanização.....	22
5.2 O Acolhimento.....	23
5.3 As Tecnologias em Saúde.....	24
5.4 Os Modelos de Agendamento na APS.....	24
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	27
6.1 Desenho das operações.....	27
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação do município e do território da Unidade Básica de Saúde Guanabara

Betim é uma cidade com população de 422.354 habitantes (BRASIL, 2016). Faz parte da região metropolitana de Belo Horizonte e está localizada a 26 km da capital do estado, Minas Gerais. Na década de 1960, Betim sofreu grande industrialização e recebeu impulso econômico com a chegada da fábrica da FIAT automóveis e da Refinaria Gabriel Passos. Tal industrialização mantém a característica econômica com grande reverberação social. A cidade conta com receita de grandes empresas e fábricas e o perfil de empregos também se encontra atrelado a tais atividades. Assim, se especula que, após a crise econômica anunciada nos últimos anos, a cidade vive forte queda na oferta de empregos e serviços. Também se relaciona a piora do serviço de saúde devido à diminuição dos investimentos oferecidos por tais grupos.

Devido ao grande porte da cidade, encontram-se variados níveis socioeconômicos populacionais. A porcentagem de pessoas com baixo nível socioeconômico, com renda de até meio salário mínimo, é de 3,6%. Mais da metade da população, 52,4%, possui renda de meio a três salários. A taxa de analfabetismo na população residente com idade maior ou igual a 15 anos é de 5%. Também se observa perfil populacional predominantemente urbano. Cerca de 97,9% dos domicílios possuem acesso à rede geral de abastecimento de água tratada. Em relação à energia elétrica, 99,9% dos domicílios está contemplada. A coleta dos resíduos sólidos em domicílios particulares permanentes pelo serviço de limpeza urbana tem cobertura de 97% (BRASIL, 2016).

1.2 O sistema municipal de saúde

A cidade possui rede de atenção primária com unidades básicas de saúde. A atenção secundária é composta por Centros de Referência em Reabilitação e Serviço de Prevenção e Assistência a Doenças. A rede terciária constitui-se por hospitais e maternidade públicos. Apesar da estrutura, a espera por atendimento especializado ou procedimentos hospitalares é grande e as unidades de atenção básica, não raro, trabalham com capacidade acima da recomendada pelo Ministério da Saúde. Outro problema enfrentado pela saúde municipal é a alta rotatividade de

profissionais devido às condições de trabalho, ausência de recursos e devido à crescente insegurança e violência.

1.3 A Equipe de Saúde da Família Guanabara, seu território e sua população.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Guanabara, local em que atuo como médica e aluna do Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família da Faculdade de Medicina da Universidade do Triângulo Mineiro (UFTM), atende aos bairros Guanabara, Kennedy, parte do bairro Campos Elíseos e do bairro Paulo Camilo. Na região atuam também a UBS PTB, UBS Paulo Camilo e UBS Campos Elíseos.

Na UBS Guanabara, a territorialização ainda está em curso. Devido a isso, as informações sobre a população adstrita ainda são iniciais. A unidade chegou a ser desativada entre os anos de 2014 e 2015 por falta de recursos. Sabe-se que a população atendida é de, aproximadamente, 10.000 pessoas. Na região, ainda existem famílias em área considerada rural, em pequenas propriedades, cujas atividades envolvem produção de verduras, leguminosas e ovos para venda regional, com prestação de serviços informais. O número de empregados informais e desempregados é grande.

O saneamento básico também está em desenvolvimento e algumas residências não possuem água encanada, energia elétrica ou coleta de lixo. A taxa de analfabetismo observada é alta, especialmente nos maiores de 40 anos, apesar dos dados por microrregião e dados consolidados disponíveis serem conflitantes. Os investimentos e iniciativas na região são precários e há aumento na violência local. Muitos jovens, principalmente do sexo masculino, envolvem-se com tráfico de drogas. Não são raros os casos de assassinatos e detenção.

A UBS Guanabara conta com duas Equipes de Saúde da Família (ESF) não ampliadas, equipe verde e equipe amarela e encontra-se alocada em uma casa alugada, cuja estrutura é insuficiente para abrigar os profissionais atuantes e a população. A equipe Amarela (Guanabara) atende hoje cerca de 5.100 pessoas. É composta por uma médica, uma enfermeira e sete agentes comunitárias de saúde (ACS). A região é dividida em nove micro áreas, duas delas sem cobertura por

agentes comunitários. Esta equipe não possui técnico de enfermagem e, por isso, não é credenciada.

A equipe Verde (Kennedy) atende a uma população atual estimada em 4.800 pessoas e encontra-se completa, com médico, enfermeira, técnica de enfermagem e oito agentes comunitários. O horário de funcionamento é de 7:00 às 18:00 horas.

Na unidade, há atendimento de médico ginecologista obstetra e pediatra. Há o suporte do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), composto por nutricionista, fisioterapeuta, psicóloga, fonoaudióloga e terapeuta ocupacional. Também há matriciamento realizado por psiquiatra e psicólogo com reuniões mensais.

A estrutura local é composta por quatro consultórios (um ginecológico), uma cozinha pequena, dois banheiros na parte externa da unidade, sendo divididos de forma que um deles é separado para funcionários e um para a população, uma sala de vacina, uma sala de medicação e uma recepção. A unidade não possui sala de curativos e farmácia própria.

1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

Informações obtidas a partir da realização do diagnóstico situacional, via estimativa rápida (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), propiciaram identificar os problemas do território e da comunidade. Por exemplo, devido ao número reduzido de consultórios, há conflitos diários de agenda e falta de local para atendimento. Também não há recepcionista e este serviço é realizado pelos agentes comunitários em forma de escala de revezamento.

Como não há espaço ideal para reuniões e para os grupos operativos, estes acontecem nas áreas de espera dos pacientes. Outro problema é a falta de ventilação ideal, uma vez que a casa alugada é pequena e mal adaptada à sua função. A falta de equipamentos também é recorrente, como aparelho de eletrocardiograma, papéis para higienização, produtos de limpeza, esfigmomanômetros, estetoscópios, entre outros.

A tentativa de territorialização e redivisão tem sido em muito frustrada devido à negativa por parte da prefeitura em dar prazos e subsídios suficientes para tal tarefa. E, apesar da grande população atendida, os dados utilizados são

desatualizados e as autoridades políticas têm mostrado resistência frente às solicitações de maiores recursos humanos, materiais e estruturais.

O processo de trabalho é organizado de tal forma que o denominado acolhimento e agendamento são realizados exclusivamente pelo enfermeiro, apenas duas vezes na semana, em horário específico. Não é realizada classificação de prioridades por vulnerabilidade, gravidade e risco. Todo paciente que necessita de atendimento, seja este para acompanhamento de doenças crônicas ou com queixas pontuais, é orientado a comparecer ao acolhimento. O mesmo é realizado às segundas e quartas-feiras com a distribuição de senhas entre 13:00h às 13:30h. Inicialmente, não havia limite de quantidade de senhas, no entanto, devido à grande procura e ao resumo do atendimento ao profissional de enfermagem, foi definida distribuição de 30 senhas em cada dia. Apesar disso, como este é o único meio e horário para acesso, ocorre atendimento de número muito grande de pacientes em curto espaço de tempo, o que faz com que o profissional enfermeiro acabe por realizar um agendamento.

O enfermeiro possui horário para puericultura, visitas domiciliares e para primeiras consultas de pré-natal. O médico possui, na agenda, horários para puericultura, pré-natal, visitas domiciliares e consultas clínicas. Existe espaço que prevê atendimento de casos de urgência ou para pacientes que necessitam de atendimento no mesmo dia, no entanto, como a demanda nos dias de agendamento é grande, tais horários comumente já iniciam o dia com a marcação realizada.

Destaca-se que todos os horários são preenchidos com a demanda do acolhimento, não havendo espaço para atendimentos programados ou retornos. Tal processo prejudica o acesso e integralidade da ação. Com isso, muitos pacientes acabam por evitar o desgaste e procuram atendimento apenas quando há agudização dos quadros ou quando a consulta é inevitável. Com a observação do perfil dos atendimentos, do ambiente e da população adstrita, foram definidos os problemas no Quadro 1.

Quadro 1: Problemas de saúde identificados no diagnóstico da comunidade adstrita à equipe de Saúde Guanabara, Unidade Básica de Saúde Guanabara, município de Betim, 2017.

Da Comunidade e Território	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Falta de opções de lazer; ✓ Percepção de saúde como um estado sem presença de doença; ✓ Desemprego; ✓ Falta de participação popular ativa; ✓ População adstrita acima do preconizado;
Da Unidade de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ausência de garantia de acesso do usuário; ✓ Falta de organização do processo de trabalho; ✓ Desvios de função; ✓ Falta de funcionários/ Equipe incompleta; ✓ Estrutura precária; ✓ Falta de sistema de marcação de consultas; ✓ Modelo centrado na doença e no atendimento médico; ✓ Falta de comunicação/ reuniões de equipe; ✓ Falta de segurança em meio à área de risco;
Saneamento	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Falta de rede de esgoto; ✓ Falta de abastecimento hídrico;
Educação	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 98,11% da população alfabetizada acima de 15 anos de idade; ✓ 40,7% das crianças entre 7 e 14 anos estão fora da escola;

Fonte: Elaborado pela autora

1.5 Priorização dos problemas

Com a observação acerca da comunidade, da unidade de saúde e do funcionamento da equipe, houve a definição dos problemas mais relevantes para melhoria do serviço oferecido e, em seguida, estes foram elencados conforme sua prioridade (Quadro 2).

Quadro 2: Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adstrita à equipe de Saúde Guanabara, Unidade Básica de Saúde Guanabara, município de Betim, 2017.

Problemas	Importância	Urgência	Enfrentamento	Priorização
Falta de Acesso do usuário ao Serviço devido a ausência de acolhimento humanizado	Alta	7	Parcial	1
Agendamento ineficaz sem previsão de ações de cuidado continuado e atendimento à demanda espontânea	Alta	5	Parcial	2
Falta de organização do Processo de Trabalho e de profissionais como fator agravante	Alta	5	Parcial	3

Baixa participação popular e percepção de saúde como ausência de doença	Alta	4	Parcial	4
---	------	---	---------	---

Fonte: Elaborado pela autora

Foram considerados três itens: a importância do problema, classificada como alta, média ou baixa, a urgência em resolvê-lo, com distribuição de 30 pontos segundo os critérios de urgência, e a capacidade de enfrentamento, classificada em total, parcial ou fora do alcance da equipe. Neste processo, a falta de acesso do usuário ao serviço foi o problema priorizado, pois é de alta importância, é passível de solução através de intervenção local da equipe e caracteriza a necessidade de se organizar o processo de trabalho e garantir acesso à saúde à população em caráter de urgência.

A ausência do acesso do usuário e integralidade da atenção comprometem toda a linha de cuidado. O sistema de marcação de consultas resume-se a dois dias da semana com distribuição de senhas, gerando superlotação e filas na unidade.

Outro aspecto é referente à presença do profissional enfermeiro na posição de responsável único pelo acolhimento e deslocado para uma função de agendamento de consultas médicas em detrimento da participação ativa através de consultas de enfermagem. Tal conformação sobrecarrega o profissional e, também, contribui para o modelo centrado no médico, culminando em baixa capacidade de resolução frente às demandas, longa espera por consultas e comprometimento de mais de 90% do agendamento com atendimentos pré-programados. Nesse sentido, torna-se relevante uma proposta de ação que favoreça o acesso do usuário ao serviço de saúde, com vistas a aprimorar seu atendimento na direção da integralidade da assistência e promoção da saúde.

2 JUSTIFICATIVA

Os princípios do Sistema Único de Saúde estão contidos na Constituição Brasileira de 1988. Dentre eles, destacam-se os princípios éticos e doutrinários, sendo a universalização do acesso à saúde, a integralidade do atendimento e a equidade (BRASIL, 1988). Como forma de reorganizar o modelo de atenção à saúde vigente com a utilização dos princípios do SUS nas práticas de atenção, foram lançadas políticas, como a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS e a Política Nacional de Atenção Básica. Em tais políticas pode-se ressaltar a importância e necessidade de acolhimento ao usuário, a caracterização da atenção básica como porta de entrada do usuário, geralmente como primeiro contato com o sistema de saúde e a longitudinalidade do cuidado, com estabelecimento de vínculo pessoal e institucional. Estes conceitos reforçam o caráter constitucional de universalidade e equidade do sistema único de saúde (BRASIL, 2006).

Na Unidade Básica de Saúde Guanabara, o processo de trabalho adotado pelas equipes configura um obstáculo ao acesso à saúde. Descaracteriza a unidade como forma de primeiro contato com fácil acesso e impede a oportunidade de criação de vínculo com o usuário. A prática de resumir o acesso de todos os pacientes a dias e horários específicos fere os princípios de universalidade, equidade do SUS e também os princípios de acessibilidade e longitudinalidade da Atenção Primária à Saúde.

A responsabilização exclusiva do profissional de enfermagem pelo acolhimento ao usuário também fere a orientação da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2006). Como consequência, o tumulto gerado, o grande tempo de espera para atendimento e a baixa capacidade de resolução geram grande grau de descontentamento por parte da população, que muitas vezes culmina na baixa adesão aos tratamentos propostos. Além disso, ocorre descontentamento também por parte dos profissionais que, sobrecarregados, deixam de atuar em outros aspectos importantes da atenção primária à saúde (APS).

A garantia de acesso e integralidade das ações de saúde envolvem processos de grande importância na APS, entre eles destaca-se o acolhimento como forma de garantia de acesso e oportunidade de criação de vínculo. O acolhimento constitui uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização e é parte

fundamental do Processo de Trabalho em saúde. É instrumento que envolve todos os profissionais e confere humanização ao atendimento, com garantia de acesso a todos. Está relacionado ao primeiro contato do usuário com o serviço de saúde e é oportunidade imprescindível de início de vínculo institucional e pessoal. O norteamento da prática do acolhimento com prioridade a uma escuta qualificada, atendimento humanizado e capacidade de resolução é uma etapa importante da organização do processo de trabalho da equipe de saúde da família. Falhas na tecnologia do Acolhimento refletirão em toda a integralidade do atendimento (GARUZI *et al.*, 2014).

Segundo Malta *et al.* (2006), o acolhimento é uma estratégia de mudança no processo de trabalho alterando as relações entre profissionais e usuários. Em consonância, Teixeira (2003) defende que o acolhimento é fundamental para os processos de trabalho da unidade básica de saúde, sendo um fenômeno indispensável para o bom desempenho da assistência.

O sistema de acolhimento e agendamento avançado sugere que o atendimento ocorra no mesmo dia ou em até 48 horas após o contato com o serviço de saúde ao diminuir o número de consultas pré-agendadas e aumentar a disponibilidade de horários livres no próprio dia, sendo estas correspondentes a mais de 75% do agendamento (VIDAL; MENGUE, 2013). Ao atender a demanda do usuário no mesmo dia, aumenta-se a objetividade e resolução dos problemas com consequente otimização do tempo de consulta, diminuição da taxa de absenteísmo e o tempo de espera por atendimento (MURRAY; BERWICK, 2003).

No modelo vigente, muitas vezes, ao esperar-se muito tempo após a busca ao serviço, a demanda já não é mais necessária ou o usuário, com vistas a resolver todos os problemas de uma só vez para evitar nova empreitada no acesso, não consegue objetivar suas necessidades, resultando em longas consultas com baixa capacidade resolutiva.

Nesse sentido, a implantação de um acesso humanizado através do sistema de acolhimento e agendamento avançado, após estudo detalhado do tema, vem propor o passo inicial para a organização do processo de trabalho da equipe e garantir o acesso e integralidade da ação em caráter de urgência.

3 OBJETIVOS

Objetivo geral

Elaborar uma proposta de intervenção com vistas a garantir o acesso à saúde aos usuários da Unidade Básica de Saúde Guanabara de Betim, Minas Gerais.

Objetivos específicos:

1. Elaborar um plano operativo para organizar o fluxo de atendimento aos usuários e um sistema de marcação de consultas;
2. Organizar o processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família;
3. Implantar modelo de atenção com responsabilização e vínculo;
4. Aumentar a capacidade de resolução frente às demandas da população adstrita.

4 METODOLOGIA

Para elaboração deste trabalho foi realizado o Planejamento Estratégico Situacional para determinar o problema prioritário, os nós críticos e as ações, de acordo com Campos, Faria e Santos (2010). A metodologia de Planejamento Estratégico Situacional (PES) na área de abrangência e os métodos de estimativa rápida, diagnóstico situacional e plano de ação possibilitaram a definição das ações a serem implementadas.

A partir de seus fundamentos e método, o planejamento se deu como um processo participativo, através de diversas reuniões com a equipe envolvida. A partir deste ponto foi, então, elaborado um plano de intervenção em busca de soluções para o problema priorizado.

Para fornecer as bases teóricas necessárias para compreender as questões concernentes ao problema e a intervenção proposta, foi realizada revisão bibliográfica narrativa, com avaliação de publicações obtidas através de busca na base de dados online da SciELO, LILACS e da Biblioteca Virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, com os descritores: “acolhimento”, “acesso universal a serviços de saúde” e “humanização da assistência”.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Estratégia Saúde da Família e Política Nacional de Humanização

Desde sua criação constitucional em 1988 e com a definição do seu funcionamento pela lei orgânica da saúde (Lei 8.080/1990), o Sistema Único de Saúde (SUS) teve como objetivo a reestruturação da atenção à saúde no Brasil. O SUS constituiu a maior política de inclusão social da história de nosso país (MENDES, 2013). Tem como princípios a universalização, equidade, integralidade, regionalização e hierarquização, descentralização, participação popular, resolubilidade e complementariedade do setor privado (BRASIL, 1988).

Em 1994, o Ministério da Saúde lançou o Programa Saúde da Família que rapidamente transformou-se em Estratégia Saúde da Família (ESF), modelo orientado na APS que visa à mudança de paradigma ao transformar o modelo de saúde vigente focado na doença em um modelo que objetiva a assistência familiar e o ambiente como formas de compreensão do processo saúde/doença. Valoriza as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas. A opção por um sistema baseado na ESF remete a construção da saúde com alto grau de igualdade e solidariedade social (ABRAHÃO, 2007). Neste contexto, a APS caracterizou-se como porta de entrada do usuário e definiu-se a formação da equipe de saúde da família composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde cuja clientela deveria ser localizada em território específico. As evidências indicam que a ESF influenciou positivamente no acesso e na utilização dos serviços e teve impacto na saúde dos brasileiros (MENDES, 2013).

No entanto, diversos obstáculos são observados. Problemas enfrentados devido à dificuldade de acesso aos serviços de saúde são amplamente descritos na literatura. O sofrimento gerado pela longa espera para marcação de consultas e atendimento, a superlotação das unidades e falta de coordenação do cuidado refletem a má qualidade dos serviços de saúde e coloca em foco a necessidade de humanização do sistema. Em 2003, para efetivar e adequar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão foi lançada a Política Nacional de Humanização (PNH), tendo como objetivo ir de encontro aos princípios e diretrizes

do SUS ao fortalecer iniciativas de humanização existentes, desenvolver tecnologias relacionais e de compartilhamento das práticas de gestão e de atenção, aprimorar, ofertar e divulgar estratégias e metodologias de apoio a mudanças sustentáveis dos modelos de atenção e de gestão e implementar processos de acompanhamento e avaliação, ressaltando saberes gerados no SUS e experiências coletivas bem-sucedidas. Para se alcançar a humanização do atendimento, a adoção de tecnologias relacionais como o acolhimento humanizado, vínculo e integralidade norteiam a organização do processo de trabalho (COELHO; JORGE; ARAUJO, 2009).

5.2 O Acolhimento

O acolhimento é uma das principais diretrizes contidas na Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde no Brasil (BRASIL, 2006). É inserido na idéia de considerar toda a situação da atenção no primeiro contato do cidadão com o serviço de saúde e implica na responsabilização dos profissionais pelo usuário, na escuta qualificada de sua demanda, na garantia de resolubilidade e a articulação com outros serviços para continuidade da assistência quando preciso. É tido como tecnologia relacionada à organização do processo de trabalho em saúde e, também, como meio de assegurar o acesso do usuário ao serviço e de estabelecer vínculo entre os envolvidos. Sua prática permite ainda a garantia do princípio de integralidade ao dar ao usuário autonomia e maior participação em relação à própria saúde e, ao profissional, a chance de ouvir e conhecer a população, o que otimiza as ações em saúde (GARUZI, 2014).

Em 2006, a PNH descreve que o acolhimento é um lugar de se escutar e, a partir disso, promover a confiança e o vínculo. É a partir do acolhimento que se promove resolução nos serviços de saúde (BRASIL, 2006). Acolher significa humanizar o atendimento (HENNINGTON, 2005).

Nesse sentido, como dispositivo de uma política de humanização dos serviços de saúde, o acolhimento traduz a ação humana de reconhecer a dimensão subjetiva do ser humano, considerando-o como sujeito histórico, social e cultural (BREHMER; VERDI, 2010).

5.3 As Tecnologias em Saúde

Ao se discutir sobre acesso, vínculo e acolhimento em saúde, alguns autores abordam a tecnologia das relações como elemento do processo de trabalho (GONÇALVES, 1994). As tecnologias em saúde são todos os recursos, materiais e não materiais envolvidos na produção dos serviços de saúde (COELHO, 2009).

Para Merhy (1997) citado por Coelho (2009), as tecnologias são divididas em leves, leve-duras e duras. A tecnologia das relações é considerada tecnologia leve. As leve-duras englobam as teorias, os saberes estruturados. Já as duras se referem aos recursos materiais.

A vinculação entre os profissionais de saúde e a população adstrita ao território específico de sua atuação é parte fundamental para o desempenho das ações conforme as diretrizes do PSF. Outro aspecto fundamental é a garantia de acesso com estratégias de escuta e real resolução das necessidades demandadas pela população. Desta forma, vínculo, acolhimento, acesso e humanização do atendimento como tecnologias leves constituem elementos constituintes do processo de trabalho das equipes (MERHY, 1997).

Outra tecnologia citada por Werneck, Faria e Campos (2009) são os protocolos que, elaborados através do conhecimento científico com respaldo em evidências, orientam fluxos, condutas e procedimentos clínicos. Como tecnologia, são instrumentos para a organização do processo de trabalho em saúde.

5.4 Os Modelos de Agendamento na APS

Em estudos recentes acerca da organização do processo de trabalho e de modelos de agendamento na APS em vistas a melhorar o acesso à saúde, destacam-se cinco estratégias principais (KNIGHT; LEMBKE, 2013; ROCHA; BOCCHI; GODOY, 2016), sendo elas o acesso aberto, o agendamento do dia, a supersaturação e o modelo “*carve out*”.

O Acesso Aberto (Open Access) é um modelo no qual não há agendamentos e o atendimento ocorre conforme a chegada do usuário. Como vantagem observa-se que, com a agenda livre, o paciente será atendido no mesmo dia e, caso haja excesso na demanda, outros profissionais podem ser acionados para o atendimento.

Há alta adaptação à demanda local. No entanto, pessoas que dependem de consultas programadas, como trabalhadores ou dependentes de acompanhantes programar com a antecedência desejada suas consultas e tendem a serem 'excluídas' nesse sistema de agendamento. A ESF também terá maior dificuldade em manter a continuidade do cuidado devido à inviabilidade de busca ativa de faltosos. Outro problema está na longa espera que pode ser enfrentada pelos usuários caso haja grande demanda ou falta de profissional no dia. A lotação na unidade também poderia pressionar os profissionais a diminuir o tempo das consultas ou não abordar todos os problemas (KNIGHT; LEMBKE, 2013; ROCHA; BOCCHI; GODOY, 2016).

O Agendamento do dia (Book on the day) consiste na disponibilização diária de um número de vagas conforme a capacidade do serviço e as mesmas são preenchidas no início do expediente. Caso a capacidade total seja alcançada, o usuário deve buscar atendimento no dia subsequente. Observa-se aumento da oportunidade de conseguir atendimento, maior flexibilidade em realizar reagendamentos brevemente quando necessários e há priorização para atendimentos agudos no mesmo dia. No entanto ocorre dificuldade em manter a continuidade do cuidado de doenças crônicas além de sobrecarga da unidade no início do dia (KNIGHT; LEMBKE, 2013; ROCHA; BOCCHI; GODOY, 2016).

A Supersaturação (Supersaturate) consiste no fato das consultas ocorrerem conforme a demanda, de forma que problemas agudos são encaixados a despeito do agendamento pré- programado (double booking). No entanto observa-se dificuldade em triar os casos que realmente necessitam do atendimento além de que a dificuldade em conseguir o encaixe faz com que pacientes e médicos tentem resolver todos os problemas de uma só vez, aumentando o tempo de consulta o que geram atrasos e estresse. A recepção também enfrenta elevada rotatividade (KNIGHT; LEMBKE, 2013; ROCHA; BOCCHI; GODOY, 2016)

Carve-out significa que parte da capacidade diária é reservada para demanda aguda, sendo esta variável conforme a realidade de cada local. Em alguns postos dispõe-se de equipe exclusiva para estes atendimentos. É vantajosa a resolução dos casos agudos no mesmo dia, porém a reserva destas vagas pode gerar aumento no tempo de espera por consulta via demanda programada, ocorrendo pressão para

usá-las desta forma. Também pode ocorrer ociosidade destes horários caso não haja demanda (KNIGHT; LEMBKE, 2013; ROCHA; BOCCHI; GODOY, 2016).

O Acesso Avançado (Advanced Accsses) é um modelo em que o atendimento ocorre no mesmo dia ou em até 48 horas após o contato com o serviço de saúde ao diminuir o número de consultas pré-agendadas e aumentar a disponibilidade de horários livres no próprio dia, sendo estas correspondentes a mais de 75% do agendamento, sendo preenchidas conforme a demanda dos usuários. Ao atender a demanda do usuário no mesmo dia, aumenta-se a objetividade e resolução dos problemas com consequente otimização do tempo de consulta, diminuição da taxa de absenteísmo e o tempo de espera por atendimento (VIDAL; MENGUE, 2013). Os usuários são vinculados à equipe, ocorre continuidade no cuidado e as demandas agudas são melhor atendidas. No entanto, para o sucesso e manutenção do Acesso Avançado é necessário comprometimento, tempo para implantação, cooperação liderança e apoio administrativo (KNIGHT; LEMBKE, 2013; ROCHA; BOCCHI; GODOY, 2016).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Após a identificação do problema prioritário e estudo acerca dos métodos de organização do processo, foi proposta a implantação do sistema de acolhimento e agendamento avançado.

Também foram identificados os nós críticos, cujas resoluções irão impactar diretamente a resolução do problema da falta de acesso do usuário ao serviço de saúde.

6.1 Desenho das operações

Foi acordada com a gerência a intervenção junto à gestão para contratação de funcionário de recepção e técnico de enfermagem. O papel de cada membro da equipe também foi definido de forma a organizar o fluxo de atendimento. Os agentes comunitários contribuirão na ordenação de fluxo, a recepção no direcionamento às demandas (pré-agendamentos acordados, outros setores), a equipe de enfermagem no atendimento e classificação de risco e o médico no atendimento. Desta forma, todos os profissionais estarão envolvidos no processo de acolhimento. Reuniões mensais foram acordadas com vista a manter a avaliação das ações e propor adaptações no processo frente às dificuldades enfrentadas.

As operações sobre cada um dos “nós críticos” relacionado ao problema priorizado “Falta de Acesso do usuário ao Serviço de Saúde”, na população sob-responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Guanabara, no município de Betim, estado de Minas Gerais serão detalhados nos quadros a seguir.

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “falta de acesso do usuário ao serviço de saúde”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Guanabara, de Betim, Minas Gerais, 2017.

Nó Crítico 1	Ausência de recepcionista e de técnico vinculado à equipe
Operações	Designar profissional de nível médio para recepção Vincular profissional técnico à equipe
Projeto	+ Recursos
Resultados Esperados	Acabar com os desvios de função Garantir primeiro contato humanizado Atender às demandas dos usuários Estruturar o fluxo de atendimento
Produto Esperado	Estruturar os recursos humanos para atender à população
Recursos Necessários	Estrutural: profissionais de nível técnico e médio para os postos de trabalho Cognitivo: capacitar os profissionais Financeiro: fornecimento de recursos para contratação de profissionais Político: adesão e disponibilidade de recursos para contratação
Recursos Críticos	Político: adesão dos gestores Financeiro: fornecimento de recursos para contratações
Controle dos Recursos Críticos	Prefeito Municipal: motivação favorável Secretário Municipal de Saúde: motivação favorável
Ações Estratégicas	Apresentar o projeto com apoio popular explicitando a importância da complementação do quadro de funcionários para a realização da atenção primária a saúde.
Prazo	3 meses
Responsável pelo acompanhamento das operações	Gerente da UBS
Processo de monitoramento e avaliação das operações	A gerente e um representante popular acompanharão, junto à gestão, os esforços e ações em prol das contratações, com articulação de envolvimento e apoio popular caso necessário.

Fonte: Elaborado pela autora

A restrição do agendamento a dois dias da semana contribui para a determinação da falta de acesso do usuário ao serviço de saúde e uma proposta foi elaborada para otimizar esse nó crítico (Quadro 4).

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “falta de acesso do usuário ao serviço de saúde”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Guanabara, de Betim, Minas Gerais, 2017.

Nó Crítico 2	Restrição do agendamento a dois dias da semana, em horários específicos
Operações	Implantar sistema de marcação de consultas conforme o modelo de Acesso Avançado
Projeto	+ Agendamento
Resultados Esperados	Garantir acesso ao serviço Garantir a resolução das demandas dos usuários em até 48h Diminuir a sobrecarga de parte dos profissionais Diminuir a superlotação e tempo de espera de atendimento Diminuir as taxas de absenteísmo Otimizar o tempo de consulta
Produto Esperado	Implantação de agendamento adequado ao perfil da população
Recursos Necessários	Estrutural: adequação dos horários de agendamento pelos profissionais Cognitivo: elaborar a adequação e informar à população Financeiro: garantia de material para informação Político: articular a adesão de profissionais
Recursos Críticos	Estrutural: capacidade em adequar o agendamento ao perfil da demanda Político: adesão profissional
Controle dos Recursos Críticos	Recepcionista, enfermeira e médica da equipe Motivações: favoráveis
Ações Estratégicas	Adequar horários e agendas profissionais com diminuição do número de consultas pré-agendadas e aumento da disponibilidade de horários livres (75% da capacidade); Capacitar profissional da recepção para realização do agendamento; Informar a população sobre as mudanças por meio de cartazes
Prazo	2 meses
Responsável pelo acompanhamento das operações	Gerente da UBS e ACSs
Processo de monitoramento e avaliação das operações	A gerente irá monitorar a execução do projeto e as ACSs irão observar, junto à população a adequação do agendamento às demandas dos usuários.

Considerando que o acesso está diretamente relacionado ao acolhimento, é fundamental planejar ações que favoreçam o acolhimento humanizado do usuário do serviço de saúde (Quadro 5).

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “falta de acesso do usuário ao serviço de saúde”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Guanabara, de Betim, Minas Gerais, 2017.

Nó Crítico 3	Falta de Acolhimento Humanizado e fluxo de atendimento ao usuário
Operações	Implantar Acolhimento à demanda espontânea Implantar o fluxo de atendimento ao usuário Definir o papel e capacitar cada profissional para envolvimento global no acolhimento ao usuário
Projeto	Linha de cuidado
Resultados Esperados	Garantir acolhimento humanizado na unidade Facilitar o acesso com equidade Diminuir a sobrecarga do profissional enfermeiro e disponibilizá-lo para o atendimento e cuidado de enfermagem Capacitar todos os profissionais para realizar escuta qualificada
Produto Esperado	Fluxo de atendimento implantado
Recursos Necessários	Estrutural: organização das funções e fluxos Cognitivo: informação sobre o tema, organização e capacitação dos profissionais Político: articular adesão profissional
Recursos Críticos	Cognitivo: capacitação dos profissionais Político: adesão dos profissionais
Controle dos Recursos Críticos	Equipe de Saúde, Secretaria de Saúde, Coordenadores da saúde Motivações: Favoráveis
Ações Estratégicas	Realizar capacitação de todos os funcionários para o atendimento à demanda dos usuários, com conhecimento de toda a linha de cuidado; Definição do papel e capacitação de cada profissional, estimulando a corresponsabilização multiprofissional do cuidado. Agentes comunitários na ordenação de fluxo, a recepção no direcionamento às demandas (pré-agendamentos acordados, outros setores), a equipe de enfermagem no atendimento e classificação de risco e o médico no atendimento; Implementar o fluxograma de atendimento proposto
Prazo	2 meses
Responsável pelo acompanhamento	Enfermeira e médica
Processo de monitoramento e avaliação	Gerente da UBS irá monitorar a implantação do projeto e enfermeira e médica irão avaliar e corrigir a organização do fluxo, caso necessário. Haverá reunião semanal para avaliação.

Fonte: Elaborado pela autora

A observação e correção do processo de trabalho das equipes são de suma importância para que se alcance a adoção de práticas que consolidem os princípios do SUS. São formas de melhorar a qualidade do serviço prestado e de melhorar as próprias condições de trabalho nas unidades e cuja capacidade de enfrentamento está ao alcance da equipe. Nessa direção, acredita-se que o plano de trabalho proposto favorecerá a ampliação do acesso à saúde na UBS Guanabara.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envolvimento de toda a equipe, apesar das barreiras estruturais enfrentadas, foi aspecto fundamental para identificar e desenvolver formas para enfrentar o problema. A promoção e difusão do conhecimento sobre a atenção básica através do curso de Especialização Estratégia Saúde da Família da UFMG forneceram o fundamento para sistematização e tentativa de aplicação da intervenção necessária.

Com a experiência foi possível compreender que, num contexto de desequilíbrio, torna-se importante a troca de experiências e documentação do caminho percorrido, bem sucedido ou não, contribuindo para o objetivo comum de melhoria do trabalho e assistência à saúde, além de melhoria da auto-estima da equipe e projeção para novos desafios.

Acredita-se que a implantação da proposta de acesso avançado contribuirá para a ampliação do acesso de usuários da área adstrita, favorecendo sua qualidade de vida e o aprimoramento do processo de trabalho na ESF.

REFERENCIAS

ABRAHÃO, A. L. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde. **Informe-se em promoção da saúde**. Niterói, v. 03, n. 01, p. 01-03. Jan- jun. 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/informe.html>>. Acesso em: 12 dez. 2016

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição Federal de 1988**. Brasília, Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 8 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3 ed. 1ª reimpressão, Série B, Textos Básicos de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf> Acesso em: 8 Ago. 2016.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades**. Brasília,[online], 2016. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em: 10 set. 2016

BREHMER, L. C. F; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3569-3578, 2010.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Nescon/UFMG. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: 9 out. 2016

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B.; ARAUJO, M. E. O acesso por meio do acolhimento na Atenção Básica à Saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Salvador, v. 33, n. 3, p. 440-452, 2009. Disponível em: <<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/225/196>>. Acesso em: 01 fev. 2017.

GARUZI, M. et al. Acolhimento na estratégia saúde da família:revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Publica-pan American Journal of Public Health**. Washington: Pan Amer Health Organization, v. 35, n. 2, p. 144-149, 2014. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v35n2/a09v35n2.pdf>>. Acesso em: 03 fev. 2017.

GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec, 1994.

HENNINGTON, E. A. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, p. 256-265, 2005.

KNIGHT, A. LEMBKE, T. Appointments 101 How to shape a more effective appointment system. **Rev Australian Family Physician**. Melbourne, v. 42, n. 1-2, p. 152-156, 2013. Disponível em: <<http://www.racgp.org.au/download/Documents/AFP/2013/March/201303knight.pdf>> Acesso em: 10 Jan. 2017

MALTA, D.C. et al. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. **Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 56, p.21-34, set/dez. 2006. Disponível em: <http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=V.24,+N.56+-+set&pesq;=&x=80&y=10>. Acesso em: 15 jan. 2017.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**. São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.

MERHY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, p.113-150, 1997.

MURRAY, M.; BERWICK, D. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. **Journal of the American Medical Association**. Boston, v.289, n.8, p: 1035-40, 2003.

ROCHA, S. A.; BOCCHI, S.C. M.; GODOY, M. F. Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 26, n. 1, p. 87-111, Mar. 2016 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000100087&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 Jan 2017.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R; MATTOS R. A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2003. p. 49-61.

VIDAL, T. B.; MENGUE, S. S. **O acesso avançado e sua relação com o número de atendimentos médicos em atenção primária à saúde**. 2013. 84 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/87111>>. Acesso em: 25 jan. 2017.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolos de cuidados à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Nescon, UFMG, Coopmed, 2009.