



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

BRUNA PEIXOTO MANNA DE REZENDE

PROJETO DE INTERVENÇÃO: UM OLHAR PARA O ACOLHIMENTO

SÃO PAULO  
2020

BRUNA PEIXOTO MANNA DE REZENDE

PROJETO DE INTERVENÇÃO: UM OLHAR PARA O ACOLHIMENTO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família da Universidade Federal de São Paulo  
para obtenção do título de Especialista em  
Saúde da Família

Orientação: PRISCILA GONCALVES JOSEPETTI SANTILI

SÃO PAULO  
2020

## **Resumo**

A Atenção Básica é a principal porta de entrada e o centro articulador do acesso dos usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS) e às Redes de Atenção à Saúde, orientada pelos princípios da acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, continuidade e integralidade. Para atender esses princípios, a Atenção Básica desenvolve programas e ações, considerando a diversidade das necessidades de saúde dos usuários. As Unidades Básicas de Saúde (UBS), que são as principais estruturas físicas da Atenção Básica, são instaladas próximas da vida dos usuários, desempenhando um papel central na garantia de acesso a uma saúde de qualidade. Para se ter um bom acompanhamento e cuidado a saúde do paciente, é importante que seja respeitado o acesso do paciente a agenda e a continuidade do cuidado a saúde desse paciente, contudo, acontecem muitas fragilidades no processo, devido ao alto número de demandas, dificuldade da equipe em triar pacientes, e agendas lotadas, além de dificuldade no agendamento dos retornos, causando uma fragilidade nos atendimentos do cuidado continuado. Esse projeto vem com o intuito de fazer com que a equipe reflita sobre a necessidade de entendimento do que é o acolhimento e como é importante que se tenha uma organização e planejamento do processo de trabalho para melhorar e qualificar o acesso do usuário ao serviço de saúde. Ao passar para a equipe as necessidades sobre os atendimentos, decidiu-se uma reorganização da agenda de atendimento. Com esse projeto será possível que as agendas tenham horários livres para a demanda do dia pré selecionados, com consultas de hiperdia pré agendada durante todo o ano, o que garantirá o retorno desses pacientes. Com o grupo de Saúde Mental que acontecerá quinzenalmente, será possível uma maior compreensão da demanda dos pacientes e poderá ser atualizado receitas, sem a necessidade das consultas o que resultará em horários de agenda para outras demandas. Além disso, espera-se ter horários reservados para retornos que forem urgentes e agendados já no término da consulta. Assim, será mantido um cuidado continuado e, conseqüentemente, garantir um controle maior das comorbidades dos pacientes, diminuindo a demanda dos acolhimentos, visto que menos pacientes irão descompensar.

## **Palavra-chave**

Promoção da Saúde. Capacitação Profissional. Agendamento de consultas.

## **PROBLEMA/SITUAÇÃO**

### **O Excesso de Acolhimento**

O maior problema da minha unidade é o foco somente nos acolhimentos. As enfermeiras não tem agendas voltadas para prevenção, com consultas e acompanhamentos, porque ficam durante todo a jornada de trabalho atendendo quem chegar. Muitas vezes, nossas agendas são bloqueadas, para ficarmos por conta das urgências e emergências, pois geralmente ficamos com apenas um médico na unidade e o fluxo de acolhimento aqui é intenso. A população não se deixa educar. Já tentamos explicar para que serve uma unidade básica de saúde, mas os pacientes insistem em aparecer somente para consulta de acolhimento e faltam as agendadas. A nossa maior briga (médicos e enfermagem), é para conseguir fazemos nossas agendas voltada para a prevenção e cuidado. Queremos fazer nossos grupos, nossas consultas intercaladas e começar a ver números satisfatórios. Acredito que tenha que ter sim acolhimento dentro da unidade básica, porque acontece de uma vez ou outra chegar paciente descompensado. O que não pode, é transformar nosso centro de saúde de atenção básica, em um pronto atendimento e esquecer o nosso objetivo. Diante disso, elencamos como problema a ser trabalhado a falta de capacitação da equipe em fazer acolhimento.

## **ESTUDO DA LITERATURA**

A Atenção Básica é a principal porta de entrada e o centro articulador do acesso dos usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS) e às Redes de Atenção à Saúde, orientada pelos princípios da acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, continuidade e integralidade. Para atender esses princípios, a Atenção Básica desenvolve programas e ações, considerando a diversidade das necessidades de saúde dos usuários (BRASIL, 2013).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS), que são as principais estruturas físicas da Atenção Básica, são instaladas próximas da vida dos usuários, desempenhando um papel central na garantia de acesso a uma saúde de qualidade. As unidades oferecem uma diversidade de serviços realizados pelo SUS, incluindo: acolhimento com classificação de risco, consultas de enfermagem, médicas e de saúde bucal, distribuição e administração de medicamentos, vacinas, curativos, visitas domiciliares, atividade em grupo nas escolas, educação em saúde, entre outras (BRASIL, 2013).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é uma ação implantada pelo Ministério da Saúde em 1994, quando recebeu o nome de Programa Saúde da Família (PSF). O objetivo foi acabar com a ideia de assistência emergencial, ou seja, tratar os pacientes apenas quando eles já estão doentes, e praticar a atenção primária em uma unidade básica de saúde, sob corresponsabilidade da União, estados e municípios (BRASIL, 2013)

Para se ter um bom acompanhamento e cuidado a saúde do paciente, é importante que seja respeitado o acesso do paciente a agenda e a continuidade do cuidado a saúde desse paciente, contudo, acontecem muitas fragilidades no processo, devido ao alto número de demandas, dificuldade da equipe em triar pacientes, e agendas lotadas, além de dificuldade no agendamento dos retornos, causando uma fragilidade nos atendimentos do cuidado continuado (MURRAY, 2000).

Diante do exposto, é necessário que se tenha um olhar ampliado e diferenciado ao acolhimento realizado. O grande problema que enfrenta-se é que os profissionais, em sua grande maioria, tem o acolhimento como uma espécie de “triagem”, trazendo ao paciente garantia de atendimento médico a todos os acolhidos, sem classificação de risco. Com isso, os atendimentos ficam em torno de queixa/condução e não se tem prevenção/promoção a saúde, o que fragiliza o cuidado longitudinal, essencial no cuidado a saúde do paciente.

Acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização, sua aplicação não tem local nem hora certa para acontecer, e não necessita de um profissional específico para fazê-lo, faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. É 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 (BRASIL, 2013; LOPES, 2015).

É importante que se faça uma contextualização dos termos acolhimento e triagem. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde. Triagem é uma separação, escolha, seleção, ou seja, um funcionário da unidade ouve a queixa do paciente e seleciona para qual profissional da unidade ele irá encaminhá-lo, enquanto que acolhimento é a humanização dos serviços de saúde. Ou seja, o acolhimento pode e deve ser feito por qualquer funcionário da unidade. É necessário desmistificar que

acolhimento é igual a consulta (BRASIL, 2013; LOPES, 2015).

Diante disso, observa-se a necessidade de provocar mudanças significativas nos serviços de saúde, com possibilidades de melhorar o acesso na unidade de saúde. Uma das estratégias seria começar a intercalar consultas de enfermagem e médico a fim de envolver mais o enfermeiro no cuidado da saúde dos usuários. Pacientes com retorno em um mês, muitas vezes com a única demanda de mostrar um resultado de exame, ou um controle pressórico, poderia ser agendado com a enfermeira e somente se necessário, passar com o médico. Com isso, sobrariam mais vagas para demandas mais urgentes e não sobrecarregaria nenhum profissional (CURITIBA, 2015).

As pessoas que procuram a unidade de saúde, apresentam queixas e necessidades diferentes, assim os tempos dessas consultas precisam ser diferentes. Quando as queixas se apresentam com quadros mais pontuais, é possível que o tempo da consulta seja menor do que para casos mais complexos. É importante pensar que ao estabelecer tempos de consultas mais rápidas, não necessariamente a unidade se transformaria em um pronto atendimento, visto que como esse paciente é pertencente ao território, será possível ter outras consultas para acompanhamento (CURITIBA, 2015).

Sendo assim, outra estratégia seria apresentar um novo modelo de agenda, que foca basicamente no problema principal do paciente. Deixaríamos os horários para consulta pré agendada via telefone, que é o modo de marcação de consulta atual, mas também teria a opção de pelo menos 50% da agenda, com vagas para o mesmo dia ou no máximo em 48 horas, com grande capacidade de oferta de consultas (CURITIBA, 2015).

Pacientes com demandas urgentes, conseguiriam consulta com agendamento dentro da unidade, para no máximo 48h, com o médico da sua equipe. Acredito que esta medida, melhoraria o cuidado longitudinal e diminuiria a taxa de abstenção, já que a consulta seria marcada e feita ainda com os sintomas do paciente. Dessa forma, o paciente seria atendido no momento de sua necessidade ou escolha (CURITIBA, 2015).

É de extrema importância o remanejamento do fluxo da unidade e agenda, para que os atributos da atenção primária a saúde sejam respeitados e funcionem da maneira como devem ser. O acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, frente a um novo problema ou a um novo episódio de um mesmo problema, com exceção das verdadeiras urgências e emergências médicas, deve ser realizado na unidade básica, são pacientes da atenção primária a saúde. Com a melhor organização da agenda e dos horários, é possível garantir que pacientes tenham a consulta com o médico de sua equipe. Com isso, também é garantido a longitudinalidade, essencial para bons resultados. Com o paciente passando sempre com o mesmo médico, garantiríamos uma fonte regular de atenção, o que traria diagnósticos mais precisos e reduziria encaminhamentos desnecessários pra especialistas (BRASIL, 2013).

Esse projeto vem com o intuito de fazer com que a equipe reflita sobre a necessidade de entendimento do que é o acolhimento e como é importante que se tenha uma organização e planejamento do processo de trabalho para melhorar e qualificar o acesso do usuário ao serviço de saúde.

O Centro de Saúde (CS) Paranapanema é localizado no município de Campinas-SP, a menos

de 10 minutos do centro/prefeitura, em uma região de extrema desigualdade social. De um lado, tem - se uma área nobre, com mansões e área planejada, e do outro, uma área de ocupação, sem planejamento, sem saneamento básico e de difícil acesso. Seria óbvio pensar que nossos usuários seriam somente os ocupantes da área vulnerável, contudo devido a várias crises financeiras que o país vem enfrentando, muitos deixaram de usar o plano de saúde e migraram para o SUS, o que tem sido cada vez mais frequente.

A estrutura física da unidade pode ser considerada boa, conta-se com salas bem estruturadas, uma boa área para a recepção e atendimentos do dia. A equipe é composta por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Não temos um dentista por equipe. Contamos com apenas um profissional da saúde bucal para toda a unidade, que abrange todas as equipes. Contudo, é possível notar, como na maioria dos estabelecimentos públicos, um deficit muito grande de funcionários, que acarreta prejuízos ao serviço ofertado.

A falta de número adequado de técnicos de enfermagem, enfermeiros, dentistas, recepcionistas e médicos para atender a população, implica em uma série de complicações diariamente. Dentre uma delas, a que mais afeta o processo de trabalho seria o excesso de consultas diárias de pacientes de outras equipes, oriundas dos acolhimentos, encaixadas em uma agenda que já não tem atendimentos o suficiente para consultas de usuários acompanhados pelo médico da equipe, o que atrapalha o processo de cuidado continuado/longitudinal ao paciente.

Outra questão que o CS apresenta é devido ao grande número de demandas diárias, o foco sempre fica na atenção às consultas de acolhimento em detrimento aos pacientes agendados, sendo que em alguns dias as agendas são bloqueadas e o atendimento fica apenas as urgências/demandas. Uma das causas levantadas é a dificuldade de acesso ao hospital de referência, que fica distante da população assistida e da organização da agenda dos profissionais.

Frequentemente, o paciente ao chegar até a unidade, pede a ficha de acolhimento, aguarda ser chamado pela técnica de enfermagem, que passa pra enfermeira, que faz a "triagem" e, posteriormente aguarda a consulta com o médico. A proposta é que seja feito essa ação apenas para as queixas agudas, e realocá-las em horários intercalados com consultas de rotina. É preciso pensar, junto com a equipe, em outras estratégias para ser ofertada para as diferentes demandas, como por exemplo, horários específicos na agenda para demandas não urgentes, ofertas de agenda de outros profissionais para pacientes em acompanhamento, capacitação de profissionais para agendamento de consultas, pacientes com doenças crônicas serem referenciados a grupos para acompanhamentos, dentre outras.

É possível que diante de algumas ações que a equipe realize, que o fluxo de atendimento e do processo de trabalho seja melhor organizado e pensado, resultando assim em um melhor atendimento e cuidado a saúde da população assistida.

## **AÇÕES**

Local: USF

Ações: Reorganização da agenda médica

- ♦ consultas de hiperdia com horários reservados durante todo o ano a fim de garantir o retorno desses pacientes;
- ♦ Grupo de saúde mental com atualização de receitas para que possa "desafogar" agenda, além de ser um momento de escuta a esses pacientes. Nesse grupo será convocado os pacientes que vierem procurar renovação da receita.
- ♦ Quatro vagas de urgência reservados para demandas urgentes por dia;
- ♦ Três vagas reservados para consultas agendadas de cuidado continuado.

Avaliação e monitoramento: Será revisto com a equipe sempre que possível a necessidade de revisão das vagas da agenda.



## **RESULTADOS ESPERADOS**

Com esse projeto será possível que as agendas tenham horários livres para a demanda do dia pré selecionados, com consultas de hiperdia pré agendada durante todo o ano, o que garantirá o retorno desses pacientes. Com o grupo de Saúde Mental que acontecerá quinzenalmente, será possível uma maior compreensão da demanda dos pacientes e poderá ser atualizado receitas, sem a necessidade das consultas o que resultará em horários de agenda para outras demandas. Além disso, espera-se ter horários reservados para retornos que forem urgentes e agendados já no término da consulta. Assim, será mantido um cuidado continuado e, conseqüentemente, garantir um controle maior das comorbidades dos pacientes, diminuindo a demanda dos acolhimentos, visto que menos pacientes irão descompensar.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. - 1. ed.; 1. reimpr. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária a Saúde. Brasília - DF. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/atencao-primaria>. Acesso em 10/01/2020.

CURITIBA. Secretaria de Saúde. Novas possibilidades de organizar o Acesso e a Agenda na Atenção Primária à Saúde. Curitiba: Secretaria de Saúde; 2015.

LOPES, A.S ET AL. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 114-123, JAN-MAR 2015.

MURRAY, M.; TANTAU, C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. Fam Pract Manag. 2000;7:45-50.