



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2015

Anne Caroline Mânica

# Implantação do acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde do município de Videira-SC

Florianópolis, Março de 2016



Anne Caroline Mânica

Implantação do acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde do  
município de Videira-SC

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Carolina Carvalho Bolsoni  
Coordenador do Curso: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing

Florianópolis, Março de 2016



Anne Caroline Mânica

## Implantação do acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde do município de Videira-SC

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

---

**Prof. Dr. Antonio Fernando Boing**  
Coordenador do Curso

---

**Carolina Carvalho Bolsoni**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2016



# Resumo

O sistema único de saúde estabelece a Unidade Básica de Saúde como porta de entrada para o atendimento aos problemas/demandas de saúde. É nesse espaço, tradicionalmente conhecido como “recepção” e, mais recentemente como “acolhimento” que as demandas dos usuários devem ser apresentadas e confrontadas com as possibilidades do serviço em responder a elas. Durante a prática profissional como médica de família e comunidade da Equipe de Saúde da UBS Floresta, em Videira - Santa Catarina, pôde-se perceber problemas relacionados ao acesso dos usuários ao serviço de saúde, causados principalmente pelo modo de organização das práticas em saúde das duas equipes alocadas na Unidade Básica de Saúde (UBS). O projeto de intervenção pretende viabilizar a implantação do acolhimento na referida unidade, o que deve ocorrer a partir de uma construção coletiva envolvendo a comunidade e todos os profissionais das equipes de saúde da família e demais funcionários. Por meio de observação e realização de reuniões de equipe, os profissionais que atuam na unidade básica (médica, enfermeiro, técnica de enfermagem e assistentes sociais), conhecedores das diretrizes instituídas pela Política Nacional de Humanização estarão discutindo as possíveis mudanças necessárias para melhoria do acolhimento na atenção básica. Entre os resultados descritos estão a criação de um grupo de estudo sobre o HumanizaSUS e a articulação de rodas de conversas e oficinas, além da formação de um grupo que será diretamente responsável pela implantação do acolhimento, cujas ações consistem na formulação do fluxo de atendimento e do protocolo de avaliação e classificação de risco, composição da equipe de acolhimento e adequação logística da unidade.

**Palavras-chave:** Acolhimento, Atenção Primária à Saúde, Demandas de usuários, Grupo de estudos





# Sumário

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> . . . . .	<b>11</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo geral</b> . . . . .	<b>11</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos específicos</b> . . . . .	<b>11</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> . . . . .	<b>13</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> . . . . .	<b>15</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .	<b>17</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .	<b>19</b>



# 1 Introdução

O município de Videira foi fundado em 1944 e colonizado por imigrantes italianos e alemães. A cidade de Videira tem um IDH elevado (IDH:0,851 – PNUD/2000) e possui 32 bairros, sendo o bairro Floresta, alvo da intervenção, um dos com maior qualidade de vida do município.

Na Unidade Básica de Saúde (UBS) Floresta, responsável pelo atendimento de 361 famílias, os serviços de saúde ofertados a população compreendem: administração de medicamentos, realização de curativos, aferição de sinais vitais, consultas odontológicas e consultas médicas por livre demanda.

A demanda espontânea de uma UBS caracteriza-se pelo comparecimento inesperado a unidade, seja a causa problemas agudos ou por razões que o próprio paciente julgue necessário. Porém, a falta de acolhimento adequado reflete na insatisfação dos usuários e na organização do processo de trabalho da equipe, que mantém o sistema de fornecimento de senhas para o acesso à consulta médica. A falta de acesso remete às várias discussões acerca da demanda reprimida. Existe uma preocupação por parte dos usuários em não fazer parte de ações programáticas, não possuindo privilégios para a marcação das consultas, gerando filas de agendamento pela madrugada e a convivência com a incerteza do atendimento.

O acolhimento precisa acontecer de uma escuta atenciosa que vai gerar a construção de vínculos e contribuirá com um atendimento mais adequado e humanizado possível. Toda a equipe de saúde deve fazer parte do acolhimento, tornando-se responsáveis pela integralidade da assistência ao usuário.

Como parte da política transversal de humanização do Sistema Único de Saúde, ferramenta fundamental para produção de novas formas de interação entre profissionais e usuários do sistema, o acolhimento serve como planejamento estratégico dos serviços, com vistas à garantia do acesso universal, igualitário e resolutivo do atendimento, favorecendo tanto aos usuários quanto ao processo de trabalho das equipes de saúde.

É nesse contexto que se fazem necessárias ações para a reestruturação do modo como os pacientes são acolhidos e de como será organizado o fluxo de seu atendimento conforme sua necessidade.

## **JUSTIFICATIVA**

Quando o acolhimento não funciona em uma unidade, sobretudo o acolhimento humanizado, a tendência é que a desorganização por parte da própria equipe impeça que o usuário consiga suprir suas necessidades, ou ainda, impede que a própria equipe tenha êxito na assistência prestada. Outro fator que interfere, é a desproporção da demanda para profissionais que atendem na unidade, onde há um prejuízo para ambas as partes se não houver uma forma de organizar, ouvir e atender a todos por meio do acolhimento,

principalmente quando a demanda espontânea for maior que a demanda programada.

O sistema assistencial vigente tem-se mostrado, em alguns momentos, excludente e incapaz de criar estratégias capazes de garantir o acesso dos usuários aos serviços de saúde. O acolhimento teoricamente teria a função contrária às estratégias tradicionais, sendo uma prática includente, de garantia da universalidade e promotora de equidade, no entanto, historicamente vem desempenhando a função de funil, selecionando os indivíduos que irão se beneficiar da atenção. O acolhimento é uma estratégia para: reorganização do modelo técnico-assistencial, mudança do foco de trabalho da doença para o doente, destaque na importância do trabalho de uma equipe multiprofissional, garantia do acesso universal aos serviços de saúde, alcance de resolubilidade, humanização na assistência e estímulo à postura acolhedora da equipe como um todo (SAÚDE, 2016).

## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo geral

Propor medidas de intervenção para melhor organizar o fluxo e ampliar a atuação da equipe multiprofissional no acolhimento oferecido na Estratégia Saúde da Família Floresta.

### 2.2 Objetivos específicos

- Descrever o fluxo da demanda espontânea da unidade básica;
- Reorganizar o processo de trabalho voltado para o fluxo da demanda espontânea;
- Elaborar um fluxograma de atendimento diferenciado a partir da delimitação da área de abrangência;
- Criar propostas alternativas para os usuários com demandas agudas que não se caracterizam como doenças.



## 3 Revisão da Literatura

O surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) remonta de intensos debates e mobilizações sociais que agitaram as décadas de 1970 e 1980. Até então, a cobertura assistencial era mínima e de baixa qualidade, os recursos financeiros escassos e a situação de saúde do país preocupante. Diante desse cenário, teve início o Movimento de Reforma Sanitária, que culminou na VIII Conferência Nacional da Saúde, em 1986, quando a ideia de um sistema público de saúde sob controle do Estado foi legitimada. Finalmente, dois anos depois, a Assembleia Constituinte reconheceu a saúde como direito social e dever do Estado e aprovou a criação do SUS. Sua regulamentação, entretanto, só aconteceu em 1990, através da Lei Orgânica da Saúde (nº. 8080) e Lei nº. 8142 ([LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.](#), 1990) .

Entretanto, os inúmeros avanços no campo da saúde pública brasileira operados a partir da implementação do SUS e da progressiva ampliação da cobertura da ESF convivem de modo contraditório com problemas de diversas ordens. Ainda nos dias atuais, há questionamentos como: a população realmente tem tido acesso a ações e serviços de saúde com um adequado grau de resolutividade? A mobilização dos recursos está sendo feita de forma adequada e com o intuito de garantir uma assistência de qualidade? O planejamento das ações e serviços toma por base as reais necessidades da população e as condições de saúde local? O atendimento à população tem sido equânime e de qualidade? A atuação setorial tem melhorado as condições de saúde da população e a qualidade do ambiente? ([SILVA; ALVES, 2008](#)).

A Saúde da Família tem se configurado como a principal estratégia impulsionadora da reorganização do modelo de atenção à saúde no âmbito do SUS. O Ministério da Saúde propôs por meio do programa Humaniza SUS, a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. De acordo com tal programa, humanizar é: “ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, como melhoria nos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” ([FERREIRA, 2005](#)).

Neste contexto de humanização do atendimento, o acolhimento possibilita regular o acesso por meio da oferta de ações e serviços mais adequados, contribuindo para a satisfação do usuário. Pressupõe ainda garantia de acesso a todas as pessoas e a escuta de problemas de saúde do usuário, de forma qualificada, sempre com uma resposta positiva e com a responsabilização pela solução do seu problema. Esse arranjo busca organizar uma nova “porta de entrada” que acolha todas as pessoas, assegurando a boa qualidade no atendimento, resolvendo o máximo de problemas e garantindo o fluxo do usuário para outros serviços quando necessário ([MERHY et al., 2004](#)). Os profissionais atuantes nas equipes de saúde da atenção básica têm que estar abertos para perceber as peculiaridades

de cada situação que se apresenta, buscando agenciar os tipos de recursos e tecnologias (leves, leve-duras e duras) que ajudem a: aliviar o sofrimento, melhorar e prolongar a vida, evitar ou reduzir danos, melhorar as condições de vida, favorecer a criação de vínculos positivos, diminuir o isolamento e o abandono. E é importante que a demanda apresentada pelo usuário seja acolhida, escutada, problematizada, reconhecida como legítima (FEUERWERKER; MERHY, 2008). Às vezes, há coincidência da demanda e do olhar técnico-profissional. No entanto, quando isso não acontece, é necessário um esforço de diálogo e compreensão, sem o qual são produzidos ruídos que se materializam, por exemplo, em queixas, reclamações, retornos repetidos, busca por outros serviços (BRASIL, 2013).

Assim, o 'acolhimento' é mais do que uma triagem qualificada ou uma 'escuta interessada, pressupõe um conjunto formado por atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções resolutivas para seu enfrentamento, ampliando a capacidade da equipe de saúde em responder as demandas dos usuários, reduzindo a centralidade das consultas médicas e melhor utilizando o potencial dos demais profissionais (SOUZA et al., 2008). Quando o acolhimento não funciona em uma unidade, sobretudo o acolhimento humanizado, a tendência é que a desorganização por parte da própria equipe impeça que o usuário consiga suprir suas necessidades, ou ainda, impede que a própria equipe tenha êxito na assistência prestada (CARVALHO et al., 2008).

Neste contexto, a grande demanda espontânea da UBS Floresta, percebida no cotidiano dos profissionais e a demora no atendimento, percebida pelos usuários acaba por levar insatisfação ao usuário e comprometimento do seu tratamento integral. Sabe-se, por outro lado, que a implantação do acolhimento requer importantes mudanças no processo de produção de saúde, como a potencialização do protagonismo dos sujeitos, a reorganização do serviço de saúde a partir da reflexão e problematização dos processos de trabalho, a intervenção de toda a equipe multiprofissional no processo de escuta e resolução dos problemas do usuário e a elaboração de um projeto terapêutico individual e coletivo que seja capaz de articular a rede de serviços e gerências centrais e distritais (SAÚDE, 2016).



## 4 Metodologia

Este é um estudo qualitativo e tem como objetivo implementar um acolhimento mais humanizado através de medidas que visem observar e atender as peculiaridades clínicas e sociais dos pacientes do território de abrangência da UBS Floresta e organizar o processo de trabalho, facilitando o atendimento a população e trazendo um melhor ambiente de trabalho aos profissionais.

Na UBS Floresta, responsável pelo atendimento de 361 famílias, a falta de acolhimento adequado reflete na insatisfação dos usuários e na organização do processo de trabalho da equipe, que mantém o sistema de fornecimento de senhas para o acesso à consulta médica. A falta de acesso remete às várias discussões acerca da demanda reprimida. Existe uma preocupação por parte dos usuários em não fazer parte de ações programáticas, não possuindo privilégios para a marcação das consultas, gerando filas de agendamento pela madrugada e a convivência com a incerteza do atendimento. E é nesse contexto que se fazem necessárias ações para a reestruturação do modo como os pacientes são acolhidos e de como será organizado o fluxo de seu atendimento conforme sua necessidade, trazendo benefícios para esses usuários e garantindo que a demanda apresentada pelo usuário seja acolhida, escutada, problematizada e resolvida.

Por meio de observação livre, os profissionais que atuam na unidade básica (médico, enfermeiro, técnica de enfermagem e assistentes sociais), conhecedores das diretrizes instituídas pela Política Nacional de Humanização, observavam a rotina pela busca de atendimento médico, o acolhimento aos pacientes e a satisfação dos mesmos com o serviço por todos prestados. Com tais dados, realizou-se reunião de equipe uma vez por semana, durante o mês de janeiro para relatar quais problemas estavam vivenciando no cotidiano da UBS e montar uma planilha de ação para melhorar os problemas enfrentados. A observação por diferentes profissionais possibilitou a equipe pensar conjuntamente nas ações que devem ser desempenhadas por cada profissional para melhorar a satisfação dos pacientes e a humanização dos atendimentos.

As ações propostas após observação, reunião e discussões pelos profissionais foram: utilizar os pontos negativos relatados pela equipe do atual sistema vigente na UBS e trabalhar na sua melhoria; aperfeiçoar o acolhimento com uma escuta qualificada, utilizar a consulta da enfermagem observando se há necessidade de consulta médica ou a mesma pode ser resolvida por este profissional; estratificar e triar os casos agudos e crônicos e tentar instituir agendas específicas e agendamento de consulta quando necessário.



## 5 Resultados Esperados

A proposta de acolhimento no Brasil sugere formas de atenção à demanda espontânea que não impliquem simplesmente maior acesso à consulta médica, mas propõe-se a servir de elo entre necessidades dos usuários e várias possibilidades de cuidado.

Na unidade básica de saúde a ideia do acolhimento como uma “escada”, onde o usuário inicia conversando com o técnico de enfermagem, que encaminha para o enfermeiro se necessário e este, por fim, decide se a paciente precisa de atendimento médico acaba por revoltar alguns usuários, que se sentem invadidos e exaustos pelos longos questionamentos e pela demora para alcançar a consulta médica.

Após a análise observacional da equipe, a falta de confiança dos profissionais que dela fazem parte mostrou que o trabalho continua médico-centrado e o modelo queixa-conduta perdura a prática de pronto-atendimento no ESF, deslegitimando a função da unidade básica através do atendimento longitudinal, integral e vinculado, indicando fragilidade da equipe enquanto tal em trabalhar junta.

O acolhimento na UBS Floresta possuía uma confusão conceitual com a triagem. Ao invés de ser uma prática acolhedora e includente, transformou-se em mera distribuição de fichas, sem adequada priorização de casos agudos e os usuários enfrentam filas e acordam bastante cedo para pegar as fichas para o dia.

As atividades de recepção nessa equipe são feitas pela auxiliar de enfermagem, que seguia opções preestabelecidas de encaminhamento, limitado pela capacidade tecnológica da unidade. A falta de implantação de protocolos de atendimento e a própria normalização de que as auxiliares de enfermagem não poderiam estabelecer conduta nenhuma sozinhas, ou de que auxiliares e enfermeiras não poderiam dispensar usuários com queixa sem avaliação médica, acabou restringindo a possibilidade de atuação da equipe de enfermagem e manteve uma lógica centrada nos saberes e práticas médicos.

Na ESF o enfermeiro é responsável pelo trabalho burocrático e de educação coletiva. O enfermeiro escolhe desenvolver atividades de prevenção e promoção, em detrimento de ações clínicas, justificada pela dificuldade em garantir à população seu direito à assistência. Apesar de a enfermagem exercer o direito da consulta de enfermagem, essa prática não tem a mesma divulgação que a prática médica e odontológica, acabando por não ser realizada e assim os pacientes muitas vezes não saem com seus problemas resolvidos pois não são escutados por diferentes profissionais que poderiam lhe ajudar. Esse esquema não acolhe o usuário de forma humanizada, no máximo ele “tria e despacha” a demanda mecanicamente, sem escuta qualificada, sem co-responsabilização ou troca entre a equipe e o usuário.

Com o início da organização do trabalho após reuniões da equipe, a auxiliar de enfermagem, supervisionada pelo enfermeiro, inicia o primeiro contato com o usuário e acolhe a

demanda espontânea: assim nenhum usuário sai da unidade sem alguma forma de acolhimento. O técnico passou a ser mais resolutivo e mais pró-ativo no processo saúde doença do usuário e passaram a enxergar mais nitidamente o produto do seu trabalho. E, por isso mesmo, sentindo-se mais reconhecida e valorizada (pela equipe e pelos usuários).

Outro ponto em que houve mudanças é na realização de priorização dos atendimentos pelos critérios clínicos e sociais e o desenvolvimento de uma escuta qualificada desses usuários pela enfermagem. Em todas as reuniões expomos a que a escuta, a avaliação de risco/vulnerabilidade, a orientação, a resolução de problemas e o cuidado fazem parte do “campo de competência” de todos os profissionais da UBS.

Nossa conduta como equipe, atualmente baseia-se em discutir os casos conjuntamente em vez de simplesmente basear-se em protocolos e fluxogramas, pois também facilita uma abordagem ampliada dos problemas. No caso do ESF, adotou-se um formato que se combina com a oferta organizada, a qual prioriza o acesso aos grupos de riscos (como os hipertensos, diabéticos e gestantes) e visa a garantir o atendimento dos episódios agudos (febres, diarreias e tosse nas crianças) ou agudização de casos crônicos (mal estar e tonturas dos adultos/idosos). Existe demanda com data fixa para grupos programáticos, por exemplo, quarta-feira do hipertenso, terça da gestante, assim por diante.

O usuário tem ficado mais satisfeito, pois sai da unidade com uma resposta ao seu problema, o que não é sinônimo de que ele passará por consulta médica, a qual também seria uma possibilidade, porém toda a equipe sabe que o acolhimento é uma atividade de todos na atenção básica, e é a partir dele que surgem fluxos assistenciais para resolução da demanda espontânea. Muitas vezes, apenas ouvir é a resposta que o usuário espera. Sem o estabelecimento do vínculo real, não há troca, não há acolhimento, não há resolubilidade duradoura.

## Referências

- BRASIL, M. da S. *Acolhimento à demanda espontânea*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Citado na página 14.
- CARVALHO, C. A. P. et al. Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no sistema Único de saúde. *Arq. ciênc. saúde*, p. 92–95, 2008. Citado na página 14.
- FERREIRA, J. O programa de humanização da saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. *Saúde e Sociedade*, v. 14, n. 3, p. 111–118, 2005. Citado na página 13.
- FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev. Panam. Salud Publica*, p. 180–188, 2008. Citado na página 14.
- LEI N° 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990. Ministério da Saúde, Brasília, n. 1, 1990. Citado na página 13.
- 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. et al. (Ed.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 113–150. Citado na página 13.
- SAÚDE, M. da. *Acolhimento à demanda espontânea*. *Caderno de Atenção Básica*, n. 28. 2016. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_demanda\\_espontanea\\_cab28v1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf)>. Acesso em: 05 Jan. 2016. Citado 2 vezes nas páginas 10 e 14.
- SILVA, L. G. da; ALVES, M. da S. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. *Revista de APS*, p. 74–84, 2008. Citado na página 13.
- SOUZA, E. C. F. de et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, p. 100–110, 2008. Citado na página 14.