

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIAS NO
ACOLHIMENTO E DESENVOLVIMENTO DE TRIAGEM NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE CAXIRIMBÚ DO MUNICÍPIO DE CAXIAS-MA**

*INTERVENTION PROPOSAL FOR IMPROVEMENTS IN THE
ACCOMMODATION AND DEVELOPMENT OF SCREENING IN THE BASIC
HEALTH UNIT CAXIRIMBÚ IN THE MUNICIPALITY OF CAXIAS-MA*

Germanno Almeida Araujo¹

Ione Maria Ribeiro Soares Lopes²

¹*Autor-correspondente: Médico. Pós-graduando em Saúde da Família pela UFPI. Trabalha como médica em uma Unidade Básica de Saúde Caxirimbú no município de Caxias-MA do Piauí. E-mail: germano_almeida@yahoo.com.br*

²*Orientadora: Doutorado em Medicina (Ginecologia) pela Universidade Federal de São Paulo. Departamento Materno-Infantil, UFPI.*

Endereço para contato: Rua Desembargador Pires de Castro, 260-centro

Contato: (86) 3221-6319. E-mail: ione.gin@hotmail.com

RESUMO

Introdução: Um dos problemas que despertou a atenção para desenvolver essa intervenção está relacionada a questão de atendimento, tais como: demora na marcação das consultas, desorganização dos atendimentos, ausência de triagem antes da consulta médica e padronização do acolhimento. **Objetivos:** Desenvolver uma intervenção para melhorias no acolhimento e desenvolvimento de triagem na Unidade Básica de Saúde Caxirimbú do município de Caxias-MA. **Métodos:** Trata-se de um projeto de intervenção em que inicialmente o médico realizará uma capacitação com a equipe multiprofissional em relação ao acolhimento e a humanização da assistência. No segundo encontro da capacitação será repassado os objetivos e metas da intervenção, bem como a organização de um cronograma semanal de atendimentos. A equipe na segunda reunião de capacitação decidirá quais dias serão destinados a cada demanda, sendo que serão deixadas as vagas da demanda espontânea e das urgências. Será estabelecido um cronograma diário de atendimento, o qual será fixado de forma impressa nas paredes da UBS. A comunidade será informada pelos agentes comunitários de saúde através de visitas domiciliares sobre os dias de atendimento de cada grupo de saúde. O médico e a enfermeira ficarão responsáveis por realizar uma ação educativa para a equipe de saúde sobre acolhimento e humanização da assistência. **Conclusão:** Portanto, espera-se que haja uma padronização do atendimento buscando estabelecer uma organização das vagas para consultas médicas.

Palavra-chave: Acolhimento. Atenção Primária de Saúde. Triagem.

ABSTRACT

Introduction: One of the problems that attracted attention to develop this intervention is related to the issue of care, such as: delay in making appointments, disorganization of care, absence of screening before medical consultation and standardization of care.

Objectives: To develop an intervention for improvements in the reception and development of screening in the Basic Health Unit Caxirimbú in the city of Caxias-MA.

Methods: This is an intervention project in which the doctor will initially carry out training with the multiprofessional team in relation to the reception and humanization of care. In the second training meeting, the objectives and goals of the intervention will be reviewed, as well as the organization of a weekly schedule of visits. The team at the second training meeting will decide which days will be allocated to each demand, with vacancies for spontaneous demand and urgencies being left. A daily service schedule will be established, which will be fixed in printed form on the UBS walls. The community will be informed by community health agents through home visits about the days of care for each health group. The doctor and the nurse will be responsible for carrying out an educational action for the health team on welcoming and humanizing care. **Conclusion:** Therefore, it is expected that there is a standardization of care seeking to establish an organization of places for medical appointments.

Keyword: Reception. Primary Health Care. Screening.

INTRODUÇÃO

CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO E UNIDADE DE SAÚDE

A intervenção será realizada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada em Caxias-MA, que possui uma população de 164.880 habitantes, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019). Sua rede de saúde é constituída por um Centro Especializado em Odontologia (CEO), três Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), quatro Centros de Atenção de Assistência Social (CRAS), um Centro de Referência Especializado de Assistência em Saúde (CREAS), três Núcleos de Apoio de Saúde da Família (NASF), um hospital de pequeno médio porte, um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), 51 equipes de saúde da família (SIAB, 2019).

No que se refere aos indicadores de saúde deste município a taxa de mortalidade no ano de 2014 foi de 5,6% e em 2018 foi de 5,7%, refletindo um crescimento no valor de 0,1%, a taxa de mortalidade infantil no ano de 2014 foi de 20,4% e em 2018 foi de 10,3%, onde percentualmente representou uma queda no valor de 10,1%, a taxa de mortalidade neonatal de 2014 foi de 13,8% e a de 2018 que foi de 7,8%, apresentando também uma real queda de 6,0% nos números. A taxa de mortalidade pós-neonatal no ano de 2014 foi de 6,7% e em 2018 foi de 2,6%, apresentando uma positiva diminuição de 4,1% nas estatísticas apresentadas. A taxa de mortalidade em crianças com menos

de 5 anos de idade em 2014 foi de 21,6% e em 2018 foi de 11,5%, o que demonstraram uma excelente diminuição percentual de 10,1% (DATASUS, 2014; DATASUS, 2018).

Outro dado importante que apresenta relevante progresso para o município de Caxias-MA, foram os números referentes a morte materna de 2014 que foi de 78,61% e de 73,90% em 2018, representando uma grande diminuição de 4,71 nas mortes maternas, o que qualifica as políticas de saúde pública adotadas. A mortalidade proporcional por grupo de causas em 2014 por acidentes foi de 37,65%, homicídios 38,88% e suicídios 8,024%. No ano de 2018, os acidentes foram responsáveis por 32,66%, os homicídios por 37,33 e os suicídios 12%. Apresentando assim, uma queda de 4,99% no número de acidentes, uma diminuição de 1,55% no número de homicídios e um aumento de 3,97% nos casos de suicídio (DATASUS, 2014; DATASUS, 2018).

A sífilis congênita apresentou incidência no município de Caxias-MA de 5,6% e de sífilis em gestantes é de 6.2%, no ano de 2017. Quanto aos números de HIV/AIDS, identificou-se 37 casos entre 2008 a 2016 de gestantes soropositivas no município de Caxias-MA. Observou-se a prevalência da infecção pelo HIV em adultas jovens, na faixa etária de 16 aos 42 anos, com média de 24,9 anos (DP-5,7) anos, sendo que 32,2% eram mulheres na faixa etária entre 16 a 20 anos (DATASUS, 2014; DATASUS, 2018).

O estudo mostrou ainda que 26 (70,3%) eram gestantes infectadas de cor parda, 26 (70,3%) tinham escolaridade inferior a 8 anos, 22 (59,5%) eram donas de casa e 25(67,6%) residentes de zona urbana. Contabilizaram nesse período apenas três casos de crianças com HIV/AIDS notificados no sistema de informações de mortalidade, sendo todos os casos adquiridos por transmissão vertical. Chama a atenção que 2 (66,7%) casos eram do sexo feminino e 1 (33,3%) do sexo masculino e todos tiveram óbito do tipo não-fetal (DATASUS, 2014; DATASUS, 2018).

A tuberculose e a hanseníase são outras doenças relativamente importantes que devem ter seus dados estatísticos analisados no município de Caxias-MA. Foram notificados que a maioria dos casos de tuberculose era do sexo masculino na faixa etária de 20-39 anos. O ano em que ocorreram mais registros de casos foi 2011. Já a hanseníase a idade média foi de 48 anos e também houve predominância do sexo masculino (55,1%), com idade variando de 9 a 98 anos (SIAB, 2019).

A maioria dos casos eram multibacilares (59%) e o local da lesão predominante foi no membro superior direito (52,66%), com o agravante de que 33,4% dos pacientes apresentavam algum grau de incapacidade física. Os dados comprovaram uma tendência crescente na endemia. O estudo mostrou maior prevalência da forma dimorfa e multibacilares, com diagnóstico tardio (SIAB, 2019).

Em relação a pandemia da COVID-19, o boletim epidemiológico do dia 12 de setembro de 2020, realizado pelo comitê de prevenção e enfrentamento ao novo corona vírus aponta para 519 casos confirmados da covid-19 em Caxias-MA, mas um dado também chama atenção, o de que 430 pacientes foram recuperados com sucesso, o que evidencia o fato de que os gestores têm um certo empenho no sentido de conduzir da melhor forma, o enfrentamento da pandemia da covid-19, garantindo a prestação de uma assistência de qualidade (SIAB, 2020).

A UBS em que será realizada a intervenção será a Caxirimbú que é responsável por 2.150 pessoas e 866 famílias. A equipe de saúde é formada por um médico, uma enfermeira, sete agentes comunitários de saúde (ACS), duas técnicas de enfermagem, uma dentista, uma auxiliar de higiene bucal, uma recepcionista, uma auxiliar de serviços gerais e um agente de portaria. Essa UBS está vinculada a uma equipe do NASF.

A estrutura física possui três consultórios (um médico, um de enfermagem e um consultório odontológico), uma sala para procedimentos, sala de vacina, uma recepção, uma sala de reunião, uma cozinha, uma farmácia, dois banheiros para uso dos funcionários e usuários.

CONTEXTUALIZAÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA

Um dos problemas que despertou a atenção para desenvolver essa intervenção está relacionada a questão de atendimento, tais como: demora na marcação das consultas, desorganização dos atendimentos, ausência de triagem antes da consulta médica e padronização do acolhimento.

Além disso, constantemente pacientes com problemas simples, que poderiam ser resolvidos por uma triagem, voltam para casa sem resolutividade, tendo que acordar cedo e enfrentar fila novamente para tentar resolver seu problema de saúde. Não existe dias específicos para o atendimento, pois é realizado de forma espontânea o que dificulta a organização e a qualidade do serviço. Desta forma, pretende-se desenvolver uma proposta de intervenção para otimizar a assistência oferecida por uma equipe da atenção básica da zona rural.

O acolhimento evoca um sentido de urgente atualidade na Atenção Primária à Saúde (APS), no qual assume uma postura polissêmica, uma vez que agrega múltiplos discursos e práticas na saúde, podendo ser entendido tanto como elemento inicial do processo de trabalho em saúde, como também pode assumir um lugar de aplicação de diretrizes operacionais para a materialização dos princípios do Sistema Único de Saúde

(SUS), em particular a integralidade, a universalidade e a equidade (SILVA; ROMANO, 2015).

Sendo assim, o acolhimento proporciona uma representação, que reporta para compreendê-lo como um momento de encontro mediado pela escuta e pelo vínculo, o que aciona um sentido de disponibilidade de tempo e compromisso para a sua realização. O acolhimento possui três esferas constitutivas: postura, atitude e tecnologia do cuidado; mecanismo de ampliação e facilitação do acesso; e dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe (BRASIL, 2015; BRASIL, 2016).

Nesta percepção, o acolhimento adquire o discurso de inclusão social em defesa do SUS, subsidiando a geração de reflexões e mudanças na organização dos serviços e na postura dos profissionais, na ideia do acesso universal, na retomada da equipe multiprofissional e na qualificação do vínculo entre usuários e profissionais de saúde (SILVA; PEREIRA; ARAÚJO, 2018).

Dessa forma, pode-se afirmar que o acolhimento é uma ação que deve existir em todas as relações de cuidado, no vínculo entre trabalhadores de saúde e usuários, na prática de receber e escutar as pessoas. Deve ser estabelecido como uma ferramenta que possibilite a humanização do cuidado; amplie o acesso da população aos serviços de saúde; assegure a resolução dos problemas; coordene os serviços; e vincule a efetivação de relações entre profissionais e usuários. Neste sentido, pode-se afirmar que a prática do acolhimento está presente em todas as relações de cuidado e pode se configurar de diferentes formas dependendo de quem participa dos processos e de como e em que condições este processo se dá (LOPES et al., 2015).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) recomenda não só a estruturação de um serviço de saúde organizado para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, e/ou de minorar danos e sofrimentos, como também se responsabilizar pela resposta ao usuário, ainda que ofertada para outros pontos de atenção da rede. Assim, relacionamos o acolhimento com gestão do cuidado e processo de trabalho, entendendo-o como múltiplo e singular em sua dimensão de produção da saúde (BRASIL, 2015).

A efetivação do acolhimento na Atenção Primária à Saúde é desafiadora. Necessita implementar a escuta qualificada pelos trabalhadores, evidenciando permanentemente as demandas dos usuários dos serviços de saúde, atendendo conforme a priorização por meio de uma avaliação criteriosa das vulnerabilidades (BRASIL, 2016).

Desta maneira, o sucesso do acolhimento está relacionado aos profissionais que sabem respeitar as diferentes demandas da população atendida e assisti-la com integralidade. O atendimento humanizado cria ligações positivas entre a equipe e a comunidade que busca resolver suas necessidades de saúde e os profissionais que trabalham na centrada perspectiva do usuário (PENNA; FARIA; REZENDE, 2015).

METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção para melhorias no acolhimento e desenvolvimento de triagem na Unidade Básica de Saúde Caxirimbú do Município de Caxias-MA. Inicialmente o médico realizará uma capacitação com a equipe multiprofissional em relação ao acolhimento e a humanização da assistência. Essa capacitação utilizará o manual de acolhimento do Ministério da Saúde e será realizada na própria UBS, em dois encontros e com duração máxima de três horas cada um.

Tal capacitação será realizada em duas sextas-feiras, pois é o dia em que não acontece o atendimento médico. No segundo encontro da capacitação será repassado os objetivos e metas da intervenção, bem como a organização de um cronograma semanal de atendimentos. A equipe na segunda reunião de capacitação decidirá quais dias serão destinados a cada demanda, sendo que serão deixadas as vagas da demanda espontânea e das urgências. Será estabelecido um cronograma diário de atendimento, o qual será fixado de forma impressa nas paredes da UBS. A comunidade será informada pelos ACS através de visitas domiciliares sobre os dias de atendimento de cada grupo de saúde.

O médico e a enfermeira ficarão responsáveis por realizar uma ação educativa para a equipe de saúde sobre acolhimento e humanização da assistência. O médico realizará uma outra ação sobre as técnicas de empatia e humanização da assistência. Além disso, fará, junto com a equipe, uma padronização do atendimento, respeitando as demandas que possuem prevalência na procura por cuidados médicos e estabelecendo quantas vagas para consultas médicas seriam distribuídas para essas demandas.

A padronização do atendimento buscará estabelecer uma organização das vagas para consultas médicas, por meio da identificação dos casos que mais prevalecem na procura por cuidados médicos e estabelecendo quantas vagas para consultas seriam distribuídas para essas demandas. A enfermeira ficará responsável por realizar o monitoramento e avaliação da intervenção semanalmente, identificando algum

problema em relação o acolhimento e repassando nas reuniões semanais no intuito de serem resolvidos. Ademais, a enfermeira será responsável por realizar a triagem das demandas espontâneas, no intuito de identificar as prioridades e urgências para a consulta médica.

SITUAÇÃO PROBLEMA	OBJETIVOS	METAS/ PRAZOS	AÇÕES/ ESTRATÉGIAS	RESP
Desorganização das demandas e atendimento, acolhimento desfavorável e ausência de triagem.	Capacitar a equipe em relação ao acolhimento: importância e técnicas de ação;	Capacitar 100% da equipe a respeito do acolhimento e humanização da assistência/ duas semanais	O médico realizará uma capacitação com a equipe. A enfermeira também ficará responsável por realizar o monitoramento e avaliação da intervenção.	1-Médico 2-Enfermeira 3-ACS
	Sensibilizar e encorajar os profissionais de saúde sobre a necessidade de se melhorar e ampliar o acolhimento e a triagem com a finalidade de aprimorar o serviço prestado à população;			
	Desenvolver um cronograma diário de atendimento dos pacientes junto com a equipe multiprofissional;	Organizar cronogramas de atendimentos diários para 100% de cada demanda de saúde// 1 mês	A equipe na segunda reunião de capacitação decidirá quais dias serão destinados a cada demanda, sendo que serão deixadas as vagas da demanda espontânea e das urgências.	1-Médico 2-Enfermeira 3-ACS
Estabelecer prioridades no atendimento, assim como deliberar vagas para a demanda espontânea;		Avaliar 100% demandas de saúde espontâneas/ 1 mês	A enfermeira irá realizar o atendimento da demanda espontânea para identificar a prioridade.	1-Médico 2-Enfermeira 3-ACS

DISCUSSÃO

ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO À SAÚDE

O acolhimento foi introduzido nos serviços do sistema único de saúde (SUS) a partir da década de 90, buscando principalmente viabilizar mudanças no desenvolvimento do trabalho em saúde, ao modificar as relações entre trabalhadores, gestores e usuários para a promoção de vínculos, corresponsabilização e resolubilidade, ocasionando a viabilidade da prática das diretrizes do SUS (CAMELO, et al., 2016).

A implementação da estratégia do acolhimento surge como uma tentativa de reafirmar/aplicar tais propostas e alterar o processo de trabalho em saúde. Acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar créditos, agasalhar, receber, atender. Busca-se alterar as relações entre profissionais e usuários, humanizar a atenção, estabelecer vínculo e responsabilização das equipes com a população, aumentar a capacidade de escuta às demandas apresentadas, resgatar o conhecimento técnico da equipe de saúde ampliando sua intervenção (LOPES et al., 2015).

O acolhimento na saúde vai além do conceito do dicionário de “recepção, atenção, consideração, refúgio, abrigo, agasalho”. Passa pela subjetividade, pela relação profissional de saúde e paciente, como também pela escuta das necessidades do sujeito. É uma tentativa de construir uma nova prática em saúde, compreender, estabelecer o vínculo, atos de receber e ouvir, dar respostas adequadas a cada demanda em todo o percurso de busca, desde a recepção e o atendimento individual ou coletivo até o encaminhamento externo, retorno, remarcação e alta (SILVA; RAMANO, 2015).

De modo geral, a literatura traz o acolhimento ou como diretriz ética de caráter humanista, ou como ação técnica visando à triagem na assistência ou ainda centrada no protagonismo dos sujeitos e na cogestão em relação à produção conjunta do cuidado (LOPES et al., 2015).

Aponta-se o acolhimento como diretriz operacional fundamental do modelo assistencial proposto pelo SUS, a fim de garantir não só a acessibilidade universal, mas também a qualificação das relações, na qual a escuta e a atenção às necessidades são fundamentais ao processo para que o serviço ofereça uma resposta resolutiva às demandas dos usuários (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

O acolhimento possibilita uma reflexão acerca dos processos de trabalho em saúde, pois estabelece uma relação concreta e de confiança entre o usuário e o profissional ou a equipe, estando diretamente orientado pelos princípios do SUS, podendo atender às demandas da sociedade e estabelecer relação com os outros serviços de saúde, de maneira regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 2016).

É um recurso destinado a apoiar a qualificação do sistema de saúde, pois possibilita ao usuário o acesso a um cuidado justo, ampliado e integral, a partir do reconhecimento de que esse acesso é um direito humano fundamental (BRASIL, 2018).

É de suma importância a realização de estudos que analisem as dificuldades de implantação do acolhimento nas unidades de saúde, pois infelizmente o acolhimento não está sistematizado na APS de forma uniforme, e isso impacta na qualidade dos serviços e na satisfação dos usuários (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

Neste sentido, o estudo de Rocha e Spagnuolo (2015) demonstrou que a experiência da equipe de saúde da família com o acolhimento, por meio da realização de grupos focais com os profissionais de saúde identificou alguns fatores que dificultam a implementação do acolhimento, como o modelo assistencial biomédico, ausência de líderes e a complexidade do setor saúde.

É importante compreender que acolher promove a democracia e cidadania superando a questão de acesso dos sujeitos aos serviços de saúde para realçar a qualidade desse acesso. Logo, estabelecer os papéis do usuário, gestor e trabalhador não são suficientes, sendo importante a construção de projetos coletivos que favoreçam a ampliação do grau de comunicação entre eles, possibilitando diferentes modos de cuidar e de organizar o trabalho em saúde (SILVA et al., 2019).

A abertura à escuta interessada e ao diálogo por parte do profissional de saúde abre uma possibilidade de relação entre trabalhador e usuário. Realizar o diálogo significa trocar os ruídos por frases valorativas para o usuário, onde é possível vislumbrar a abertura para a ação comum de cuidado que vá ao encontro das expectativas dos sujeitos quando buscam os serviços de saúde (RODRIGUES; IBANHES, 2019).

Se não houver o acolhimento no processo de cuidado, não haverá a responsabilização do serviço e dos trabalhadores com o usuário, o que pode desencadear práticas pouco resolutivas que, conseqüentemente, impactam menos nos processos sociais e nas questões de saúde e doença (OLIVEIRA; CONSTANTINIDIS, 2019).

A efetivação do acolhimento na APS é desafiadora. Necessita implementar a escuta qualificada pelos trabalhadores, evidenciando permanentemente as demandas dos usuários dos serviços de saúde, atendendo conforme a priorização por meio de uma avaliação criteriosa das vulnerabilidades (BRASIL, 2016).

O acolhimento é um mecanismo primordial para a APS, entretanto, somente recebeu destaque nos processos de trabalho das Equipes de Saúde da Família em um passado relativamente recente. Assim, são necessários estudos avaliativos sobre a incorporação do acolhimento nos serviços de APS. No contexto das organizações de saúde, uma boa prática é aquela que, por meio da aplicação de técnicas ou procedimentos metodológicos, possui uma fiabilidade comprovada para conduzir a um determinado resultado positivo (CLIMENTINO et al., 2015).

As boas práticas são assim consideradas por funcionarem em situações e contextos específicos, sem dispêndio excessivo de recursos para atingir objetivos desejados. Agrega-se a característica de desenvolver soluções adaptadas a problemas de saúde semelhantes em outras situações. As boas práticas reúnem elementos que comprovadamente contribuem para o funcionamento e sucesso de intervenções (CLIMENTINO et al., 2015).

Entende-se que ações e serviços de saúde devem estar adaptados às circunstâncias locais, à população para a qual se destina, aos recursos disponíveis e aos atores participantes. Assim, as boas práticas no campo da saúde incluem, na sua formulação e desenvolvimento, além dos fundamentos teóricos (evidências científicas), a compreensão do ambiente e do contexto no qual se localizam. Levam em conta, também, as crenças, valores e princípios éticos daqueles que constroem e dos que são alvo das ações e serviços, focando na promoção e melhoria das condições de vida e saúde da população (LOPES et al., 2015).

Na perspectiva da melhoria contínua, o referencial de boas práticas requer permanente reflexão por parte dos atores envolvidos sobre como melhorar e intensificar as práticas correntes. Assim, demanda a análise constante das ações desenvolvidas pelos serviços de saúde, utilizando um processo de reflexão crítica sobre o que se sabe que funciona bem em determinada situação. Pensar a ação, seu porquê e como esta poderia ser mais efetiva, pode garantir o aprendizado contínuo e o crescimento pela revisão das práticas (SOUZA et al., 2014).

Sabe-se, por outro lado, que a implantação do acolhimento requer significativas mudanças no trabalho em saúde, como o aumento do protagonismo dos sujeitos, a reorganização dos serviços a partir de reflexão e problematização dos processos, a

participação de toda a equipe multiprofissional na escuta e resolução dos problemas do usuário e a elaboração de um projeto terapêutico individual e coletivo capaz de articular a rede de serviços e as gerências centrais e distritais (LOPES et al., 2015).

Acolhimento é um conceito frequentemente utilizado para expressar as relações que se estabelecem entre usuário e profissionais da saúde. No entanto, não se trata de simples prestação de serviço. Mais do que isso, o acolhimento envolve uma relação cidadã e humanizada com escuta qualificada. Enquanto tecnologia de reorganização dos serviços, o acolhimento se caracteriza como elemento-chave para ampliar o acesso à APS e aos demais níveis do SUS (GARUZI et al., 2014).

É importante ressaltar que nem todos os usuários que buscam a UBS precisam de atendimento médico, acreditando muitas vezes que sua demanda somente será solucionada por um profissional. Por isso, a importância do acolhimento, pois pode orientar e direcionar o atendimento apropriado à necessidade apontada pelo usuário (CAMELO et al., 2016).

Como dificuldade enfrentada para a efetividade desse acolhimento, Oliveira e Marinus (2016) apontam que as Unidades de Saúde não dispõem de estrutura física adequada para realização do acolhimento; espaço pequeno para atender a demanda, ausência ou quantidade insuficiente de assentos para que os usuários aguardem o atendimento e a não disponibilidade de sala específica para realização do acolhimento.

São ainda observados: a dificuldade dos profissionais, usuários e gestão em alcançar um consenso a respeito da melhor maneira de acolher o cidadão, a desinformação por parte dos usuários em relação aos objetivos do acolhimento e a relevância deste para a resolutividade dos problemas de saúde da comunidade, bem como as dificuldades que envolvem o vínculo dos usuários com a equipe de saúde e consequente influência no processo de promoção da saúde, prevenção de doenças e educação em saúde (OLIVEIRA; MARINUS, 2016).

Em um estudo realizado por Brehmer e Verdi (2010) foi identificado que as restrições para a realização do acolhimento correspondem essencialmente à exiguidade de espaço físico e à divisão da área que, por vezes, resulta em espaços inadequados. No âmbito dos recursos humanos, outro limite apontado foi a falta de profissionais nas equipes de saúde.

A demanda é expressiva, porém a organização da oferta com profissionais suficientes ainda está aquém do desejável para um atendimento de real efeito para usuários. O fato reflete negativamente também para os trabalhadores, pois a exaustão,

o cansaço e a incapacidade de atender a todos os usuários e cumprir com todas as exigências do Sistema tornam o profissional insatisfeito (BRASIL, 2018).

A oferta de cuidados de saúde na rede básica e, particularmente, na Estratégia de Saúde da Família (ESF) depende intensamente de processos organizacionais e das práticas profissionais. Ao lado dos desafios relacionados com a melhoria da estrutura dos serviços, a qualificação de processos de organização e gestão do cuidado por equipe multiprofissional é essencial para aumentar a efetividade da ESF, considerando seu efeito mediador na atenção à saúde (TOMASI *et al.*, 2017).

Na prática, a assistência à saúde prioriza ações curativas e condições agudas, centradas na atuação do médico a partir da demanda e não nas reais necessidades dos usuários. Aliado a isso existem lacunas assistenciais, financiamento público insuficiente, distribuição inadequada dos serviços, com importante grau de trabalho precário e carência de profissionais para concretizar as propostas da ESF (CRUZ *et al.*, 2014).

Para garantir o acesso, a integralidade e a resolutividade, é preciso aprimorar os fluxos dos usuários no interior do serviço, desde a recepção até a sua saída ao final do atendimento. O agendamento, o acolhimento, o vínculo, a demanda espontânea e a demanda programada, a atribuição de cada profissional da equipe, as relações do serviço com serviços da rede de atenção e com serviços de apoio diagnóstico e terapêutico precisam ser discutidos e pactuados com as equipes e com a gestão municipal (BRASIL, 2018).

Para que os serviços de APS realizem o acolhimento de forma eficaz é necessária uma união entre os profissionais, os quais devem permanecer dispostos a receber o usuário e interagir com ele, mesmo que este momento não esteja associado ao atendimento clínico ou intervenção procedimental. Para os gestores, é importante poder contar com uma boa equipe de profissionais acolhedores, que assumem o usuário e responsabilizam-se pela resolução dos seus problemas de saúde, procedendo aos encaminhamentos subsequentes (MOREIRA *et al.*, 2017).

Gestores e profissionais ressaltam a necessidade de capacitação e treinamento de todos os trabalhadores para a prática do acolhimento. O setor de recepção é o mais cobrado nesse sentido, por ser na maior parte das vezes o primeiro contato do usuário com o serviço de saúde. Os usuários consideram que existem muitos funcionários mal preparados para fazer esse primeiro contato de recepção (SILVA; RAAMANA, 2015).

Entretanto, cabe a reflexão de que as tensões no setor “recepção” podem ser maiores, em função das expectativas da população quanto à demanda saúde, visto que na condição de unidade prestadora de serviço, o primeiro impacto relacional negativo

pode comprometer o desenvolvimento do trabalho do conjunto de profissionais capacitados (SOUZA et al., 2014).

Mais do que colocar o acolhimento em prática nos diferentes setores do centro de saúde, faz-se necessário trabalhar conceitualmente o acolhimento, como referencial teórico-humanístico que fundamenta as relações entre serviços de saúde e seus usuários. O acolhimento, enquanto tecnologia relacional, não pode prescindir do treinamento dos trabalhadores para humanizar a atenção, promovendo a execução de todas as atividades que o englobam, tendo em vista a satisfação dos usuários (GARUZI et al., 2014).

Os profissionais da saúde e trabalhadores do SUS, em geral, ao informar os usuários sobre seus direitos em relação aos serviços de saúde, bem como sobre o funcionamento do sistema, adotam o acolhimento-postura. Na medida em que o usuário está esclarecido, evitam-se reações de rebeldia e incompreensão. É observado pelos gestores que a compreensão sobre o funcionamento dos serviços, suas normas, critérios e rotinas tem bom efeito na aceitação das dificuldades vivenciadas e limitações do sistema (SILVA et al., 2019).

Embora o acolhimento represente o reconhecimento do direito à saúde, na prática, por vezes, há o descumprimento desta garantia constitucional. Faz-se necessário uma reflexão ética das situações problemas do cotidiano dos serviços básicos para superar os limites, reavaliar as atitudes e efetivamente construir novas práticas na atenção à saúde (RODRIGUES; IBANHES, 2019).

O acolhimento contribui para a democratização do conhecimento no sentido do reconhecimento da saúde como direito de cidadania. Permanece o desafio dos profissionais da ESF de concretizar na prática a superação do monopólio do diagnóstico de necessidades, ampliando e aprofundando a ideia da construção de vínculo e da responsabilização (BRASIL, 2018).

O desenvolvimento do acolhimento parece ser função da satisfação com que os profissionais da AB desempenham suas tarefas com qualidade técnica, perícia, prazer, atendendo ao usuário. A população, segundo os gestores, enxerga, reconhece e fala sobre o esforço dos profissionais. No caso do profissional da área médica, o acolhimento está relacionado ao conceito de bom atendimento quando este profissional não só atende, mas examina, toca, escuta e olha para o usuário (MOREIRA et al., 2017).

O acolhimento-postura é entendido pelos profissionais como elemento importante da rede social de apoio, em que a prática das visitas domiciliares também é lembrada pelos profissionais por promover uma relação de confiança com a família e da família

para com a equipe de saúde. O resultado desse tipo de ação faz com que o usuário se sinta à vontade e respeitado na sua individualidade (WARMLING; BALDISSEROTTO; ROCHA, 2019).

Os profissionais reforçam que o acolhimento depende da quantidade de profissionais disponíveis e até mesmo de espaço físico adequado. O bom relacionamento entre colegas, respeito entre os profissionais da equipe, atenção às demandas internas inter profissionais são entendidas como constituintes da dimensão postura do acolhimento. As tecnologias relacionais indicam a necessidade de respeito, relações afetivas no trabalho, resolubilidade no atendimento, acesso às informações entre os membros da equipe e entre estes e os usuários, e o respeito no processo de produção da saúde (BRASIL, 2018).

Portanto, percebe-se que a incorporação do acolhimento pode contribuir com a efetiva responsabilização clínica e sanitária por parte do sistema de saúde, levando à construção de vínculos entre usuários e profissionais. Isso implica incorporar tal diretriz na elaboração das políticas de saúde e na implantação e organização dos sistemas municipais de saúde (POERSCH; ROCHA, 2018).

POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O ACOLHIMENTO E HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

Para a implementação do Programa Nacional de Humanização (PNH) uma das apostas foi no acolhimento enquanto diretriz e dispositivo. Compreendendo por diretriz as orientações gerais da política e por dispositivo os arranjos de elementos materiais ou não, que fazem funcionar, catalisar ou potencializar um processo (BRASIL, 2015).

Para a PNH, o acolhimento pressupõe mudanças da relação entre profissional e usuário, de forma que ambos sejam ativos nos processos de produção de saúde. É um modo de operar que se responsabiliza a atender a todos que buscam pelos serviços de saúde, a partir da qualificação da escuta, da construção de vínculo, e da capacidade de resposta do serviço às pactuações realizadas entre as demandas e ofertas produzidas entre os sujeitos, inclusive daquilo que o serviço não pode responder de imediato, mas que se compromete no direcionamento ético, resolutivo e seguro do acesso do usuário em relação a outros pontos de atenção de que necessite para a continuidade da assistência (BRASIL, 2015).

O acolhimento deve ainda se constituir como essencial na produção de cuidado à saúde à medida que propõe a problematização do trabalho, a valorização e a abertura

para o coletivo, o acolhimento dos profissionais em suas dificuldades, e a valorização do desejo e especificidades dos usuários (BRASIL, 2016).

O PNH somou ao escopo do acolhimento em saúde a classificação do risco. Avaliar o risco e as vulnerabilidades implica em estar atento ao grau de sofrimento das pessoas e indicá-lo como critério na priorização do atendimento. Compreendendo o sofrimento a partir da complexidade inerente aos indivíduos, não o restringindo às questões biológicas (BRASIL, 2015).

Além disso, o PNH é um desses dispositivos e reconhece em seu texto base as problemáticas históricas que precisa enfrentar, com destaque às fragmentações da rede assistencial, dos processos de trabalho, das relações entre os sujeitos (usuários e trabalhadores). Reconhece, também, a burocratização e a verticalização do sistema de saúde, o baixo investimento na formação e qualificação dos trabalhadores, ainda distante dos debates e formulação de políticas públicas, o modelo de atenção centrado na relação “queixa-conduta” e, ainda, a fragilidade do controle social (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

CONCLUSÃO

A expectativa desse projeto de intervenção é que o desenvolvimento dessas ações, que **visam** melhorias no acolhimento, possibilitem uma reflexão acerca dos problemas de trabalho enfrentados pela equipe da UBS Caxirimbú do Município de Caxias-MA, pois por meio de um planejamento será possível intervir nessa realidade e oferecer a população melhorias na qualidade da assistência oferecida e conseqüentemente uma maior satisfação dessa comunidade com o acolhimento oferecido e com a atenção aos demandas de saúde e doença.

REFERÊNCIAS

BARROS, M. M^a. A. F. et al. Acolhimento em unidade de atenção primária à saúde: Potencialidades e desafios. **SANARE**. Sobral, v.17 n.02, p.114-19, jul.-dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2018.

BREHMER, L. C.F.; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo, v. 15, p.3569-578, mai. 2010.

CAMELO, M. S.; et al. Acolhimento na atenção primária à saúde na ótica de enfermeiros. **Acta Paul Enfermagem**. São Paulo, v. 29, n. 4, p.463-68, mai. 2016.

CLEMENTINO, Fr. S. et al. Acolhimento na atenção básica: análise a partir da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Revista Saúde e Ciência Online**. Campina Grande, v. 4, n. 1, p. 62-80, 2015.

COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. M. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 514-24, jun. 2015.

CRUZ, M. M. *et al.* Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. **Saúde Debate**, São Paulo. v. 38, n. esp, p. 124-39, out. 2014.

GARUZI, M. et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev. Panam Salud Pública**. São Paulo, v. 35, n. 2, p. 144-49, mai. 2014

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. 114-23, jan-mar. 2015.

MOREIRA, D. A. et a. O sistema de triagem de manchester na atenção primária à saúde: ambiguidades e desafios relacionados ao acesso. **Texto Contexto Enferm**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 1-8, set. 2017.

OLIVEIRA, C. V.S.; MARINUS, M. W.L. Desafios do acolhimento na estratégia saúde da família: uma revisão integrativa. **Saúde em Redes**. Rio de Janeiro, v.2, n. 2, p. 211-25, set. 2016.

OLIVEIRA, M. C. M.; CONSTANTINIDIS, T. C. Práticas de acolhimento na perspectiva de profissionais da atenção básica em saúde. **Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup**. Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, p. 494-507, set. 2019.

PENNA, M. M^a. C.; FARIA, R. S. R.; REZENDE, G. P. Acolhimento: triagem ou estratégia para universalidade do acesso na atenção à saúde? **Rev Min Enferm**. Belo Horizonte, v. 18, n. 4, p. 815-22, out-dez. 2014.

POERSCH, L. G.; ROCHA, C. M. F. Acolhimento sob a perspectiva dos profissionais da saúde da Estratégia Saúde da Família. **Sanare**. Sobral, v. 15, n. 2, p. 60-7, dez. 2018.

ROCHA, S. A.; SPAGNUOLO, R. S. Acolhimento na visão complexa: ação coletiva emergente na Equipe de Saúde da Família. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 124-135, mar. 2015.

RODRIGUES, J. B.; IBANHES, L. C. Caminhos e Contornos: o Acolhimento na Atenção Básica em São Bernardo do Campo – SP. **BIS, Bol. Inst. Saúde**. São Paulo, v. 20, n. 1, p. 67-73, set. 2019.

SILVA, L. A. N. et al. Acesso e acolhimento na Atenção Básica da região Oeste do Pará. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 43, n. 122, p. 25-41, nov. 2019.

SILVA, T. F.; ROMANO, V. F. Sobre o acolhimento: discurso e prática em Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 363-74, jun. 2015.

SILVA, I. N.; PEREIRA, V. ANT.; ARAÚJO, L. C. N Implantação da Política Nacional de Humanização (PNH): Conquistas e Desafios para a Assistência em Saúde. **GEP NEWS**, Maceió, v.1, n.1, p. 2-7, jan./mar. 2018.

SOUZA, M. F. et al. **Saúde da família nos municípios brasileiros: os re-exos dos 20 anos do espelho do futuro**. São Paulo: Saberes; 2014.

TOMASI, E. *et al.* Diabetes Care in Brazil: Program to Improve Primary Care Access and Quality — PMAQ. **The Journal of ambulatory care management**. v. 12, supl. 2, p. 12-22, mai. 2017.

WARMLING, C. M^a.; BALDISSEROTTO, J.; ROCHA, E. T. Acolhimento & acesso de necessidades de saúde bucal e o agir profissional na Atenção Primária à Saúde. **Interface**. São Paulo, v. 23, n. 04, p. 12-21, abr. 2019.