



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Júlia Carvalho Oliveira

Melhoria do acesso ao cuidado na Unidade de Saúde da
Família Parque Guarani, município de Joinville, estado
de Santa Catarina

Florianópolis, Março de 2023

Júlia Carvalho Oliveira

Melhoria do acesso ao cuidado na Unidade de Saúde da Família
Parque Guarani, município de Joinville, estado de Santa Catarina

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

Orientador: Larissa de Abreu Queiroz
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Júlia Carvalho Oliveira

Melhoria do acesso ao cuidado na Unidade de Saúde da Família
Parque Guarani, município de Joinville, estado de Santa Catarina

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.

Profa. Dra. Fátima Buchele Assis
Coordenadora do Curso

Larissa de Abreu Queiroz
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Introdução: A Atenção Primária à Saúde (APS) assume grande responsabilidade em implementar estratégias de promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, monitoramento e controle, que devem ser apoiadas por uma rede assistencial, orientadas pela prática centrada na pessoa e pelo envolvimento dos usuários. No entanto, em muitas realidades se observa dificuldade de acesso aos serviços básicos de saúde, aliada à valorização do modelo biomédico de saúde em detrimento do acompanhamento integral e longitudinal, da corresponsabilização e do trabalho em rede. Nesse contexto, o presente projeto identificou barreiras predominantemente organizacionais de acesso ao cuidado na Unidade de Saúde da Família Parque Guarani, compreendendo a necessidade de maximizar a efetividade do modelo de agendamento de consultas médicas, otimizar o acolhimento da demanda espontânea por classificação de risco e ampliar a resolutividade a partir do fortalecimento do cuidado em equipe. **Objetivo:** Melhorar o acesso ao cuidado na UBSF Parque Guarani, município de Joinville, estado de Santa Catarina. **Metodologia:** A partir do diagnóstico situacional e epidemiológico da Unidade, seguido da compreensão teórica dos princípios da APS e do SUS, foi possível definir, junto aos atores do processo, estratégias priorizadas pelo método CENDES-OPAS, construindo-se uma árvore de problemas e definindo ações coletivas de melhoria do acesso. **Resultados Esperados:** Com a eclosão pandemia de COVID-19, implementou-se um modelo de acesso avançado adaptado à situação epidemiológica atual, melhorando o acesso e garantindo maior segurança sanitária aos pacientes e à equipe. Ademais, foi possível implementar mecanismos remotos de confirmação de consultas, observando-se menores taxas de absenteísmo, melhor vínculo com a equipe e maior adesão aos tratamentos. Observa-se, portanto, que mesmo em um contexto excepcional, adotar essas estratégias vem melhorando o acesso ao cuidado, no sentido de garanti-lo de forma corresponsável entre os agentes desse processo (equipe e comunidade).

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde, Assistência Centrada no Paciente, Atenção Primária à Saúde, Saúde Pública

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
3.1	Atenção Primária à Saúde e suas Diretrizes	15
3.2	A Gestão do Cuidado na Atenção Básica e os Processos de Trabalho	15
3.3	Barreiras Organizacionais nos Serviços de Saúde e as Consultas Médicas	17
3.4	O acesso ao cuidado na UBSF Parque Guarani	18
3.5	Importância do Atendimento Multidisciplinar	20
4	METODOLOGIA	23
5	RESULTADOS ESPERADOS	27

1 Introdução

A Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Parque Guarani localiza-se no bairro Parque Guarani, pertencente à Regional Jarivatuba, Distrito Sul do município de Joinville, estado de Santa Catarina. De acordo com dados da Coordenação do Cadastramento e Acompanhamento do Usuário/SUS, IBGE/MS e do Relatório de Gestão em Saúde do Município de Joinville, a UBSF Parque Guarani abrange uma população adscrita de 10.007 usuários, os quais são atendidos por 4 equipes de saúde (JOINVILLE, 2019).

A equipe 3008, que será aqui pormenorizada, atende uma população cadastrada de 2.566 usuários, sendo 60% adultos, 31,2% crianças e adolescentes e 0,8% idosos, condizente, portanto, com os parâmetros organizativos preconizados pela Portaria do Ministério da Saúde 2.436/2017 (BRASIL, 2017).

Demograficamente, observa-se um predomínio da população de jovens e adultos. No entanto, nota-se uma procura majoritária de usuários com necessidades de cuidados crônicos, em sua maioria idosos. Essa taxa de utilização ou hiperutilização impacta diretamente em estratégias de atenção pautadas no cuidado longitudinal e integral do indivíduo, enfatizando ações educativas e de promoção à saúde, como forma de promover a autonomia e a responsabilidade compartilhada pela saúde.

No intuito de planejar ações de impacto sobre as condições de saúde dessa população adscrita, são realizadas reuniões multiprofissionais mensais, buscando parcerias institucionais com escolas, igrejas, Conselho Municipal de Saúde etc, compreendendo-se que a saúde se trata de um processo de responsabilidade compartilhada entre vários setores institucionais e a participação social.

Em nível interno, voltadas à ampliação da cobertura e melhoria da qualidade do atendimento, são realizadas reuniões de equipe mensais para identificação e discussão de indivíduos ou famílias expostos a riscos e vulnerabilidades. Em nível comunitário, os Agentes comunitários de Saúde (ACS) mantêm atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos nos sistemas de informação. Quanto ao cuidado integral à saúde da população adscrita, são realizados atendimentos médicos, de enfermagem, odontológicos e psicológicos na unidade e, quando necessário, em atendimentos domiciliares ou em ações de Saúde na Escola ou demais espaços comunitários.

Os processos de recepção, triagem, curativos, farmácia e sala de vacina são executados sem distinção de área, em livre demanda; atendimentos de nível superior são exclusivos à área adscrita, com exceção dos atendimentos psicológicos – por haver apenas um profissional atuando para as 4 equipes. O regime de atendimentos médicos foi modificado recentemente, a partir de demanda da população e novo protocolo municipal, abolindo-se o sistema de “acesso avançado” e adotando-se esquema de 80% agendados e 20% demanda espontânea.

A despeito da realidade de vulnerabilidade territorial da área de abrangência da Unidade, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) ainda não foi implantado. Os atendimentos de Fonoaudiologia, Fisioterapia e especialidades médicas são encaminhados via Regulação. Não há referência para atendimentos de Nutrição e os serviços de Assistência Social ocorrem via CRAS ou CREAS. Encontra-se em processo de implementação uma equipe de Saúde Mental, que atuará paralelamente ao NASF. Até o momento, são realizados matriciamentos de Saúde Mental das equipes juntamente ao Psicólogo; eventualmente com a presença de representantes do CAPS ou Psiquiatra. Esse fluxo descentralizado acaba culminando numa quebra da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Em relação aos processos de educação permanente e continuada, as equipes contam com capacitações esporádicas promovidas pela Secretaria Municipal de Saúde, além do apoio de especialistas por meio de teleconsultorias. Dessa forma, minimizam-se os possíveis agravamentos de condições de saúde decorrentes das filas de espera para níveis secundário ou terciário de atendimentos, a partir de ações de telessaúde que potencializam a resolutividade do cuidado na Atenção Básica.

Considerando-se a missão da Secretaria Municipal de Saúde de Joinville de “promover saúde todos os dias com humanização e eficiência” e os princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade, observa-se um grande esforço de toda a equipe em prol dessa meta. No entanto, nota-se uma discrepância de valores entre o preconizado pelo Ministério da Saúde em relação a aspectos de promoção da saúde e prevenção de doenças, o que é possível colocar em prática frente aos atuais desafios político-estruturais da rede e o que é esperado e valorizado pela comunidade.

A despeito dos crescentes avanços dos modelos de cuidado pautados em determinantes sociais de saúde e dos modelos de acolhimento sem agenda fixa, é possível notar uma estagnação da população geral frente à sua condição de saúde e/ou doença, atrelada a ferramentas limitadas de cuidado integral a essas populações diante de uma RAS, muitas vezes, ineficaz e de um sistema de agendamentos saturado.

A Atenção Primária assume grande responsabilidade em implementar estratégias de promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, monitoramento e controle, que deveriam ser apoiadas por uma rede assistencial e orientadas pela prática centrada na pessoa e pelo envolvimento de usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo. No entanto, observa-se uma dificuldade crescente de acesso aos serviços básicos de saúde, culminando muitas vezes em uma valorização do modelo biomédico de saúde, em detrimento do acompanhamento integral e longitudinal, da corresponsabilização e do trabalho em rede. Dessa maneira, vê-se a necessidade de esforços ainda maiores no sentido de promover o cuidado integral ao paciente, de forma corresponsável entre todos os agentes envolvidos nesse processo, explorando-se as potencialidades da RAS.

Nesse contexto, depara-se com um problema frequente nas Unidades de Saúde da Família: o longo tempo de espera para consultas médicas. Considerando-se o perfil de

vulnerabilidades da UBSF Parque Guarani, atrelado a uma rede de assistência ainda em consolidação, trata-se de um problema estrutural, de natureza atual com piora potencial, porém passível de intervenções efetivas dentro da governabilidade das equipes. Observa-se um tempo médio de espera para consultas agendadas eletivas de 2 a 3 meses na UBS Parque Guarani e uma demora média de 90 a 120 minutos para atendimento no mesmo dia de demanda espontânea não urgente (*same-day appointments* e “encaixes”). O regime de atendimentos médicos foi modificado recentemente, a partir de demanda da população e das equipes e do novo protocolo municipal, abolindo-se o sistema de “acesso avançado” e adotando-se o modelo com esquema de 80% demanda programada e 20% demanda espontânea.

Considerando-se o notório aumento da incidência e prevalência de agravos crônicos no Brasil, que demandam consultas médicas longitudinais periodicamente, a demora para acesso a atendimentos de rotina reflete as vulnerabilidades do sistema de saúde. Nota-se como agravante uma demanda crescente de retornos por condições clínicas que necessitam reavaliação e/ou renovação de receitas recorrentes, em contexto de ausência de um NASF efetivo e também da dificuldade de acesso a consultas com especialistas de seguimento.

Nesse contexto, como consequência da demora do acesso às consultas médicas eletivas, observa-se uma menor adesão às propostas clínicas e tratamentos médicos, culminando em aumento do número de consultas em demanda espontânea e agudizações, com piora dos indicadores de saúde a médio e longo prazo. Além disso, observa-se maior absenteísmo em consultas agendadas por mais de 2 meses de espera, causado tanto pela ausência de mecanismos administrativos de confirmação de consultas quanto por uma débil responsabilização relacionada ao cuidado.

A abordagem dessa temática justifica-se também pela insatisfação geral da população em relação aos serviços de saúde, especialmente em relação ao desequilíbrio entre oferta e demanda, gerando tensão com a equipe e consequente insatisfação dos profissionais da saúde diante do seu trabalho acumulado.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Melhorar o acesso ao cuidado na Unidade Básica de Saúde da Família Parque Guarani, município de Joinville, estado de Santa Catarina.

2.2 Objetivos Específicos

Maximizar a efetividade do modelo de agendamento de consultas médicas.
Otimizar o acolhimento da demanda espontânea por classificação de risco.
Ampliar a resolutividade a partir do fortalecimento do cuidado em equipe.

3 Revisão da Literatura

3.1 Atenção Primária à Saúde e suas Diretrizes

A Atenção Primária à Saúde (APS) – ou Atenção Básica – foi definida por ??, p. 1129) como “atenção de primeiro contato, contínua, global e coordenada que se proporciona à população sem distinção de gênero, doença ou sistema orgânico”. Em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) atualizou esse conceito como:

[...] conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas, que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2006b, p. 19).

A Lei nº 8.080/90 define que o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde deve se iniciar pelas portas de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, nas Unidades Básicas de Saúde que compõem a Atenção Básica, e se completa na rede regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 1990).

A partir da PNAB, a APS foi reforçada, então, como porta de entrada principal e ordenadora do cuidado disponibilizado na rede, ofertando-se acesso integral e gratuito a todas as pessoas. A APS no Brasil seguiu um processo de construção de modelos organizacionais ao longo das últimas décadas, culminando na Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo de atenção básica e como centro ordenador dessas Redes de Atenção à Saúde (RAS) do SUS (BRASIL, 2006b).

As Redes de Atenção à Saúde tratam-se de

[...] arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles, destaca-se: a Atenção Básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as necessidades de saúde das pessoas do seu território (BRASIL, 2006b, p. 25).

3.2 A Gestão do Cuidado na Atenção Básica e os Processos de Trabalho

A partir do estabelecimento de princípios e diretrizes para essas RAS, as equipes de saúde da família passaram a assumir posição estratégica dentro da Política Nacional de

Saúde, para expansão e consolidação da APS na rede (GUSO; LOPES; DIAS, 2019).

Os princípios do SUS e da RAS aplicados na APS dizem respeito aos conceitos de universalidade, equidade e integralidade. Trata-se como universalidade o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da RAS, acolhendo as pessoas e promovendo a vinculação e responsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde (BRASIL, 2017).

A partir desse princípio, pressupõe-se uma lógica organizacional dos serviços de saúde que assegure acessibilidade e acolhimento a todos os usuários na APS. Como equidade entende-se a oferta de cuidado que reconheça diferenças demandadas no cuidado às pessoas, de acordo com suas condições de vida e de saúde, respeitando-se a diversidade. O terceiro princípio do SUS, diretamente aplicável à APS, diz respeito à integralidade, que enfatiza a necessidade de atender a população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Tal princípio diz respeito à integração entre os pontos de oferta de serviços de saúde na rede, aumentando portanto a resolutividade do cuidado (BRASIL, 2017).

Como resolutividade entende-se a capacidade de resolver as demandas da população, articulando mecanismos de cuidado individual e coletivo centradas na pessoa, por meio de uma clínica ampliada, e coordenando o cuidado com outros pontos da RAS. A resolutividade trata-se portanto de uma das diretrizes da RAS operacionalizadas dentro da APS, quais sejam: regionalização e hierarquização; territorialização; população adscrita; cuidado centrado na pessoa; resolutividade; longitudinalidade do cuidado; coordenação do cuidado; ordenação da rede; e participação da comunidade (BRASIL, 2017).

Para garantir os princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade, com alta resolutividade, a APS deve assumir seu papel estratégico de porta de entrada preferencial do SUS e de gestão do cuidado das pessoas a partir de um olhar singular das equipes de ESF sobre sua população, por meio da promoção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da redução de danos (BRASIL, 2017).

Os processos de trabalho dessas equipes de saúde da família baseiam-se nos princípios da APS, enfrentando desafios diários dentro desse modelo organizacional quanto aos seus atributos nucleares, quais sejam: acesso, coordenação, longitudinalidade e integralidade (GUSO; LOPES; DIAS, 2019).

Destaca-se no presente estudo o acesso, que diz respeito à porta de entrada do usuário ao sistema de saúde, universalmente, sem barreiras geográficas, organizacionais, socioculturais, étnicas ou de gênero (??).

De acordo com Brasil (2017), a acessibilidade relaciona-se com a capacidade de atender às necessidades de saúde da população. Gusso, Lopes e Dias (2019) dividem esse atributo em dois componentes: o geográfico e o sócio-organizacional. O componente geográfico trata

da distância física e do tempo de locomoção entre o usuário e o serviço; o componente sócio-organizacional inclui aspectos sociais, culturais, educacionais ou econômicos dos usuários, assim como aspectos organizacionais da equipe, como organização de agenda, modo de funcionamento e horário de atendimento.

Com isso, nota-se que as demandas da população devem ser o referencial principal para a definição das ações e dos serviços ofertados pela Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) – e da forma como serão organizados – como meio de assegurar o acesso (BRASIL, 2017).

3.3 Barreiras Organizacionais nos Serviços de Saúde e as Consultas Médicas

De acordo com ??), as barreiras organizacionais de acesso aos serviços de saúde no Brasil manifestam-se de forma perversa em longas filas de espera, na tentativa de equilibrar a oferta e a demanda. Aponta-se, portanto, o componente sócio-organizacional do acesso como o nó-crítico deste projeto. Como forma de compreender as experiências globais de acesso à APS, faz-se necessária uma atenção especial aos sistemas internacionalmente conhecidos de acessibilidade: o modelo tradicional, o modelo *carve-out*, o modelo agendamento-dia, o acesso aberto e o acesso avançado.

O modelo tradicional, definido por ??) como *saturated*, trata-se de um sistema no qual todas as vagas da agenda médica são preenchidas com consultas previamente agendadas. Durante o dia, condições agudas urgentes são atendidas em forma de *double-booking*, com sala de espera cheia, sobrecarregando o profissional e gerando tensão entre o usuário e a equipe.

Gusso, Lopes e Dias (2019) descrevem como principal desvantagem desse sistema o elevado tempo de espera para se conseguir uma consulta médica eletiva. Com isso, aumenta-se a taxa de absenteísmo – fato que aumenta a procura por atendimentos de urgência e emergência e fragiliza a relação médico paciente – e eleva-se o tempo médio de duração das consultas, já que os usuários trazem inúmeras queixas ou demandas para serem resolvidas durante o escasso e precioso tempo que finalmente acessaram.

O modelo *carve-out*, também chamado de sistema de agendamento aberto, é considerado por ??) como uma evolução do modelo tradicional. Nesse sistema, é feita uma reserva de um terço das vagas diárias para demandas agudas, que poderão ser atendidas por outros médicos da equipe, de acordo com a disponibilidade da agenda. No entanto, erro no planejamento de proporção de vagas agendadas para vagas de cuidados agudos podem ocasionar desperdício de vagas não preenchidas, elevando o tempo de espera para outros agendamentos. Nesse ponto, surgem as vagas descritas por Gusso, Lopes e Dias (2019) como encaixes para usuários que não preenchem critérios de demanda aguda, mas que não podem esperar até a próxima vaga disponível. Assim, os usuários procuram o ser-

viço quando desejam ser consultados, culminando em tensões e desorganização do fluxo previamente estabelecido.

Diferentemente dos dois modelos anteriores, existem sistemas sem agenda pré-definida, com suas vantagens e desvantagens. No modelo agendamento-dia, todas as vagas são agendadas para o mesmo dia, com pico de procura no início da manhã, permitindo ao usuário se programar para o horário da consulta, porém não há garantia de se conseguir a vaga naquele dia. Já no modelo de acesso aberto, descrito por Knight e Lembke (2013) *apud* Gusso, Lopes e Dias (2019), não existe agendamento; o usuário aguarda até ser atendido, tempo este que pode levar horas, porém com a garantia de que verá o médico no mesmo dia. Neste modelo, pessoas que trabalham ou dependem de transporte de terceiros são comprometidas. Em tais modelos sem agendamento prévio, o serviço de saúde perde a possibilidade de planejar consultas programadas, comprometendo a longitudinalidade do cuidado (GUSO; LOPES; DIAS, 2019).

O último modelo, descrito por ??) como acesso avançado, tem como princípio não distinguir consultas de seguimento ou de urgência. A maioria das vagas está livre para atendimentos ofertados no mesmo dia (em demanda espontânea), com um pequeno percentual de demandas programadas definidas pela equipe para consultas de seguimento ou ofertadas a usuários que não puderam ser atendidos no dia anterior. Dessa forma, os usuários tem segurança em relação ao acesso oportuno ao seu médico de referência, podendo acessar uma consulta de acordo com sua necessidade, responsabilizando-se quanto ao seu cuidado. Esse modelo demanda mudanças organizacionais e estruturais para adequar a capacidade do serviço à demanda populacional, assim como requer um período de transição que exige mudança cultural dos processos de trabalho e reorganização das equipes (GUSO; LOPES; DIAS, 2019).

3.4 O acesso ao cuidado na UBSF Parque Guarani

Identificando-se, portanto, o modelo atual de agendamentos da UBSF Parque Guarani como o modelo *carve-out* – que tem como uma das suas principais desvantagens o tempo de espera elevado para consultas agendadas, com todas as suas consequências – observa-se uma necessidade imediata de obter um melhor equilíbrio entre as demandas programadas e demandas espontâneas, a partir de uma melhor gestão da agenda e otimização das ofertas de acesso à Unidade.

Estudos internacionais apontam que a implementação do acesso avançado em unidades de atenção básica vem contribuindo para uma redução significativa do tempo médio de espera por consultas médicas, das taxas de absenteísmo e uma melhoria da qualidade dos cuidados e da satisfação dos usuários (??).

Para a remodelação do sistema de acesso, faz-se necessário uma repriorização dos grupos populacionais que serão pré-agendados (como pré-natais, puericulturas até seis meses,

puerpério e outros casos complexos a critério da equipe) e reorganização do acolhimento da demanda espontânea (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019). Para tanto, propõe-se como ferramenta de base o Caderno de Atenção Básica: Acolhimento à Demanda espontânea Brasil (2011), que propõe uma otimização da equipe para organização do acolhimento aos usuários, maximizando a capacidade de atendimento de cada um dos profissionais, dentro das suas atribuições multidisciplinares:

Organizar-se a partir do acolhimento dos usuários exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população, pois são todas as ofertas que devem estar à disposição para serem agenciadas, quando necessário, na realização da escuta qualificada da demanda. É importante, por exemplo, que as equipes discutam e definam (mesmo que provisoriamente) o modo como os diferentes profissionais participarão do acolhimento. Quem vai receber o usuário que chega; como avaliar o risco e a vulnerabilidade desse usuário; o que fazer de imediato; quando encaminhar/agendar uma consulta médica; como organizar a agenda dos profissionais; que outras ofertas de cuidado (além da consulta) podem ser necessárias etc. Como se pode ver, é fundamental ampliar a capacidade clínica da equipe de saúde, para escutar de forma ampliada, reconhecer riscos e vulnerabilidades e realizar/acionar intervenções (BRASIL, 2011, p. 22).

Neste sentido, o acesso humanizado permite acolher o usuário integralmente, responsabilizando-se integralmente, ouvindo sua queixa, permitindo que expresse suas preocupações, angústias e, ao mesmo tempo, garantindo resolução e a articulação com outros serviços de saúde para a continuidade da assistência (BRASIL, 2006b).

A organização do processo de trabalho deve propiciar, então, um acolhimento efetivo, atrelado a uma agenda protegida de acúmulo positivo, possibilitando garantir um melhor acesso ao cuidado longitudinal corresponsável entre equipe e usuário (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

O acolhimento deve se fazer presente em todas as relações de cuidado, durante todo o horário de funcionamento da UBSF, em todos os momentos de escuta. O acolhimento na APS pode se constituir tanto como um mecanismo de ampliação do acesso, uma postura de cuidado ou como um dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe. Como mecanismo de ampliação do acesso, a equipe deve estar preparada para maximizar o acesso ao cuidado, seja por meio de agenda programada quanto por demanda espontânea, avaliando cada situação conforme suas especificidade de agravos, grupos populacionais, ciclos de vida, dinâmicas e tempo da queixa. Como postura do cuidado, o acolhimento se estabelece na relação estabelecida entre os usuários e os membros da equipe, a partir da construção de vínculos entre população e unidade de saúde, o que pode facilitar a longitudinalidade do cuidado e melhorar o acesso para aqueles que procuram o serviço em demanda espontânea. Como tecnologia de (re)organização do processo de trabalho em equipe, o acolhimento se mostra como uma ferramenta não somente de triagem clínica, mas de escuta reflexiva à demanda espontânea com equidade e qualidade, equilibrada ao conjunto de ofertas de serviços disponíveis (BRASIL, 2011).

Com isso, nota-se que não basta distribuir senhas limitadas, nem encaminhar todas as pessoas à consulta médica; é preciso definir o fluxo do paciente desde a recepção, avaliar risco e vulnerabilidade, e então encaminhar ao profissional de cuidado, de forma resolutiva e dinâmica (BRASIL, 2011).

O acesso com equidade deve ser uma prioridade no acolhimento às demandas espontâneas. De acordo com Brasil (2011, p. 32) “a equidade, como princípio de justiça, baseia-se na premissa de que é preciso tratar diferentemente os desiguais (diferenciação positiva) ou cada um de acordo com a sua necessidade, corrigindo/evitando diferenciações injustas e negativas”. Para obter essa escuta efetiva das demandas dos usuários, faz-se necessária uma avaliação de riscos e vulnerabilidade, a partir da realidade de cada território e de cada paciente.

O acolhimento à demanda espontânea por estratificação de risco é o processo pelo qual são utilizados critérios clínicos, sociais, econômicos, familiares para identificar subgrupos de acordo com a complexidade da condição crônica de saúde, com o objetivo de diferenciar os fluxos que cada usuário deve seguir na RAS para um cuidado integral, permitindo, portanto, um acolhimento resolutivo com equidade (BRASIL, 2011).

O acolhimento com classificação de risco trata-se de uma importante ação na APS, permitindo que o critério de priorização do cuidado seja definido com base em riscos e vulnerabilidades, e não em ordem de chegada. Além disso, é realizado por meio de escuta qualificada, considerando dimensões de expressão (física, psíquica, social, etc) e gravidade, que possibilita priorizar os atendimentos a eventos agudos conforme a necessidade, a partir de critérios clínicos e de vulnerabilidade disponíveis em diretrizes e protocolos assistenciais definidos no SUS (BRASIL, 2006b).

Esse tipo de acolhimento permite considerar o potencial de risco, o agravamento à saúde ou o grau de sofrimento do usuário, identificando prioridades e providenciando o desfecho para cada caso. Os desfechos podem variar desde consultas ou procedimentos imediatos, consultas ou procedimentos agendados, encaminhamento para outro ponto da RAS ou orientação sobre territorialização e fluxos da RAS (BRASIL, 2006b).

3.5 Importância do Atendimento Multidisciplinar

É relevante ressaltar que o encaminhamento para consultas ou procedimentos – sejam eles no mesmo dia ou agendados – não devem limitar-se ao atendimento médico. De acordo com Brasil (2011), é frequente que o acolhimento da demanda espontânea na Atenção Básica seja reduzido a uma triagem para o atendimento médico. A ampliação da resolutividade da equipe deve ir além do acolhimento multiprofissional para estratificação de risco, como também para a realização de intervenções na lógica centrada na pessoa, ampliando a resolutividade e o cuidado compartilhado.

É fundamental que a Unidade tenha ofertas amplas de serviços, atreladas a redes

de cuidado, aumentando a capacidade de cuidado da atenção básica e estimulando a construção do auto-cuidado apoiado. Dessa forma, o acolhimento à demanda espontânea mostra-se muito mais complexo do que um atendimento individual, mas como um reflexo da interação e da organização do processo de trabalho em equipe e em comunidade (BRASIL, 2011).

Essa resolutividade, conforme previamente abordado, diz respeito à capacidade de identificar e intervir nas demandas do usuário, desde o contato inicial com o serviço. Para isso, faz-se necessário ampliar as ofertas de cuidado para além do atendimento médico. Considerando a diversidade e complexidade das situações com as quais a APS lida diariamente, é importante promover um cuidado integral por equipe multiprofissional, trabalhando com ações compartilhadas de cuidado para ampliar as práticas de assistência à saúde, promoção e vigilância, por meio de ferramentas da clínica ampliada e gestão da clínica (BRASIL, 2006a).

A APS deve promover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita, com base nas necessidades sociais e de saúde, através do estabelecimento de ações de continuidade informacional, interpessoal e longitudinal com a população. É importante ofertar atenção integral e de qualidade, resolutiva e que contribua para o fortalecimento da autonomia das pessoas, estabelecendo articulação com o conjunto da rede de atenção à saúde. Para o alcance da integralidade do cuidado, a equipe deve ter noção sobre a ampliação da clínica, o conhecimento sobre a realidade local, o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar, e a ação intersetorial.

A partir dessa discussão, nota-se que reforçar o conceito de clínica ampliada, a partir da compreensão conceitual, social e epidemiológica do problema elencado, leva a uma profunda reflexão sobre a relevância das intervenções que se fazem necessárias para melhoria do acesso ao cuidado na UBSF Parque Guarani, podendo provocar mudanças tanto organizacionais quanto na relação entre equipe e comunidade.

4 Metodologia

O presente projeto partiu de um diagnóstico situacional e epidemiológico da UBSF Parque Guarani e de sua área adscrita, avaliando-se a territorialização, estrutura, processos organizacionais, recursos humanos, desafios e potencialidades frente à comunidade.

A partir do reconhecimento da realidade situacional do Parque Guarani e da identificação das condições que necessitam ser modificadas, foram realizadas discussões com a equipe de trabalho para reflexão do processo de planejamento estratégico-situacional, definição dos problemas a serem abordados e sua classificação segundo a natureza, a posição na organização, a governabilidade e a complexidade .

Identificados tais problemas, foram utilizados critérios objetivos de decisão de prioridades baseados no método CENDES-OPAS ??), quais sejam: magnitude, que trata do tamanho do problema; transcendência, que trata da importância do problema; vulnerabilidade, que está relacionada à disponibilidade de tecnologia para intervir sobre o problema; e os custos, que dizem respeito aos recursos que precisam ser disponibilizados para solucionar o problema.

Como escala, utilizou-se como referência a avaliação descrita por ??) como: "0 para a inexistência do critério analisado, 1 para pouco, 2 para um padrão médio, 3 para um nível alto e 4 para um nível muito alto". Segundo essa avaliação, o somatório classificou como problemas prioritários da UBSF Parque Guarani o longo tempo de espera para consultas médicas agendadas e a alta taxa de absenteísmo.

Após a priorização, foi possível caracterizar tais problemas, estabelecendo um fluxo de relação causal por meio da construção da Árvore de Problemas (Fluxograma 1).

A partir de então, realizou-se ampla revisão de literatura em livros-texto sobre Saúde Pública e Medicina de Família e Comunidade, além de artigos científicos em bases de dados, para definição de marcos teóricos sobre a Atenção Primária à Saúde e suas diretrizes, a gestão do cuidado na APS, os processos de trabalho, as barreiras organizacionais nos serviços de saúde, o acesso ao cuidado e a importância do atendimento multidisciplinar.

Identificando-se como nó crítico, portanto, a dificuldade de acesso às consultas médicas, fez-se necessário "atacar" ambos os problemas priorizados por uma mesma vertente geral: a melhoria do acesso ao cuidado na UBSF Parque Guarani. Essa meta geral manteve-se alicerçada pelos princípios de maximização da efetividade do modelo de agen-



Figura 1 –

damento de consultas médicas, a otimização do acolhimento da demanda espontânea por classificação de risco e a ampliação da resolutividade a partir do fortalecimento do cuidado em equipe. A partir da compreensão teórica de tais princípios, foi possível definir, junto aos atores do processo, estratégias de ação para solucionar os problemas priorizados, desenhando-se a árvore de soluções e definindo-se uma Planilha Operacional (Tabela 1), com os responsáveis pelo desenvolvimento dessas ações e seus respectivos procedimentos de avaliação e monitoramento.

Tabela 1: Planilha Operacional

Tabela 1 –

AÇÃO	DETALHAMENTO DA AÇÃO	RES- PON- SÁ- VEL	EQUIPE DE APOIO	PRAZO	
Rede- finição do mo- delo de acesso	Reunião de equipe para redefinir critérios de agendamento/demanda espontânea	Médi- cos e enfer- mei- ros	Coordena- dor, técnicos de enfer- magem, ACS	Ime- di- ato	Sala de reuniões
Imple- men- tação NASF	Solicitar junto à gestão a contratação de equipe multiprofissional	Coor- dena- dor da uni- dade; SMS	Equipe multipro- fissional	Até 1 ano	Salas Recursos Humanos
Con- firma- ção de con- sultas	Reunião com coordenação para definir direcionamento de pessoal para confirmação de consultas	Coor- dena- dor	Enfermei- ros, ACS, técnicos adminis- trativos	Até 6 me- ses	Sala de reuniões Recursos Humanos Linhas telefônicas
Ofici- nas e grupos opera- tivos	Oficinas multiprofissionais e grupos operativos para mudanças do estilo de vida (MEV) e atendimentos compartilhados de pacientes com doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT)	Equipe multi- profis- sional	ACS, Técnicos de Enfer- magem	1 a 6 me- ses	Sala Material lúdico Equipam- entos de ginástica
Ações comu- nitá- rias	Elaboração de folders e participação em grupos comunitários	ACS	Equipe multipro- fissional, Conselho Local de Saúde	2 a 3 me- ses	Folders, Planilhas de horários, igrejas, escolas

5 Resultados Esperados

Vistos os problemas prioritários elencados previamente frente aos diagnósticos social e epidemiológico, esse projeto visou melhorar o acesso ao cuidado na UBSF Parque Guarani por meio da redefinição do modelo de agendamento de consultas, otimização do trabalho em equipe multiprofissional, implementação de mecanismos administrativos de confirmação de consultas e maior inserção comunitária (por meio de ações comunitárias, oficinas e grupos operativos).

Considerando-se a eclosão da atual pandemia de COVID-19 a partir de março de 2020, o cronograma de ações deste projeto foi diretamente afetado.

A primeira ação elencada, organizada por médicos e enfermeiros, trataria da redefinição do modelo de agendamento de consultas. A reorganização municipal de atendimentos em Atenção Primária a partir de abril de 2020, por meio da implementação de Unidades de referência e Unidades sentinela – COVID-19, foi o primeiro passo para a adoção de grupos prioritários para agendamentos de consultas médicas e de enfermagem, respeitando-se medidas de biossegurança contra o Sars-Cov-2. As vagas de demanda programada passaram a ser destinadas exclusivamente a atendimentos de puericultura para crianças menores de 1 ano, pré-natal, puerpério e, eventualmente, acompanhamento programado de pacientes portadores de DCNT e testagem rápida de Sars-Cov-2. Dessa forma, das 18 vagas médicas agendáveis previamente ofertadas diariamente, passou-se a ofertar apenas 5 vagas agendáveis por dia, associadas a um percentual de 75% das vagas livre para atendimentos ofertados em demanda espontânea. Dessa forma, não há distinção entre consultas de seguimento ou de urgência, com oferta de acesso oportuno ao cuidado de acordo com a necessidade do usuário. Além disso, neste contexto excepcional de pandemia, que exigiu mudanças culturais dos modelos de atendimento e reorganização dos processos de trabalho, foram adotadas também teleconsultas médicas para retornos de pacientes de grupos de risco para COVID-19 ou pacientes acamados/domiciliados, otimizando o acesso ao cuidado e garantindo a biossegurança desses pacientes. Com isso, observa-se, em plena pandemia, a implementação de forma orgânica de um modelo de acesso avançado adaptado à situação epidemiológica atual, melhorando o acesso e garantindo maior segurança tanto aos pacientes quanto à equipe.

A segunda ação elencada diz respeito à confirmação de consultas, ação essa que demandaria a contratação de profissionais e oferta de linhas telefônicas para este fim. Considerando o contexto atual de pandemia de COVID-19, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) passaram a realizar suas ações de acompanhamento familiar à distância, via telefone ou redes sociais. Com isso, associado ao fato de ter sido reduzido o número de consultas agendadas, tais profissionais passaram a realizar a confirmação das consultas programadas, observando-se, então, uma redução do absenteísmo a uma taxa quase nula.

Dessa forma, observa-se um melhor vínculo com a equipe e maior adesão aos tratamentos instituídos.

Quanto à atuação multiprofissional otimizada, seja por atendimentos clínicos multiprofissionais ou matriciamentos, a UBSF Parque Guarani conta atualmente com profissionais de Odontologia e Psicologia. Após esforços coletivos, há previsão de contratação de novos profissionais de Psicologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, a partir de setembro do ano corrente. As ações multiprofissionais seriam amplamente beneficiadas por uma equipe completa do NASF, favorecendo a operacionalização de matriciamentos, atendimentos compartilhados e oficinas terapêuticas, culminando em maior adesão às propostas terapêuticas, melhoria dos indicadores de saúde da população e otimização dos fluxos da RAS. Enquanto se aguarda a iminente adesão desses profissionais à UBSF, têm sido mantidos os matriciamentos de saúde mental – com enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, médicos generalistas e psiquiatras – de forma *on-line*.

Em relação à última ação prevista em cronograma, que diz respeito às ações comunitárias – por meio de oficinas e grupos operativos – tiveram que ser adiadas, em contexto da desestimulação às ações coletivas, devido à atual pandemia de COVID-19. Tais ações, que teriam grandes resultados a partir da participação comunitária e envolvimento de outros setores da sociedade, como escolas, assistência social, igrejas e grupos de vizinhos, serão remar cadas em futuro próximo, assim que as condições epidemiológicas e sanitárias o permitirem.

Observa-se, portanto, mesmo em um contexto excepcional de pandemia, a adoção de estratégias que vêm melhorando o acesso ao cuidado na UBSF Parque Guarani, com o apoio de toda a equipe e da comunidade. Novas ações ainda demandam ser implementadas, e o serão tão logo seja possível.