UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Especialização em Saúde da Família

Jacqueline Urbani

**Acolhimento à demanda espontânea em uma unidade básica de
saúde tradicional, tipo c, sem esf**

Rio de Janeiro

2014

Jacqueline Urbani

**Acolhimento à demanda espontânea em uma unidade básica de saúde
tradicional, tipo c, sem esf**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado,
como requisito parcial para obtenção do título
de especialista em Saúde da Família, da
Universidade Aberta do SUS.

Orientador: marcos alex mendes da silva

Rio de Janeiro

2014

RESUMO

O acolhimento é mais que uma triagem qualificada , pois pressupõe um conjunto formado por atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções resolutivas, ampliando a capacidade da equipe de saúde em responder às demandas dos usuários, reduzindo a centralidade nas consultas médicas e melhor utilizando o potencial dos demais profissionais. Este projeto propõe inicialmente uma reflexão por parte dos profissionais de saúde, seguida de uma reorganização na rotina do serviço de nossa unidade, em especial no acolhimento à excessiva demanda espontânea recebida diariamente, inclusive de outros territórios de responsabilidade, geralmente com objetivo médico-centrado. Este trabalho justifica-se, pois a unidade está em um processo de transição e os profissionais de saúde tem que ser lembrados e sensibilizados para a nova legislação e organização da Atenção Primária de Saúde, para a Humanização, e para a identificação de necessidades, prioridades e vulnerabilidades. Como metodologia, organizou-se um Projeto de Intervenção focado na reorganização do fluxo de acolhimento, tendo como público alvo os profissionais de saúde e os usuários de nossa unidade.

Espera-se deslocar o eixo centrado no médico para uma “equipe multiprofissional de acolhimento”, realizando uma escuta qualificada em todos os setores e serviços da unidade, garantindo acesso e longitudinalidade do cuidado.

Descritores: Acesso; Acolhimento à demanda espontânea; Atenção Primária à Saúde.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	3
1.1	Situação Problema	4
1.2	Justificativa	4
1.3	Objetivos	5
	Objetivo Geral	5
	Objetivo Específico	5
2.	REVISÃO DE LITERATURA	6
3.	METODOLOGIA	8
3.1	Público-alvo	8
3.2	Desenho da Operação	8
3.3	Parcerias Estabelecidas	9
3.4	Recursos Necessários	9
3.5	Orçamento	10
3.6	Cronograma de Execução	10
3.7	Resultados Esperados	11
3.8	Avaliação	11
4.	CONCLUSÃO	12
	REFERÊNCIAS	13

1. INTRODUÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso é um dos requisitos para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família, oferecido pela Universidade Aberta do SUS, UNASUS/UERJ.

O acolhimento ocorre quando um profissional tem algum tipo de contato com o usuário, com uma escuta qualificada, orientando de forma humanizada, seja presencialmente, ao telefone, através de ouvidorias, dentre outros.

A motivação para esse estudo surgiu a partir da excessiva demanda espontânea diária por consulta médica, inclusive do território de outras unidades básicas de saúde, tanto tradicionais como clínicas de família que busca nossa unidade diariamente. Chega durante a madrugada, e fica na porta de nossa unidade, aguardando o horário de abertura.

Nos casos eletivos ou que não demandem atendimento imediato, frequentemente observa-se insatisfação e angústia por parte dos usuários, principalmente por não conseguir atendimento médico no mesmo dia. Também percebe-se dificuldade de alguns profissionais na tomada de decisão, e dificuldade de acesso a alguns fluxos pré-estabelecidos, normalmente por falhas de comunicação. Quanto às situações em que o enfermeiro detecta necessidade de avaliação médica no mesmo dia, é rotineiro haver questionamento por parte do médico.

O maior entrave é a falta de acesso, pois algumas unidades ainda não se responsabilizam pelos pacientes de seu território por completo, sobrecarregando outras unidades e causando insatisfação na população.

Resolver esta situação é um grande desafio, pois existem obstáculos internos e externos. Entende-se que a reorganização da rotina de trabalho será um importante aliado na forma de minimizar os problemas e de humanizar este processo.

1.1 Situação-problema

Excessiva demanda espontânea por consulta médica, inclusive do território de outras UBS, que chega durante a madrugada na porta da unidade, com conseqüente insatisfação dos usuários e dificuldade de alguns profissionais em ter acesso rápido a alguns fluxos pré-definidos e a tomada de decisão.

1.2 Justificativa

Este projeto de intervenção se justifica pela grande demanda espontânea diária que procura nossa unidade de forma desorganizada, e pela conseqüente insatisfação de usuários e profissionais em nossa unidade.

Desde o início deste ano, atualizou-se alguns fluxos ligados ao acolhimento geral, em função da necessidade de facilitar o acesso aos protocolos, multiplicar o conhecimento e padronizar a informação.

Como a unidade ainda não recebeu equipes de ESF, ainda é necessário uma sensibilização dos profissionais para a nova reestruturação da Atenção Primária à Saúde, baseando-se na Carteira de Serviços da Atenção Básica SUBPAV/SMS, na PNAB, na intensificação da escuta qualificada, construindo um vínculo entre o usuário e a UBS.

1.3 Objetivos

- Objetivo Geral

Este projeto tem por objetivo qualificar as ações realizadas no acolhimento geral de nossa unidade, humanizar o processo de trabalho, organizar as ações, informar a população sobre os benefícios da assistência programada e possibilitar maior resolutividade.

- Objetivos específicos

- reforçar a importância da escuta qualificada para fortalecer os vínculos entre usuário e UBS,
- padronizar a informação, relacionar a demanda com o protocolo e fluxo a seguir, para aumentar a resolutividade,
- implementar a comunicação com as unidades do Subsistema, principalmente quando receber usuários de outro território de responsabilidade,
- compartilhar os problemas de difícil resolução com equipe multiprofissional e informar um prazo de resposta ao usuário,
- sensibilizar os usuários sobre as vantagens de se programar os acompanhamentos de saúde para evitar esperas desnecessárias e insatisfação.
- perceber os desafios externos, e tentar criar estratégias para minimizar o dano ao usuário e a sobrecarga dos profissionais.

2. REVISÃO DE LITERATURA

De acordo com o artigo 196 da Constituição Federal de 1988, a saúde é direito de todos, e o acesso é universal e igualitário às ações e serviços de saúde.

O Caderno de Atenção Básica nº28 (BRASIL, 2011(a), sustenta que deve-se acolher a demanda espontânea de forma qualificada, humanizar e organizar a rotina das unidades básicas, tendo ciência de que provocará profundas mudanças na programação das atividades diárias e nas relações entre usuários e profissionais de saúde.

É necessário definir que 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 podem ser necessárias, além da consulta com o médico, etc. Como podemos ver, é fundamental que haja uma escuta de forma ampliada, reconhecimento de riscos e vulnerabilidades e intervenção na necessidade identificada. Deve-se refletir sobre o conjunto de ofertas disponíveis para lidar com as necessidades de saúde da população (BRASIL, 2011(a).

A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2011(b) orienta que o acesso se dará prioritariamente pelos Serviços de Saúde da Atenção Básica próximos ao local de moradia.

Coelho e Jorge (2009) tentaram entender como os usuários e trabalhadores percebem o acesso, acolhimento e vínculo, em unidades básicas de saúde da família de Fortaleza. A avaliação demonstrou que muitos médicos tendem a subestimar o contato e o diálogo com o usuário, dificultando a formação do vínculo; que os usuários focam na queixa-doença e na figura do médico; e que se faz necessário a implementação de um espaço físico acolhedor.

Deste modo, os profissionais deveriam ser sensibilizados sobre a PNH e sobre escuta qualificada. Também é necessário melhorar a circulação da informação e demonstrar aos usuários que o atendimento deve ser multiprofissional e não apenas focado no médico.

O estudo realizado por Neves, Pretto e Ely (2013) avaliou a percepção dos usuários e dos profissionais de saúde, sobre a implantação do acolhimento no Centro de Extensão Universitária de Vila Fátima (CEUVF). Realizaram entrevistas semi-

estruturadas, sobre conceitos como acesso, universalidade, resolutividade, humanização, integralidade e reorganização do modelo de atenção. A análise demonstrou que o acolhimento é uma estratégia para um acesso mais humanizado aos serviços de saúde, e significou uma mudança na forma de atendimento, mas ainda percebe-se limites a serem ultrapassados. Esta pesquisa foi enriquecedora, pois demonstrou a subjetividade deste processo, dos usuários e dos profissionais de saúde. E é esta subjetividade que aumenta o desafio, mas também o torna passível de humanização.

A pesquisa de Lopes, *et. al.*, (2014) avaliou a compreensão dos usuários sobre o acolhimento, a relação da equipe de saúde com a reformulação do modelo assistencial, e os entraves do acolhimento. Utilizaram um roteiro de entrevista, com usuários de uma unidade de saúde docente-assistencial, localizada em um bairro periférico da cidade de Salvador-BA, pertencendo ao Distrito Sanitário de Pau da Lima, que atua em consonância com a Estratégia de Saúde da Família - ESF, prestando atendimento a 4.000 famílias. As análises demonstram que os usuários perceberam uma melhora no acesso, mas o processo de mudança das práticas de saúde geram resistências entre os profissionais, pois ainda é necessário melhorar a rede de referência e as condições de trabalho.

Importante ressaltar que a pesquisa de Franco, Bueno e Merhy (1999) demonstrou que a introdução do acolhimento na rotina das unidades possibilitou que a equipe de enfermagem demonstrasse todo seu potencial técnico, o que não ocorria com o modelo anterior.

3. METODOLOGIA

3.1 Público-alvo

Os profissionais de saúde que compõem a equipe de trabalho do Centro Municipal de Saúde Necker Pinto e os usuários que dele fazem uso.

3.2 Desenho da operação para o Projeto de Intervenção

Será programada uma reunião com as chefias, durante o colegiado de gestão mensal, para que a unidade se adeque ao perfil de atendimento da Atenção Básica de Saúde. Deve-se primar pela humanização, pela administração das agendas para não estimular a formação de filas, pela padronização da informação, pela territorialização, pela formação de vínculo e longitudinalidade do cuidado, desestimulando os usuários a buscar a unidade por livre demanda, exceto nas situações em que seja necessário atendimento imediato.

Constatou-se que a unidade abre diariamente às 07 horas da manhã, porém alguns usuários costumam chegar às 06 horas para esperar a unidade abrir. Para esta situação específica, decidiu-se seguir as orientações repassadas pelo Secretário Municipal de Saúde na reunião do dia 28/08/14, no Centro Administrativo São Sebastião, com os responsáveis pelas empresas de vigilância e os fiscais de contrato de vigilância. O vigilante da noite fará a ronda e será orientado a abrir a unidade às 06 horas para que estes usuários passem a aguardar sentados e em condições dignas, até o início das atividades às 7 horas. Caso algum usuário passe mal antes das 7 horas, o vigilante acionará o SAMU (192), evitando omissão de socorro e na sequência telefonará para a direção da unidade.

A informação será padronizada, isto é, todo paciente será acolhido e avaliado. Situações de emergência, urgência ou prioridades serão atendidas independente de território. Em seguida, os casos eletivos terão seu endereço e sua unidade primária de saúde de referência identificados no site WWW.subpav.org/ondeseratendido, sendo devidamente orientados ou agendados. O acolhimento deve ocorrer em todo o horário da unidade, de 2ª a 6ª, das 8 às 17h, sendo aconselhável trazer documentação para abrir ou atualizar o cadastro, e exames que porventura já tenha.

Anteriormente, todos os pacientes que buscavam a unidade eram acolhidos, mas nem todos eram agendados, mesmo que fosse de nosso território, pois eram instruídos a retornar no turno de livre demanda. A partir de agora, todos os pacientes com demandas eletivas, que nos procurem, e que sejam de nosso território ou façam parte dos pactos do Subsistema Ilha, serão acolhidos e agendados. O foco deve ser, nas prioridades (emergências, urgências, idosos, limitações físicas, etc) , nas vulnerabilidades (beneficiários do Bolsa Família e Cartão Família Carioca, etc), na atualização frequente do cadastro (prontuário GIL, Cartão Nacional de Saúde, CPF, etc).

Os casos eletivos que não demandem atendimento imediato e que não sejam do território serão redirecionados às unidades básicas de referência. O maior entrave será lidar com o relato de usuários que dizem não conseguir acesso em suas unidades de referência, nestes casos enviaremos email à direção desta unidade, para ficar registrado, com a situação descrita para averiguação.

3.3 Parcerias Estabelecidas

Em 2014, o CRAS Darcy Ribeiro iniciou reuniões trimestrais com parceiros de nosso subsistema, originando a Rede Ilha da qual fazem parte faculdades locais, Igrejas e centros religiosos, unidades de saúde, hospitais locais, CRE , associação de moradores, etc. Em dezembro as unidades básicas de saúde da Ilha farão apresentação sobre seus serviços, deste modo já repassaremos nossa nova organização aos parceiros locais.

3.4 Recursos Necessários

Os recursos necessários envolvem basicamente os profissionais de nossa unidade, isto é, fará parte da rotina da unidade.

3.5 Orçamento

Não existe orçamento, pois o material utilizado faz parte da rotina de nossa unidade.

3.6 Cronograma de execução

Data	ação	Prazo
1º mês	Pesquisar temas para o Projeto de Intervenção.	3 meses
2º mês	Definir o tema que será a base do PI, desde que seja passível de intervenção local e relacionado ao funcionamento da unidade.	1 semana
3º mês	Preparar resumo crítico de estudos selecionados, relacionados ao tema “Acolhimento”.	1 mês
4º mês	Participação em reunião com o Secretário Municipal de Saúde, Empresas de Vigilância e fiscais de contrato de vigilância, onde foram repassadas regras sobre humanização e acolhimento.	Imediato
5º mês	Reunião com chefias para criar estratégias de adequação às propostas apresentadas, no colegiado mensal de gestão de nossa unidade.	5 dias
6º mês	Indicação da chefe de enfermagem para participar no Ciclo de Debates da SUBPAV 2014 “Qualificação do acesso na Atenção Primária” que ocorreu em 01/10/2014.	5 dias

3.7 Resultados esperados

Espera-se aumentar a resolutividade das ações realizadas no acolhimento geral de nossa unidade, humanizar o atendimento, fortalecer os vínculos com os usuários de nosso território, melhorar a comunicação interna, padronizar a informação presencial e ao telefone, compartilhar os problemas de difícil resolução com equipe multiprofissional, sensibilizar os usuários sobre as vantagens de se programar os acompanhamentos de saúde, evitando esperas desnecessárias, insatisfação e formação de filas na madrugada. E melhorar a comunicação entre as unidades do Subsistema Ilha.

3.8 Avaliação

A avaliação e os ajustes serão diários, com análise da planilha de gerenciamento do acolhimento geral, observação da velocidade de preenchimento das agendas, e relato dos profissionais que realizam o acolhimento diariamente.

4. CONCLUSÃO

Ao comparar a literatura estudada com a rotina diária do CMS Necker Pinto, percebemos que a distribuição de senhas em número limitado, estimula os usuários a formar filas, criando uma demanda reprimida desconhecida, como foi descrito por Azambuja, *et. al.* (2007). Também concluímos que quando outras unidades não acolhem o paciente de seu território de responsabilidade sanitária, estes formam filas na madrugada, principalmente em unidades tradicionais (ainda sem ESF), como a nossa. Este quadro só vai mudar quando todas as unidades básicas de saúde identificarem as necessidades de seu território com co-responsabilidade e responderem pela longitudinalidade do cuidado, criando vínculo e evitando que os usuários procurem outras unidades como alternativa.

Segundo Litwinski (2011), o acolhimento demanda recepcionar, escutar, atender, dialogar, tomar decisões, amparar, orientar, negociar, visando o bem estar do paciente e satisfação dos profissionais de saúde.

A experiência está sendo proveitosa, apesar dos desafios diários da rotina de uma unidade básica de saúde tradicional.

O acolhimento exige que o profissional saia de uma possível zona de conforto para lidar com o inesperado, com o usuário que nos busca por livre demanda. Por outro lado proporciona um momento impar para a construção conjunta de vínculos

REFERÊNCIAS

AZAMBUJA M.P.R.; DEBASTIANI C., DUARTE C.C.; MINOZZO F.; SOUZA A.C. Relato de experiência: o acolhimento em grupo como uma estratégia para a integralidade [on line]. Psico USF; 12(1): 121-124, jan.-jun. 2007. Universidade do Minho, Portugal, Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Disponível: pesquisa.bvsalud.org [capturado em 09/01/15].

BRASIL. Ministério da Saúde, Acolhimento à demanda espontânea. Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume I, Brasília – DF, 2011(a).

BRASIL. Ministério da Saúde. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, Brasília, 2011(b).

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS, Política nacional de Humanização, textos básicos de saúde, Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria nº 648/GM 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional da Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

COELHO M. O.; JORGE M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo [on line]; Ciênc. saúde coletiva vol.14 suppl.1. Rio de Janeiro. Sep./Oct. 2009. Disponível: WWW.scielo.com [capturado em 15/08/14].

FRANCO T.B., BUENO W.S., MERHY E.E. O Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG) [on line]. Caderno Saúde Pública; 15(2): 345-53, abril-junho.1999. Disponível: pesquisa.bvsalud.org [capturado em 09/01/15].

LITWINSKI G. I. S. O acolhimento como uma ferramenta para a melhoria da qualidade do atendimento nas unidades básicas de saúde. 2011. 26p. TCC (Especialização). Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte.

LOPES G. V. D. O. *et al*; Acolhimento: quando o usuário bate à porta [on line]; Rev. Bras. Enferm. vol.67 no.1 Brasília. Jan./Feb. 2014. Disponível: WWW.scielo.com [capturado em 15/08/14].

NEVES M.; PRETTO S. M.; ELY H.C. Percepções de usuários e trabalhadores de saúde sobre a implantação do acolhimento em uma unidade de saúde em Porto Alegre-RS [on line], Brasil; Rev. odontol. UNESP vol.42 no.5; Araraquara. Sept./Oct. 2013. Disponível: WWW.scielo.com [capturado em 15/08/14].

PARANÁ. Programa de acolhimento humanizado. Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande do Sul, 28/04/2014 [on line]. Disponível: <http://WWW.campinagrandedosul.pr.gov.br> [capturado em 17/01/2015].

RIO DE JANEIRO. Carteira de serviços: relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde. Superintendência de Atenção Primária. SMSDC/PCRJ, 2011.

TAKEMOTO M.L.S.; SILVA E.M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas [on line], São Paulo. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil. Cad Saude Publica; 23(2): 331-340, fev. 2007. Disponível: pesquisa.bvsalud.org [capturado em 09/01/15].