



FACULDADE IRECÊ
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

ANDRESSA COELHO NASCIMENTO

O ACOLHIMENTO DA DEMANDA ESPONTÂNEA NA UBSF: desafios para o
serviço de média e alta complexidade da saúde

IRECÊ-BA

2018



ANDRESSA COELHO NASCIMENTO

O ACOLHIMENTO DA DEMANDA ESPONTÂNEA NA UBSF: desafios para o
serviço de média e alta complexidade da saúde.

Trabalho de conclusão de curso apresentado
ao curso de Enfermagem da Faculdade Irecê
como requisito parcial para obtenção do título
de Bacharel em Enfermagem, sob a orientação
da Prof^a. Enf^a. Esp. Mila Charlane Cedro
Dourado.

IRECÊ-BA

2018



ANDRESSA COELHO NASCIMENTO

O ACOLHIMENTO DA DEMANDA ESPONTÂNEA NA UBSF: *desafios para o serviço de média e alta complexidade da saúde.*

BANCA EXAMINADORA

Mila Charlane Cedro Dourado – Graduada em enfermagem; pós-graduada em saúde pública e obstetrícia e saúde da mulher.

Docente Faculdade Irecê

Taíse Santos Rocha – Graduada em enfermagem em obstetrícia; pós-graduada em urgência e emergência, gestão e enfermagem do trabalho.

Docente Faculdade Irecê

Edilson Pereira da Silva Filho – Graduado em Enfermagem; Pós-graduado em saúde pública e PSF.

Docente Faculdade Irecê

IRECÊ

2018

“Na vida, não vale tanto o que temos, nem tanto importa o que somos. Vale o que realizamos com aquilo que possuímos e, acima de tudo, importa o que fazemos de nós!”

(Chico Xavier)

RESUMO

Este artigo aborda a importância do acolhimento e os desafios para sua prática na Atenção Primária. Dessa forma o mesmo investigou de que modo o acolhimento das demandas espontâneas na UBSF (Unidade Básica de Saúde da Família) pode se tornar uma barreira estratégica ao serviço de média e alta complexidade da saúde. Tendo assim como objetivo principal analisar o acolhimento da demanda espontânea na UBSF e suas implicações no serviço de média e alta complexidade da saúde, pois é fundamental que as unidades de atenção básica estejam inseridas e produzam concretas relações com o conjunto dos serviços que constituem a Rede de Atenção às Urgências no município ou em determinada região. Este artigo apresenta uma revisão sistemática de caráter descritivo, fundamentada nas publicações do Ministério da Saúde (Departamento de Atenção Básica), Túlio Franco e Emerson Merhy, utilizando o método da revisão integrativa da literatura. A pesquisa bibliográfica foi realizada junto aos repositórios digitais da Biblioteca Virtual em Saúde BVS, Scielo, LILACS e Redalyc, além arquivos do Ministério da Saúde. Os resultados mostram os pontos facilitadores e limitadores para a prática do acolhimento nas UBSF. Conclui-se que, para que haja efetivação na prática do acolhimento há a necessidade de falar do assunto, assim como a realização de educação permanente nos serviços de saúde voltado para essa temática. E por o acolhimento ser uma tecnologia leve consegue se adaptar as diferentes problemáticas existentes no serviço de saúde, podendo ser moldada sempre que necessário, além de servir como estratégia para organização do processo de trabalho.

Palavras-Chave: Acolhimento; Atenção Básica; Serviço de Saúde; Processo de Trabalho em Saúde.

ABSTRACT

This article addresses the importance of the host and the challenges to its practice in Primary Care. Thus, the same investigated how the reception of spontaneous demands in the UBSF (Basic Unit of Family Health) can become a strategic barrier to the service of medium and high complexity of health. Having as main objective to analyze the reception of spontaneous demand in the UBSF and its implications in the service of medium and high complexity of the health, since it is fundamental that the units of basic attention are inserted and produce concrete relations with all the services that constitute the Network in the municipality or in a given region. This article presents a systematic review of a descriptive character, based on the publications of the Ministry of Health (Department of Basic Care), Túlio Franco and Emerson Merhy, using the integrative literature review method. The bibliographical research was carried out with the digital repositories of the Virtual Health Library VHL, SciELO, LILACS and Redalyc, in addition to archives of the Ministry of Health. The results show the facilitating and limiting points for the practice of the reception in the UBSF. It is concluded that, in order to be effective in the practice of reception, there is a need to talk about the subject, as well as the implementation of permanent education in health services focused on this theme. And because the host is a light technology, it manages to adapt the different problems that exist in the health service, being able to be shaped whenever necessary, besides serving as a strategy for organizing the work process.

Key-words: Reception; Basic Attention; Health Service; Process of Work in Health.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. REFERENCIAL TEÓRICO	9
2.1 DAS POLÍTICAS NACIONAIS DE HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE AO ACOLHIMENTO EM ENFERMAGEM.....	9
2.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE ACOLHIMENTO.....	11
3. TRAJETOS METODOLÓGICOS	16
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	17
4.1 O ENFERMEIRO E O ACOLHIMENTO	21
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
REFERÊNCIAS	25

1. INTRODUÇÃO

O processo de acolhimento à demanda espontânea foi estabelecido a partir da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que traz como seus princípios de base a universalização, a equidade e integralidade, além, dos princípios organizacionais de regionalização, hierarquização, descentralização, comando único e participação popular. Por meio desses princípios, praticava-se o acolhimento de forma empírica. Assim sendo, em 1994 foi lançado o Programa de Saúde da Família, como estratégia para a reorganização do processo assistencial da Atenção Primária.

Para o aperfeiçoamento do acolhimento, no ano de 2003, foi lançada a Política Nacional de Humanização (PNH), também conhecida como HumanizaSUS, que surgiu para por em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde e para produzir mudanças nos modos de gerir e cuidar. Apresenta em seus princípios a transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão, protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos; entretanto, a prática do acolhimento que vem sendo proposta pela PNH não se implementou adequadamente em todos os serviços de saúde.

Apesar de altos investimentos na Atenção Primária, o processo organizacional assistencial continua muito vinculado ao modelo curativo e hospitalocêntrico, onde a figura do médico é papel central em todo o processo assistencial. Contudo, o acolhimento não é apenas uma etapa burocrática, mas sim, parte do processo de produção da saúde, que deve ocorrer em todo curso assistencial. Conforme a Política Nacional de Atenção Básica, a Rede de Atenção à Saúde é constituída em arranjos organizacionais, entre eles, destaca-se a Atenção Básica (AB), primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema.

Na atualidade, há um crescimento na demanda dos serviços de urgência e emergência, devido ao aumento dos acidentes, violência urbana e a insuficiente estruturação da rede assistencial, como reflexo da falta de acolhimento na atenção básica. Por mais que a Atenção Básica tenha sido criada para ser a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), não é essa a realidade encontrada nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) da cidade de Irecê no estado da Bahia, em que, cada vez mais, os serviços de urgência e emergência estão funcionando como

a porta de entrada do sistema de saúde, recebendo todos os tipos de casos, desde os que são para atendimento na atenção primária aos mais graves. Tais fatores são agravados pela desorganização do sistema, a falta de qualificação dos profissionais atuantes na atenção básica e a falta de efetividade da referência e contra-referência.

Além de diretrizes de relevância ética, estética e política, o ato de acolher traz em sua essência a ação de “estar com” ou “estar perto de”, onde em sua prática se dá ênfase à empatia para com o próximo, ou seja, colocar-se no lugar do outro para poder entender a dor do outro e assim, prestar uma assistência de qualidade. Apesar de grandes avanços vivenciados no decorrer dos 18 anos de SUS, sabe-se que ainda há lacunas nos modelos de atenção e gestão dos serviços de saúde, no que se refere ao acesso e ao modo como o usuário é acolhido nos serviços de saúde pública.

Nesta perspectiva, esse estudo buscou refletir sobre a seguinte questão de investigação: de que forma o acolhimento das demandas espontâneas na UBSF pode se tornar uma barreira estratégica ao serviço de média e alta complexidade da saúde nas unidades básicas de Saúde no Município de Irecê - BA?

Para tanto, teve o objetivo de analisar a forma em que é realizado o acolhimento na UBSF, além de compreender como a prática do acolhimento pode servir como facilitador no processo organizacional do sistema de saúde. Neste sentido, metodologicamente, caracteriza-se como uma pesquisa de campo de abordagem qualitativa e método sistemático e integrativo de caráter descritivo e documental. Como procedimentos foram utilizados pesquisa bibliográfica, análise documental, observações diretas, análise de registros em livro ata, estudo de registro de prontuários das consultas de enfermagem, bem como, junto a registros históricos das Políticas Públicas de Saúde voltadas ao atendimento nas redes de atenção básica.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 DAS POLÍTICAS NACIONAIS DE HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE AO ACOLHIMENTO EM ENFERMAGEM

O Ministério da Saúde em sua cartilha da Política Nacional de Humanização (2015) considera como definição de acolhimento, reconhecer o que o outro carrega como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho, tendo como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuários, com sua rede socioafetiva (BRASIL, 2015, p. 7,8)

O Ministério da Saúde disponibiliza para as Unidades de Saúde da Família os Cadernos da Atenção Básica (CAB), onde os mesmos trazem diversos temas relacionados aos programas existentes nas UBSF, como uma forma de organizar o atendimento e orientar os profissionais. O CAB de nº28 traz em seu conteúdo o acolhimento, o que é como deve funcionar, quem pode fazer, onde pode ser feito, dentre outras informações. Desta maneira o CAB 28 é um importante instrumento de orientação e de organização da demanda espontânea nas unidades de saúde.

O Caderno da Atenção Básica de nº 28 do Ministério da Saúde aponta que não há uma definição certa ou errada do termo acolhimento, pois há muitas definições, entretanto, em uma de suas definições, o acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas (“há acolhimentos e acolhimentos”) (BRASIL, 2013).

Ainda no CAB 28 temos que o acolhimento não se restringe a um só profissional ou a um departamento. É fundamental que as unidades de atenção básica estejam inseridas e produzam concretas relações com o conjunto dos serviços que constituem a Rede de Atenção às Urgências no seu município ou em determinada região (BRASIL, 2013).

Para Tesser et. al (2010) o acolhimento envolve arranjos institucionais de difícil execução, propõe-se a trabalhar a demanda espontânea, a ampliar o acesso e concretizar a missão constitucional da Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS, de ser a principal “porta de entrada” do sistema.

Em contrapartida Beck e Minuzi (2008) relata que o acolhimento assume a condição de reorganizador do processo de trabalho, identificando demandas dos usuários e replanejando o atendimento dos mesmos. Busca ampliar e qualificar o acesso dos usuários, humanizando o atendimento e impulsionando a reorganização

do processo de trabalho nas unidades de saúde. Desse modo, o acolhimento é mais do que uma triagem qualificada ou uma escuta interessada, pressupondo um conjunto formado por atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções resolutivas para seu enfrentamento. Isso pode possibilitar a ampliação da capacidade da equipe de saúde em responder às demandas dos usuários, reduzindo a centralidade das consultas médicas e melhor utilizando o potencial dos demais trabalhadores de saúde (BECK; MINUZI, 2008).

2.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE ACOLHIMENTO

O Ministério da Saúde declara que o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) é um instrumento que reorganiza os processos de trabalho como tentativa de melhorar e consolidar o SUS organizando o fluxo de pacientes que procuram as portas de entrada do Sistema. Desta maneira, visa estabelecer mudanças na forma e no resultado do atendimento ao cliente do SUS, servindo assim, como meio de humanização, proporcionando com isso, um atendimento resolutivo (SERVIN et. al, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde, a atenção primária deve se constituir como grande articuladora da rede de atenção à saúde, desenvolvendo-se como importante porta de entrada e ordenadora da rede. Dessa forma, o atendimento à demanda espontânea deve ser realizado pelas UBSF, principalmente, os casos de pacientes crônicos em episódios de agudização e urgências de menor gravidade.

Nas situações de emergência, a equipe deve estar capacitada para diagnosticar precocemente os casos graves, iniciar manobras de suporte básico de vida e acionar o serviço de remoção para que haja a adequada continuidade do atendimento. Tais atribuições estão definidas na Política Nacional de Atenção Básica (2011), bem como, na Política Nacional de Atenção às Urgências (2011) e na Política Nacional de Humanização (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A Portaria nº 2.048 de 03 de Setembro de 2009, traz como proposta de implantação nas unidades de urgência e emergência o acolhimento com classificação de risco, devendo assim, ser realizado por um profissional de saúde, com nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos que

respaldem esse atendimento, de tal maneira que, o profissional possa avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, onde o cliente possa ser atendido por ordem de prioridade.

Beck e Minuzi (2008) expressam que a atividade de um serviço de saúde deve ser entendida como um espaço no qual há o reconhecimento das necessidades do usuário, por meio da coleta de dados, intervenção e consenso das necessidades daquele momento. Desta forma o ACCR, assume o papel de reorganizar o processo de trabalho, detectando as demandas do usuário, portanto,

O acolhimento é mais do que uma triagem qualificada ou uma escuta interessada, pressupondo um conjunto formado por atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções resolutivas para seu enfrentamento. Isso pode possibilitar a ampliação da capacidade da equipe de saúde em responder às demandas dos usuários, reduzindo a centralidade das consultas médicas e melhor utilizando o potencial dos demais trabalhadores de saúde (Beck; Munizi, 2008, p.03).

Conseqüentemente, após essa etapa ser realizada com efetividade há uma organização explícita do serviço de saúde, selecionando assim, os usuários que tem a necessidade de utilizar atenção primária, de imediata e/ou enquanto demanda agendada, como por exemplo, os que têm necessidade de ir a um serviço de atenção secundária e terciária, porém, sempre utilizando como meio de comunicação da rede, o serviço de referência e contra-referência, para que, desta maneira, o usuário possa dar continuidade ao tratamento em algum programa da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF).

Cabe ressaltar que é de extrema importância estimular os usuários a conhecerem o funcionamento da Rede, ou seja, quais serviços são porta de entrada para o SUS, quais demandas cada serviço atende; especialmente, no que diz respeito ao Acolhimento com Classificação de Risco, seu funcionamento e sua importância.

O acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde. Favorece, também, a possibilidade de avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa dos SUS como uma política pública essencial da e para a população brasileira. (CADERNO DA ATENÇÃO BÁSICA, nº28, V.1 – MS, 2013, p.19).

Apesar de avanços nos quase 20 anos de SUS, há muito que se melhorar, pois ainda existem várias lacunas nos modelos de atenção à saúde, gestão dos serviços e no acolhimento prestado aos usuários. Um dos grandes desafios existentes na prática da efetivação do SUS é a execução dos princípios existentes nos textos do Sistema para os modos de concretização do trabalho. Para que isso possa acontecer, há a necessidade de um trabalho coletivo e cooperativo entre sujeitos, onde se faz necessária interação e diálogo permanente entre usuários e profissionais.

Segundo Ramos e Lima (2003) o modelo vigente no Brasil ainda é baseado no pronto atendimento, tendo como foco principal a queixa-conduta e não a atenção integral ao indivíduo, menos ainda nas ações em defesa da vida coletiva. Para tal, faz-se necessário, acesso, acolhimento, vínculo e resolutividade, como eixos centrais do modelo tecno-assistencial em defesa da vida.

No que diz respeito às abordagens do acolhimento (MATUMOTO, 1998. p.17), traz alguns aspectos relevantes como, a solidariedade, a humanização, o respeito para com o outro, o estabelecimento de vínculo com os envolvidos, o acesso aos serviços com acessibilidade e a organização dos serviços com responsabilização de uma determinada população.

Como primeira etapa, se tem o acesso ao serviço, relacionado a isso, se há ou não, serviço disponível e a que distância. Cabe também, saber o tipo de assistência, o tipo de usuário identificado como objeto de trabalho desse serviço, quais os recursos disponíveis, qual a capacidade técnica desses profissionais, qual a responsabilidade sobre a população e a quem o serviço deve ser prestado.

Durante o acolhimento, o profissional que estará realizando o processo deverá ter empatia pelo usuário, sentir suas necessidades, para que assim possa lhe prestar um melhor atendimento, e, caso isso não seja possível, direcioná-lo para o serviço mais adequado dentro da rede, onde seja capaz de atender as demandas daquele usuário.

Ramos e Lima (1998) relatam que o desempenho profissional e a qualidade no acolhimento é expresso pelo interesse demonstrado na coleta de dados, exame físico, orientações, condutas e resolutividade dos problemas. Apesar de existirem vários fatores facilitadores, há algumas situações pontuais que expressam má qualidade do atendimento, como má recepção do usuário, falta de interesse pelos problemas do mesmo, e até, rispidez no tratamento.

A cartilha da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2015) destaca o estímulo à comunicação entre gestores, profissionais e usuários para que assim possam construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto, que muitas vezes geram práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no autocuidado.

De acordo com a Cartilha do HumanizaSUS (BRASIL, 2015), é de fundamental importância que trabalhadores da saúde sejam incluídos na gestão, pois desta forma, no dia a dia do processo de trabalho, será possível que reinventem e sejam agentes transformadores, ativos das mudanças no serviço de saúde. De tal maneira que possam incluir usuários e suas redes sociofamiliares, para que dessa forma os processos de cuidado sejam poderosos recursos para a ampliação da corresponsabilização no cuidado de si.

Conforme os textos da Cartilha Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde (BRASIL, 2010), o acolhimento é uma etapa que faz parte do processo de saúde, na qual visa atender todos que procuram pelos serviços de saúde, sendo capaz de acolher, oferecer uma escuta qualificada e dar respostas adequadas aos problemas apresentados. Isto é, prestar atendimento com qualidade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde, para que possa ser dada continuidade a assistência, estabelecendo assim, articulações com esses serviços, através da referência e contra referência, para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

Cartilha Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde (MS, 2010).

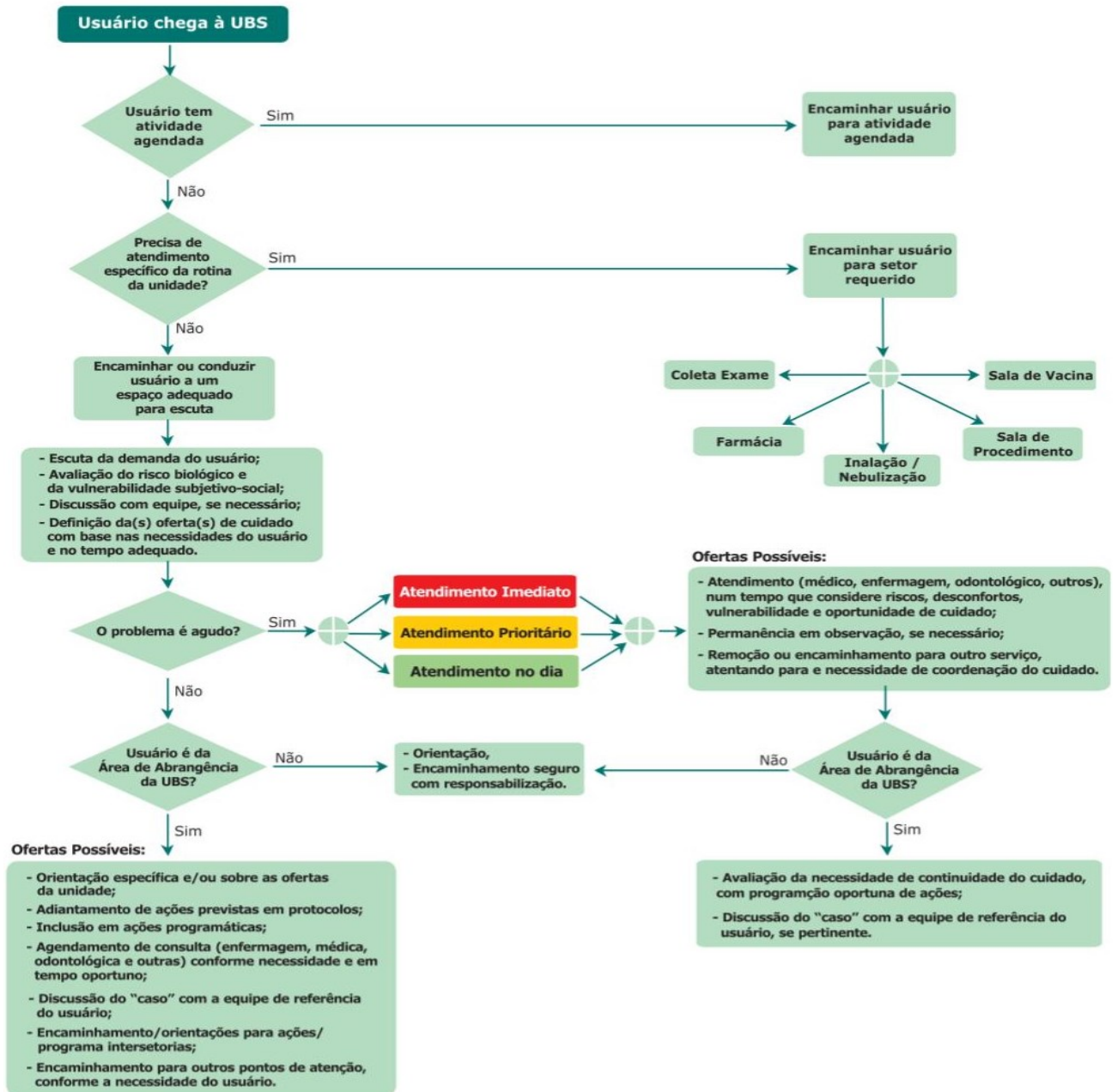


Fig. 1: Fluxo de usuários na UBSF. Fonte: Caderno da Atenção Básica nº28, V.1

A Cartilha Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde (MS, 2010) apresenta o acolhimento de forma ordenada, implica a determinação de um atendimento de forma ágil, sob a visão dos protocolos estabelecidos pela instituição, de forma que seja participativa nos serviços de saúde, além disso, há também, a necessidade de avaliação do usuário, em função de seu risco e de sua vulnerabilidade, para mais,

deve-se proporcionar a priorização da classificação de risco e não o atendimento por ordem de chegada.

As práticas de acolhimento com classificação de risco caracterizam-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e na implantação da promoção da saúde em rede. Cartilha Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde (MS, 2010). Em resumo, este fluxograma deve ser tido como um possível ponto de partida para o ordenamento do fluxo em uma UBS, visando à organização do fluxo na unidade, facilitando o acesso dos usuários aos pontos de serviço da rede, tendo sempre em vista a escuta qualificada, considerando a individualidade de cada um, atendendo sempre o sujeito com equidade, dando resolutividade aos problemas do mesmo (CAB 28, v.1, MS, 2013, p.27).

3. TRAJETOS METODOLÓGICOS

O presente projeto teve como questão norteadora: de que forma o acolhimento das demandas espontâneas na UBSF pode se tornar uma barreira estratégica ao serviço de média e alta complexidade da saúde? Para tanto, optou-se por uma pesquisa de campo de abordagem qualitativa e método sistemático e integrativo de caráter descritivo e documental.

O levantamento de literatura foi realizado junto aos repositórios digitais da Biblioteca Virtual em Saúde BVS, SciELO, LILACS e Redalyc, além de documentos produzidos pelo Ministério da Saúde e de registros de atendimentos em livro ata e em prontuários das consultas de enfermagem em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) da cidade de Irecê-BA.

Os textos foram selecionados a partir dos seguintes descritores: Acolhimento; UBSF; classificação de risco; acolhimento; atendimento humanizado; encontrados nas bases de dados.

Delinearam-se como critérios de elegibilidade: estudos que estivessem disponíveis na íntegra e com resumos em inglês, português e/ou espanhol, publicados nos últimos quinze anos, além de materiais publicados pelo Ministério da Saúde como cartilhas e resoluções. Os estudos foram analisados criticamente por meio de leitura na íntegra, associados à observação participante em UBSF. Após

análise, foi realizada uma síntese dos estudos selecionados sendo organizados em temas, observando suas confluências e divergências.

A pesquisa documental teve como critério de escolha os prontuários de atendimento das consultas de enfermagem do mês de julho/2018. Inicialmente foi analisado o livro ata de registro das consultas de enfermagem, a partir das informações contidas no livro como: data da consulta, tipo de consulta, cartão nacional do SUS, data de nascimento, número da família, microárea e condição avaliada. Pela avaliação do livro ata, no quesito condição avaliada, foram selecionados prontuários os quais se encaixavam no critério de elegibilidade para consultas de urgência e emergência.

Após a seleção de 12 prontuários foi elaborada uma tabela com a avaliação da queixa principal do paciente, se o mesmo foi referenciado ou não, e como foi a conduta do profissional de enfermagem naquele dado momento. Para análise do material, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo temático⁷, a qual constituiu-se de três etapas: pré-análise - sistematização das ideias iniciais, recorrendo-se à leitura repetida e exaustiva, a fim de obter maior aproximação do material; exploração do material - codificação do material, por regras previamente definidas, e interpretação dos dados.

Para Campos (2004) a análise de dados é compreendida como uma análise de conteúdos, conjuntos de técnicas de pesquisa, que tem como objetivo a busca de sentidos de um documento.

Para o presente estudo, não se fez necessário à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, pois o mesmo aborda dados de domínio público. Mesmo assim, serão respeitadas as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e, sobretudo, os pesquisadores se responsabilizam em citar os autores usados no estudo, destinando tais obras apenas para fins científicos, visando uma reflexão dos mesmos em detrimento da questão levantada e objetivos pretendidos.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca resultou em 16 artigos, 02 livros, 04 monografias, 02 Cadernos da Atenção Básica (CAB), 06 manuais e cartilhas do Ministério da Saúde, 01 Diretriz do Ministério da Saúde, 01 Protocolo do Ministério da Saúde. Em relação ao ano de publicação obtiveram-se artigos publicados a partir do ano de 1998. No que diz respeito aos locais de publicação percebe-se uma ausência de materiais publicados na Região Norte.

Camara et.al (2015) destaca que a classificação de risco é de responsabilidade específica do profissional de enfermagem, porém o atendimento ao usuário deve ser realizado por toda a equipe e integrado ao entre as diferentes categorias de profissionais, desde unidades básicas até unidades de urgência e emergência. Contudo, como a classificação de risco é uma atribuição do enfermeiro, ele deve se basear na escuta qualificada para que possa realizar um julgamento clínico e crítico das queixas daquele usuário, as quais irão determinar sua classificação de acordo com o protocolo da instituição. Além do uso do protocolo, o enfermeiro deve estar atento e interpretar sinais psicológicos, interpessoais e comunicativos do paciente, para que assim possa verificar a credibilidade da informação.

Poucos são os trabalhos publicados que mostram as variáveis benéficas da prática do acolhimento, principalmente, quando diz respeito à Atenção Primária, isso leva ao entendimento que poucos os pesquisadores se envolvem e buscam pesquisar esse tema.

O Ministério da Saúde através do Caderno da Atenção Básica de nº28 v.2 destaca que o atendimento à demanda espontânea deve envolver ações a serem realizadas em todos os pontos de atenção à saúde, entre eles, os serviços de atenção básica. Dentre essas ações devem estar inclusos processos organizacionais da equipe e seu processo de trabalho, assim como também aspectos resolutivos de cuidado e de condutas.

Ao surgir o interesse por este tema a partir de uma experiência no Estágio Curricular Supervisionado I, e associado a isso, perceber a deficiência existente ao trabalhar esse tema, viu-se a necessidade de buscar dados em uma determinada UBSF referente aos atendimentos classificados como atendimentos de demanda espontânea.

Queixa Principal	Paciente Referenciado/Encaminhado	Conduta Adotada Pelo Enfermeiro
Cefaleia + Tosse seca	Não	Prescrita medicação
Corrimento + Ardor ao urinar	Não	Prescrita medicação
Pré-Natal	Não	Orientações Gerais
Sem queixa / Preventivo	Não	Orientações Gerais
Corrimento sem odor	Não	Orientações Gerais
Dor em MMSSII	Sim	Encaminhado para o ortopedista
Menstruação contínua há 02 meses + Dor pélvica	Encaminhamento interno para médico da unidade	Solicitado Hemograma e USG transvaginal
Manchas esbranquiçadas	Não	Prescrita medicação
Tosse produtiva	Não	Prescrita medicação
Sem queixas	Sim	Encaminhado ao pediatra
Secreção vaginal amarelada	Não	Prescrita medicação
Roncos pulmonares	Não	Sem conduta específica no prontuário

Fig. 02: Coleta de dados dos prontuários referente aos atendimentos do mês de julho de 2018 de uma UBSF do município de Irecê-BA (Consultas de Enfermagem).

Fonte: Elaboração própria a partir de coleta de dados junto à UBSF

A partir da coleta de dados realizada nos prontuários das consultas de enfermagem de demanda espontânea, realizadas no mês de julho de 2018, puderam-se perceber várias deficiências existentes na Unidade de Saúde pesquisada. Destacam-se os seguintes aspectos:

1. Uma deficiência na forma de acolhimento, onde no qual o mesmo fosse realizado de forma correta, haveria uma diminuição das consultas de demanda espontânea, consultas essas que são características de programas específicos realizados na Unidade. Havendo uma organização nas marcações das consultas e da captação dos pacientes que tem o perfil para os programas existentes na rede, haveria uma diminuição da demanda espontânea, onde assim essa parcela dos clientes seriam remanejados para o programa apropriado, onde poderiam ter o acompanhamento adequado.
2. Outra deficiência percebida, e que faz uma grande diferença, quando se observa a qualidade das consultas, são os registros de enfermagem. A partir dos dados coletados, percebe-se que faltam muitos dados nos prontuários, que as evoluções são sucintas e que trazem poucas informações quanto aos problemas de saúde/queixa do usuário. Devido a isso há um impedimento, quando se diz respeito à conduta adotada pelo profissional no momento da consulta, como foi sua avaliação e quais os achados no momento da anamnese. Os registros inadequados ou insuficientes, acabam prejudicando a assistência para aquele usuário, pois

a falta de informação pode fazer com que o acolhimento e as condutas adotadas pelos profissionais sejam equivocadas, deixando assim de suprir as necessidades do usuário.

3. Torna-se complexa a avaliação dos registros em que há a possibilidade de ser uma demanda para situação de urgência/emergência ou não. Em casos de avaliação do atendimento ou até mesmo uma auditoria, essa deficiência nos prontuários acaba sendo prejudicial, pois acaba sendo impossível avaliar de forma fidedigna as informações.
4. Ademais, a falta de referência e contra referência nos encaminhamentos para especialistas. Essa lacuna na rede de atenção à saúde prejudica o sistema como um todo, onera os cofres e prejudica o usuário, muitas vezes fazendo-o perder tempo indo de um ponto ao outro da rede, muitas vezes tendo seu caso não solucionado.

A falta de referência e contra-referência é algo bastante falho no sistema de saúde. Esta falta de troca de informações intersetorial na rede de saúde pública prejudica a comunicação entre profissionais, e por sua vez acaba prejudicando o tratamento daquele usuário, pois ele fica perdido em relação ao que fazer, não faz acompanhamento nos programas existentes na UBSF. Desta forma, só procura atendimento médico em caso de agudização da doença, fazendo assim, também, com que os serviços de média e alta complexidade fiquem sobrecarregados.

Ao vivenciar uma experiência por um determinado tempo em UBSF no município de Irecê-BA, percebeu-se fatores que podem influenciar a prática do acolhimento tanto positivamente, quanto negativamente. Como pontos positivos e facilitadores para a prática do acolhimento, temos o acesso universal do usuário ao sistema de saúde; a prática do acolhimento pode ser feita por qualquer profissional da unidade, contanto que o mesmo seja treinado e capacitado para tal; maior resolutividade da demanda referente a pequenos problemas e demanda espontânea; maior adesão do usuário aos programas da ESF; formação de vínculo entre profissional e usuário; uma potencial barreira para evitar a sobrecarga dos serviços de média e alta complexidade.

Em contra partida, temos pontos negativos, que por sua vez acabam pesando mais na prática do acolhimento, ou falta dela, do que os pontos positivos. Dentre os pontos negativos mais perceptíveis temos a necessidade de conhecimento e treinamento da equipe profissional da UBSF para a realização do acolhimento; a

falta de conhecimento da população quando diz respeito ao funcionamento da rede, e quais portas de entrada do SUS devem ser procuradas de acordo com cada problema de saúde; e por fim, o modelo hospitalocêntrico, que ainda está enraizado na cultura, onde o médico é a figura central do atendimento ao usuário.

O acolhimento ainda é uma ação de saúde pouco clara para os trabalhadores das Unidades de Saúde da Família- USF. É possível observar que embora os conceitos sobre acolhimento estejam apreendidos, a sua operacionalização ainda é uma "caixa preta". Isto pode ser observado quando o acolhimento é traduzido em ações instituídas como triagem, consulta agendada, encaminhamento, normas de acesso, etc. (Beck e Minuzi, 2008, p.4).

Sabe-se que o acolhimento como uma tecnologia leve, tem a maleabilidade de se moldar de acordo à necessidade do usuário e da situação proposta. A exemplo disso, nos Programas de Saúde da Família há mudanças na forma de produção, porém sem alterar o processo de trabalho centrado nas tecnologias duras. A formação da equipe, o deslocamento do trabalho para o território, e o incentivo do trabalho (FRANCO; MERHY, 2013, p.118) Deste modo, fica evidente que o acolhimento não é algo engessado, não se reduz a uma única etapa, lugar ou profissional específico.

Apesar dos avanços conquistados pelos SUS no decorrer de todos esses anos de sistema, é possível ver falhas no modo do acolhimento, dentre tais falhas, é preciso reestabelecer os princípios de universalidade e equidade para o acesso. Tal acesso deve ser entendido em diversas dimensões, como garantia do cuidado; qualidade da assistência; continuidade do cuidado; participação de projetos terapêuticos e produção de saúde; à saúde de forma digna e autônoma, como algo de valor e não como mercadoria de troca. Devendo ser implementado de forma conjunta entre profissional/equipe de saúde e população, necessitando assim de empenho de ambas as partes.

4.1 O ENFERMEIRO E O ACOLHIMENTO

O compromisso com a saúde pública vai além do atendimento propriamente dito, remete-se, diretamente, ao vínculo estabelecido entre profissionais e população,

principalmente, quando se diz respeito ao atendimento na Atenção Básica. Deste modo, o acolhimento é uma das ferramentas mais importante utilizadas no processo de humanização do atendimento e no processo organizacional do trabalho em saúde, tendo em vista que, é “o acolhimento que garante, como objetivo final do trabalho de saúde, a resolubilidade efetiva do problema do usuário” (CAMARA *et al.* 2015, p.101)

O processo de acolhimento, dentre suas possibilidades, visa sondar sobre o modo de produção da relação entre usuário e serviço de saúde, sob o olhar peculiar da acessibilidade, no momento da ação receptora dos clientes de um certo estabelecimento. Sumariamente, o acolhimento evidencia as dinâmicas e os critérios de acessibilidade a que os usuários são submetidos (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Como forma de organização e agilidade no processo de atendimento nos serviços de saúde, para atender os clientes de acordo com suas reais necessidades, e não por ordem de chegada, criou-se o Protocolo de Classificação de Risco (PACR), que é de inteira responsabilidade do enfermeiro, de acordo com o Art. 1º da Resolução COFEN Nº423/2012.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (MS, 2010 – portaria nº 4.279/2010). O preparo das RAS se dá pela interação dos seus três elementos constitutivos: população/região de saúde definidas, estrutura operacional e por um sistema lógico de funcionamento determinado pelo modelo de atenção à saúde.

A implementação da RAS foi realizada com a intenção de aumentar a produção de saúde, melhorar a eficiência da gestão na regionalidade, e contribuir para a efetivação do SUS. Porém, sabe-se que é insuficiente a estruturação da rede de saúde e a falta de comunicação entre os pontos de atenção à saúde, ambos os fatores podem ser corrigidos, principalmente porque se tratam de questões de gerenciamento do processo organizacional de saúde.

O Ministério da Saúde juntamente com o departamento de atenção básica apresenta como definição os três elementos constitutivos da RAS. Para cuidar, reestabelecer e melhorar a saúde das pessoas na comunidade, as RAS devem ser capazes de identificar claramente a população e a área geográfica sob sua

responsabilidade, para isso, a região de saúde deverá ser bem definida. A estrutura operacional é constituída por diferentes pontos de atenção à saúde, sendo esses, os componentes que estruturam as RAS incluem: Atenção Básica à Saúde – centro de comunicação; os pontos de atenção secundária e terciária; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos e o sistema de governança. O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das RAS, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias.

O enfermeiro como gerente e coordenador da equipe em uma UBSF é o principal responsável para que esses fatores sejam corrigidos e postos em prática. Dentre suas atribuições como profissional de enfermagem em uma UBSF gerir uma equipe se faz tão importante quanto prestar assistência de qualidade, pois ambas estão inteiramente ligadas e não podem ser tratadas de forma dissociada.

Tal responsabilidade se aplica tanto nos serviços de urgência, quanto na atenção básica. Entretanto, na atenção básica o enfermeiro tem uma responsabilidade maior sobre a equipe a qual coordena, e sobre o ordenamento do processo de trabalho, pois nesse nível de atenção à saúde o acolhimento não se restringe a classificação de risco, desta maneira, todos da equipe têm que estar aptos a realizar o acolhimento. Assim sendo, é de reponsabilidade do enfermeiro realizar capacitações pra sua equipe, sempre enfatizando o tema “acolhimento”, buscando então, através da educação permanente reorganizar o processo de acolhimento.

Além de capacitações no formato de educação permanente, sala de espera com a temática para a ciência da população sobre o que é o acolhimento, como funciona, quais os locais da rede de saúde devem ser procurados de acordo com cada demanda, dentre outras dúvidas existentes, é algo importante, pois transferir informação para que o sujeito seja responsável pela sua saúde de forma consciente, mostrando sua importância como sujeito do processo de saúde (BRASIL, 2009).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante as experiências de estágio em algumas Unidades Básicas de Saúde da Família percebeu-se a carência no acolhimento realizado pela equipe, onde essa deficiência gera consequências. Desta forma, pôde-se observar até que ponto interfere na assistência ao usuário e no andamento do fluxo na rede de saúde. Por ser um problema na rede primária identifica-se uma grande repercussão que atinge as redes secundária e terciária. Devido a esta percepção surgiu à inquietude quanto ao tema escolhido.

Considerando a falta de capacitação das equipes de saúde e a dificuldade que as mesmas têm de por em prática o acolhimento à demanda espontânea, desde a chegada do usuário à unidade até a finalização do seu atendimento, faz-se relevante pesquisar de que forma o acolhimento das demandas espontâneas na UBSF pode se tornar uma barreira estratégica ao serviço de média e alta complexidade da saúde, objetivando-se assim analisar o acolhimento da demanda espontânea na UBSF e suas implicações no serviço de média e alta complexidade da saúde.

Apesar de haver grandes desafios na operacionalização do acolhimento na atenção básica são perceptíveis os benefícios que o mesmo gera ao ser bem realizado, benefícios esses que se estendem à população/comunidade, rede de atenção à saúde e equipe de trabalho da própria UBSF.

O acolhimento mostra recursos indispensáveis para a organização do processo de trabalho de saúde, tornando-o mais eficaz, de forma a ser implementado os princípios do SUS (Sistema Único de Saúde), como universalidade e equidade, atendendo a todos de forma humanitária. Desta forma, o enfermeiro é fundamental para que seja realizado um acolhimento de qualidade e justo, pois o mesmo além de ser líder na UBSF, é quem está apto a realizar a classificação de risco através de protocolo estabelecido pela instituição.

É de grande importância os profissionais da rede adentrarem a este assunto, transmitir a importância do acolhimento aos demais profissionais da unidade, assim como também a toda população, pois desta forma irá estar colaborando para a organização do fluxo na RAS.

Assim, apesar das fragilidades, conflitos e lacunas existentes no sistema de saúde, o acolhimento se faz necessário em todos os pontos de atendimento da rede de atenção à saúde. Vale destacar, que ainda há muito que ser melhorado na qualidade da assistência prestada. Dessa forma, é necessário que os profissionais se empenhem em repensar as atitudes, valores, questões éticas e sociais, recriando

maneiras de melhorar e aperfeiçoar o atendimento, que sejam capazes de melhorar a saúde de seus usuários.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. - Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Portaria nº 4279, de 2010. **Portaria Nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010**. Brasília, DF, 30 dez. 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**: queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 290 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência** / Ministério da saúde, secretaria de atenção à saúde, Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da saúde, 2009. 56 p. : il. color. – (série B. textos Básicos de saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cartilha HumanizaSUS**. 1ª edição, Brasília-DF, 2015.

BECK, Carmem Lúcia Colomé; MINUZI., Daniele. **O acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica.** Saúde, Santa Maria, vol 34a, n 1-2: p 37-43, 2008.

CAMARA, Rhamaia Ferreira et al. **O papel do enfermeiro no processo de classificação de risco na urgência: uma revisão.** Revista Humano Ser, Natal-RN, v. 1, n. 1, p.99-114, 2015.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. **Método de Análise de Conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília - DF, p.611-614, out. 2004.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos.** São Paulo: Hucitec, 2013. 307 p.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil.** Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro - RJ, p.345-353, jun. 1999.

COFEN. Constituição (2012). **Resolução nº 423**, de 11 de junho de 2012. . Brasília, DF, p. 195-195.

MATUMOTO, Sílvia. **O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde.** Ribeirão Preto, 1998.

RAMOS, Donatela Dourado; LIMA, Maria Alice Dias Da Silva. Acesso e Acolhimento aos Usuários em uma Unidade de Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(1):27-34, jan-fev, 2003.

SAÚDE, Ministério da. **Elementos constitutivos da rede de Atenção à Saúde.** Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=elementos_ras>. Acesso em: 05 dez. 2018.

SERVIN, S.C.N. **Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco.** Política Municipal de Humanização. Prefeitura de São Luís – Maranhão, 2010.

TRIPARTITE, Grupo Técnico Da Comissão Intergestores. **Diretrizes para organização das redes de atenção à saúde do SUS**, Brasília – DF, 2010.

TESSER, Charles Dalcanale; NETO, Paulo Poli; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 3):3615-3624, 2010.