

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



**FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA (FESFSUS)
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ)
RESIDÊNCIA INTEGRADA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE E
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

LUZIMARA GOMES MELO

**IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO EM UMA USF DO
MUNICÍPIO DE CAMAÇARI: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Salvador-BA

2017

LUZIMARA GOMES MELO

**IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO EM UMA USF DO
MUNICÍPIO DE CAMAÇARI: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residências Integradas de Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família.

Orientadora: Tutora Ms. Gisele Vieira Dourado Oliveira Lopes

Co-orientadora: Preceptora de Medicina Mylena Caroso Melhem

Salvador-BA

2017

LUZIMARA GOMES MELO

**IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO EM UMA USF DO
MUNICÍPIO DE CAMAÇARI: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residências Integradas de Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família.

Aprovada em _____ / _____ /2017.

Gisele Vieira Dourado Oliveira Lopes – Orientadora
Mestre em Saúde Comunitária ISC/UFBA

Mylena Caroso Melhem – Co-orientadora
Médica de Família e Comunidade

AGRADECIMENTOS

Acreditando que cheguei a uma das paradas do trem da vida e concluo mais uma etapa com a certeza que o apoio dos familiares, em especial minha mãe, Marilene, meu pai (*in memoriam*) e meu irmão, Luiz Artur, amigos, preceptores, tutores, orientadores e usuários do Sistema Único de Saúde foram fundamentais para o meu crescimento pessoal e profissional.

Dessa forma, compreendo que durante esse percurso nunca estive só, pois mesmo nos momentos de minha caminhada, quando olhei para trás e só enxerguei duas pegadas, tenho a plena certeza que também não estava sozinha, pois alguém me carregava no colo. Assim, venho manifestar meu: **MUITO OBRIGADA** a todos que fizeram parte dessa trajetória!

RESUMO

O acolhimento se estabeleceu como estratégia para superação de práticas baseadas num olhar fragmentado e valorizar a integralidade do cuidado. Baseado em uma escuta qualificada, objetivando o fortalecimento do vínculo e ações resolutivas desde o momento em que o usuário adentra ao serviço. Dessa forma, além de ser adotado como uma postura do profissional, o acolhimento também desponta como uma diretriz operacional que leva a uma reorganização do processo de trabalho, sendo fundamental abordar esse tema a partir de vivências práticas sobre a implantação do acolhimento em Unidades de Saúde da Família, possibilitando a divulgação de experiências que possam fomentar sua implantação e a reordenação do trabalho, tendo em vista que em muitas unidades de Atenção Primária prevalecem a lógica da fragmentação do serviço, com ações baseadas em programas e, muitas vezes, desvalorizando a demanda espontânea. Diante disso, o presente estudo tem os objetivos de relatar a experiência de uma residente de Enfermagem do Programa de Residências Integradas de Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família na implantação do acolhimento numa Unidade de Saúde da Família do município de Camaçari e discutir os desafios e superações na implantação do acolhimento. Caracteriza-se por ser um relato de experiência. Para reunir informações da vivência em serviço e levantar os nós críticos relacionados ao processo de implantação, foram utilizados portfólios e registros sobre o processo de discussão, além do resgate à memória da autora. Durante o processo de implantação foram realizadas diversas discussões em equipe e espaços pedagógicos para organizar a estruturação do acolhimento à demanda espontânea na unidade. Definimos uma modelagem baseada em referenciais teóricos e na experiência prévia de alguns preceptores. Nesse aspecto, foi definida uma equipe de acolhimento para cada turno, elaborado impressos, documentos e classificação de risco para o estabelecimento de uma ação/linguagem comum de todos os profissionais. Assim, a implantação do acolhimento ampliou o acesso, valorizando a demanda espontânea e o vínculo, houve a superação do medo pelo novo, desconstrução do modelo biomédico e da fragmentação da assistência e o fortalecimento do trabalho em equipe. No entanto, ainda prevalece o desafio de superar a sobrecarga física e emocional.

Palavras-chave: Acolhimento. Atenção Primária à Saúde. Atenção à Saúde.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	REFERENCIAL TEÓRICO	10
3	METODOLOGIA	13
3.1	TIPO DE ESTUDO	13
3.2	LOCAL DO ESTUDO	13
3.4	TÉCNICA DE COLETA DE DADOS	14
3.6	ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO	14
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	15
4.1	IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO: A EXPOSIÇÃO DA TRAJETÓRIA	15
4.1.1	Acolhimento: os primeiros passos	15
4.1.2	A construção da modelagem	16
4.1.3	Elaboração de documentos, impressos e da classificação de risco	19
4.1.4	O acolher colocado em prática e seu caráter contínuo	21
4.2	AMPLIAÇÃO DO ACESSO E DA DEMANDA	23
4.3	ACOLHIMENTO: DESAFIOS E SUPERAÇÕES NA PRÁTICA COTIDIANA DO SERVIÇO	25
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
	REFERÊNCIAS	30
	APÊNDICES	33
	APÊNDICE A - Impresso para primeira escuta	34
	APÊNDICE B - Impresso para coordenador do acolhimento	35
	APÊNDICE C - Fluxograma de acesso do usuário	36
	APÊNDICE D - Classificação de risco	37

1 INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família, hoje caracterizado como estratégia, já que não constitui uma intervenção pontual e paralela às atividades dos serviços de saúde, foi criado em 1994 pelo Ministério da Saúde e surgiu como meio estratégico para reforma do setor, trazendo consigo a proposta de um novo modelo de assistência diferente do hospitalocêntrico, tendo a família como centro de atenção e não só o indivíduo e sua doença, bem como o fortalecimento de serviços mais resolutivos, integrais e humanizados. Valoriza também a abordagem e intervenção no território e no coletivo com vistas à promoção e prevenção da saúde. (ROSA; LABATE, 2005).

No entanto, esse modelo acabou direcionando para a desvalorização da demanda espontânea, na medida em que foram criados grupos prioritários com reserva de vagas e direcionamento de agendas, em decorrência da introdução de critérios epidemiológicos para priorização de ações de vigilância, prevenção, tratamento e controle de doenças. Isso reforçou a rigidez das agendas na prática dos serviços e ações centradas em programas estabelecidos (TESSER; NETO; CAMPOS, 2010).

A própria Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) pressupõe que sejam estabelecidos mecanismos que garantam a acessibilidade e acolhimento com uma organização que seja capaz de receber e ouvir todas as pessoas que procuram o serviço, assumindo uma postura central e resolutiva, diminuindo danos e sofrimentos ou, ainda, se responsabilizando pelo usuário, mesmo que este tenha que ser atendido em outros pontos da rede, garantindo, dessa forma, a atenção básica como porta de entrada preferencial (BRASIL, 2012).

Nesse sentido, o modelo de Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil buscou fortalecer ações diferentes do modelo biomédico centrado na doença, porém acabou por centralizar um modo de operar baseado em agendas fixas e programáticas, onde muitas vezes a integralidade do sujeito não é valorizada, prevalecendo o olhar fragmentado sobre o indivíduo, ou seja, o diabético, o hipertenso, a mulher do planejamento reprodutivo, a grávida, entre outros enquadramentos para que este sujeito entrasse na agenda profissional.

Segundo Tesser, Neto e Campos (2010, p. 3619) esse modelo pode ser descrito como uma mistura de um consultório médico privado e uma repartição pública, em que o usuário chega e:

“[...] há horários rígidos, comumente comerciais, com guichês onde funcionários administrativos (receptionistas ou similares) fazem uma “recepção”. Há um “cardápio” de serviços organizados em forma de agenda, centrada em

consultas médicas e, quando muito, de enfermagem (além de outros serviços como vacinações, curativos etc.). O número de vagas na agenda é limitado e elas são preenchidas por ordem de chegada, em geral. Acabadas as vagas, acabou o acesso ao cuidado [...]”.

A partir da crítica a essa situação e como forma de superar essa postura diante do modelo implantado, surgiu a proposta do acolhimento como uma tecnologia leve, devendo ser usada numa perspectiva de implantar novas práticas, visando concretizar os ideais de universalidade, igualdade e equidade na interação dos usuários com os serviços de saúde. Este não surge apenas para ser um fácil acesso da demanda espontânea à consulta médica, mas trata-se de uma postura de escuta compreensiva, responsável e qualificada para possibilitar um elo entre as necessidades dos usuários e as diversas possibilidades do cuidado. Além disso, a inserção do acolhimento também traz consigo um novo modo de organizar o processo de trabalho em saúde, fundamentado na ação de uma equipe multiprofissional e assumindo uma postura que proporcione uma relação de vínculo e intimidade entre trabalhador e usuário (TESSER; NETO; CAMPO, 2010; GARUZI *et al.*, 2014).

No que tange a organização do acolhimento nos serviços de saúde, principalmente da Atenção Primária à Saúde, este não constitui uma tarefa fácil, pois requer o envolvimento e interesse de todos, tanto para implantá-lo enquanto um serviço, quanto para praticá-lo como uma postura do trabalhador.

Hartz (1997, p. 09) em suas reflexões sobre o processo de implantação traz o significado de implantação "não só como a passagem do discurso à prática, mas como perspectiva de uma outra travessia, similar, ainda que dotada de ambição tecnológica e política maior: a articulação da teoria com a ação". Dessa forma, será adotado esse conceito de implantação como uma articulação do que se pensou na teoria e será colocado em prática, será posto em ação.

Assim, justifica-se a necessidade de abordar esse tema a partir de vivências práticas sobre a implantação do acolhimento em Unidades de Saúde da Família, possibilitando a divulgação de experiências que possam fomentar sua implantação em outras unidades e subsidiar os profissionais para construção de discussões acerca do tema.

O presente estudo tem como objetivos relatar a experiência de uma residente de Enfermagem do Programa de Residências Integradas de Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família, da Fundação Estatal Saúde da Família (FESFSUS) e

Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) na implantação do acolhimento numa Unidade de Saúde da Família do município de Camaçari e discutir os desafios e superações na implantação do acolhimento.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O acolhimento desponta como uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), sendo um encontro do usuário com o profissional e/ou trabalhador de saúde que ocorre em todo e qualquer lugar e se baseia numa escuta qualificada e resolutiva, possibilitando e objetivando a construção do vínculo.

Segundo o HumanizaSUS - documento base para gestores e trabalhadores do SUS, (Brasil, 2008, p. 51), elaborado pelo Ministério da Saúde (MS), o acolhimento é um “processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída”. Ou seja, é algo contínuo que acontece na rotina dos serviços de saúde com base em uma escuta que leve a garantia de uma atenção integral, resolutiva e responsável, que busca a articulação com as redes internas e externas, ou seja, com a própria equipe interdisciplinar da unidade e outros serviços que possam dar continuidade a assistência, quando necessário.

Nesse sentido, podemos afirmar que o acolhimento desponta como uma diretriz operacional, e que proporciona a valorização da dimensão subjetiva do indivíduo e o entendimento de que esse possui aspectos socioculturais que também precisam ser considerados numa abordagem equânime e integral. Assim, constitui um processo de transformação da assistência do modelo biomédico, que tem como centro de produção da saúde a “doença”, para um modelo que se operacionalize a partir do usuário, enxergando este como um ser biopsicossociocultural (SOUZA; MELO, 2015). Entendendo assim, “não se trata de humanizar o humano, mas de enfrentar e lidar com relações de poder, de trabalho e de afeto, estas sim, produtoras de práticas desumanizadas em relação a nosso horizonte ético e humanístico” (RAIMUNDO; CADETE, 2012, p. 62).

Dessa forma, podemos definir o acolhimento enquanto postura adotada pelo trabalhador de saúde no cotidiano dos serviços. Em contrapartida, também propõe a inversão do modelo técnico assistencial com mudanças estruturais no processo de trabalho, reorganizando-o com o objetivo de deslocamento do eixo central do médico para uma equipe multiprofissional, responsável pelo acolhimento. Sendo assim, é uma diretriz operacional que visa inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo dos princípios de acessibilidade universal (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999; GARUZI *et al*, 2014).

Diante disso, podemos distinguir o acolhimento enquanto postura e enquanto dispositivo de reorganização do processo de trabalho em saúde. A postura envolve a forma como o trabalhador de saúde escuta, acolhe e se responsabiliza pelo usuário. Já quando se fala em organização, esta envolve a forma como a equipe multiprofissional se reorganiza para atender esses usuários, principalmente em relação à demanda espontânea (BRASIL, 2013).

Nesse aspecto, podemos inferir que o acolhimento à demanda espontânea é de fundamental importância para fortalecer a Atenção Primária, pois assim como é necessário programar o acompanhamento dos usuários e de grupos prioritários, é de suma importância às unidades estarem preparadas e abertas para o que não está programado, para o imprevisto, e para aquelas pessoas que não se enquadram em grupos prioritários (BRASIL, 2013).

Ademais, o próprio usuário que está em acompanhamento em consultas agendadas pode apresentar uma agudização do seu quadro clínico e necessitar de atenção não “programada” e o não acolhimento nesses momentos reforça a ideia de que a Atenção Primária só serve para indivíduos saudáveis e os doentes e/ou com quadros agudos precisam ir para unidades de pronto atendimento, o que pode gerar o entendimento no imaginário social da atenção primária como um espaço de menor relevância e qualidade inferior dentro o sistema de saúde (BRASIL, 2013).

Todavia, isso não significa que seja um acolhimento pautado na queixa conduta, centrado no procedimento, diagnóstico e na prescrição, mas deve ser realizado com responsabilidade, estando o profissional atento e sensível no momento da escuta, ressaltando que este é um espaço potencial para criação e fortalecimento do vínculo (BRASIL, 2013). Assim, a partir da criação do vínculo é estabelecida uma relação de confiança que favorece o processo de adesão terapêutica, contribuindo para que, ambos, profissionais e usuários, possam encontrar uma forma de resolver os problemas de saúde, tanto individuais como do serviço. Além disso, também proporciona o reconhecimento por parte da equipe sobre os reais problemas da população atendida e constitui uma nova prática na busca da melhoria da qualidade da atenção, pois possibilita uma maior aproximação entre os profissionais e usuários, fazendo com que estes últimos se sintam mais seguros (BRUNELLO *et al*, 2010).

O Caderno de Atenção Básica– Acolhimento à Demanda Espontânea, número 28, do Ministério da Saúde, em seu primeiro volume, afirma que para implantar práticas e processos de acolhimento à demanda espontânea não são necessárias ações burocráticas, normativas nem discursivas, porém requer o envolvimento dos usuários, gestores e trabalhadores, tendo

em vista que dificilmente sua implantação se dará apenas com a vontade de um ator isoladamente (BRASIL, 2013).

Nesse contexto, além do fortalecimento do vínculo, fazem parte dos elementos estruturantes para o acolhimento, a escuta qualificada e o trabalho em equipe. A primeira leva em consideração as relações de diálogo e vínculo, sendo uma tecnologia leve que transcende questões superficiais e aparentes, permitindo que aconteça o envolvimento com a subjetividade e as particularidades de cada sujeito (MAYNART *et al*, 2014). Os mesmos autores citados relatam em seu estudo que os “elementos necessários para uma escuta qualificada são a liberdade, confiança, compreensão, paciência, prontidão para ajuda, atenção, abertura à fala para a fluência dos conteúdos mais profundos, não recriminação e sigilo” (MAYNART *et al*, 2014, p.303).

Já o trabalho em equipe envolve a interdisciplinaridade e multiprofissionalidade para lidar com a complexidade do trabalho com a saúde da família. Dessa forma, é preciso reconhecer que a “unidade produtora dos serviços de saúde não é um profissional isoladamente, mas sim uma equipe” (ALMEIDA; MISHIMA, 2001, p. 151). Isto amplia a concepção de cuidado em que os diversos saberes se unem e são utilizados no sentido de compreender os múltiplos determinantes do processo saúde doença (VECCHIA, 2012). Para isso, se faz essencial o trabalho em equipe que Peduzzi (2011) classifica como equipe integração, a qual acontece por meio da articulação e integralidade das ações, bem como a interação comunicativa dos agentes e superação do isolamento de saberes.

Assim, o acolhimento envolve a modificação de um modelo centrado na doença e parte para ações que tem como ferramenta a tecnologia leve envolvendo o encontro com o outro e que tem a escuta qualificada como ponto chave para o seu desenvolvimento, apresentando concepções ampliadas de postura e organização do processo de trabalho, fortalecidas pela criação do vínculo e o trabalho em equipe multiprofissional, não necessitando de espaço físico definido, nem uma organização burocratizada para ocorrer.

3 METODOLOGIA

A metodologia representa o caminho a ser seguido pelo pesquisador para atingir os objetivos propostos pelo estudo. A seguir será descrito o caminho metodológico que será percorrido para o desenvolvimento da pesquisa.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Será realizado um relato de experiência sobre a implantação do acolhimento em uma Unidade de saúde da Família do município de Camaçari, a partir da vivência em um Programa de Residência Integrada de Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família, da Fundação Estatal Saúde da Família (FESFSUS) e Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) no período compreendido entre abril de 2015 a agosto de 2016.

3.2 LOCAL DE ESTUDO

A vivência aconteceu no município de Camaçari – BA, cidade que faz parte da região metropolitana da capital Salvador, em uma Unidade de Saúde da Família que faz parte da quarta região de saúde do município, na qual foi instituída o Programa de Residências Integradas de Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família.

A unidade de saúde conta com duas equipes. A equipe 01 tem um total de 3057 pessoas cadastradas e a equipe 02 apresenta um total de 3568 pessoas. Cada equipe é composta por: uma médica, duas enfermeiras, cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e uma odontóloga. Em relação ao número de técnicas de enfermagem, a equipe 01 tem uma técnica de enfermagem e a equipe 02 conta com duas técnicas. Também fazem parte da equipe da unidade uma recepcionista, uma atendente de farmácia, uma auxiliar de saúde bucal (ASB), uma auxiliar de serviços gerais e uma vigilante.

Devido à inserção da residência, a unidade conta com um quadro maior de profissionais atuantes no serviço. Assim, tem no total: quatro enfermeiras residentes; dois médicos residentes; duas odontólogas residentes; seis profissionais residentes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), dentre eles três educadores físicos, duas fisioterapeutas e uma nutricionista; e uma sanitarista residente que desempenha o papel de apoio institucional.

Além disso, possuí um preceptor (a) de enfermagem, medicina, odontologia, sanitarista e do NASF.

3.3 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

Foram utilizados como instrumentos para coleta dos dados as atas de reuniões, portfólios e registros sobre o processo de discussão para implantação do acolhimento, além do resgate à memória da autora, objetivando reunir informações da vivência em serviço, bem como levantar os nós críticos relacionados ao processo do acolhimento. Registros realizados pela equipe nos impressos utilizados durante o acolhimento serão utilizados apenas como base para ordenação cronológica do processo de implantação e orientadores para escrita do relato.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO

O relato de experiência será baseado no que dispõe a Resolução n. 510 de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde, a qual apresenta as diretrizes e normas regulamentares de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2016).

Levando em consideração o parágrafo único, que trata das pesquisas/estudos que não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP, o presente estudo não necessitará ser submetido à apreciação do comitê de ética e pesquisa, de acordo com o inciso VII desse parágrafo que traz a seguinte redação: “pesquisa que objetiva o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, desde que não revelem dados que possam identificar o sujeito” (BRASIL, 2016).

Assim, o estudo não será submetido ao CEP, todavia serão levados em consideração todos os aspectos éticos para sua construção.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO: a exposição da trajetória

A seguir será exposta toda trajetória para construção do processo de implantação do acolhimento. Para melhor compreensão subdividimos em algumas categoriais, porém, vale ressaltar que este não foi um processo bem delimitado e que muitos dos aspectos que serão relatados aconteceram simultaneamente.

4.1.1 ACOLHIMENTO: os primeiros passos

O processo de implantação do acolhimento na Unidade de Saúde da Família estudada começou em abril de 2015, quando os residentes adentram no serviço e tiveram como orientadores os preceptores, em especial a preceptora de medicina, a qual já tinha experiência com o acolhimento na Atenção Primária.

Inicialmente, mantivemos as consultas que já haviam sido agendadas para os profissionais que estavam anteriormente no serviço e, nos momentos de reunião com a equipe e discussões pedagógicas, pensávamos como ofereceríamos a assistência para a demanda agendada e, principalmente para demanda espontânea.

A partir das primeiras semanas, planejamos e reformulamos as agendas de acordo com a percepção dos profissionais residentes e preceptores. Esta foi repensada paulatinamente à medida que os profissionais se apropriavam mais das informações sobre perfil epidemiológico, perfil de procura, tempo médio gasto nas consultas, entre outros aspectos referentes ao conhecimento da comunidade.

Quanto à demanda espontânea, nesse início rápido de implantação do acolhimento, utilizamos uma modelagem provisória, mais baseada na vivência prévia da preceptora de medicina, para acolher essa demanda que procurava o serviço diariamente. Para isso, utilizamos uma ficha de registro para cada escuta, a qual foi posteriormente utilizada para uma avaliação dos principais motivos de procura ao serviço, das respostas dadas pela equipe, os dias e horários de maior procura, o que, junto com os relatos dos usuários atendidos no acolhimento, foi nos guiando para ir modificando e adequando nossa modelagem de acordo com as necessidades da demanda e dos recursos humanos e materiais. Nesses primeiros dias

de apropriação do serviço notamos que a maioria das pessoas que frequentava a unidade ainda era daqueles usuários que estavam com consulta agendada ou que queriam agendar consultas.

Cerca de três semanas após o início das atividades da residência na unidade, os servidores do município deflagraram uma greve. Desse modo, no período de maio e junho de 2015, não tivemos condições de manter as atividades assistenciais pela ausência dos servidores municipais, mantendo atividades de reuniões organizacionais e de planejamento, além de outras discussões pedagógicas. Com isso, tivemos espaços para uma discussão efervescente sobre o acolhimento, considerando este o início do processo de implantação de forma mais estruturada do que viria a constituir o acolhimento na unidade.

Diante desse contexto, durante a greve, procuramos discutir o tema do acolhimento: o que é; para que serve; qual a importância para a atenção primária; como operar; dentre outros diversos pontos abordados em reuniões semanais, onde cada um foi contribuindo a partir de suas experiências com o tema e da leitura de materiais.

4.1.2 A CONSTRUÇÃO DA MODELAGEM

Após diversas discussões, utilizando como um dos principais referenciais teóricos os Cadernos da Atenção Básica n. 28 vol. I e II, foi elaborado um documento com a modelagem própria para o acolhimento. Assim, dividimos as atribuições dos responsáveis pelo acolhimento entre coordenador e os profissionais responsáveis pela escuta, compondo, dessa forma, a equipe do acolhimento. Essa equipe ficava com as agendas reservadas exclusivamente para o acolhimento à demanda espontânea. O coordenador permanecia durante todo o período na sala de espera dos usuários, em frente à sala onde era realizado o acolhimento, identificando e priorizando a escuta e atendimento dos casos de acordo com a classificação de risco, essa última também discutida e elaborada posteriormente pela equipe, a partir da necessidade vivenciada. Além disso, ficava responsável pela coordenação do fluxo da unidade; organização da demanda; avaliação da resolutividade do acolhimento do dia; e a realização de sala de espera explicando o que é o acolhimento e como estava organizado o fluxo da unidade, bem como dar respostas para casos mais rápidos, como uma orientação sobre a rede ou sobre o serviço, de modo a não burocratizar o acesso à informação.

Os demais profissionais escalados ficavam responsáveis pela chamada primeira escuta dos usuários. Essa denominação foi utilizada para os profissionais que recebiam os

pacientes a partir da classificação do coordenador, em uma das salas da unidade. Devido à falta de salas disponíveis para realização dessa primeira escuta, esta era realizada no auditório da unidade, o qual era dividido em ilhas de acordo com o quantitativo de profissionais escalados. Algumas vezes era utilizada a sala de coleta para realização dessa primeira escuta ou a partir da identificação de que o caso necessitava de uma escuta individualizada, o mesmo profissional esperava uma sala que estivesse sem atendimentos, no consultório médico, de enfermagem ou, ainda, realizava na sala de vacina e/ou de coleta, uma vez que não havia coleta de exames durante esse período.

Além disso, identificando as demandas e no caso de não resolutividade por parte da primeira escuta ou necessidade de atendimento no dia/turno/urgente, ou ainda, quando fugir da competência desse profissional (por exemplo: troca de receita de método contraceptivo que deverá ser aplicado ou iniciado uso no mesmo dia, sem que na escala de acolhimento daquele turno houvesse profissional prescritor), o mesmo encaminha o usuário para a chamada segunda escuta com outro profissional da equipe, de preferência o que compõe a equipe da área de abrangência do usuário, para favorecer o vínculo e a continuidade do cuidado. A segunda escuta era caracterizada pela complementação da escuta por um atendimento de outro profissional (médico ou de enfermagem ou de odontologia ou de profissional do NASF) no mesmo dia ou turno, dependendo de cada caso. Por vezes, era realizada uma consulta compartilhada entre os dois profissionais garantindo o matriciamento e o aprendizado no manejo com as questões que o usuário demandava.

Dessa forma, na modelagem do acolhimento foi pactuada uma escala dos profissionais sem considerar a equipe que o mesmo faz parte, definindo no mínimo dois profissionais na escuta e um coordenador no turno matutino e no mínimo um profissional no período vespertino, pois a demanda era menor. Ou seja, ficou definida uma equipe de acolhimento em cada dia da semana, sendo que os demais profissionais que não estavam escalados permaneciam com suas atividades programadas, só atendendo em casos que necessitassem a intervenção de uma segunda escuta, ou quando o acolhimento estava com uma demanda maior do que a capacidade de profissionais.

Neste contexto, podemos afirmar que a modelagem criada foi mais próxima da modelagem do tipo equipe de acolhimento do dia¹ do Caderno 28 volume 1 (BRASIL, 2013,

¹ “Equipe de acolhimento do dia: em unidades com mais de uma equipe, o enfermeiro e/ou técnico de enfermagem de determinada equipe ficam na linha de frente do acolhimento, atendendo os usuários que chegam

p.29). Porém, adaptamos a realidade da unidade e de forma a favorecer o processo de adesão e vínculo do usuário. Também não houve definição de qual categoria profissional ficaria responsável pela primeira escuta, mesclando componentes da equipe 1 e 2, equipe mínima e profissionais do NASF. Já a segunda escuta estava condicionada ao núcleo de conhecimento que atendia às especificidades da demanda apresentada pelo usuário.

No entanto, mesmo fazendo analogia com essa modelagem do caderno, alguns aspectos são completamente diferentes, pois não fizemos referências a profissionais que ficariam na “linha de frente” e os que ficariam na “retaguarda”. Dessa forma, o médico não ficava só na retaguarda clínica, este era escalado tanto para primeira escuta quanto para coordenação, entendendo que todos fazem parte da equipe e que é papel de todos acolher, dar informações, escutar e cuidar dos usuários de modo amplo, para além de consultas e procedimentos biomédicos.

Nas diversas funções do acolhimento era possível desenvolver competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) das dimensões de assistência à saúde (escuta qualificada, atendimento centrado no usuário, condutas clínicas), gestão a saúde (compreensão e corresponsabilização pelo funcionamento da USF e da rede) e educação em saúde (com usuários e matriciamento com os colegas). Além disso, passar pelas funções do acolhimento independente do núcleo de formação, contribuía para a horizontalidade entre os profissionais e desconstrução do modelo médico centrado, uma vez que todos os profissionais poderiam acolher e dar respostas à demanda dos usuários de modo resolutivo com seu conhecimento de núcleo e de campo, ou, em alguns casos, solicitando apoio de outro colega por meio de segunda escuta.

De acordo com o Caderno 28 da Atenção Básica, volume I, notamos que a principal desvantagem desse tipo de acolhimento criado é a dificuldade de uma maior aproximação e criação de vínculo entre a equipe e a população adscrita, o que requer uma maior aproximação e comunicação intensa entre as equipes da unidade (BRASIL, 2013). Todavia, notamos que acaba por fortalecer o vínculo com a equipe da unidade, conseqüentemente leva a uma

por demanda espontânea de todas as áreas/equipes da unidade. O médico da equipe do acolhimento do dia fica na retaguarda do acolhimento. Todos os profissionais da equipe de acolhimento ficam com suas agendas voltadas exclusivamente para isso. Os profissionais das outras equipes da unidade, quando não estão “escalados”, não precisam reservar agenda para o acolhimento, somente atendendo aos casos agudos em situações excepcionais em que a quantidade de pessoas com tal necessidade exceder a capacidade de atendimento da equipe do acolhimento do dia” (BRASIL, 2013, p. 29-31).

ampliação do acesso a qualquer profissional, tendo em vista que determinado profissional que compõe a equipe de referência do usuário pode não estar presente e com isso, esse mesmo usuário poderá ser atendido por outro que não compõe sua equipe de referência.

Além disso, notamos causar certa “confusão” para o usuário, pois muitas vezes são atendidos por um profissional no acolhimento e depois agendados para outros, além de alguns usuários acessarem a unidade em dias que determinado profissional estava escalado. Assim, para suprir essa dificuldade, intensificamos as discussões e comunicação entre as equipes. E na perspectiva do usuário, as orientações e explicações sobre essa proposta de modelagem acabou por levá-los a compreender o papel dos profissionais do acolhimento e como a saúde da família de forma geral e o acolhimento na unidade estavam organizados.

Nesse início, no momento de fazermos as escalas e nas discussões sobre quem poderia ser inserido nessa escala, cogitamos a possibilidade de contar com a ajuda dos outros trabalhadores da unidade, porém não foi possível, pois estes afirmavam que não concordavam com o acolhimento porque estava transformando a unidade em pronto atendimento, que tinham muitas atribuições e que não conseguiriam se colocar, ou, ainda que já faziam acolhimento em outros espaços, mas que não poderiam se inserir na escala. Os residentes e preceptores consideraram como um fator contribuinte para a não adesão de outros profissionais à escala, alguns conflitos relacionais entre os servidores que remanesceram na unidade e a equipe de residentes que estava chegando, por conta desse processo de mudança de equipes. Com isso, o processo de implantação ocorreu com uma maior colaboração e participação dos residentes e preceptores. Todavia, aos poucos os ACS (Agentes Comunitários de Saúde) e os outros trabalhadores (técnico, vigilante) foram se inserindo e sendo convidados a auxiliar no processo.

4.1.3 ELABORAÇÃO DOS DOCUMENTOS, IMPRESSOS E DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Tendo como objetivo o estabelecimento de uma linguagem/ação comum a todos, que ampliasse o acesso de modo qualificado e resolutivo, foi elaborado um documento, o qual serviria de guia para todos os profissionais. Neste consta as atribuições dos profissionais escalados, quantos profissionais devem ser escalados; como proceder diante das principais

demandas, tais como: avaliação e solicitação de exames; no caso de suspeita de gestação e gestação confirmada; renovação de receitas; “troca” de exames e receitas do serviço particular para o SUS, além de outros aspectos como as fichas de registros, o fluxograma de acesso para o usuário e a classificação de risco.

Nesse contexto, foi elaborada uma ficha para registro do profissional escalado para primeira escuta (APÊNDICE A) e uma ficha para a coordenação do acolhimento (APÊNDICE B). A ficha de registro para o profissional responsável pela escuta consta: a data, a hora de chegada e horário da escuta; a identificação; qual a demanda apresentada pelo usuário e a resposta dada ao usuário. Vale ressaltar que essa ficha não excluía os registros em prontuário. Esta foi elaborada com objetivo de ser um registro rápido e simples de informações chaves para a constante avaliação do acolhimento: perfil de procura, respostas dada pela equipe, número de pessoas que foram encaminhadas para segunda escuta, o que possibilitou posterior elaboração de um diagnóstico situacional e avaliação da demanda e da construção do processo de acolhimento na unidade, bem como para construção de relatórios, reflexões, análises e trabalhos sobre o acolhimento.

Também houve a criação de um fluxograma de acesso (APÊNDICE C) para os usuários com o objetivo de explicar sobre o novo modelo, uma vez que, antes da implantação da residência, os usuários estavam habituados a tentarem ser acolhidos através da recepção, solicitando acesso ao médico, ou, muitas vezes, ao “bater na porta” do médico e/ou enfermeiro e/ou dentista para tentar um atendimento “extra”.

Nesse aspecto, após colocar em prática algumas pactuações, de modo a qualificar e alinhar com toda a equipe a avaliação de prioridades de atendimentos, para garantir atendimento mais breve para aqueles que mais precisam, a equipe sentiu a necessidade de discutir junto ao corpo pedagógico da residência a classificação de risco na Atenção Primária. Utilizou alguns referenciais teóricos, principalmente o Caderno da Atenção Básica n. 28 vol. 2, a análise da demanda através das fichas de registro e a vivência dos profissionais para construir a classificação de risco (APÊNDICE D). Esta divide as situações mais comuns de procura pelo serviço em: situações não agudas, que não necessitam de avaliação no mesmo dia, classificadas como azul; e situação aguda e crônica agudizada, que precisam ser avaliadas no mesmo dia, classificadas em verde, amarelo e vermelho, com suas respectivas definições e situações mais comuns. Independente da gravidade biológica foi recomendado sempre valorizar a vulnerabilidade e a subjetividade do usuário para se definir a brevidade do seu

atendimento em conjunto com o mesmo. Além disso, se reforçou a necessidade de singularizar e de lidar com o imprevisto, pois muitas situações não são passíveis de previsão e pactuação prévia.

4.1.4 O ACOLHER COLOCADO EM PRÁTICA E SEU CARÁTER CONTÍNUO

Passada a fase de organização e elaboração dos fluxos, escala de profissionais e impressos, o acolhimento enquanto serviço foi posto em prática em julho de 2015, considerando que o acolhimento enquanto postura já existia na unidade. Isso porque, foram temas bem recorrentes durante as discussões, fazendo com que os residentes e demais trabalhadores da unidade entendessem o acolhimento além de um serviço e/ou procedimento. Ou seja, foi um processo contínuo de amadurecimento da postura dos profissionais em formação e dos demais trabalhadores do serviço. Vale ressaltar que ocorreu o término da greve geral dos servidores no mesmo período, o que acabou possibilitando um tempo mais protegido para elaboração e qualificação da proposta, todavia não caracteriza um momento de estaque para ocorrer sua elaboração, pois foi um processo contínuo e praticado aos poucos no cotidiano do serviço.

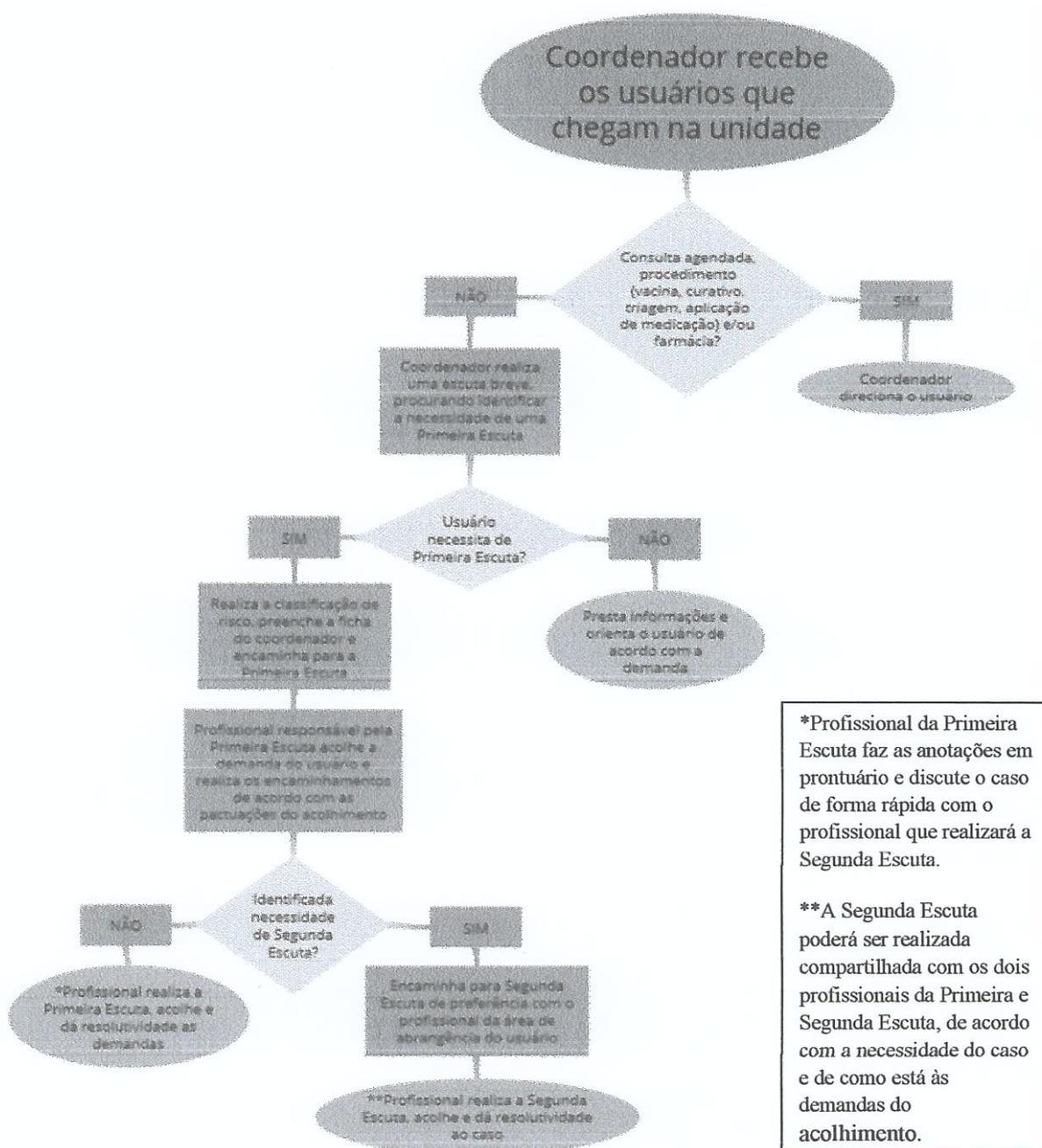
No que tange a informação ao usuário sobre a nova proposta de acolher a demanda, foi pensado e organizada várias estratégias para informá-los como estava acontecendo o fluxo de acesso em decorrência da implantação do acolhimento. Foi perceptível que aquelas pessoas que tinham mais acesso ao serviço, fosse por conta de maior proximidade com algum funcionário ou por facilidade de chegar primeiro na unidade no dia da marcação, reclamavam do acolhimento. No entanto, os relatos da maioria dos usuários atendidos durante o acolhimento ou nas consultas e encontros eram de elogios à nova proposta. Alguns reclamavam da demora em serem escutados, devido a grande demanda e também a nossa inexperiência no manejo com esses usuários. Afinal, também era uma nova proposta para a própria equipe organizar o seu processo de trabalho.

Apesar da greve dos servidores ter facilitado o início da implantação, todo processo de organização e planejamento foi realizado durante a rotina do serviço, valorizando as reuniões de equipe como espaços potentes nesse aspecto. Assim, o processo de implantação do acolhimento enquanto dispositivo de organização do acesso ocorreu no período explicitado. Todavia, desde quando aconteceu é revisto, reavaliado, analisado e sempre entra

como pauta em reuniões. No início, a partir das primeiras experiências, modificamos as fichas acrescentando novas informações e pactuamos avaliações mensais.

A seguir apresentamos o fluxograma do acolhimento aos usuários (Figura 1), para melhor compreensão dos papéis de cada profissional e de como ocorre o acolhimento na unidade:

Figura 1: Fluxograma de Acolhimento aos Usuários numa USF do município de Camaçari/BA



4.2 AMPLIAÇÃO DO ACESSO E DA DEMANDA

A implantação do acolhimento na unidade trouxe uma maior demanda para o serviço, na medida em que os usuários foram se aproximando cada vez mais do novo processo de trabalho. Antes da implantação observávamos uma unidade com poucas demandas e frequentada por alguns poucos usuários, os quais em seu discurso relatavam que a unidade não tinha médico e por isso, era “pouco frequentada”, tendo em vista que ainda prevalece enraizado o modelo biomédico no imaginário social. Além disso, muitos usuários chegavam solicitando atendimento com pediatra e ginecologista, principalmente em relação aos atendimentos de enfermagem com realização dos preventivos, em consequência da prevalência na comunidade do modelo centrado no médico e nas especialidades.

Assim, construímos cartazes explicando como se daria o processo de acolhimento na unidade, como seria o fluxo do usuário no serviço. Fizemos salas de espera e reuniões comunitárias com o objetivo de divulgar e informar a população sobre o processo de implantação do acolhimento. No início foi perceptível que alguns não gostaram muito da ideia, outros elogiaram, tendo em vista que algumas de suas demandas mais urgentes seriam resolvidas mais rápido.

Em estudo realizado por Takemoto e Silva (2007) trazem que a ampliação do acesso constitui um dos objetivos do acolhimento e constataram que a implantação do acolhimento nas unidades por eles pesquisada garantiu uma ampliação do acesso aos serviços, com diminuição e eliminação de filas para marcações e a incorporação de uma parcela da população que estava excluída da unidade quando havia o funcionamento pela lógica de filas e distribuição de senhas. Nesse aspecto, foi observado que houve a eliminação de filas para marcações na unidade, uma vez que além das consultas agendadas, o acesso aos profissionais era facilitado diariamente pelo acolhimento de acordo com a ordem de prioridades.

Todavia, não foi apenas “acessar por acessar” e aumentar a demanda, mas ocorreu um processo contínuo e favorável para formação de vínculo, principalmente quando falamos dos residentes, pois éramos novos profissionais que estavam adentrando a unidade de saúde e por isso, necessitávamos construir uma relação mais próxima com a comunidade.

Ademais, a ampliação do acesso permitiu a assistência a pessoas que não agendavam consultas por vários motivos, como por exemplo a baixa motivação para autocuidado, problemas familiares, psicológicos, entre outros. Dessa forma, possibilitou a identificação de

vulnerabilidades escondidas na comunidade, corroborando com Brunello e outros (2010) quando afirmam sobre o reconhecimento dos reais problemas de saúde da população. Também possibilitou prestar assistência em situações agudas, aumentando a resolutividade, a credibilidade do serviço e o vínculo dos usuários com a USF.

No entanto, a inclusão de parcela significativa da população que se encontrava desassistida, acabou por gerar uma sobrecarga de trabalho e conseqüentemente tornando-o mais desgastante, tanto do ponto de vista emocional quanto físico. Tendo em vista que a responsabilidade assumida no acolhimento pode representar um sofrimento para o profissional, principalmente quando foge à sua capacidade de resolução. Diante disso, podemos corroborar com o que Takemoto e Silva (2007) trazem em seu estudo:

“Os trabalhadores assumem maiores responsabilidades, alguns, inclusive, como vimos, sentem-se valorizados e reconhecidos por isso; todavia essas responsabilidades podem representar um sofrimento. Pessoas que escolheram o trabalho de cuidar de outras pessoas, ajudando-as, que entendem que seu objetivo é “melhorar a vida das pessoas”, “ajudar os pacientes”, “fazer com que eles fiquem mais saudáveis” etc., veem-se “acolhendo” muitos problemas de muitas pessoas, mas, frequentemente, sentem-se incapazes de resolvê-los. E, na maior parte do tempo, não contam com apoio institucional e supervisão para trabalhar tais questões. (TAKEMOTO; SILVA, 2007 p. 337)”.

Logo, pudemos vivenciar muitos momentos de angústias e sofrimentos por não conseguir dar respostas efetivas a todas as pessoas que chegavam para serem acolhidas. Além disso, como fazemos parte de um programa de residência que objetiva a formação em serviço e estávamos com “todo o gás” para tentar resolver todo e qualquer problema que se apresentava, foi fundamental o trabalho dos preceptores e tutores em rodas pedagógicas e no cotidiano dos serviços para a desconstrução de que não poderíamos “abraçar o mundo” e que temos que enquanto profissionais fazer o que é justo e necessário, levando em consideração o sujeito, a clínica ampliada, os determinantes sociais e os princípios éticos e do SUS.

Segundo Lopes e outros (2015), ao estudarem as relações entre profissionais e usuários na atenção primária, a construção de vínculos pode se configurar de forma tão intensa que acaba por levar alguns profissionais a sentirem dificuldades de negar ações para os usuários, configurando-se uma reciprocidade assimétrica e negativa, na medida em que podem aparecer “nas relações entre profissionais e usuários que desejam que seus problemas sejam resolvidos de forma ágil e da maneira que os mesmos esperam”, às vezes valendo-se disso para querer preferências (LOPES *et al*, 2015, p. 120).

Dessa forma, ao mesmo tempo em que fortalecemos o vínculo com a comunidade, a partir da implantação do acolhimento, vivenciamos conflitos geradores de sofrimentos tanto

em relação a não conseguir resolver o problema de todos os usuários, seja devido a grande demanda ou a falta de resolubilidade em outras instâncias, quanto em relação à dificuldade de alguns usuários compreenderem que a criação do vínculo não “dava o direito de requerer certos privilégios”.

4.3 ACOLHIMENTO: DESAFIOS E SUPERAÇÕES NA PRÁTICA COTIDIANA DO SERVIÇO

Organizar e reordenar o acolhimento à demanda espontânea em uma Unidade de Saúde da Família não é tarefa fácil, pois os usuários que chegam à Unidade trazem muitas demandas, necessidades e angústias, as quais vão muito além do que uma simples cefaleia que precisa de uma medicação (SOUZA; LOPES, 2003). Lidar com o imprevisto a respeito da saúde das pessoas descortina uma série de problemas familiares, sociais, emocionais, que muitas vezes requer do profissional o desenvolvimento de estratégias criativas e com o acionamento da rede formal e informal, interna e externa à unidade.

O acolhimento, principalmente quando se fala em demanda espontânea constitui um dispositivo que precisa ser valorizado dentro dos serviços de saúde e, principalmente da Atenção Primária. Portanto, não é de menor importância também aqueles usuários que desejam cuidado, mas não se adequam ao modelo de agendamento de consultas: comparecem em demanda espontânea apenas e, se esse encontro não for valorizado, perde-se uma oportunidade de cuidado a usuários muitas vezes negligenciados por todo sistema.

Além disso, o acolhimento da demanda espontânea evidencia necessidades da comunidade, do território, aponta falhas no próprio serviço, barreiras de acesso muitas vezes invisíveis e falhas da rede, o que se torna uma oportunidade para reordenamento das práticas e serviços. Também acaba por desafiar o profissional a estar sensível na busca de formas de acolher diferentes daquelas em que os usuários passam horas na fila para tentar uma vaga, uma ficha, independente da gravidade de sua situação (SOUZA; LOPES, 2003). Diante disso, com o acolhimento pudemos refletir sobre formas menos burocratizadas de acesso que pudessem garantir necessidades que não poderiam esperar para uma consulta agendada que muitas vezes à espera é maior que um mês.

Segundo Franco, Bueno e Merhy (1999) o primeiro problema enfrentado na implantação do acolhimento diz respeito ao medo de encarar o novo, o desconhecido, concomitante a isso, surge o temor da falsa noção de que a UBS/USF torne-se uma unidade de pronto atendimento. Isso foi vivenciado na experiência com a implantação do acolhimento. Quando a proposta de estruturação de uma modelagem para atendimento à demanda espontânea começou a ser pensada, alguns residentes e servidores questionaram sobre a confusão que essa mudança geraria e que poderia acabar se tornando uma UPA (Unidade de Pronto Atendimento).

A rede desestruturada e pouco resolutiva onde os usuários acabam por retornar ao serviço em decorrência de não conseguir acesso à medicação, procedimentos, consulta com especialistas e exames também é outro fator desafiante para o acolhimento. Por muitas vezes o usuário era acolhido e diante da necessidade de ser encaminhado para realização de algum exame e/ou procedimento, encontrava dificuldades, e acabava retornando tardiamente, o que impedia a realização de um diagnóstico precoce, aqui podemos exemplificar casos de gestantes que aguardavam muito tempo para realizar os exames preconizados, ou até mesmo passando todo o período gestacional sem realizar exames básicos de laboratório, casos de pacientes que precisavam de procedimentos odontológicos especializados e tinham acesso dificultado em consequência das barreiras encontradas em outros serviços.

Outro desafio a ser superado com a implantação do acolhimento foi à desconstrução da medicalização e do modelo centrado em especialidades. Muitos usuários chegavam solicitando medicações e receitas, solicitações de exames e encaminhamentos para especialidades médicas. Algumas mulheres se recusavam veementemente a fazer exame citopatológico do colo do útero com as enfermeiras, pois só queriam consulta com ginecologista da Unidade Básica de Saúde próxima, que não tem ESF, e funciona com ginecologista, pediatra e clínico.

Nesse aspecto, iniciou-se um processo contínuo de desconstrução do modelo biomédico, valorização da Atenção Primária, bem como o empoderamento do direito à saúde. Isso tudo em decorrência de constante informação e provocação no sentido de levar o usuário a reflexão sobre o processo saúde doença, tendo sido fundamental as reuniões de comunidade, geradoras de discussões e reflexões. Podemos citar uma dessas reuniões realizadas há cerca de um ano do início da implantação, onde ocorreram falas de usuários que defendiam o acolhimento, entendendo o papel da equipe, valorizando o trabalho de todos os outros

profissionais, o que ocasionou na diminuição de pedidos de encaminhamentos para especialidades, como ginecologistas e pediatras.

Ademais, os espaços pedagógicos da residência trouxeram uma desconstrução e superação desse modelo biomédico e medicalizante por parte dos próprios residentes, ocasionando uma reflexão crítica constante sobre o nosso papel e postura nesse processo, bem como a importância do trabalho multiprofissional.

Assim, o empenho de todos os profissionais para realizar um trabalho em equipe na proposta que Peduzzi (2011) traz como equipe integração, na qual todos os agentes articulam seu saber com o objetivo que a humanização aconteça, foi outro aspecto desafiador para a equipe de residentes. Dessa forma, foram realizadas diversas reuniões na própria unidade e em espaços pedagógicos (tutorias) para discussão da melhor forma de realizar uma integração de saberes e um trabalho em que todos os envolvidos pudessem colaborar para o atendimento das demandas dos usuários e procurando solicitar ajuda aos demais colegas em caso de faltas no seu turno de escala para o acolhimento e/ou quando existiam muitos usuários para serem escutados. Além disso, a proposta da realização de consultas compartilhadas, quando o usuário era atendido ao mesmo tempo por dois ou mais profissionais de categorias profissionais diferentes, foi um fator de fortalecimento na construção de uma equipe integrada.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Estratégia Saúde da Família busca uma maior aproximação do processo saúde doença da comunidade e do território, com ações baseadas na promoção e prevenção, além da recuperação da saúde dos indivíduos, tendo a família e o entendimento dos aspectos biopsicossocioculturais como centros do cuidado.

Dessa forma, pudemos vivenciar que a implantação do acolhimento enquanto um serviço de reorganização do trabalho trouxe uma maior valorização da demanda espontânea e, conseqüentemente de aspectos referentes ao vínculo, ao constante desenvolvimento de uma escuta qualificada, baseada no entendimento das necessidades do usuário, bem como o fortalecimento da Atenção Primária como porta de entrada ordenadora das Redes de Atenção à Saúde.

A partir das diversas discussões para iniciar o processo de implantação e da vivência, pudemos observar que organizar o acolhimento é uma tarefa que requer o envolvimento de todos os profissionais com o objetivo comum de construir um fluxo que favoreça a aproximação do usuário com o serviço, que seja resolutivo e valorize a demanda espontânea.

É notório que a implantação do acolhimento ampliou o acesso, com aumento significativo da demanda, o que conseqüentemente ocasionou numa sobrecarga de trabalho e desgaste físico e emocional do profissional. Neste contexto, podemos refletir sobre o quantitativo de profissionais das unidades de saúde em comparação com a unidade na qual está experiência ocorreu, onde contávamos com um maior número de profissionais em decorrência do programa de residência. Dessa forma, a dificuldade de recursos humanos constitui uma barreira à proposta do acolhimento.

A implantação do acolhimento desafia a lógica predominante e enraizada no modelo de organização dos serviços na Atenção Primária, baseado em filas e atendimentos por ordem de chegada e, por muitas vezes, desvalorizando a demanda espontânea. Assim, a partir da vivência superamos o medo pelo novo, a desconstrução do modelo médico hegemônico, a fragmentação da assistência, através do fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional. No entanto, ainda prevalece o desafio constante de superar a sobrecarga física e emocional. Para isso, algumas propostas foram implantadas na unidade, como a do Cuidando do Cuidador para os trabalhadores da unidade e o grupo de Relaxamento, sendo que este último com a proposta de ser acessível tanto para usuários quanto para profissionais.

Assim, a partir da experiência podemos concluir que a implantação do acolhimento à demanda espontânea nas unidades de Atenção Primária exigiu um esforço e envolvimento de todos para acontecer, constituindo um processo contínuo, pois os pactos nunca estão prontos e acabados e por mais que o perfil epidemiológico da comunidade tenha permanecido praticamente inalterado no período, os profissionais mudam, situações novas provocam reflexões e tudo está em constante avaliação e reformulação tanto nas reuniões de equipe, quanto nos espaços pedagógicos.

REFERÊNCIAS

AFFONSO, P. H. B.; BERNARDO, M. H. A vivência de profissionais do acolhimento em unidades básicas de saúde: uma acolhida desamparada. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v.13 supl.1, p. 23-43, 2015.

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, p. 150-153, ago. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v5n9/12.pdf>> Acesso em 28 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde. (Série B. Textos Básicos de Saúde). 72 p. 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde (Série E. Legislação em Saúde), 110 p. 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, (Cadernos de Atenção Básica), v1, n.28, 56 p. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 07 out. 2016.

BRUNELLO, M. E. F. et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta Paul Enferm**, v. 23, n.1, p. 131-135, 2010.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim. Minas gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr./jun. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0319.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2016.

GARUZI, M. et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev. Panam Salud Publica**, v. 35, n. 2, p. 144-149, 2014.

HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em Saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 132 p. 1997.

LOPES, A. S. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 114-123, jan./mar. 2015.

MAYNART, W. H. C. et al. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. **Acta Paul Enferm.** v. 27, n.4, p. 300-304, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n4/1982-0194-ape-027-004-0300.pdf>> Acesso em 28 nov. 2016.

MINAYO, M. C. de S. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. de S. (orgs.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 30 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011. cap. 3. p. 61-77.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública**, v.35, n. 1, p. 103-109, 2001. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf>> Acesso em 10 dez. 2016.

RAIMUNDO, J. S.; CADETE, M. M. M. Escuta qualificada e gestão social entre os profissionais de saúde. **Acta Paul Enferm.**, v. 25, n. 2, p. 61-67, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe2/pt_10.pdf> Acesso em 28 nov. 2016.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, no./dez. 2005. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>> Acesso em: 02 nov. 2016.

SOUZA, A. C.; LOPES, M. J. M. Acolhimento: responsabilidade de quem? Um relato de experiência. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, RS, v. 24, n.1, p. 8-13, abr. 2003.

SOUZA, S. L.; MELO, L. G. Acolhimento aos usuários de crack de um centro de Atenção Psicossocial: os sentidos atribuídos pelos trabalhadores. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** [online], Ribeirão Preto/SP, v.11, n.4, p. 181-189, out./dez. 2015.

Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/116775/114496>>. Acesso em: 07 out. de 2016.

TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 331-340, fev., 2007.

TESSER, C. D.; NETO, P. P.; CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 3615-3624, 2010.

VECCHIA, M. D. **Trabalho em equipe na atenção primária à saúde: fundamentos histórico-políticos**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012.

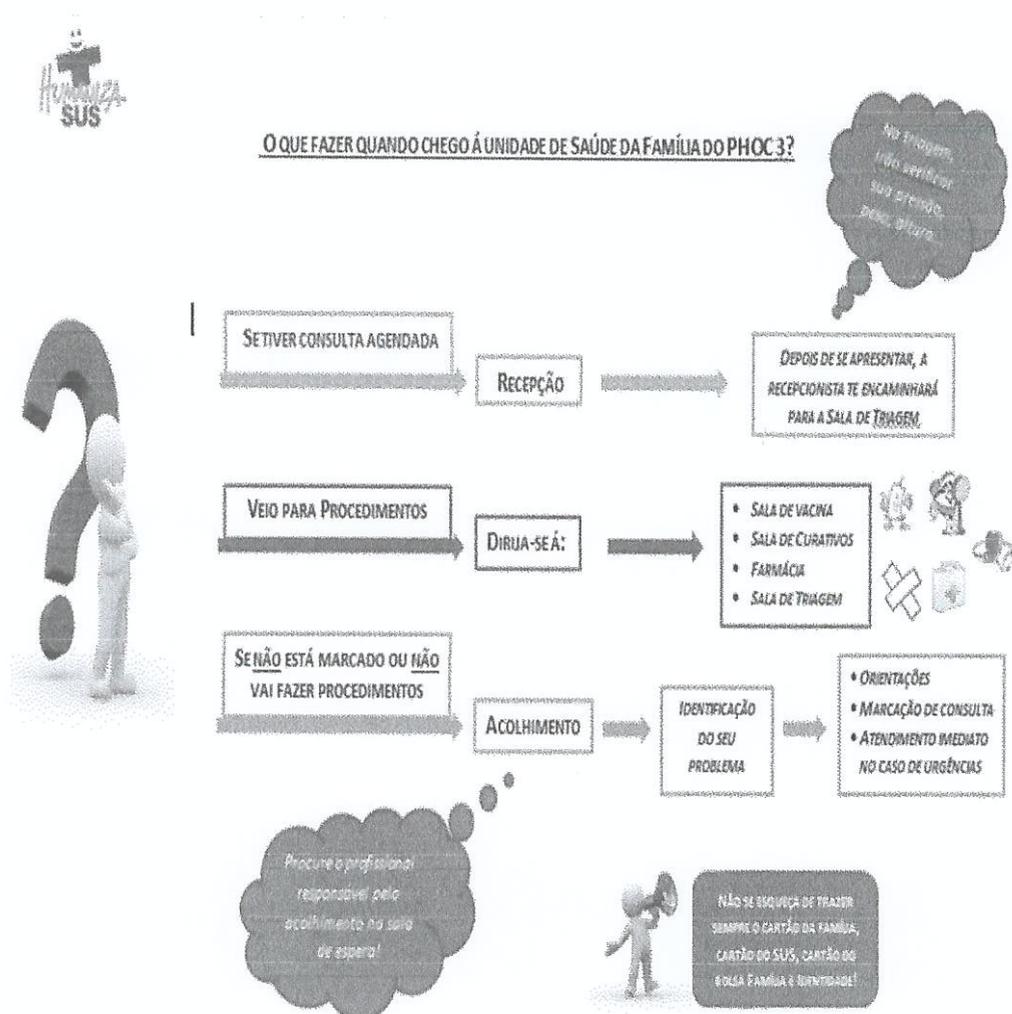
APÊNDICES

APÊNDICE A – Impresso para Primeira Escuta*

DATA: ____/____/____		HORÁRIO DE CHEGADA: ____ H		HORÁRIO DA ESCUTA: ____ H	
1) IDENTIFICAÇÃO					
NOME: _____		D.N.: ____/____/____		SEXO: _____	
ENDEREÇO/PRONTUÁRIO.: _____			ÚLTIMA VD ACS: _____		
CARTÃO DO SUS: _____		TEM CARTÃO DA FAMÍLIA? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
2) DEMANDA					
a. MARCAÇÃO DE CONSULTA (); b. MARCAÇÃO DE CONSULTA PARA TERCEIROS (); c. SOLICITAÇÃO DE VISITA DOMICILIAR ();					
Se a ou b: MARCAÇÃO POR PROGRAMA? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> , se Sim , qual? _____					
Se b ou c, para quem (familiar, vizinho etc)? _____					
d. RENOVAÇÃO DE RECEITAS (); e. AVALIAÇÃO DE EXAMES (); f. SOLICITAÇÃO DE EXAMES (); g. RELATÓRIO/ATESTADO ();					
h. ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALISTA (); i. "TROCA" DE EXAMES/RECEITAS DO PARTICULAR PARA GUIA DO SUS ();					
j. QUEIXA(S) (), quais? _____; l. OUTRA DEMANDA (), qual? _____					
Se j, classificar risco: Azul <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/>					
3) RESPOSTA POSITIVA					
Realizado(s): a. <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/> d. <input type="checkbox"/> e. <input type="checkbox"/> f. <input type="checkbox"/> g. <input type="checkbox"/> h. <input type="checkbox"/>					
Se j ou identificação de condições que requerem vigilância* ou ações programáticas atrasadas* previstas:					
*Especificar: _____					
ATENDIMENTO NO DIA (VERDE) (); ATENDIMENTO PRIORITÁRIO (AMARELO) (); ATENDIMENTO IMEDIATO (VERMELHO) ();					
OBSERVAÇÃO (); ENCAMINHAMENTO SEGURO PARA UPA/EMERGÊNCIA (); REMOÇÃO (); MEDICAÇÃO FEITA NA UNIDADE ();					
TESTE RÁPIDO (); OUTRA (), qual? _____ RESP. PELO ATENDIMENTO _____					
R. PELO ACOLHIMENTO: _____					

*Material elaborado pelas equipes da USF, 2015.

APÊNDICE C – Fluxograma de Acesso do Usuário*



*Material elaborado pelas equipes da USF, 2015.

APÊNDICE D – Classificação de Risco*

SITUAÇÕES NÃO-AGUDAS		
<ul style="list-style-type: none"> • Orientação sobre as ofertas da unidade. • Agendamento/programação de consultas ou intervenções. <p>Contudo, vale salientar que o tempo para o agendamento deve levar em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico da queixa.</p> <p>Caso ao tempo de espera seja incompatível com a necessidade do paciente, passar a situação para o profissional da equipe.</p>		
SITUAÇÃO AGUDA E CRÔNICA AGUDIZADA		
VERDE	AMARELO	VERMELHO
<p>Definição: Atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante): situação que precisa ser manejada no mesmo dia pela equipe levando em conta a estratificação de risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial. O manejo poderá ser feito pelo enfermeiro e/ou médico e/ou odontólogo ou profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) dependendo da situação e dos protocolos locais.</p>	<p>Definição: Atendimento prioritário (risco moderado): necessita de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertada inicialmente medidas de conforto por qualquer profissional até a nova avaliação do profissional mais indicado para o caso. Influencia na ordem de atendimento.</p>	<p>Definição: Atendimento imediato (alto risco de vida ou desconforto intenso, ou alta vulnerabilidade): necessita de intervenção da equipe no mesmo momento.</p>
<p>Situações:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Disúria -Tosse aguda sem sinais de risco (dispneia, sibilo ou febre) -Lesões de pele > 48h -Renovação de receitas, atestados, relatórios. -Dor leve -Condições que requerem vigilância: sinais de desnutrição, suspeita de hanseníase ou tuberculose (, suspeita da DST. -Ações programáticas atrasadas: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pré-Natal: atendimento em até uma semana (conversar com profissional responsável). 2 Hiperdia: renovar receita até o dia do agendamento. 3. Planejamento Familiar -Queixa de "Virose" - Abscesso Oral ou problemas bucais que afetem a qualidade de vida agudamente. - Gestantes sem consulta odontológica. - RN sem consulta puerpera. 	<p>Situações:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dor moderada -Vômitos e diarreia em população de risco (sem sinais de desidratação grave) -Febre sem complicação - Dispnéia - Trauma (inclusive de face) - Anticoncepção de Urgência - Sexo Desprotegido - Insônia - Suspeita de Trabalho de parto 	<p>Situações:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dor intensa -Situações de violência -Risco de suicídio -PCR -Rebaixamento de consciência ou déficit focal -Dificuldade respiratória grave - Crise convulsiva - Crise de pânico - Crises hemorrágicas - Pulpite aguda (dor de dente intensa e constante) - Risco de Anafilaxia: Lesões de pele < 48h / Edema Facial - Trabalho de parto em fase expulsiva.
Considerar vulnerabilidades		

*Material elaborado pelas equipes da USF, 2015