



Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Secretaria de Educação à Distância – SEDIS
Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde - LAIS
Programa de Educação Permanente em Saúde da Família – PEP SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**ACOLHIMENTO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JOSÉ ALVES DE
SOUZA NO MUNICÍPIO DE NOSSA SENHORA DAS DORES/SERGIPE:
REORIENTANDO AS PRÁTICAS DA EQUIPE**

ANTONIO VIEIRA NETO

NATAL/RN
2020

ACOLHIMENTO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JOSÉ ALVES DE SOUZA NO
MUNICÍPIO DE NOSSA SENHORA DAS DORES/SERGIPE: REORIENTANDO AS
PRÁTICAS DA EQUIPE

ANTONIO VIEIRA NETO

Trabalho de Conclusão apresentado ao
Programa de Educação Permanente em
Saúde da Família, como requisito parcial
para obtenção do título de Especialista
em Saúde da Família.

Orientador: MARILIA RUTE DE
SOUTO MEDEIROS

NATAL/RN
2020

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	4
2	RELATO	DE 5
	MICROINTERVENÇÃO.....	
3	CONSIDERAÇÕES	8
	FINAIS.....	
4	REFERÊNCIAS.....	10

1. INTRODUÇÃO

O município de Nossa Senhora das Dores fica na região leste do estado de Sergipe a uma distância de 72km de Aracaju, capital do estado. O município de Nossa Senhora das Dores conta com uma população estimada de mais de 26 mil habitantes. A economia é sustentada na pecuária no comércio (IBGE, 2010). Conta com 15 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 10 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e 08 equipes de Saúde Bucal (SB).

A área de abrangência da equipe (ESF 06), onde trabalho, está situada na região norte do município, na zona rural, constituída por 05 povoados (Sapé, Bravo Urubu, Sucupira, Cajueiro e Junco), além de outros logradouros. A população do território está em torno de 2.500 indivíduos, vivendo a maioria da agricultura familiar e dos programas sociais do governo federal, em elevado nível de vulnerabilidade social, tendo a maior parte, o Sistema Único de Saúde como a única opção para atendimento de suas necessidades de saúde.

A UBS, assentada no povoado Sucupira, o mais populoso, passou, recentemente, por ampla reforma, ficando com estrutura adequada para o desenvolvimento das ações executadas pela equipe que é formada por 01 Médico, 01 Enfermeiro, 01 Técnico de Enfermagem, 01 Auxiliar de Enfermagem e 07 Agentes Comunitários de Saúde, atendendo uma população cadastrada em torno de 2.500 pessoas, no território adscrito, dividido em 07 micro áreas.

Um dos problemas nucleares na Atenção Primária à Saúde (APS) é o acesso ao cuidado. O acesso de qualidade é uma das principais preocupações das políticas públicas de saúde. A busca pelo cuidado universal, longitudinal e integral, com manutenção de vínculo é um ponto crucial da política nacional de saúde.

Uma das estratégias para garantir acesso de qualidade é através do acolhimento, com escuta qualificada, situação que não vinha sendo observada na rotina da UBS.

Nessa perspectiva, após diálogo com a equipe, ficou acordado a necessidade de intervenção na rotina do serviço, objetivando melhorar e ampliar o acesso às ações e serviços ofertados pela UBS.

Diante desse contexto, a equipe se reuniu, discutiu todos os pontos relacionados ao problema, se organizou e iniciou a implementação do acolhimento à demanda espontânea com escuta qualificada. Entretanto, o processo foi abruptamente interrompido, pouco tempo após o seu início, por conta da Pandemia da COVID-19, devendo ser retomado tão logo haja o retorno da velha normalidade.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO

RELATO DA MICROINTERVENÇÃO

O acolhimento no setor saúde tem merecido um enfoque especial, dada a sua importância como a principal estratégia para garantir o acesso, a longitudinalidade do cuidado e vinculação do usuário ao serviço, assim como a humanização do atendimento. Acolher pressupõe escuta qualificada das demandas de saúde do usuário. A maior parte dessas demandas podem ser atendidas na própria unidade, enquanto que as demais, em torno de 20%, podem ser atendidas em outros pontos da rede de atenção à saúde, agenciadas pela UBS (BRASIL, 2004, 2013; CURITIBA, 2015).

Uma modalidade de acolhimento que está sendo muito experimentada é o Acesso Avançado (AA). O AA tem se mostrado bastante eficaz na redução do absenteísmo e da espera por atendimento, com o lema de: “Fazer o trabalho de hoje, hoje”. Nesse modelo o usuário tem atendimento no dia e na hora que precisa com o profissional ou a equipe de sua referência, estreitando seu vínculo com o serviço e garantindo a longitudinalidade do cuidado.

Observando-se o fluxo da unidade, constatava-se, com frequência, repressão da demanda espontânea, pois a agenda do médico sempre estava completa com consultas pré-agendadas, ficando diariamente 04 senhas para casos de urgências. Aquele que não fosse classificado pela recepção como urgência, não seria atendido, e aí teria que ser agendado, só que a lista de agendamento, na maioria das vezes, já se encontrava cheia para meses seguidos, gerando muitas vezes reações de descontentamento e até confusões.

Com base nesse cenário foi sugerido uma reunião com toda a equipe para discutir essa problemática. Durante as discussões foi pontuado pela enfermeira que o acolhimento ia “Além da recepção do usuário. Acolher significa humanizar o atendimento “. Disse também que “o acolhimento facilita, dinamiza e organiza o trabalho de forma a auxiliar os profissionais a atingirem as metas dos programas”, demonstrando então, a importância do acolhimento no trabalho da equipe. Durante essa reunião o médico da equipe discorreu sobre as várias formas de agendamento, desde a tradicional, passando pela carve-out até o acesso avançado, mostrando as vantagens e desvantagens de cada modalidade, chamando atenção para o modelo vigente na Unidade Básica de Saúde que se configura como o carve-out onde a maior parte da agenda está comprometida com o pré-agendamento e a outra parte reservada para urgências, deixando a demanda espontânea não urgente reprimida, gerando a situação vivenciada pela equipe, com a agenda do médico lotada para meses futuros e ruído dos usuários com frequência.

Desta forma ficou decidido pela maioria da equipe a implantação do acesso avançado. O acesso avançado é uma forma de organização da agenda, já adotado em muitas unidades de saúde do país, que facilita o acesso à unidade de saúde e por consequência à toda rede de

atenção, considerando ser a unidade a ordenadora da rede e coordenadora do cuidado. O acesso avançado é uma estratégia de acolhimento que no primeiro momento causa receio à equipe, achando que não terá capacidade de atender toda demanda reprimida, porém muitas experiências têm demonstrado o contrário, com diminuição do trabalho da equipe longitudinalmente, portanto, o acesso avançado tem como objetivo ampliar o acesso, reduzir o tempo de espera e reduzir o absentismo, melhorando o trabalho da equipe e a satisfação do usuário.

Assim sendo, foi escolhida uma sala com certa privacidade para escuta do usuário onde as necessidades do usuário serão ouvidas, reconhecidas e acolhidas, empaticamente, por membro da equipe escalado para esse fim. Ficou determinado que inicialmente a enfermeira, o médico e a técnica de enfermagem fariam o acolhimento, alternando-se, o médico e a enfermeira no horário inicial do expediente, ficando os demais na retaguarda; e a partir desse horário, a técnica de enfermagem passaria a fazer a escuta e os demais, médico e enfermeira, na retaguarda. Os membros da equipe que não têm experiência com esse tipo de trabalho serão oportunamente treinados, inclusive aqueles que não tem formação específica na área de saúde, como recepcionista e os responsáveis pela higienização e segurança da UBS. O treinamento será ofertado por membros da equipe com mais conhecimento como o médico e a enfermeira, até por força de sua formação, tendo como foco central a classificação de risco e avaliação de vulnerabilidades. Desse modo aqueles servidores que não têm formação específica na área da saúde, após serem treinados, poderão participar do acolhimento, ainda que de maneira informal, isto é, observando na recepção e nos corredores da Unidade Básica de Saúde aqueles casos que chamam atenção pelos sinais de risco que apresentam.

A orientação é seguir a máxima do AA: “Fazer o trabalho de hoje, hoje”. Portanto toda demanda espontânea será atendida, preservando-se a agenda programática. No dia em que a demanda se sobrepõe à oferta de cuidados, os casos excedentes serão negociados para data posterior de forma compartilhada com o usuário, no tempo mais breve possível, considerando riscos e vulnerabilidades.

A implementação dessa nova estratégia de acolhimento só ocorreu, efetivamente, a partir da 2ª quinzena de Fevereiro do ano em curso por conta de problemas administrativos. O médico da equipe entrou em período de recesso a partir do dia 16 de Dezembro de 2019 a 14 de Janeiro de 2020; a equipe também entrou em recesso (concedido pelo gestor municipal), no período de 24 de Dezembro de 2019 a 05 de Janeiro de 2020; e a enfermeira da equipe entrou em período de férias a partir de 09 de Janeiro de 2020, só retornando ao serviço em 12 de Fevereiro de 2020. Isso teve impacto negativo no processo inicial de implantação do novo modelo de acolhimento, comprometendo sua avaliação.

Ainda está-se no início do processo de mudança, os resultados ainda são preliminares, contudo, percebe-se certa melhoria no processo de trabalho da equipe, com manifestações de

satisfação da equipe e de usuários, havendo entretanto ruídos pontuais em ambos os lados, como é de se esperar em qualquer processo de mudança.

Destarte, conhecendo o perfil da equipe, comprometida e disciplinada, com a liderança firme e competente da enfermeira, tem-se quase certeza da continuidade e sustentabilidade dessa intervenção.

Vale ressaltar, porém, que a intervenção para dar certo precisa do engajamento de toda equipe, atingindo-se assim seu objetivo central: reorientar as práticas da equipe visando a melhoria e ampliação do acesso, o fortalecimento do vínculo e a longitudinalidade do cuidado através do Acesso Avançado.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando foi iniciado o curso de especialização em saúde da família não se tinha a exata noção da sua importância para o trabalho cotidiano na unidade básica de saúde (UBS). Entretanto, no decorrer do curso, ficou bem delineado a sua importância. Com módulos bem elaborados, bem articulados, partindo da evolução histórica da Atenção Primária à Saúde (APS); do movimento da Reforma Sanitária; da institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS); até a oferta de conteúdos que embasam todas as ações desenvolvidas pelo médico da equipe junto à população adscrita do seu território de atuação, oportunizando, assim, a prestação de um trabalho qualificado à comunidade.

Durante a vivência com a equipe, no trabalho cotidiano, foi observado que o acolhimento qualificado dos usuários não era uma prática corrente na unidade de saúde; observou-se também que os portadores de doenças crônicas, como Diabetes e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), estavam sempre sem controle das suas doenças; observou-se, ainda, que a demanda para puericultura não era satisfatória. Durante reunião da equipe para tratar de assuntos diversos, a enfermeira informou que havia uma certa resistência dos pais para ações de puericultura, só trazendo os filhos quando esses se encontravam doentes, ainda arraigados ao sistema tradicional da queixa-conduta, pontuou ela.

Destarte, após reunião da equipe, ficou decidido que seriam realizadas três microintervenções, objetivando melhorar e ampliar o acesso do usuário à UBS; promover ações educativas junto aos portadores de doenças crônicas, enfatizando a necessidade do uso regular da medicação prescrita, assim como mudanças no estilo de vida; e iniciar ações de conscientização dos pais sobre a importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dos seus filhos através das consultas de puericultura, na UBS.

Foi realizada, então, a primeira microintervenção, conforme já relatada no presente trabalho.

A equipe estava se preparando para iniciar a segunda microintervenção sobre controle das doenças crônicas não transmissíveis, quando foi surpreendida com o advento da pandemia pelo vírus da COVID-19 (Sars-CoV-2) que atingiu o país de forma sustentada a partir de Março do corrente ano (2020), impondo mudanças bruscas no processo de trabalho da equipe, inclusive, com o afastamento do médico da equipe das suas atividades assistenciais, por se enquadrar no grupo de risco (mais de 60 anos), responsável pelo presente relato.

Esse novo contexto, determinando um novo normal no processo de trabalho da equipe, veio acompanhado de certa frustração por grande parte da equipe por ter interrompido a realização de ações que certamente acrescentariam impacto positivo à saúde da comunidade.

Ante esse cenário de conquistas e adversidades fica a esperança de um breve retorno à

velha normalidade para se continuar com ações que contribuem para a melhoria da saúde da população do território adscrito, através do acesso avançado.

4. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à Demanda Espontânea**. Volume I. 1ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. (Caderno da Atenção Básica, Nº 28).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. (Série B. Texto Básico de Saúde).

CURITIBA. Secretaria de Saúde. **Novas possibilidades de organizar o acesso e a agenda na atenção primária à saúde**. Curitiba: Secretaria de Saúde, 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Município de Nossa Senhora das Dores**. 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/se/nossa-senhora-das-dores/panorama>. Acesso em: 28 set. 2020.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.