



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

**OTIMIZAÇÃO DO PROCESSO DE ACOLHIMENTO EM UNIDADES
ESPECÍFICAS DE SAÚDE EM ARAUÁ – SE**

CLEVERSON SANTOS RAMOS

NATAL/RN
2020

OTIMIZAÇÃO DO PROCESSO DE ACOLHIMENTO EM UNIDADES ESPECÍFICAS DE
SAÚDE EM ARAUÁ – SE

CLEVERSON SANTOS RAMOS

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: CECILIA NOGUEIRA
VALENCA

NATAL/RN
2020

Agradeço imensamente a minha equipe pelo empenho com o qual trabalham, mesmo diante de tantas dificuldades.

Dedico ao Sistema Único de Saúde e a sua capilaridade, que me abriu "as portas" de gente simples e acolhedora, onde pude entregar um pouco do meu cuidado.

SUMÁRIO

TÍTULO	página 1
INTRODUÇÃO	página 2
RELATO DE MICROINTERVENÇÃO	página 3
CONSIDERAÇÕES FINAIS	página 4
REFERÊNCIAS	página 5
AGRADECIMENTOS	página 6
DEDICATÓRIA	página 7

1. INTRODUÇÃO

As equipes de atenção básica estão fortemente expostas à dinâmica cotidiana da vida pessoas bem como à peculiaridade local, necessitando, muitas vezes, estabelecer ajustes na oferta de serviços de saúde, respeitando essas particularidades e aprimorando os resultados.

Dentro desse contexto, o processo de acolhimento também sofre influência da realidade local, não só de seus atores, usuários e profissionais, mas também do ambiente onde está acontecendo. Podemos entender acolhimento como 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. Tem o potencial de promover humanização já no primeiro acesso, melhorias substanciais na qualidade do serviço oferecido, na relação entre profissionais e usuário bem como contribuir na garantia de universalidade, equidade e integralidade. Com isso, o acolhimento deve, não só ser bem executado, mas também ajustado à realidade local, tornando-o otimizado.

As áreas onde atuo, na zona rural do município de Arauá/SE, não contavam, costumeiramente, com um acolhimento otimizado, o que culminava em dificuldade de acesso, filas na madrugada para marcação de consultas, consultas desnecessárias, falta de equidade no acesso ao médico e uma desassistência relativa, pois alguns usuários não conseguiam marcar consulta bem. Havia também tensões entre os profissionais e usuários dentro desse âmbito quando alguns usuários não tinham sua demanda atendida. Os pacientes buscavam o agente comunitário de saúde para tentar consulta com o médico ou mesmo enfrentava a fila para pegar uma "ficha" de marcação (em uma microárea) Otimizar o processo de acolhimento pode produzir, não só melhorias interpessoais mas também na oferta do serviço, reduzindo ou sanando tais problemas.

Atendo em quatro microáreas distintas da zona rural, sendo que em apenas uma delas há uma UBS realmente construída. As demais áreas são improvisadas, a saber: uma sala de uma escola e duas casas alugadas. A cada dia, eu, a enfermeira, a auxiliar e o motorista vamos em uma microárea distinta, já com a demanda agendada a nossa espera. Assim, tanto o médico quanto a enfermeira e auxiliar não participam do primeiro contato com o usuário, ficando a cargo do agente comunitário de saúde. O ACS de cada microárea é responsável por marcar as consultas de demanda agendada no dia anterior ao atendimento médico, sendo assim o profissional de primeiro contato com o usuário. Muitas vezes, ele também desempenha a função de porteiro, faxineiro, recepcionista das “unidades” ainda tendo que cumprir seu papel de campo, devido à deficiência de outros servidores. Esses fatores relatados prejudicam o processo de acolhimento otimizado. Somado a isso, a estrutura predial de três microáreas não conta com sala apropriada para escuta qualificada como preconizado no conceito de ambiência. Realidade imposta fora da governabilidade da equipe que tem impactos negativos também no processo de acolher.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO

Entendendo o acolhimento como uma prática presente em todas as relações de cuidado, isto compreende desde encontro reais, como somente para “agendar uma consulta médica ou de enfermagem”, a algo além desse encontro, que é o ato de escutar a pessoa, entender sua demanda e estabelecer um vínculo a partir disso. Entender que o acolhimento é realizado mesmo que os agentes envolvidos desconheçam seu significado. Portanto, há “acolhimento e acolhimentos” na medida em que o usuário procura o médico, enfermeiro, auxiliar, gestor ou o agente comunitário de saúde (ACS).

A forma como o paciente acessava o nosso serviço se dava, em grande escala, a partir do ACS, pois as microáreas enfrentam deficiência de recursos humanos, como já relatado nesse trabalho. Apenas uma microárea conta com uma Unidade Básica de Saúde construída com um profissional na recepção. No dia anterior à atuação da equipe, o usuário procura o agente de saúde para levar sua demanda. O acolhimento se dava apenas na marcação da consulta seja qual fosse a queixa, respeitando o número máximo de pacientes, sem avaliação de prioridades. Funcionando muitas vezes como uma triagem para atendimento médico. Geralmente, havia conflitos quando não tinha “ficha” suficiente para todos, criando um ambiente de tensão entre os usuários e ACS. As “fichas” eram marcadas na recepção (somente em uma área, pois as demais são locais de atendimento improvisado) ou mesmo diretamente com o ACS em qualquer ponto da microárea, podendo ser nas visitas domiciliares ou encontros casuais de rua. Portanto, não havia sala ou consultório de acolhimento, escuta humanizada, fluxo de agenda previamente estabelecido e comunicação com o médico ou enfermeiro, esta somente se dava no dia de atendimento.

Ficou evidente que otimizar o processo de acolher teria que passar por uma nova abordagem do usuário ajustada à realidade de cada microárea, ações previamente estabelecidas frente às demandas, facilidade de comunicação com o médico da equipe e melhorias em recursos humanos e estruturais, que estão fora de nossa governabilidade. Essa otimização poderia ser alcançada com intervenção objetivando uma nova prática de abordagem, baseada no conceito de acolhimento e reduzindo os impactos negativos daquela costumeira forma de “acolher”.

Como iniciativa dessa microintervenção, foi realizada uma reunião com a equipe (composta por médico, enfermeira, duas auxiliares de enfermagem, e cinco agentes comunitários de saúde) e compartilhado o conceito mais aprofundado do processo de acolher, apontando os principais problemas e consequências de um acolhimento precário que a área enfrentava e expondo a necessidade de implementar otimização desse processo. Exposto que o acolhimento não poderia somente se dar no momento de marcação de “ficha”. Nesse ambiente, os profissionais puderam trocar ideias, compartilhar conceitos, expor as dificuldades particulares relativas ao acolhimento, relatar experiências assim como participar de soluções

com ações práticas.

Elencamos as principais motivações de busca ao nosso serviço, criamos um novo fluxo de agendamento de consultas bem como um ambiente virtual para troca imediata de informações. Os aspectos dessa iniciativa que fugiam à governabilidade da equipe e que são grande importância nesse processo de otimização, como a questão predial e deficiência de funcionários, foram participados à secretaria de saúde do município como pontos de melhoria a serem atendidos.

As principais motivações de busca na marcação de consulta foram: acompanhamento longitudinal de doenças crônicas não transmissíveis (Hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus representam a maior parte desse conjunto), consulta médica geral ou de rotina e renovação de medicação controlada. Em menor escala, agendamentos para acompanhamento pré-natal, devido ao baixo número de gestante no momento da intervenção, puerperal e para puericultura.

Com base nisso, iniciamos uma nova abordagem tanto em relação ao usuário como com ações de agendamento pré-estabelecido. Essa nova forma de recepcionar o paciente, ainda que fora dos parâmetros ideais, se baseava em ouvir e entender a demanda da pessoa e tentar solucioná-la de imediato, quando possível, ou com ações já previamente definidas com a equipe.

Os pacientes com quadro de urgência e emergência tinham prioridade sobre os demais (espontâneo ou programado), paciente com busca de renovação de medicação controlada, mas que ainda tinham medicação em sua posse era agendado para data posterior e os que estavam em falta ou mesmo em data limite tinham seu encaixe no dia para resolução do problema. Paciente com demanda de consulta apenas para exames de rotina ou mesmo exame médico geral, saíam do acolhimento com data programada para atendimento (no mínimo de um mês, podendo ter consulta adiantada conforme flexibilização da agenda).

No acompanhamento de doenças crônicas não transmissíveis, ficou estabelecido um dia no mês apenas para essa finalidade de consulta a fim compensar os quadros que necessitavam, objetivando reduzir as consultas ao longo do ano, abrindo vagas para as demais solicitações.

Pacientes desse grupo não deixaram de ter acesso a unidade a qualquer tempo quando outra demanda lhes surgia. Como nesse conjunto de doenças crônicas há muitos pacientes com diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica, utilizamos a classificação de risco cardiovascular para organizar a agenda e programação de consulta.

As dúvidas que os acolhedores experimentavam nesse processo, uma vez que a atenção básica lida com situações e problemas de saúde de grande variabilidade, vulnerabilidade e risco eram discutidas comigo via chamada telefônica ou mesmo troca de mensagens via ambiente virtual a fim de termos a melhor conduta inicial em resposta à demanda do paciente. Esse recurso de comunicação com a equipe foi necessário, pois não há enfermeiro ou médico

disponíveis todos os dias na área.

A figura do agente comunitário de saúde ganhou ainda mais relevância, pois a dinâmica de funcionamento em áreas de atuação fragmentada, com recursos limitados, impõe ao ACS também o papel principal de oferecer o acolhimento. O grande conhecimento da realidade e população local trouxe um aspecto positivo nesse processo, sobretudo em questões de vulnerabilidade social. A oportunidade dos demais profissionais de exercer essa função ficou limitada às demandas espontâneas no dia de atuação em cada microárea.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta microintervenção revelou a possível melhoria que a equipe pode produzir a partir apenas de si mesma, se ajustando à sua realidade, aprofundando conceitos e executando pequenas práticas, mesmo enfrentando problemas fora de sua governabilidade. Expôs também a necessidade de flexibilização de ações frente às particularidades locais de uma unidade de saúde, improvisada ou não, bem como a carência de recursos humanos e estruturais necessários na execução de algo “simples” e tão importante quanto o acolhimento de nosso usuário. Produziu reflexos positivos na qualidade do serviço, na relação interprofissional e, sobretudo, nos pacientes.

A tentativa de implantar um acolhimento com deficiência profissional e predial como preconizado ao longo do curso, com atuação em quatro microáreas (uma em cada dia da semana), ainda que tenha trazido resultados animadores é um desafio tanto para o médico como para a equipe e pacientes. Produz, curiosamente, mais estímulo participativo aliado a um sentimento de "estamos muito aquém do básico". Em uma das microáreas, nós atendemos em uma casa alugada cujos cômodos não possuem isolamento sonoro mínimo, o que prejudica a escuta qualificada e consulta médica, por exemplo.

Foi observado também que, em áreas de atuação fragmentada, lançar mão de recursos digital e telefônico entre os membros da equipe pode trazer benefícios ao serviço prestado na medida em que produz comunicação imediata com a equipe, garantido rapidez em sanar dúvidas e estabelecendo ações, que antes tinham que aguardar o dia de atendimento.

4. REFERÊNCIAS

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Acolhimento à demanda espontânea, Brasília, 2013. Caderno de Atenção Básica, nº 28, V. 1.