

## **ACOLHIMENTO E DEMANDA ESPONTÂNEA**

O acolhimento foi implementado na rede de saúde de Belo Horizonte em 1995, buscando humanizar a atenção, estabelecer vínculo e responsabilização das equipes com os usuários e aumentar a capacidade de escuta das demandas apresentadas, ampliando a sua intervenção. Desencadeou-se pela necessidade de se reaver as portas de entrada dos CS, que se encontravam fechadas a usuários sem agendamento prévio, não pertencentes a grupos prioritários e que encontravam agendas lotadas e dificuldade de acesso (Malta, 1995).

O acolhimento foi pensado como estratégia de mudança no processo de trabalho em saúde e, apesar de constituir uma etapa desse processo – o momento de recepção do usuário e a abertura das possibilidades de resposta –, não deve ser reduzido, ao contrário, deve ser entendido e praticado como conteúdo (Franco, Bueno e Merhy, 1999). O ato de escuta é um momento de construção, em que o trabalhador utiliza seu saber para a construção de respostas às necessidades dos usuários, e pressupõe o envolvimento de toda a equipe que, por sua vez, deve assumir postura capaz de acolher, de escutar e de dar resposta mais adequada a cada usuário, responsabilizando-se e criando vínculos (Malta, 2001).

Daí que o diagnóstico, a prescrição e a realização de procedimentos, isto é, o ministrar dos cuidados, não seriam mais operações isoladas e desarticuladas, mas resultado da integração e parceria de todas as categorias.

A maioria das pessoas, vale lembrar, que necessitavam de atendimento em saúde estavam excluídas dos serviços ou procuravam-nos em busca de consulta do médico mesmo sem necessidade. O trabalho dos demais profissionais ficava subestimado no processo de trabalho, reduzindo a oferta de serviços.

Com a implantação das ESF houve grande incremento da capacidade operacional da rede básica, pois o potencial de atendimento e de acesso da população foi ampliado enormemente. Conforme documentos que subsidiaram a implantação da Estratégia de SF em Belo Horizonte, as equipes foram orientadas a reservar o turno da manhã para o acolhimento dos usuários. Em 2003, todos os CS foram orientados

a viabilizar o acolhimento durante todo o seu horário de funcionamento. Com isto, a população passou a encontrar suas portas abertas, e a falta de acesso à rede básica passou a ser problema secundário.

### **O acolhimento no momento atual**

Atualmente o acolhimento é política institucional implantada e aceita pelo grupo gerencial por causa do reconhecimento à humanização que a proposta agrega, da possibilidade de detecção das reais necessidades do usuário, da adesão destes à proposta e da ampliação do acesso. Ainda assim, há necessidade de maior precisão e aprofundamento de suas bases conceituais e repercussões no modelo de assistência, já que co-existem inúmeros conceitos na rede assistencial.

O seu funcionamento tem se dado de inúmeras maneiras no que se refere à composição e formatação das equipes que recebem o usuário e das atividades e respostas que oferecem.

Há grande incômodo do trabalhador com o dispositivo do acolhimento, somadas a incompreensão de suas potencialidades à grande demanda de usuários nos CS, o que faz com que as equipes se ressentam de não estarem *fazendo PSF* ou mesmo se sintam trabalhadores de Pronto Atendimento, exercendo uma clínica *desqualificada*.

Ainda, a dificuldade de se lidar com a demanda não imediatamente reconhecida como da saúde, provocando nas equipes sensação de pouca resolutividade.

Equipes relatam também a dificuldade em se fazer, com qualidade, a escuta, que exige atenção e disponibilidade, mediante a demanda volumosa e o despreparo dos trabalhadores, o predomínio da *lógica médica* na prática dos profissionais e a expectativa da sociedade. *O trabalhador se pergunta se é possível realizar escuta qualificada , porque em alguns casos, a escuta se restringe a queixas e após suas resoluções pontuais, pode contribuir para a patologização da sociedade e dificultar o cuidado contínuo.*

Muito comum é o entendimento de que o acolhimento é triagem para a consulta médica, em que a equipe de enfermagem decide quem terá *direito* a tal consulta.

Freqüentemente tem sido chamado de acolhimento o momento em que as equipes deixam abertas as agendas para atendimento da demanda espontânea. Para o usuário, é comum a visão de que o acolhimento é o local de agendamento de consultas e/ou outras ações, corroborada pelo fato, não raro, de as agendas dos profissionais do CS ficarem acessíveis apenas para as equipes que fazem o *acolhimento*. Também é muito habitual usar o termo acolhimento para nomear a recepção do usuário no CS ou, ainda, mais um serviço ou setor do CS, como a vacinação, o curativo. O acolhimento, em vez de um dispositivo ou diretriz, é também entendido como um modelo de atenção propriamente dito. Por fim, bastante reconhecido é o conceito de acolhimento como possibilidade de atendimento do caso agudo.

Por outro lado, o acolhimento é reconhecido também como diretriz da humanização dos serviços de saúde e possibilidade de escuta qualificada; ainda, para simbolizar o atendimento cordial e aberto, sendo compreendido como postura acolhedora.

É importante reconhecer que todos os conceitos citados, em que pesem as possíveis distorções, compõem o que de fato o dispositivo do acolhimento pode representar. E o que, agora, se faz importante é reafirmar qual o conceito pretendido para ser implementado na rede de saúde de Belo Horizonte.

Para a SMSA-BH o acolhimento não é sinônimo de triagem para a consulta médica, mas reconhece que uma escuta eficaz pode criar, na atenção ao usuário, novas alternativas que prescindam da consulta médica, racionalizando a sua utilização. O acolhimento também não deverá representar estratégia de disciplinamento da demanda, ou seja, ao invés de facilitar o acesso dos cidadãos, colocar-se como mais um obstáculo a ser ultrapassado para que o usuário chegue à assistência.

Por outro lado, o acolhimento pode ser visto como um dispositivo de garantia para a entrada da demanda espontânea dos usuários nas unidades, como forma de acolher o sofrimento e a doença, ultrapassando a lógica programática, que excluía a entrada de usuários que não se enquadravam nos programas e prioridades estabelecidas.

O acolhimento representa, ainda, o espaço para a escuta que possibilite o reconhecimento de risco e vulnerabilidade dos indivíduos, reafirmando o princípio da

eqüidade e, inclusive, possibilitando a identificação de novos riscos. Neste sentido, configura-se como espaço pedagógico, já que, a partir da escuta qualificada e identificação da necessidade do usuário, é possível a atuação da equipe envolvendo novos saberes e tecnologias, realizando a clínica ampliada, cujo olhar leva, conseqüentemente, a ampliação do cardápio de opções da unidade.

O diagrama abaixo resume os diversos conceitos e representações que convivem na rede básica de saúde de Belo Horizonte, chamados pares de opostos por representarem uma polarização que varia de um grau mínimo a um grau máximo.

### Pares de Opostos



Discriminação de vulnerabilidades diferentes com encaminhamentos para atividades programadas	Predomínio da escuta de queixas <input type="checkbox"/> atendimento agudos (Pronto Atendimento)
Múltiplas entradas	Porta única
Diversidade de atividades (grupos operativos/visita domiciliar)	Encaminhamento para consulta médica ou de enfermagem
Acolhimento por equipe	Acolhimento geral
Acolhimento o tempo todo	Acolhimento com horário fixo
Clientela cativa / freqüente usualmente o	Clientela "solta"/ usuário ocasional
Centro de Saúde	
Escuta qualificada	Triagem/disciplinas/BARREIRA
Acolhimento/Escuta	Patologização da demanda/ciclo vicioso da
Qualificada/Vínculo/Autonomia	medicalização
Satisfação dos trabalhadores/compreensão da proposta e incorporação	Desgaste da equipe/estresse/sofrimento/ <i>limite</i>
Gerente coordenador e planejador	Gerente assistencial
Porta aberta, humanização	Demora no atendimento, falta de privacidade
Acolhimento como estratégia para captar pessoas para programas	Acolhimento desorganiza os programas

Fonte: Relatórios Oficinas de Trabalho, 2004

Para a resignificação do acolhimento em seu sentido original, será necessário grande movimento. A idéia do acolhimento como postura, presente em todos os espaços e momentos de encontro, e expressão da escuta qualificada é a que deve prevalecer.

## **A organização da porta de entrada do CS**

Com finalidade didática, para facilitar a compreensão e a organização local, e porque se acredita que este ponto é crítico e gera os maiores problemas e sobrecarga, destaca-se do acolhimento o conceito de organização da porta de entrada da demanda espontânea.

Com o intuito de contribuir no processo de organização local, apresentam-se propostas para utilização conforme a validade dentro da realidade de cada CS.

- Conhecendo a demanda da população

Recomenda-se a realização de análises a partir da aplicação de instrumentos como o Estudo de demanda no Centro de Saúde (fluxograma) (Anexo 8 - I) ou a análise dos dados registrados no Movimento Diário dos Atendimentos realizados no Acolhimento (2F3-N), incluindo o motivo da procura ou queixa.

A tabulação destas ferramentas é simples e possibilita às equipes locais avaliar o perfil e volume da demanda para a definição de melhores formas de organização.

- Organizando o atendimento à demanda espontânea

Um CS que recebe muitos casos agudos deve se estruturar a fim de que maior número de consultas fiquem livres para este tipo de atendimento. Já outro CS que apresenta maior número de demandas sociais deve buscar mais parcerias na comunidade e equipamentos sociais para ganhar resolutividade.

- A equipe local deve deter informações e orientações sobre o funcionamento do CS, atividades ofertadas e agenda das equipes.

- A recepção do CS deve ser reforçada para o local prioritário de agendamento de atividades programadas, como pré-natal, puericultura, hipertensão, avaliação de exames, retornos e todas as possíveis de serem estruturadas previamente.

- O CS deve pensar novas formas de organização do atendimento da demanda espontânea, visando baixar o tempo de espera do usuário e o alívio da agenda.

- A criação de outras portas de entrada, outros fluxos, outros direcionamentos é necessária. Deve ser avaliada a possibilidade de que usuários adscritos, ou seja,

sob a responsabilidade das equipes, possam agendar atendimentos diretamente na recepção.

- A avaliação precisa sobre a presença do médico na linha de frente do atendimento à demanda espontânea é imprescindível. Observa-se que há tendência maior do usuário em procurá-lo, por entender que o acesso ao médico fica mais fácil.

- Embora compreenda-se que a realização da escuta por dois profissionais, ao mesmo tempo (médico e enfermeiro/enfermeiro e auxiliar de enfermagem), no mesmo espaço físico, possibilite a educação permanente dos profissionais e fortaleça a relação entre eles, avalia-se que tal metodologia compromete a privacidade do usuário, não racionaliza o recurso existente, não sendo, portanto, prática recomendada. Nos casos avaliados para atendimento em conjunto, para esclarecimento de dúvidas ou troca de opinião, o usuário deve, necessariamente, ser consultado e, se for do seu consentimento, este atendimento poderá ser realizado.

- Os CS devem garantir pelo menos uma equipe escalada para o atendimento da demanda espontânea no início da manhã e no início da tarde. No caso de apenas uma equipe, esta deve atender os usuários adscritos a outras equipes.

- Mais equipes podem dedicar turnos a esta porta de entrada. No caso, é importante distribuir as equipes ao longo do horário de funcionamento, evitando a concentração de usuários em alguns horários.

- As equipes devem estruturar sua agenda de forma a propiciar tempo para todas as outras atividades propostas, procurando dedicar não mais do que 25% de seu tempo nesta atividade.

- Durante os outros horários, o CS deve destinar um trabalhador para referência da escuta e, principalmente, para identificar os casos agudos. As equipes devem lançar mão do vínculo e conhecimento dos casos para identificar aqueles que necessitam de agendamento especial ou prioridade.

- Novas formas de organização do CS

- Criar estratégias de corresponsabilização do usuário e desenvolvimento do autocuidado, contribuindo para o aumento do grau de autonomia do usuário.

- Realizar planos de ação para os doentes crônicos a partir das reuniões de equipe;

- Montar grupos com usuários hiperutilizadores ou que apresentam queixas de repetição.

- Ampliar cardápio mediante necessidades levantadas a partir da escuta da população: violência doméstica, egressos hospitalares, busca ativa, visita domiciliar;
- utilizar informações em saúde.
- Reforçar outros dispositivos de escuta e de identificação de vulnerabilidades: ACS, vigilância à saúde, reuniões com a comunidade.
- Estudar alguns casos agudos que chegam ao CS (evento sentinela) para analisar possíveis problemas de fluxo ou referência.
- Destacar e estudar os casos chamados *prontuário grosso*, para propor plano terapêutico.
- Elaborar e publicizar a agenda da equipe: instituir o dia do retorno, por exemplo.

- Relação entre as equipes

O CS deve manter espaços para troca de informações entre as equipes, como fóruns de discussão para os profissionais, que são espaços privilegiados para compreensão da demanda e para busca de melhores formas de funcionamento.

(Esta discussão está apresentada mais detalhadamente no Capítulo 5 – Processo de Trabalho.)

- Relação com a comunidade

- Prover informação e divulgação aos usuários dos horários de funcionamento e serviços existentes no CS.
- Buscar a identificação de espaços de convivência na comunidade, estimular sua criação para redirecionamento das demandas.
- Realizar abordagens coletivas na recepção, para esclarecer sobre o funcionamento do CS e redirecionar as demandas para outras portas de entrada.
- Utilizar o Guia do Usuário do SUS-BH nos diversos espaços do CS e comunidade para ampliar o conhecimento sobre o funcionamento da rede de saúde.
- Realizar seminários com a população.
- Resgatar a sabedoria popular e envolver os usuários em seu processo saúde-doença.
- Criar estratégias de comunicação com comissão local e comunidade.

(Estas discussões estão mais detalhadamente apresentadas no Capítulo 5 – Processo de Trabalho.)

- Não recomendado

- Organização do atendimento à demanda espontânea por clínica, por exemplo acolhimento da ginecologia, acolhimento da criança.
- Atendimento à demanda espontânea restritivo no Centro de Saúde em determinados dias da semana, por exemplo o CS X faz *acolhimento* na segunda e quarta-feira de manhã.
- Distribuir fichas para delimitar o teto de pessoas que serão escutadas. Se a demanda estiver acima de sua capacidade operacional, as equipes deverão realizar abordagem coletiva dos usuários e negociar outras possibilidades de atendimento.
- Burocratizar a negativa, ou seja, comunicar o limite com cartazes na recepção ou orientação aos usuários para voltar posteriormente, porque o médico não foi trabalhar no dia.
- Realizar escuta de vários usuários no mesmo consultório ou sala de atendimento, bem como em espaço aberto, prejudicando a privacidade do usuário.

Anexo 8 - I  
(frente)



01 - IDENTIFICAÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE							
CENTRO DE SAÚDE				DATA		HORA DE CHEGADA	
02 - IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO							
NOME					IDADE		
					<input type="checkbox"/> DIAS <input type="checkbox"/> MESES <input type="checkbox"/> ANOS		
SEXO		N° DE ACOMPANHANTES		MARQUE UM X PARA O ACOMPANHANTE QUE VIROU USUÁRIO			
<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M				<input type="checkbox"/>			
03 - MOTIVO RELATADO PELO USUÁRIO							
AGENDADO				NÃO AGENDADO			
<input type="checkbox"/> CONSULTA NA UNIDADE <input type="checkbox"/> CURATIVO <input type="checkbox"/> VISITA DOMICILIAR <input type="checkbox"/> MEDICAÇÃO <input type="checkbox"/> LABORATÓRIO (MARCAR, COLETAR, BUSCAR) <input type="checkbox"/> CONSULTA ESPECIALIZADA <input type="checkbox"/> GRUPO OPERATIVO <input type="checkbox"/> OUTROS _____				<input type="checkbox"/> VACINA <input type="checkbox"/> CURATIVO <input type="checkbox"/> VISITA DOMICILIAR <input type="checkbox"/> FARMÁCIA <input type="checkbox"/> LABORATÓRIO (MARCAR, COLETAR, BUSCAR) <input type="checkbox"/> ZOONOSES <input type="checkbox"/> DADOS VITAIS <input type="checkbox"/> PASSANDO MAL <input type="checkbox"/> OUTROS _____ <input type="checkbox"/> GERÊNCIA <input type="checkbox"/> MARCAR CONSULTA			
FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO							
04 - DADOS DE RESIDÊNCIA							
RUA / AV / BEC					N.º	COMPLEMENTO	
BAIRRO				MUNICÍPIO			
FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO							
05 - DADOS DE PROCEDIMENTOS DEMANDADOS							
SETORES / AÇÃO		HORA DE INÍCIO	HORA DE TÉRMINO	O PROFISSIONAL ACHA QUE A DEMANDA FOI ATENDIDA			FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO
				TOTAL	PARCIAL	NÃO	
LABORATÓRIO	MARCAÇÃO	H M	H M				
	COLETA	H M	H M				
	RESULTADO	H M	H M				
CURATIVO		H M	H M				
FARMÁCIA		H M	H M				
MEDICAÇÃO SUPERVISIONADA / INJEÇÃO		H M	H M				
VACINA		H M	H M				
MICRONEBULIZAÇÃO		H M	H M				
DADOS VITAIS		H M	H M				
SAÚDE BUCAL		H M	H M				
ACOLHIMENTO		H M	H M				
MARCAR CONSULTA BÁSICA		H M	H M				
CONSULTA ESPECIALIZADA	MARCAR	H M	H M				
	BUSCAR	H M	H M				
INFORMAÇÃO		H M	H M				
OUTROS (ESPECIFICAR ABAIXO)		H M	H M				

SMAA - 03001108

(verso)

QUADRO IV	06 - DADOS DA VISITA DOMICILIAR OU GRUPO OPERATIVO													<input type="checkbox"/> GRUPO <input type="checkbox"/> VISITA	
	MOTIVO		HORA INÍCIO	HORA TÉRMINO	PROFISSIONAL									FUNICIONÁRIO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO	
	MOTIVO I	MOTIVO II			AUX. ENFERM.	ACD / THD	ENFERMEIRO	ASSIS. SOCIAL	PSICÓLOGO	GENERALISTA	CLÍNICO	PEDIATRA	GINECOLOGISTA		ODONTOLOGO
	H	M	H	M											
FUNICIONÁRIO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO															

  

QUADRO V	07 - DADOS DE CONSULTAS REALIZADAS								
	CATEGORIA PROFISSIONAL	HORA DE INÍCIO	HORA DE TÉRMINO	TIPO DE DEMANDA			MOTIVO DA CONSULTA		FUNICIONÁRIO RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO
				AGENDADO	AGUDO	OUTRAS	MOTIVO I	MOTIVO II	
ACUPUNTURA	H M	H M							
ASSISTENTE SOCIAL	H M	H M							
CLÍNICA	H M	H M							
ENFERMAGEM	H M	H M							
FISIOTERAPIA	H M	H M							
FONOAUDIOLOGIA	H M	H M							
GENERALISTA	H M	H M							
GINECOLOGIA	H M	H M							
HOMEOPATIA	H M	H M							
ODONTOLOGIA	H M	H M							
PEDIATRIA	H M	H M							
PSICOLOGIA	H M	H M							
PSIQUIATRIA	H M	H M							
TERAPEUTA OCUPACIONAL	H M	H M							

  

QUADRO VI	08 - DADOS DO PACIENTE QUE FICOU EM OBSERVAÇÃO									
	MOTIVO DA OBSERVAÇÃO		HORA INÍCIO	HORA TÉRMINO	CONDUTA			PREENCHER APENAS EM CASO DE REMOÇÃO POR AMBULÂNCIA		
	MOTIVO I	MOTIVO II			ALTA	TRANSFERÊNCIA	ÓBITO	HORA DE SOLICITAÇÃO DA AMBULÂNCIA	HORA DE CHEGADA DA AMBULÂNCIA	
	H	M	H	M				H	M	H
FUNICIONÁRIO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO										

  

QUADRO VII	09 - ATENDIMENTO GERENCIAL, ZONOSSES E OUTROS								
	FUNÇÃO DO PROFISSIONAL	HORA DE INÍCIO	HORA DE TÉRMINO	MOTIVO DO ATENDIMENTO				ESPECIFIQUE O MOTIVO SE NECESSÁRIO	FUNICIONÁRIO RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO
				SOCIAL	ADMINIS - TRATIVO	ZOONO - SES	OUTROS		
	H M	H M							
	H M	H M							

  

QUADRO VIII	10 - AVALIAÇÃO DO USUÁRIO SOBRE O ATENDIMENTO
	O QUE VOCÊ ACHOU DO ATENDIMENTO HOJE
	<input type="checkbox"/> ÓTIMO <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM <input type="checkbox"/> PÉSSIMO <input type="checkbox"/> NÃO SABE / NÃO QUER RESPONDER / NÃO RESPONDEU
	VOCÊ RESOLVEU O QUE QUERIA?
<input type="checkbox"/> SIM, TOTALMENTE <input type="checkbox"/> SIM, PARCIALMENTE <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SABE / NÃO QUER RESPONDER / NÃO RESPONDEU	
HORA DE SAÍDA _____ H _____ M	
FUNICIONÁRIO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO	

