

É possível melhorar o acolhimento na pandemia? Uma experiência na atenção primária

Is it possible to improve reception in the pandemic? An experience in primary care

Es posible mejorar la recepción en la pandemia? Una experiencia en atención primaria

RESUMO

Objetivo: A alta demanda de usuários buscando atendimento e tempo de espera fatigante nas Unidades de Saúde da Família são uma realidade no Brasil, dificultando assim o acesso do usuário ao serviço de saúde. O presente relato buscou narrar uma experiência de (re)formar o acolhimento dentro de um contexto de exceção: a pandemia pelo COVID-19. Objetivo: Reestruturar esse processo buscando potencializar o cuidado a partir do olhar de uma residente em Medicina de Família e Comunidade. Métodos: Foram feitas reuniões a cada 15 dias durante 2 anos. Resultados: Os trabalhadores sugeriam idéias para reorganizar o acolhimento aspirando ampliar a capacidade clínica e de escuta da equipe de saúde, além de fomentar um senso crítico de autoavaliação de todos. Conclusão: O acolhimento na equipe Bela Vista 2 ampliou o campo semântico e pode melhorar a sensação de pertencimento e capacidade de cuidado ao dar vez, voz e lugar a todos os trabalhadores.

DESCRIPTORES: Estratégia de Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Acolhimento, COVID-19.

ABSTRACT

Objective: The high demand of users seeking care and the tiring waiting time in the Family Health Units are a reality in Brazil, thus hindering the user's access to the health service. The present report sought to narrate an experience of (re)forming the reception within a context of exception: the pandemic by COVID-19. Objective: To restructure this process, seeking to enhance care from the perspective of a resident in Family and Community Medicine. Methods: Meetings were held every 15 days for 2 years. Results: The workers suggested ideas to reorganize the reception, aiming to expand the clinical and listening capacity of the health team, in addition to fostering a critical sense of self-assessment in everyone. Conclusion: The reception in the Bela Vista 2 team expanded the semantic field and can improve the feeling of belonging and the ability to care by giving time, voice and place to all workers.

DESCRIPTORS: Family Health Strategy; Primary Health Care; User Embrace, COVID-19

RESUMEN

Objetivo: La alta demanda de usuarios en busca de atención y el agotador tiempo de espera en las Unidades de Salud de la Familia son una realidad en Brasil, dificultando el acceso del usuario al servicio de salud. El presente reportaje buscó narrar una experiencia de (re)formar la recepción en un contexto de excepción: la pandemia por COVID-19. Objetivo: Reestructurar este proceso, buscando potenciar el cuidado desde la perspectiva del residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Métodos: Las reuniones se realizaron cada 15 días durante 2 años. Resultados: Los trabajadores sugirieron ideas para reorganizar la recepción, con el objetivo de ampliar la capacidad clínica y de escucha del equipo de salud, además de fomentar en todos un sentido crítico de autoevaluación. Conclusión: La acogida en el equipo Bela Vista 2 amplió el campo semántico y puede mejorar el sentimiento de pertenencia y la capacidad de cuidado al dar tiempo, voz y lugar a todos los trabajadores.

DESCRIPTORES: Estrategia de Salud Familiar; Atención Primaria de Salud; Acogimiento, COVID-19.

RECEBIDO EM: 13/03/2022 APROVADO EM: 28/05/2022

Aenne Tavares De Andrade

Médica residente de Medicina de Família e Comunidade do Centro Universitário de João Pessoa.

ORCID: 0000-0002-6104-9903

Denise Mota Araripe Pereira Fernandes

Mestre em saúde da família, docente e preceptora em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa em parceria com a Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba – FCM/PB-Afya.

ORCID ID: 0000-0001-7804-882X

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), promulgado na Constituição de 1988, se alicerça na premissa universal de saúde como direito de todos e dever do Estado, sendo assim, todos os cidadãos deveriam ter acesso à saúde de forma também integral e equânime. Entretanto, um dos grandes desafios é garantir tal acesso de forma ágil, inclusiva e resolutive. A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de complexidade do SUS, ou seja, a porta de entrada do serviço de saúde. O usuário, para que tenha garantido na busca por assistência à saúde, o respeito por tais princípios éticos deverão encontrar um modelo de APS forte e bem estruturada, ofertando o melhor cuidado ao usuário.^{1,2}

No Brasil a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o modelo no qual a APS encontra para garantir o acesso e as premissas constitucionais. Destarte, grandes demandas e tempo de espera fatigante são realidade nas Unidades de Saúde da Família (USF), e isto pode estar potencializado pela falta de escuta qualificada, de comprometimento dos profissionais e dificuldades do trabalho multi e interdisciplinar.¹

Possibilidades de melhorar o acesso dos usuários se dá com o estabelecimento de dispositivos de cuidado tais como o acolhimento. Tal ferramenta ganha destaque na Política Nacional de Humanização (PNH), desenvolvida em 2003, e que vem efetivando os princípios do SUS, incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários.^{3,4}

A PNH propõe através da diretriz do acolhimento uma forma de ampliar o acesso a partir da reorganização do processo de trabalho e da escuta qualificada, a qual pode ser realizada por qualquer membro da equipe. Visando assim garantir não apenas o atendimento de todos os usuários, mas o fomento de contínuo cuidado, aproximação e reposta célere a demandas que possam ser aventadas através da avaliação da vulnerabilidade, gravidade e risco.³

Tal política prioriza que as demandas apresentadas pelos usuários sejam escutadas e acolhidas sem julgamentos, para que

não haja barreiras entre usuários e trabalhadores. Assim, todas as questões de saúde ou problemas relacionados a qualidade de vida e ao bem-estar dos sujeitos serão importantes e reconhecidas, legitimando suas vozes que buscam ajuda de maneira direta ou indiretamente. A escuta qualificada assim necessita do preparo de todos os profissionais para acolher os imprevistos que fogem a qualquer programação.⁴

O processo de acolhimento era resumido à enfermeira da equipe, resultando em sobrecarga de trabalho e ausência de envolvimento multiprofissional.

Diante desse contexto, após observar o funcionamento do fluxo de acesso dos usuários da USF Unindo Vidas, especialmente da equipe Bela Vista 2, foi identificado falhas no processo de acolhimento que enfraqueciam as relações de confiança e o vínculo entre os profissionais e o usuário. Observou-se também tempo prolongado de resolução das demandas trazidas pelos usuários pela ausência de intervenções precoces, deixando-os insatisfeitos e desacre-

ditados no serviço de saúde.

A famigerada distribuição de fichas para atendimento médico – polêmicas por limitarem o cuidado, colocando-o na figura do médico enquanto sujeito único capaz de resolver os problemas apresentados, mas potentes por organizarem o fluxo e gerarem alguma segurança aos usuários – se misturava com o próprio conceito escuta qualificada pela equipe em questão, visto que acontecia durante uma hora em cada turno, ou seja, após dado horário como seria acolhido ou não este usuário que chegava era um conflito diário para os trabalhadores. O processo de acolhimento era resumido à enfermeira da equipe, resultando em sobrecarga de trabalho e ausência de envolvimento multiprofissional. Dessa maneira, percebia-se um acolhimento ineficiente, com tempo de escuta prolongado, necessidades pouco identificadas e alta demanda de encaminhamento para o atendimento médico.

A presente pesquisa objetiva narrar uma experiência de aprimorar o acolhimento, identificando as possíveis falhas e superando-as através da reorganização dos processos de trabalho, e por fim oferecendo um acolhimento cada vez mais adequado, efetivo e humanizado aos usuários.

MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência vivenciado por uma residente de Medicina de Família e Comunidade, médica da equipe Bela Vista 2 com aproximadamente 3.400 usuários cadastrados. Esta equipe faz parte da USF Integrada Unindo Vidas em João Pessoa (PB). As unidades integradas são espaços com duas ou mais equipes de Saúde da Família dividindo o mesmo espaço predial e estratégico para o apoio ao cuidado.⁵ . A residência médica supracitada tem duração de 2 anos, período de realização do estudo em questão.

O relato que se apresenta foi estruturado segundo o protocolo SQUIRE 2.0.⁶

DESCRIÇÃO DO RELATO

Durante o primeiro mês de residência

em Medicina de Família e Comunidade (MFC), foi observado como acontecia o acolhimento na USF. Tal processo era realizado por um único profissional da equipe: a enfermeira, no horário das 7 às 8h no turno da manhã e das 12 às 13h à tarde. Eram distribuídas as fichas pelo auxiliar administrativo a quem chegasse entre esse horário. Após isto, os usuários eram orientados a retornarem no próximo turno, exceto os casos de urgência, nos quais o paciente era acolhido fora do horário previamente estabelecido.

A vivência dos atendimentos e o aprendizado do arcabouço teórico da MFC nos levaram a percepção de que mais de 80% dos pacientes que passavam pelo acolhimento eram encaminhados ao médico e que a retirada dos prontuários só se iniciava após a finalização do acolhimento. Assim, os usuários chegavam, falavam com a profissional elencada a acolher, mas só após a escuta de todos os pacientes é que procedia a retirada dos prontuários, aumentando sobremaneira o tempo de espera para o início das consultas. Tal questão ficou insustentável na pandemia, visto que o tempo de espera poderia gerar adoecimento e derramamento viral. Mudar era uma premente necessidade, mas com a pandemia tornou-se uma urgência sem precedentes.

Um dos principais problemas observado e que precisou de uma célere intervenção foi em relação aos pacientes que chegavam à Unidade após o horário de distribuição das fichas. Era desumano que eles voltassem para casa sem ao menos serem escutados e acolhidos. Portanto, todos que buscavam a unidade começaram a ser acolhidos por qualquer profissional da Unidade, geralmente, por um técnico de enfermagem. Outra mudança foi o acolhimento deixar de ser realizado exclusivamente pela enfermeira. Para isto, foi elaborada uma escala de profissionais, estes responsáveis pela escuta qualificada em seu respectivo turno.

O auxiliar administrativo potencializou o seu trabalho se responsabilizando por direcionar os usuários que chegavam com atividade já agendada aos seus setores, evitando assim esperas desnecessárias e possíveis confusões na recepção. Isso resultou

Quadro 1. Protocolo SQUIRE.	
Descrição do Problema	Acolhimento ineficaz de uma equipe de Saúde da Família
Contexto	Pandemia pelo COVID-19 diminuindo a tolerância do tempo de espera para o atendimento na USF
Intervenção	Roda de conversa com os trabalhadores, repensando o conceito de acolhimento a partir de seus conhecimentos prévios, facilitada pela residente e mediada pelo preceptor do Programa de Residência Médica e MFC
Medidas	Descrição do relato, processo de reconquista de um acolhimento mais estruturado e com as necessidades das pessoas
Considerações éticas	Por se tratar de um relato de experiência o presente estudo não foi submetido ao comitê de ética em pesquisa
Sumário	Processos dialogados na equipe de Saúde da Família que se valham de tecnologias leves, que possam ser empregados para facilitar o processo de trabalho devem ser estimulados, visto a potência de tais ferramentas
Limitações	Os achados do estudo não podem ser extrapolados, visto se tratar de um relato de experiência

Fonte: elaborado pelas autoras (2022).

em diminuição na quantidade de pessoas encaminhadas à escuta qualificada, evitando que ela se estendesse e interferisse nas atividades programadas daquele profissional. Portanto, pacientes que, por exemplo, buscavam a Unidade a fim de tomar vacina, coletar exame, receber medicação ou alguma referência de nível secundário não recebiam fichas e já eram direcionados para resolverem as suas necessidades.

Uma queixa trazida pelos próprios usuários era sobre a escuta demorada e a dificuldade para acessar o médico. Pois, durante a escuta, o profissional queria resolver demandas que não eram urgentes e exigiam tempo, provocando uma demora que só protelava a resolução das necessidades dos usuários. Percebendo isso, foi criado um fluxo para renovação de receitas de pacientes crônicos. Estes, caso não apresentassem queixas no dia, deixavam a receita com algum profissional da equipe e retornavam

no final do dia para buscá-las – em pastas especificadas na recepção. Assim, o médico ou enfermeiro analisava o prontuário oportunamente e o paciente não demorava na unidade.

A estratégia utilizada

Através das reuniões quinzenais, criou-se um espaço potente de trocas onde todos sugeriam idéias para reorganizar o processo de acolhimento no sentido de ampliar a capacidade clínica e de escuta da equipe de saúde, além de fomentar um senso crítico de autoavaliação em cada trabalhador.

Em posse do conhecimento de que o processo de acolhimento não é imutável, nem definido apenas pelos profissionais de saúde, e que é preciso de vários reajustes no decorrer da vivência em equipe, foi compactuado reuniões quinzenais entre a equipe do Bela Vista 2. Nestas rodas de conversa utilizamos o método freiriano

de pedagogia da autonomia, assim não existiam educadores e educandos, tudo era conversado e problematizado, extraindo saberes e vivências, por exemplo, sobre as peculiaridades de cada situação experimentada pelos trabalhadores durante o acolhimento e quais mudanças poderiam ser feitas para que houvesse um fortalecimento cada vez maior da relação de confiança e compromisso entre o paciente e profissional. Esses momentos também serviam para que cada membro da equipe se sentisse motivado e disposto a participar ativamente do acolhimento. Vale salientar que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) exerciam um papel importantíssimo, uma vez que eles sempre estavam em contato com os usuários além da Unidade, trazendo de forma direta para a discussão as expectativas e reclamações da população.⁷

DISCUSSÃO E RESULTADOS

O acolhimento é essencial ao cuidado do usuário, visto que é uma ferramenta de cuidado. Para efetivação do acolhimento na APS é necessária uma escuta qualificada pelos trabalhadores, evidenciando permanentemente as demandas dos usuários dos serviços de saúde, atendendo conforme a priorização por meio de uma avaliação criteriosa das vulnerabilidades.⁸ Apesar da

demanda expressiva, com a organização da oferta de profissionais suficientes e capacitados é possível oferecer atendimento eficiente e digno a todos que buscarem à USF.

Percebe-se assim que a garantia do acesso e do acolhimento é de suma importância para a consolidação do direito universal da população ao SUS e exige uma mudança no processo de trabalho, com uma reorganização do serviço, no sentido de oferecer sempre uma resposta positiva ao problema de saúde do usuário.⁹ O acesso e acolhimento, por sua vez, articulam-se e se complementam na implementação de práticas em serviços de saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado.¹⁰ Para garantir tal acesso é preciso aprimorar os fluxos dos usuários no interior do serviço, desde a recepção até a sua saída ao final do atendimento. Os momentos de discussões dos fluxos entre as equipes propiciaram resgatar o papel de cada profissional inserido na APS, ressignificando e fortalecendo o trabalho em equipe, a eficácia e a efetividade da assistência e dos cuidados de saúde.¹¹

De modo geral, reconhece-se o acolhimento como um dispositivo potente para atender à exigência de acesso, propiciando um vínculo entre a equipe e população, trabalhador e usuário, questionando-se assim o processo de trabalho e desencadeando o cuidado integral, modificando a

clínica. Para isso, é necessário qualificar a equipe multiprofissional para receptionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisões, amparar, orientar e negociar. Esse é um processo no qual os profissionais e a unidade tomam, para si, a responsabilidade de intervir em uma dada realidade, em seu território de atuação, a partir das principais necessidades de saúde, buscando uma relação acolhedora e humanizada para prover saúde nos níveis individuais e coletivo.¹⁰

CONCLUSÃO

Portanto, mesmo em meio a uma pandemia cruel e devastadora, é possível remodelar o acesso dos usuários à saúde através do acolhimento de uma equipe qualificada e comprometida. Apesar do visível fortalecimento do processo de acolhimento da USF em questão, é preciso sempre ser reavaliado conforme as respostas dos usuários e profissionais às ações implementadas. O acolhimento deve acontecer durante todo o momento em que a USF estiver aberta e não restringir a responsabilidade pelo ato de acolher a um trabalhador isoladamente, pois o acolhimento não se reduz a uma etapa nem a um lugar. Ele se caracteriza como uma relação humanizada, servindo de esteio para ampliar o acesso à APS e aos demais níveis do SUS.

REFERÊNCIAS

- 1 Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília. Unesco; 2002.
- 2 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
- 3 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- 4 Brehmer LCF, Verdi M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15; 2010. p. 3569-3578.
- 5 Soares RS, et al. Residência em medicina de família e comunidade: construindo redes de aprendizagem no SUS. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, 13(40):1-8, 2018.
- 6 Ogrinc G, et al. SQUIRE 2.0-Standards for Quality Improvement Reporting Excellence-Revised Publication Guidelines from a Detailed Consensus Process. *J Am Coll Surg*, 222:317-23, 2016.
- 7 Freire, Paulo. Pedagogia da autonomia: saberes necessários a prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2004.
- 8 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- 9 Silva LAN, et al. Acesso e acolhimento na Atenção Básica da região Oeste do Pará. *Saúde em Debate*; 2019. v. 43, p. 742-754.
- 10 Souza ECF, et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v.24, n. 1, p. 100-110, 2008.
- 11 Bragado MJV, Rocha KSG, Oliveira TP, Vergotti BS, Vieira DO, Moreira KFA. Organização do atendimento em saúde durante pandemia do coronavírus: o reflexo do trabalho colaborativo. *Saúde Coletiva (Barueri)*; 2021. 11(68), 7661-7670. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i68p7661-7670>