

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004440015>

RECEPÇÃO: PONTO ESTRATÉGICO PARA O ACESSO DO USUÁRIO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE¹

Thaise Honorato de Souza², Maria Terezinha Zeferino³, Vivian Costa Fermo⁴

¹ Resultado da dissertação - Recepção do usuário no SUS: estratégias para o acesso à rede de urgência e emergência, na perspectiva do trabalhador, apresentada ao Programa de Pós-Graduação Multidisciplinar em Saúde – Mestrado Profissional, área de concentração Urgência e Emergência, vinculado ao Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em 2014.

² Mestre Profissional Multidisciplinar em Saúde do Programa de Pós-Graduação Multidisciplinar em Saúde – Mestrado Profissional da UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: thaisetise@yahoo.com.br.

³ Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação Multidisciplinar em Saúde – Mestrado Profissional da UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: terezinha.zeferino@ufsc.br

⁴ Mestre em Enfermagem. Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: vivianfermo@hotmail.com

RESUMO: Este estudo busca compreender como ocorre o acolhimento do usuário com quadro agudo ou crônico agudizado, que não possui atendimento agendado (demanda espontânea), na perspectiva dos trabalhadores que atuam na recepção de Centros de Saúde. Estudo qualitativo, exploratório-descritivo, realizado em dez Centros de Saúde de um município de Santa Catarina, Brasil. Na coleta de dados foram entrevistados, entre janeiro e março de 2014, 17 trabalhadores que atuam na recepção destes serviços de saúde. Para compreensão do material empírico foi realizada a análise de conteúdo temático. Os resultados demonstraram que o acesso do usuário não ocorre conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde, devido a fragilidades na organização do processo de trabalho. Portanto, é necessário reorganizar o processo de trabalho, considerando a recepção como ponto estratégico, a fim de qualificar o acesso dos usuários ao Sistema Único de Saúde.

DESCRIPTORES: Acesso aos serviços de saúde. Acolhimento. Serviços de saúde. Gestão em saúde. Sistema Único de Saúde.

RECEPTION: STRATEGIC POINT FOR USER ACCESS TO UNIFIED HEALTH SYSTEM

ABSTRACT: This study investigated to understand how user embracement of users with acute illness or chronic worsened works, which has no scheduled service (spontaneous demand) from the perspective of workers of the reception service of health centers in a municipality in the southern region of Brazil. Descriptive exploratory qualitative study conducted in ten health centers in a municipality of Santa Catarina, Brazil. In data collection 17 workers from the reception of these health services were interviewed between January and March 2014. Thematic content analysis was performed. The results showed that user access does not occur as recommended by the Ministry of Health, due to weaknesses in the work process. Therefore, it is necessary to reorganize the work process, considering the reception as a strategic point in order to qualify the access of users to the Unified Health System.

DESCRIPTORS: Health services accessibility. User embracement. Health services. Health management. Unified Health System.

RECEPCIÓN: PUNTO ESTRATÉGICO PARA EL ACCESO DEL USUARIO EN EL SISTEMA ÚNICO DE SALUD

RESUMEN: Este estudio objetivó comprender cómo es la recepción al usuario con cuadro agudo o crónico agravado, que no tiene consulta programada (demanda espontánea) desde la perspectiva de trabajadores que actúan en la recepción de Centros de Salud. Estudio cualitativo exploratorio descriptivo realizado en diez Centros de Salud de una ciudad de Santa Catarina, Brasil. Fueron entrevistados entre enero y marzo de 2014, 17 trabajadores de la que actúan en la recepción de estos servicios de salud. Para la comprensión del material empírico se llevó a cabo el análisis de contenido temático. Los resultados mostraron que el acceso del usuario no se produce según lo recomendado por el Ministerio de Salud debido a las deficiencias en la organización del proceso de trabajo. Por lo tanto, es necesario reorganizar el proceso de trabajo, teniendo en cuenta la recepción como punto estratégico para calificar el acceso de los usuarios al Sistema Único de Salud.

DESCRIPTORES: Accesibilidad a los servicios de salud. Acogimiento. Servicios de salud. Gestión en salud. Sistema Único de Salud.

INTRODUÇÃO

O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde é um direito de todos os brasileiros, garantido por Constituição Federal desde 1988.¹ Para a conquista de um serviço voltado às necessidades da população, o acesso à saúde, no Brasil, passaram por modificações, sendo que, atualmente, a Atenção Primária à Saúde (APS), que tem como ordenador a Estratégia Saúde da Família (ESF), é a porta de entrada preferencial do usuário ao Sistema Único de Saúde (SUS). A APS fica responsável por coordenar as estratégias de cuidado à população, sendo capaz de resolver até 85% dos problemas de saúde, realizando serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde. Para tanto, realiza ações individuais e coletivas, articulando-se com outros serviços de saúde e equipamentos sociais. Quando necessário, deve garantir a continuidade da atenção de modo integrado, ao encaminhar os usuários aos demais pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS).²

Vale ressaltar que o conceito de APS é recém datado do final do século XX, mas seus fundamentos filosóficos têm origem no desenvolvimento da medicina enquanto ciência. Nos últimos anos, houve diversas conferências internacionais que ajudaram a reforçar esta estratégia, o que resultou em uma APS renovada como política de saúde em muitos países, para maior acesso aos serviços, melhores resultados e eficiência, custos mais baixos e maior satisfação dos usuários.³

No Brasil ainda existem fragilidades na APS que resultam na superlotação de Serviços de Emergência Hospitalar, por usuários que poderiam ter suas necessidades atendidas nos Centros de Saúde (CS), mas que não ocorrem por: dificuldade de coordenação entre os níveis de atenção; precário processo de articulação entre os serviços; desconhecimento dos vários pontos de atenção pelos profissionais da APS; baixo financiamento do SUS; dificuldade de cooperação entre profissionais de atenção primária e secundária; acolhimento incipiente na ESF; práticas de promoção da saúde não consolidadas; deficiência nos processos comunicacionais; dificuldade de acesso à atenção especializada;⁴ excesso de demanda; modelo biomédico hegemônico; ausência de capacitação e de espaços democráticos e reflexivos para reorganizar o processo de trabalho em saúde.⁵

Para modificar tal realidade, a APS, em uma de suas estratégias, deve organizar o seu processo de trabalho a fim de que possa integrar as ações programáticas e espontâneas, ou seja, programar e implementar atividades de promoção à saúde, prevenção de doenças e a priorização de solução dos problemas

e situações de saúde mais frequentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea.⁶ O acolhimento surge então como uma tecnologia capaz de ampliar o acesso e concretizar a APS como porta de entrada do sistema de saúde, atender a demanda espontânea, garantir assistência aos demais níveis, de forma segura, para que os princípios do SUS sejam efetivados.^{5,7}

Neste sentido, a APS também tem como função se responsabilizar pelo acolhimento dos pacientes com quadros agudos ou crônicos agudizados, cuja complexidade seja compatível com este nível de assistência; e realizar o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até o encaminhamento a outros pontos de atenção. Nestes casos, realizar o acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades por profissionais da saúde através do Acolhimento com Classificação de Risco (ACR), qualifica e dá segurança à assistência.^{7,8}

O atendimento às demandas espontâneas em um CS tem potencial para melhor qualidade no cuidado a ser prestado, visto que na maioria das vezes, os profissionais da saúde possuem vínculo com o usuário e conhecem seu histórico de saúde. Por este motivo, estratégias e reformulações políticas, com objetivo de solucionar a dificuldade do usuário em acessar este serviço, devem ser implementadas por gestão e profissionais a fim de tornarem as ações da APS comprometidas com a integralidade do cuidado.

Diante do exposto, o presente estudo tem por objetivo compreender como ocorre o acolhimento do usuário com quadro agudo ou crônico agudizado, que não possui atendimento agendado (demanda espontânea), na perspectiva dos trabalhadores que atuam na recepção dos CSs de um município de Santa Catarina, Brasil.

MÉTODO

Estudo do tipo exploratório-descritivo, de natureza qualitativa, realizado em dez CSs do município onde se desenvolveu a pesquisa, pertencente ao estado de Santa Catarina, Brasil. Para organização de seu território de abrangência, o município distribuiu seus serviços de saúde em cinco distritos sanitários: Centro, Continente, Leste, Norte e Sul. Os CSs foram indicados pela gestão do município por contarem com o maior número de equipes Estratégia Saúde da Família de cada distrito sanitário. Os participantes do estudo foram 17 profissionais, selecionados de forma aleatória, por sorteio, que realizam o primeiro contato com os usuários na recepção destes serviços, sendo que três atuam no

distrito sanitário Norte; três, no Leste; quatro, no Centro; três, no Sul; e quatro, no Continente.

Configuraram-se como critérios de inclusão dos participantes deste estudo: trabalhadores com mais de três meses no serviço; idade igual ou superior a 18 anos; que realizam o primeiro atendimento ao usuário nos serviços de saúde selecionados. Critérios de exclusão: estar afastado do local de trabalho por um longo período de tempo, por exemplo, em licença-saúde ou licença-prêmio. Neste sentido, os trabalhadores convidados a participar do estudo, após aceitação, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram identificados com a letra "T", seguida de um numeral de 1 a 17, aleatoriamente, de modo a garantir o anonimato dos participantes.

Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada gravada entre os dias 28 de janeiro e 15 de março de 2014. Todas as entrevistas foram transcritas integralmente para a análise, que considerou as diretrizes da RAS⁹ à luz da Política Nacional de Humanização (PNH).⁷ Os dados foram organizados e analisados com base na técnica de análise de conteúdo, sendo utilizadas as seguintes etapas: pré-análise, codificação e categorização.¹⁰ Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob o parecer n° 503.976, seguindo as recomendações da Resolução n° 466/2012¹¹ do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os trabalhadores que responderam o presente estudo, 13 (76,47%) eram do sexo feminino e quatro (23,53%) do sexo masculino. Quanto ao nível de escolaridade, sete (41,18%) possuíam ensino superior completo, três (17,65%) ensino superior incompleto, dois (11,76%) ensino técnico e cinco (29,41%) ensino fundamental completo. Em relação ao *status* de trabalho, 13 (76,47%) eram servidores efetivos do município, quatro (23,53%) possuíam vínculo de estágio na área de enfermagem ou administração. Dentre os servidores efetivos do município, oito (47,06%) eram administrativos, três (17,65%) agentes comunitários de saúde, e um (5,88%) técnico de saúde bucal. Referente ao tempo de serviço, 11 (64,71%) profissionais possuíam entre três meses a dois anos de serviço e seis (35,29%) trabalhadores tinham entre dois e nove anos de serviço.

A partir da fala dos participantes emergiram do material empírico duas categorias: A recepção no processo de acolhimento ao usuário na APS; A (des)padronização no atendimento à demanda espontânea através do acolhimento.

A recepção no processo de acolhimento ao usuário na Atenção Primária à Saúde

O trabalhador que atua na recepção possui grande protagonismo no acesso do usuário ao sistema de saúde, pois, na maioria das vezes, é responsável pelo primeiro contato com o usuário. A PNH os reconhece como agentes que fazem parte do processo de acolhimento, estratégia capaz de promover mudanças na organização do processo de trabalho, que visa garantir o acesso e a integralidade na atenção à saúde dos usuários do SUS. O acolhimento abrange a recepção do usuário, responsabilizando-se por ouvir suas queixas e preocupações, angústias, impor os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário.⁷

Identificou-se, no presente estudo, a exclusão do usuário e a dificuldade do acesso ao sistema, visto que, por vezes, os trabalhadores que realizam o primeiro contato com aqueles que buscam o Centro de Saúde devido quadro agudo ou crônico agudizado, os direcionam a outros serviços de saúde, antes mesmo de uma avaliação clínica por profissional da saúde.

Se eu perceber que a pessoa está muito mal, que a pressão está baixa, pálido prestes a desmaiar, eu chamo alguém na hora, independentemente do local que ela more. Se percebo que dá para ela ir para o posto dela, eu oriento o usuário a ir para o posto dele! (T11).

Eu trabalho conforme a agenda, eu tinha vontade de atender a todos os pacientes que chegam aqui dizendo: 'Ah eu estou me sentindo mal' 'Eu estou ruim'. Eu olho na agenda não tem vaga de acolhimento, eu acabo encaminhando para UPA (T2).

Dependendo do relato, gravidade do caso que o usuário aparenta possuir, sua procedência, da grande demanda de usuários buscando o serviço naquele dia e da escassez de vaga para atendimento com o médico, é o próprio trabalhador que atua na recepção quem decide se o usuário necessita ou não ser atendido naquele serviço e naquele momento, ou seja, realiza a triagem do usuário ao invés de acolher e permitir uma avaliação mais criteriosa da situação clínica por profissional de saúde habilitado para esta função. Quando o usuário sai dos serviços de saúde sem receber um cuidado resolutivo e/ou encaminhamento responsável e adequado, significa que foram feridos os princípios do SUS e os direitos do usuário.

Esta realidade pode estar associada às condições de trabalho nos CSs. Estudo realizado em 2010, com 96 profissionais que atuam na APS do mesmo município, identificou a existência de sobrecarga de

trabalho, número subdimensionado de pessoas para o atendimento da demanda e a falta de recursos de materiais, insumos e suprimentos.¹² Para melhorar o acesso do usuário, faz-se necessário o comprometimento da gestão municipal, em possibilitar recursos humanos e materiais necessários para ampliar o acesso dos usuários à APS. A população, juntamente com os profissionais de saúde, podem, através dos Conselhos de Saúde, reivindicar a resolução destas fragilidades.

A educação é primordial para romper as barreiras no acesso à saúde, visto que quando instruídos, os usuários são capazes de fazer valer os seus direitos.¹³ A Carta dos Direitos do Usuário rege que toda pessoa tem direito ao acesso a bens e serviços de saúde ordenados e organizados, sendo que o acesso deve iniciar, preferencialmente, pela APS, em unidades próximas à sua casa. Nas situações de urgência/emergência, estes serviços devem receber e cuidar da pessoa, bem como encaminhá-la para outro serviço, em caso de necessidade, decorrente do estado de saúde e indicação clínica. Estes encaminhamentos devem ser por meio de documento com os dados clínicos do usuário, o motivo do encaminhamento, nome do profissional e seu número de registro no conselho profissional, identificação da unidade que recebeu o usuário e da unidade para a qual está sendo encaminhado.¹⁴

Notou-se o encaminhamento realizado na forma verbal, por trabalhadores na recepção, sem avaliação clínica do usuário e a certeza de que terá resolutividade da demanda exposta.

Por escrito, não. Quem pode fazer por escrito é só o médico ou enfermeiro, mas a gente conversa, explica a situação que a gente não tem o que um hospital tem, que seria melhor a pessoa ir lá, como num caso de pé quebrado (T17).

Resolução do município, implementada em março de 2014, após a coleta do presente estudo, estabelece que a recepção deve receber ao público, acolhendo, prestando informações gerais sobre o serviço e direcionando para os setores da unidade de saúde, de acordo com protocolos e fluxos estabelecidos pela gestão, sendo vedada a liberação ou encaminhamento de usuários com demandas clínicas para outros serviços sem avaliação prévia da ESF. Além disso, normatiza que todo encaminhamento realizado por CS para outros pontos da RAS deve ser feito por profissional da ESF, devendo ser registrado em prontuário e disponibilizado ao usuário, por escrito, o nome, endereço e telefone da unidade/serviço para qual está sendo encaminhado, incluindo data e horário do encaminhamento.¹⁵ Esta realidade demonstra que a gestão local se compromete com a

implementação de estratégias, no sentido de aperfeiçoar o processo de trabalho referente ao encaminhamento responsável entre os pontos da RAS.

A ocorrência de encaminhamento de usuários a outros serviços de saúde por trabalhador da recepção é preocupante, pois a demanda em questão não foi conhecida pela equipe da ESF, a fim de que se comprometa com a longitudinalidade e integralidade do cuidado. É necessário envolver a gestão e a equipe de saúde na qualificação destes trabalhadores no desempenho de suas funções, para que participem do acolhimento do usuário, escutando as demandas espontâneas e, então, com o conhecimento acerca dos serviços oferecidos pelo CS, demais pontos da RAS e as atribuições dos demais membros da equipe, orientem os usuários para atendimento com profissional pertencente a ESF, responsável por avaliação clínica dos casos agudos ou crônicos agudizados, para os encaminhamentos, quando necessários.

Em alguns relatos, o recepcionista realiza seu trabalho conforme o preconizado, ao acolher o usuário e possibilitar a continuidade do atendimento por profissional da saúde. No entanto, estes trabalhadores que atuam na recepção, não visualizam o acolhimento como algo processual no qual participam, mas sim, como uma avaliação do quadro clínico, realizado em ambiente delimitado por profissional específico. Esta percepção pode ser reflexo do processo de trabalho implantado nos CSs, que abordam o acolhimento como triagem por meio da escuta qualificada.

A nossa política aqui é direcionar. Se não tiver agendado, a recepção dirige a sala de acolhimento com o técnico (T7).

Eu peço os documentos, verifico se tem cadastro, escuto a necessidade do paciente, passo para o acolhimento com a enfermeira. Se não tem cadastro eu faço cadastro. Se não tem documento, eu comprovo endereço e faço um provisório (T9).

Eu encaminho o usuário para a equipe de técnicas de enfermagem avaliar. Se elas julgarem necessário, caso de urgência, elas o encaixam em um horário com um médico ou o encaminham para a Unidade de Pronto Atendimento (T11).

O acolhimento, quando tomado como triagem a ser realizada na porta do serviço, pode perpetuar a exclusão dos usuários ao SUS, dificultando a adesão ao projeto terapêutico, o vínculo e a responsabilização. Além disso, passa a ser percebida por profissionais de saúde, como mais uma tarefa a ser realizada, entre tantas outras da APS, causando sobrecarga de trabalho, cansaço, estresse e conflitos nas equipes.⁵

Fica evidente a necessidade da educação permanente nos serviços, afim de empoderar o trabalhador acerca do que realmente se constitui o processo de acolhimento, quais são seus atores, a importância e a valorização do seu papel dentro deste processo, que é tido como ferramenta necessária para que o usuário acesse o sistema de saúde e exerça sua cidadania.

São considerados subsídios para a realização de um bom acolhimento o apoio logístico, a articulação entre serviço local e programas assistenciais, o acesso ao sistema de informação, a disponibilidade de prontuário eletrônico, recursos humanos capacitados e baixa rotatividade profissional. O acolhimento, na dimensão reorganização do serviço de saúde, tem como requisitos a gestão estratégica de pessoas e de ações, que resultem em um canal efetivo de comunicação entre serviço e usuário, bem como na agilidade da oferta de ações e serviços por meio de uma equipe comprometida profissionalmente.¹⁶ Os CSs contam com sistema de informação e prontuário eletrônico, que potencializam a qualidade da assistência prestada, no entanto, é necessário, para diminuição de iniquidades na oferta de ações e serviços e para a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da APS, a criação e implementação de protocolos que padronizem o atendimento às demandas espontâneas.

A (des)padronização no atendimento à demanda espontânea através do acolhimento

Os critérios utilizados pela APS no atendimento às demandas espontâneas são, em algumas vezes, fruto da prioridade dada individualmente pelo trabalhador, bem como das dificuldades de organização do processo de trabalho no serviço, em detrimento das necessidades do usuário e sem seguir critérios de avaliação objetivos. A recepção encaminha para os diferentes profissionais da ESF, de acordo com a sua percepção subjetiva acerca do estado de saúde do usuário e da existência de vaga na agenda dos profissionais de nível superior.

O paciente com dor a gente bate na porta do médico e chama. Paciente com falta de ar prioriza pra atender antes dos pacientes agendados e até antes dos que já foram passados, que precisam de atendimento imediato, mas é aquilo que eu te disse, depende da queixa do que eles apresentam pra gente, a gente vai redimensionando, médico e enfermeiro (T4).

Seria interessante termos uma equipe de urgência, que pudesse atender fora esses horários de acolhimento, os pacientes que venham passar mal, se tem pacientes passando mal às dez da manhã, todos os médicos 'tão

com agenda cheia, a gente não vai ter médico livre pra atender, tem que passar pelo técnico, constatado urgência fica como encaixe (T17).

Importante destacar que os profissionais que atuam na recepção não possuem formação na área da saúde e que, em nenhum momento, foi apontada a existência de avaliação de risco e vulnerabilidade diante do usuário com queixa aguda ou crônica agudizada, de forma padronizada e por profissional da saúde. Constatada, também, a percepção dos trabalhadores da recepção, de que a demanda deve ser preferencialmente atendida por profissional médico.

Neste sentido, visto que a APS é integrante da Rede de Atenção às Urgências, deve-se colocar em prática a ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada aos diferentes agravos, a fim de ofertar o cuidado em tempo hábil e, conseqüentemente, diminuir o número de mortes evitáveis, sequelas e internações.¹⁷

Estudo brasileiro implantou um protocolo de atendimento a demanda espontânea com queixas clínicas na ESF, baseado no protocolo de Manchester e no Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) em Assistência Médica Ambulatorial (AMA). Após a chegada do usuário na unidade, havia encaminhamento para sala avaliação de suas condições de saúde com realização de classificação de risco. O usuário era, então, classificado de acordo com a gravidade do caso, em diferentes cores, as quais definem o seu encaminhamento da seguinte forma: preto (pacientes que necessitam de atendimento de emergência e devem receber atendimento imediato em Emergência Hospitalar/Serviço de Atendimento Médico de Urgência), vermelho (apresentam riscos de agravo à saúde e necessitam de consulta médica prioritária), amarelo (apresentam alterações nos sinais vitais, mas sem riscos de agravo à saúde. Devem receber consulta médica sem prioridade, sendo atendidos após o término dos pacientes agendados), verde (com queixas recentes ou agudas, que não ultrapassem 15 dias, e sem risco de agravo à saúde. Devem ser avaliados pela enfermeira ou encaminhados para agendamento conforme definição da enfermagem) e azul (problemas ou queixas há mais de 15 dias, também devem ser avaliados pela enfermeira ou encaminhados para agendamento conforme definição da enfermagem).¹⁸

Desse protocolo adaptado,¹⁸ os resultados demonstraram que, dos 2.639 pacientes que procuraram atendimento médico e passaram pela ACR, 1.691 pacientes (63%) foram atendidos e obtiveram resolutividade por equipe de enfermagem, recebendo a classificação verde e azul. O restante, 948

(35,85%) pacientes, necessitaram de atendimento médico, recebendo a classificação amarelo, vermelho e preto, sendo que destes, apenas uma pequena parcela (0,15%) necessitou de atendimento em sala de emergência hospitalar.¹⁸

A partir da padronização do atendimento e da implementação de fluxos dentro do CS, que possibilitem uma adequada avaliação dos riscos e vulnerabilidades ao qual o paciente está exposto, muitos dos atendimentos à demanda espontânea podem ser descentralizados da figura do médico, o que poderá contribuir com o fim dos “horários de atendimento ao acolhimento” e aumentar a resolutividade da APS. Além disso, facilita e qualifica o trabalho da recepção, que poderá encaminhar o usuário de demanda espontânea aos profissionais de saúde, seguindo fluxo estabelecido e acordado entre a equipe, facilitando o acesso igualitário e humanizado, e combatendo as iniquidades e a exclusão do usuário.

Em alguns CSs deste estudo, por funcionarem por período determinado (08:00 às 17:00) e atenderam também outros tipos de demanda, como por exemplo, consulta de demanda programada, grupos de educação em saúde, Programa Saúde do Escolar, reuniões de equipe, entre outros, verificou-se a existência de horário de atendimento à demanda espontânea, que geralmente ocorre no primeiro horário da manhã e da tarde. Isso porque os profissionais costumam reservar estes horários em suas agendas para este tipo de demanda.

A gente pede para o pessoal chegar às 8h ou às 13h (T9).

Geralmente as enfermeiras colocam seis vagas de manhã para o acolhimento e a tarde. O resto agendamento normal (T8).

Seriam quatro vagas por dia, duas vagas pro período da manhã e duas pra tarde (T2).

Nesses casos, os usuários que buscam estes serviços nos demais horários do dia serão atendidos apenas se houver vaga disponível na agenda ou se o caso de fato se tratar de uma situação com risco eminente de morte.

Esta organização laboral é incompatível com os princípios do SUS, uma vez que submetem os usuários à espera em situações muitas vezes desumanas, atendendo por ordem de chegada, sem nenhum critério e sem garantia de acesso devido ao número de atendimentos limitados.¹ A indisponibilidade de horário alternativo e a restrição do atendimento são fatores que determinam a busca de outros serviços e deve ser a primeira etapa a ser vencida para maior satisfação dos usuários.¹⁷

Em dois cenários do estudo, foi apontada a assistência à demanda espontânea com quadro agudo ou crônico agudizado durante todo o funcionamento da unidade.

O acolhimento por profissional da saúde ocorre durante o período que o posto está aberto, pode haver ou não vaga para encaixe com o médico (T14).

Não é determinado um horário específico, porque a gente não sabe o grau de necessidade da pessoa (T7).

Nestes locais os trabalhadores compreendem que quadros agudos, urgências e emergências são situações imprevistas, o que impossibilita o agendamento de atendimento e requer que a equipe realize o planejamento de estratégias para o atendimento desta demanda.

Por este motivo, a realização de acolhimento qualificado, com avaliação de risco e vulnerabilidade da demanda espontânea, é uma das estratégias sugeridas pelo Ministério da Saúde quando trata de acesso à demanda espontânea na APS. Para que a implementação de padronização de atendimento se dê de forma responsável, a equipe deve ser capacitada para diagnosticar precocemente os casos graves, realizar as medidas de suporte necessárias para estabilizar o caso e acionar o serviço de maior complexidade, quando necessário, visando à adequada continuidade do atendimento.¹

Quando questionados se existia algum tipo de padronização para facilitar o acesso a crianças, gestantes, idosos e/ou deficientes físico não agendados, verificou-se a inexistência de protocolos estabelecidos pelo serviço. A demanda espontânea é atendida por ordem de chegada e, em alguns casos, o trabalhador da recepção estabelece as prioridades.

Se é um bebezinho, vai lá e, de repente fala com médico ou enfermeira, pede pra dar uma olhadinha. Os idosos têm preferência [...] (T1).

Olha, se tem vaga todos vão ser atendidos, encaixados, claro que a gente precisa ver a criança, o idoso, gestante, hipertenso, diabético (T7).

Apesar de não existir padronização em relação às prioridades para o atendimento à demanda espontânea, pode-se verificar que os trabalhadores costumam dar prioridade para os casos que eles julgam ser mais graves, bem como estabelecem como prioridade o atendimento a criança, idoso e gestante. Cabe destacar que essa concessão de prioridade, por conveniência de cada CS, não é suficiente, pois existem várias legislações específicas que garantem o direito de acesso prioritário aos serviços de saúde, como o Estatuto do Idoso, o da Criança e do Adolescente, entre outros, não cabendo à análise da prioridade por

mera conveniência, fazendo-se necessária a padronização destas prioridades, evitando-se o tratamento diferenciado entre uma unidade de saúde e outra.

Fica evidente a necessidade de que os CSs padronizem os atendimentos à demanda espontânea, visto que o acesso dos usuários aos serviços em estudo ocorre de inúmeras formas, a partir de condutas do profissional que está trabalhando no momento da chegada do usuário: encaminhamento realizado por trabalhador da recepção para outro serviço sem avaliação clínica por profissional da saúde; triagem realizada por recepção que encaminha ao médico ou enfermeiro, a partir do seu julgamento subjetivo; horários estabelecidos para atendimento à demanda espontânea; como também, o atendimento à demanda espontânea por profissional da ESF durante todo o período de funcionamento do serviço.

Quanto à resolubilidade da situação de emergência na APS, estudo aponta que os profissionais que atuam na ESF não compreendem a situação de emergência como sendo de sua responsabilidade e, assim, percebem o encaminhamento como a única forma de atenção. A qualificação dos profissionais de saúde da família para atuação em situações de urgência deve ser aprimorada e atualizada por meio da proposta da educação permanente em saúde, evitando que o despreparo desses profissionais leve ao encaminhamento de pacientes a um serviço de maior complexidade desnecessariamente.¹⁹ A partir da compreensão de que o atendimento às situações agudas, crônicas agudizadas e de emergência fazem parte de suas atribuições, a equipe poderá debater as formas de reorganização do serviço a fim de atender esta demanda de maneira efetiva e resolutiva.

Estudo internacional corrobora com esta ideia, ao apontar que os médicos da APS têm dificuldades no manejo de usuários em situações de emergência, sendo necessário o desenvolvimento de programa de educação permanente como uma estratégia para qualificar seu desempenho profissional e, consequentemente, a assistência ao usuário.²⁰

Vale destacar, que o município em estudo se mostra comprometido em adotar estratégias que qualifiquem o cuidado na APS, visto que implantou a Carteira de Serviços da APS, documento ordenador que define normas e diretrizes para o funcionamento das equipes e serviços da APS, que tem por objetivos melhorar a qualidade e contribuir para ampliação das ações e serviços e diminuir as iniquidades. Em suas diretrizes, a escuta qualificada deve ser realizada em todo o horário de funcionamento e por todos os profissionais de saúde, sendo que, em média, 50% da agenda dos médicos, enfermeiros e dentistas, em todos os

turnos, seja destinada à demanda espontânea. Quanto às atividades mínimas dos profissionais da ESF referentes ao atendimento à demanda espontânea; cabe ao técnico em enfermagem a atenção à demanda espontânea; ao enfermeiro atendimento à demanda espontânea e a classificação de risco e vulnerabilidade; e, ao médico e ao dentista o atendimento de demanda espontânea, primeiro atendimento à Urgência e Emergência, e, quando necessário, encaminhamento responsável a outros pontos da RAS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalhador que faz o primeiro contato com o usuário na recepção dos CSs tem exercido um papel de protagonismo sobre o acesso do usuário aos serviços da unidade e em seu encaminhamento aos demais pontos da RAS. Apesar da PNH já estar implantada, o acesso do usuário não agendado ainda não ocorre conforme o preconizado, visto que não compete à recepção encaminhar o usuário aos demais pontos da rede. As condutas equivocadas nesse setor devem ser discutidas entre todos os trabalhadores da unidade e gestão, a fim de descobrir as causas que têm levado aqueles que atuam na recepção às atitudes que excluem o usuário da porta de entrada do SUS e, assim, criar e implementar estratégias que modifiquem o processo de trabalho, e qualifique o trabalho da recepção.

Como a APS possui inúmeras atividades, que tornam este serviço amplo e complexo, com demandas programáticas e espontâneas, o acolhimento se torna uma ferramenta que garante o acesso do usuário. A avaliação com classificação de risco e vulnerabilidades possibilita o atendimento de maneira integral, equânime e eficaz. No município em estudo, foi implantada uma Carteira de Serviços que preconiza a realização deste tipo de atendimento, logo após a realização desta pesquisa. Faz-se necessário o recepcionista ser reconhecido por si e por outros trabalhadores como parte integrante do processo de acolhimento e, assim, participar das ações de educação permanente referentes ao tema.

Existe a necessidade de realizar educação permanente referente ao acesso do usuário com quadro agudo ou crônico agudizado com toda equipe envolvida no processo de acolhimento. E, após a reorganização dos CSs para cumprir com as atuais políticas públicas nacionais e municipais, indica-se a replicação deste estudo, a fim de identificar as potencialidades alcançadas com a implantação do acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidades, e como este possibilitou o fortalecimento da recepção do CS como ponto estratégico para acesso

do usuário ao SUS, o encaminhando para o profissional da ESF capaz de avaliar adequadamente o caso clínico, sem ferir os direitos do usuário.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, 5 de outubro de 1988. Brasília (DF): 1988.
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a estratégia saúde da família (ESF) e o programa de agentes comunitários de saúde (PACS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
3. Cruz AD, Ferregut JAN, Pérez YS, Cruz RR. Reflexiones sobre el desarrollo histórico social de la Atención Primaria de Salud. *Rev Cubana Med Gen Integr* [internet]. 2014 [cited 2015 Jul 10]; 30(2):255-67. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000200011&lang=pt
4. Rodrigues LBB, Silva PCS, Peruhype RC, Palha PF, Popolin MP, Crispim JA, Pinto IC, Monroe AA, Arcêncio RA. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014; 19(2):343-52.
5. Mitre SM, Andrade ELG, Cotta RM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17(8):2071-85.
6. Tesser CD, Norman AH. Repensando o cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Saúde Soc*. 2014; 23(3):869-83.
7. Ministério da Saúde (BR). Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização (documento base para gestores e trabalhadores do SUS). 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
8. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS: SUS na seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012.
9. Brasil. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 31 dez 2010. Seção 1.
10. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa (PT): Edições Setenta; 2009.
11. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* 13 jun 2012; Seção 1.
12. Paese F, Sasso GTMD. Patient safety culture in primary health care. *Texto Contexto Enferm* [internet]. 2013 [cited 2015 Jul 10]; 22(2):302-10. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a05>
13. Sánchez G, Laza C, Estupiñán C, Estupiñán L. Barreras de acceso a los servicios de salud: narrativas de mujeres con cáncer de mama en Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública* [internet]. 2014 [cited 2015 Jul 10]; 32(3):305-13. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2014000300005&lang=pt
14. Ministério da Saúde (BR). Carta dos direitos dos usuários. 3ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
15. Florianópolis. Portaria SS/GAB/Nº 26/2014, de 14 de março de 2014. *Diário Oficial Eletrônico do Município de Florianópolis* [internet]. 14 mar 2015 [cited 2015 Mai 05]; Seção 1.. Available from: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/diario/pdf/14_03_2014_19.30.20.d9658a08f3f5ab39d3bef6929595fb78.pdf
16. Guerrero P, Mello ALSF, Andrade SR, Erdmann AL. User embracement as a good practice in primary health care. *Texto Contexto Enferm* [internet]. 2013 [cited 2015 Jul 10]; 22(1):. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000100016&script=sci_arttext&lng=pt
17. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria GM n.º 1.600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 12 jul 2011; seção 1.
18. Roncato PAZB, Roxo CO, Benites DF. Acolhimento com classificação de risco na estratégia saúde da família. *Revista da AMRIGS*. 2012; 56(4):308-13.
19. Farias DC, Celino SDM, Peixoto JBS, Barbosa ML, Costa GMC. Acolhimento e resolubilidade das urgências na Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Educ Med*. 2015; 39(1):79-87.
20. Damaris RP, Magalys MM, Julio RP, Ernesto PL. Identificación de necesidades de aprendizaje sobre atención básica de urgencias y emergencias médicas en la Atención Primaria de Salud. *Educ Med Super* [internet]. 2014 [cited 2015 Jul 10]; 28(1):15-25. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412014000100004&lng=es

Correspondência: Thaise Honorato de Souza.
Rua: José Bernardo da Silva, 149. ap. 202
88106-070 - Flor de Nápolis, São José, Santa Catarina, Brasil
E-mail: thaisetise@yahoo.com.br

Recebido: 09 de setembro de 2015
Aprovado: 12 de fevereiro de 2016