

Governo do Estado do Rio Grande do Sul
Secretaria Estadual de Saúde
Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde
Divisão de Atenção Primária à Saúde

ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

NOVEMBRO 2022



É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.
Distribuição gratuita.

Rio Grande do Sul.
Secretaria Estadual de Saúde.
Projeto Terapêutico Singular na Atenção Primária à Saúde.
Divisão de Atenção Primária à Saúde - Porto Alegre: Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, 2022.

Tiragem: 1ª edição – 2022 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

Secretaria Estadual da Saúde RS
Departamento de Atenção Primária
e Políticas de Saúde
Avenida Borges de Medeiros, 1501 (Centro
Administrativo Fernando Ferrari) - 5º andar, Bairro
Praia de Belas
CEP: 90119-900 - Porto Alegre/RS

Direção de Departamento:

Péricles Stehmann Nunes

Organização:

Divisão de Atenção Primária à Saúde

Elaboração:

Divisão de Atenção Primária à Saúde

Aline von der Goltz Vianna
Ana Clara do Carmo Costa
Ana Claudia Pedroso Andrades
Anna Karina Martins de Oliveira
Carla Daiane Silva Rodrigues
Janilce Dorneles de Quadros
Kayla Nascimento Peixoto
Laura Ferraz dos Santos
Priscila Helena Miranda Soares
Raíssa Barbieri Ballejo Canto
Tainá Nicola

Diagramação:

Anna Karina Martins de Oliveira
Kayla Nascimento Peixoto
Layne Martins Ferraz

APRESENTAÇÃO

A Divisão de Atenção Primária à Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do RS organizou este documento com uma das temáticas mais importantes para garantia do acesso universal, equânime e ordenado às ações e serviços de saúde da Atenção Primária: o acolhimento. Tem como finalidade central a apresentação de aspectos essenciais à sua implementação no cotidiano dos serviços a partir da utilização do saber clínico, epidemiológico e da subjetividade, além do olhar sensível aos riscos e vulnerabilidades.

Boa leitura!



SUMÁRIO

O que é acolhimento em Atenção Primária à Saúde?.....	04
Qual a diferença entre triagem e acolhimento?.....	06
Como implementar e qualificar o acolhimento na Atenção Primária?.....	08
O acolhimento nas estratégias de organização do acesso.....	14
Acesso avançado.....	15
Demanda espontânea.....	18
Agendamento.....	20
Fluxograma do acolhimento.....	23
Aplicações práticas da classificação de risco.....	26
Especificidades do acolhimento: demandas de saúde mental, matriciamento e os outros níveis de atenção.....	27
Para saber mais.....	29
Cursos.....	29
Casos.....	31
Referências.....	34
Créditos.....	36

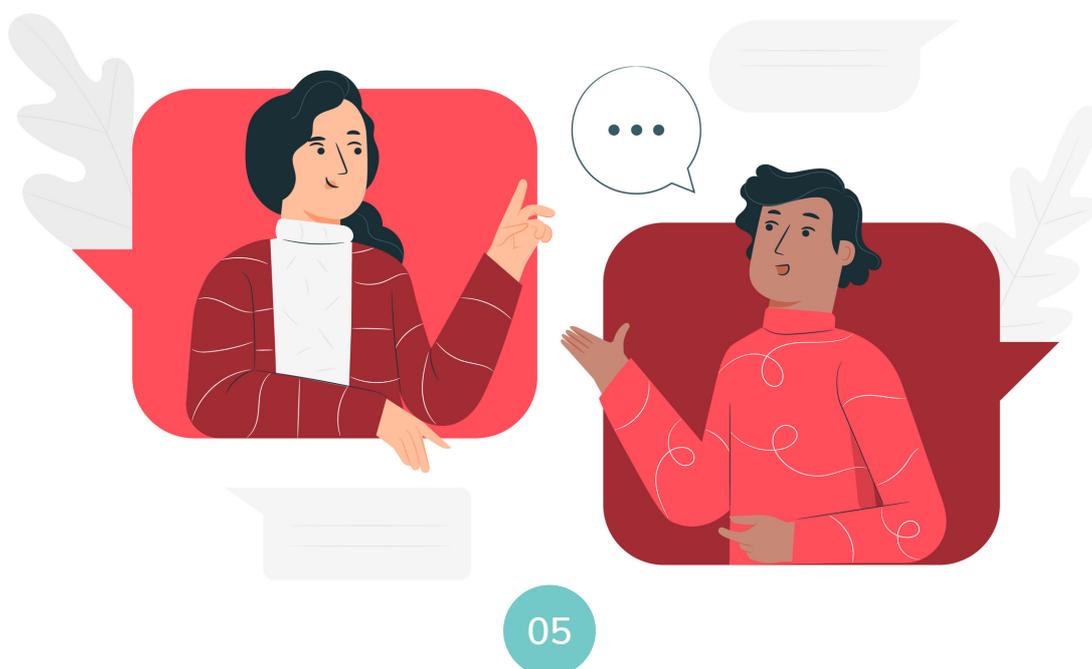
O QUE É ACOLHIMENTO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE?

Entender o conceito de acolhimento em Atenção Primária à Saúde (APS) parte, previamente, do reconhecimento do seu papel enquanto integrante da rede de atenção à saúde (RAS). Sendo assim, devemos lembrar que a APS atua como a principal porta de entrada dos sistemas de saúde e a ela compete a organização e o ordenamento da rede, através da garantia de acesso aos usuários, qualificação das demandas visando a resolução dos problemas ou o encaminhamento, quando necessário. Portanto, acolher de maneira satisfatória e manter vínculo com os usuários fortalece a eficácia e a continuidade das ações de saúde, além de favorecer a participação do usuário durante a oferta de cuidado e a tomada de decisão.^{1,2}

A partir disso, devemos entender o acolhimento como parte integrante de todo o processo de trabalho na APS, sendo um dos pilares da postura profissional ética voltada à solidariedade humana e um importante potencializador do vínculo.³

Ele deve estar presente em todas as etapas e percurso do usuário dentro das unidades de saúde até a conclusão da sua demanda pela RAS, não estando limitado somente a uma oportunidade ou espaço físico. O foco central do acolhimento deve estar na escuta, na percepção das necessidades dos usuários de forma legítima e livre de julgamentos, de modo a buscar a resolutividade dos problemas apresentados.³

O acolhimento é um dos pilares da Política Nacional de Humanização (PNH), sendo entendido como a necessidade de humanizar o atendimento e a recepção do usuário no sistema de saúde com vistas à promoção de solução dos casos através de uma escuta qualificada e responsável, reconhecendo o usuário como sujeito central na promoção da saúde. Além disso, o acolhimento é uma ferramenta essencial para a organização do processo de trabalho.^{4,5,6}



QUAL A DIFERENÇA ENTRE TRIAGEM E ACOLHIMENTO?

Desde a PNH (BRASIL, 2004), se faz uma crítica à ação da triagem administrativa, o que gera exclusão ao separar, escolher, selecionar quem será atendido. Nesta abordagem, pouco se realiza a escuta ativa e terapêutica do usuário. O profissional de saúde define para qual serviço encaminhar o usuário com base na sua queixa. Um exemplo de triagem é a distribuição de fichas.⁴

A partir de desafios encontrados pelas equipes de saúde da família no cotidiano de trabalho, refletindo diretamente na qualidade da assistência prestada, ou seja, quando o acolhimento é realizado de forma mecanizada e técnica, se configurando apenas como uma triagem para a classificação de consultas e procedimentos específicos.⁷

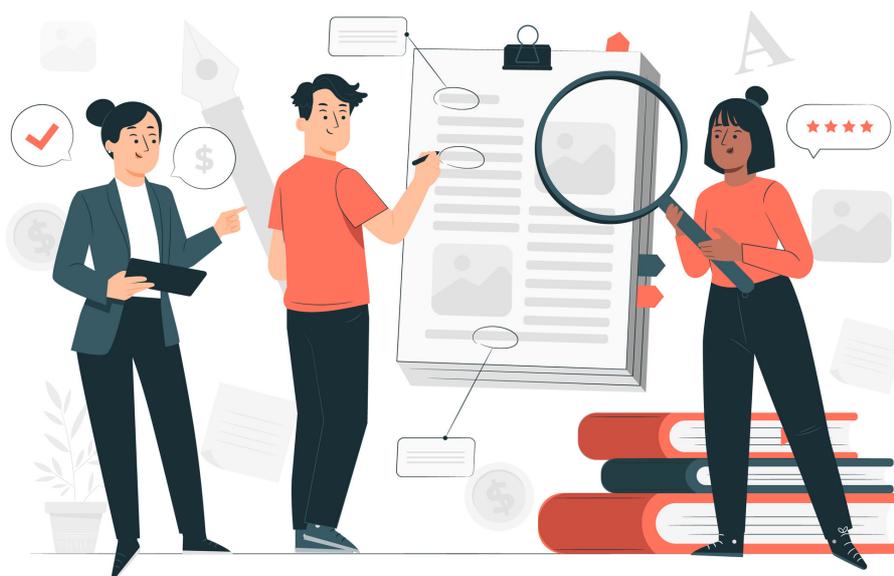
Acolher significa aceitar, dar ouvidos, receber, atender, admitir.

O acolhimento é um ato de aproximação, inclusão e humanização. Nesta abordagem, o profissional acolhe, escuta e dá respostas/orientações adequadas aos usuários, com resolutividade e responsabilização. Também promove escuta qualificada, construção de vínculo e garante acesso, continuidade da assistência e articulação entre os serviços.⁶



COMO IMPLEMENTAR E QUALIFICAR O ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA?

Partindo do princípio que o acolhimento é parte integrante de todo o processo de trabalho da APS, sua qualificação deve partir do levantamento de dados epidemiológicos, do diagnóstico situacional e da identificação de problemas do território, bem como, da análise da estrutura física e recursos humanos disponíveis.⁸



Deste processo, participam membros da equipe e da comunidade. É importante, também, a participação do Conselho Local de Saúde, no desempenho de suas competências, como potencial gerador de mudanças sociais e melhoria das condições de vida da comunidade.⁸

À vista disso, são princípios para qualificação ou implantação do acolhimento nos serviços de saúde: ⁹

- Organização do serviço pautada nos princípios de responsabilidade territorial, adscrição de clientela, vínculo com responsabilidade clínico-sanitária, trabalho em equipe e gestão participativa;



- Qualificação profissional para habilidades de escuta qualificada;

- Execução dos protocolos multiprofissionais e interdisciplinares, com vistas à qualificação da assistência e definição de prioridades;

Para isso, são ações estratégicas:⁹

- [Diagnóstico das principais demandas e necessidades dos usuários](#), por meio das principais queixas decorrentes em demanda espontânea, das necessidades observadas e relatadas durante visitas domiciliares ou nos grupos, por exemplo: em determinado território com mais idosos ou crianças menores de 5 anos, há predomínio de agravos na primeira infância e relatos de violência doméstica;
- [Mapeamento do fluxo do usuário no serviço](#), por exemplo, disponibilizar um banner na sala de espera orientando quais são os serviços ofertados na Unidade e qual a forma de classificação de risco no atendimento à demanda espontânea;
- [Estabelecimento de protocolo de classificação de risco](#) para atenção à demanda espontânea;
- [Conhecer a rede de atenção a saúde do território](#), é fundamental que todos os profissionais da UBS conheçam os serviços ofertados ou equipamentos da comunidade e orientem continuamente os usuários.



[Assista a um relato de experiência sobre a organização do acesso na APS](#)

- Estratificação de risco das principais populações ou condições de saúde presentes no território* (crianças, idosos, hipertensos, diabéticos, portadores de doença renal crônica).
- Levantamento e análise da organização do serviço e dos principais desafios enfrentados (por exemplo: Quais são as especialidades onde há maior fila de espera? Há rede social de apoio para a comunidade?, etc)
- Construção coletiva de estratégias para enfrentamento dos problemas, envolvendo o conselho de saúde local nestas discussões;
- Análise contínua das dificuldades, tentativas que fracassaram e avanços (avaliação em equipe e comunidade a cada 30 ou 60 dias, repactuar combinações com a comunidade ou optar por outra estratégia de acesso);

*Para mais informações, consulte as notas técnicas assistenciais da SES/RS;

- Integração entre a atenção e a gestão para o planejamento em saúde, importante envolver a gestão (coordenador de AB e/ou secretário de saúde), nestas pactuações de organização de acesso e acolhimento, em especial na identificação dos usuários que não estão acessando os serviços de APS;
- Educação permanente, construção e pactuação de ações que orientem a renovação do trabalho/serviço e promovam aprendizagens coletivas, sempre que apontada a necessidade por algum membro da equipe ou oriundo da comunidade. Recomenda-se que a EP tenha caráter permanente e periódico, além de ser fomentada pela gestão, com base nas necessidades dos trabalhadores, da comunidade e conforme atualizações de documentos técnicos do MS, estado e conselhos profissionais.





E AGORA?

A partir dessas ações, podem-se programar quantas consultas de demanda espontânea e programada serão disponibilizadas, quantas consultas serão destinadas aos retornos de rotina, como organizar a agenda do médico, da enfermagem e da odontologia e como organizar o atendimento nas salas de procedimentos e de vacinas, na farmácia e em outros setores da Unidade de Saúde.

O ACOLHIMENTO NAS ESTRATÉGIAS DE ORGANIZAÇÃO DO ACESSO

O acolhimento em saúde se relaciona com as estratégias de acesso na APS, as quais não necessitam seguir um padrão comum a todos os serviços de APS, devendo responder às necessidades da comunidade assistida, ao diagnóstico comunitário, às particularidades da população e à conformação da equipe. Nesse sentido, para materializar processos em que o acolhimento acontece, são apresentadas algumas estratégias de acesso que podem ser adotadas, juntas ou individualmente, pelos serviços no planejamento em saúde, ou seja, apesar de diferentes, elas podem ser combinadas para a otimização da assistência prestada.¹⁰

Cabe destacar a importância de os profissionais de nível superior garantirem apoio e respaldo ao profissional de nível médio que estiver realizando a primeira escuta de acolhimento, caso essa conformação se estabeleça. Deste modo, pactuações entre a equipe e discussões de casos são necessárias.



Acesso avançado

O acesso avançado é uma das estratégias de organização dos serviços de Atenção Primária. Essa organização parte da premissa do “Faça o trabalho de hoje, hoje!”. Na prática, isso quer dizer evitar agendamentos futuros e permitir o atendimento breve dos usuários independentemente se sua demanda for urgente, de rotina ou prevenção. Dessa forma, o Acesso Avançado busca preencher a lacuna existente entre a oferta e a demanda, evitando filas e diminuindo o absenteísmo. Assim, acaba favorecendo a continuidade do cuidado e organização da RAS.¹¹

Nesse modelo, se preconiza que os atendimentos sejam realizados no mesmo dia ou em até 48h, seguindo a lógica de divisão por equipes. No entanto, algumas atividades podem ser agendadas com mais prazo de acordo com a demanda do próprio usuário, como uma visita domiciliar ou uma consulta de retorno.¹¹



Dentre as vantagens do acesso avançado, está a otimização da resolutividade reduzindo os retornos evitáveis aos serviços de saúde, a identificação precoce de agravos, redução da evasão, absenteísmo e potencial fortalecimento do vínculo. Ademais, a redução das filas e atendimento breve oportuniza ao usuário a busca do serviço quando esse realmente necessita de atendimento, evitando a sobrecarga da equipe.¹²

No entanto, essa estratégia também pode apresentar desvantagens, especialmente no que diz respeito à perda do papel da atenção primária enquanto integrante da RAS. Sendo assim, é imprescindível manter muito claro que a adesão à estratégia de acesso avançado não torna a unidade



de saúde um serviço de urgência e emergência, devendo, portanto, manter as características de serviço de Atenção Primária, garantindo a atenção a longo prazo e a continuidade do cuidado, bem como, a oferta de atividades coletivas e de promoção e prevenção em saúde. Além disso, o acesso avançado requer um movimento constante em prol da educação permanente a fim de garantir o fortalecimento do vínculo e da assistência longitudinal.¹²

A implementação do acesso avançado (figura 1) requer uma mudança gradual tanto da organização do processo de trabalho quanto da perspectiva da equipe e usuários. Para a implementação dessa estratégia sugere-se reduzir as vagas para os agendamentos superiores a 30 dias reavaliando as agendas já existentes de acordo com a pertinência da consulta, e realizando, sempre que possível, atendimentos no dia focando na resolutividade e evitando agendamentos com prazo superior a duas semanas, dessa forma, no mínimo 50% da agenda de médicos e enfermeiros deve ser reservada para atendimentos no dia.¹³

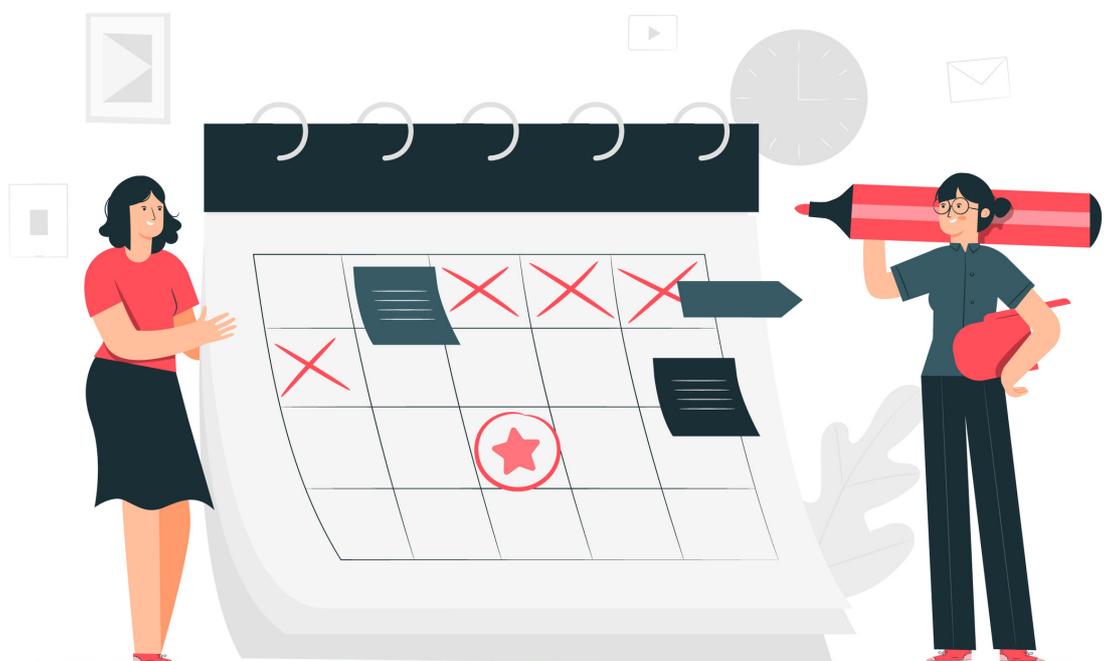
Figura 1: Aspectos para implantação do acesso avançado



Demanda espontânea

O acolhimento à demanda espontânea está diretamente associado ao caráter de “porta de entrada” da Atenção Primária, na garantia de que o serviço esteja sempre disponível à população, uma vez que acolhe as necessidades do usuário no momento em que esse busca o serviço de APS. Trata-se, portanto, de uma escuta sem agendamento prévio, realizada em tempo oportuno e condizente com a situação clínica do paciente, ocorrendo mediante busca e interesse do usuário.¹⁴

Essa estratégia abrange diferentes necessidades e níveis de prioridade, desde casos mais agudos até demandas auto percebidas, ou seja, que o usuário julgue importante para a própria saúde. Posteriormente, o seguimento do atendimento irá ocorrer conforme a demanda e/ou condição clínica do usuário (fluxograma 1), resultando em atendimento no dia ou agendado.¹⁵



Agendamento

A utilização da estratégia de agendamento é bastante importante para o atendimento das condições dos ciclos de vida e de condições crônicas na APS, como as consultas programadas de pré-natal, puerpério, puericultura, saúde das mulheres (quando não há interesse por parte da usuária em realização da consulta no dia, comum em casos de coleta de exame citopatológico de colo uterino) e acompanhamento de usuários com diabetes e hipertensão. Nestas condições, é contraindicada a definição de "Dia de", por exemplo, "Dia de coleta de CP".¹⁶

Algumas medidas podem auxiliar no sucesso da adesão às agendas e reduzir o risco de absenteísmo, principalmente quando os agendamentos forem realizados a longo prazo. Para isso, sugere-se que se realize um contato mais próximo da data da consulta, seja por meio telefônico, por aplicativo de mensagens utilizado na Unidade ou através do contato realizado pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS).¹⁶

A agenda também pode atuar como uma importante aliada na busca ativa de usuários há muito tempo ausentes no serviço de saúde, como os portadores de condições crônicas, por exemplo. Dessa forma, se oportuniza a avaliação através de um horário previamente definido conforme a disponibilidade do usuário a fim de manter o acompanhamento longitudinal.

Nas ações de turno estendido ou aos finais de semana, os agendamentos oferecem oportunidades de atendimento fora do horário comercial, o que pode aumentar a satisfação do usuário com o serviço de APS. Cabe ressaltar que nestes períodos de atendimento, a agenda deve sempre complementar às ações do serviço, mantendo a atenção à demanda espontânea.¹⁶

Para mais informações, ver [caso 1](#)

Quanto à construção e composição das escalas que compõem a rotina de trabalho no serviço de Atenção Primária, sugere-se optar por estratégias de atendimento breve e organizar um modelo híbrido, com agendamentos programados, demandas do dia, atividades em grupo, assistência domiciliar, educação permanente e atividades administrativas, de gestão e vigilância, sempre garantindo a autonomia do paciente.

Quadro 1: Exemplo de agenda a partir de bloco de horas de 20 minutos

HORÁRIO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
08:00	D. espontânea				
08:20	D. espontânea				
08:40	Consulta prog.				
09:00	Consulta prog.				
09:20	Consulta prog.				
09:40	D. espontânea				
10:00	D. espontânea				
10:20	Consulta prog.	Visita dom.	Grupo	D. espontânea	Ed. permanente
10:40	Consulta prog.	Visita dom.	Grupo	Consulta prog.	Ed. permanente
11:00	Consulta prog.	Visita dom.	Grupo	Consulta prog.	Ed. permanente
11:20	Consulta prog.	Atividade admin.	Atividade admin.	Consulta prog.	Atividade admin.
11:40	D. espontânea	Atividade admin.	Atividade admin.	Atividade admin.	Atividade admin.
12:00	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço
13:00	D. espontânea				
13:20	D. espontânea				
13:40	Consulta prog.				
14:00	Consulta prog.				
14:20	Consulta prog.				
14:40	D. espontânea				
15:00	D. espontânea				
15:20	Ed. permanente	D. espontânea	Consulta prog.	Visita dom.	Grupo
15:40	Ed. permanente	Consulta prog.	Consulta prog.	Visita dom.	Grupo
16:00	Ed. permanente	Consulta prog.	Consulta prog.	Visita dom.	Grupo
16:20	Atividade admin.	Consulta prog.	Consulta prog.	Atividade admin.	Atividade admin.
16:40	Atividade admin.	Atividade admin.	D. espontânea	Atividade admin.	Atividade admin.



SE LIGA!

Independente da estratégia de acesso adotada, o acolhimento deve ocorrer à livre demanda, ou seja, desde a primeira hora de funcionamento da Unidade até o seu fechamento.

FLUXOGRAMA DO ACOLHIMENTO

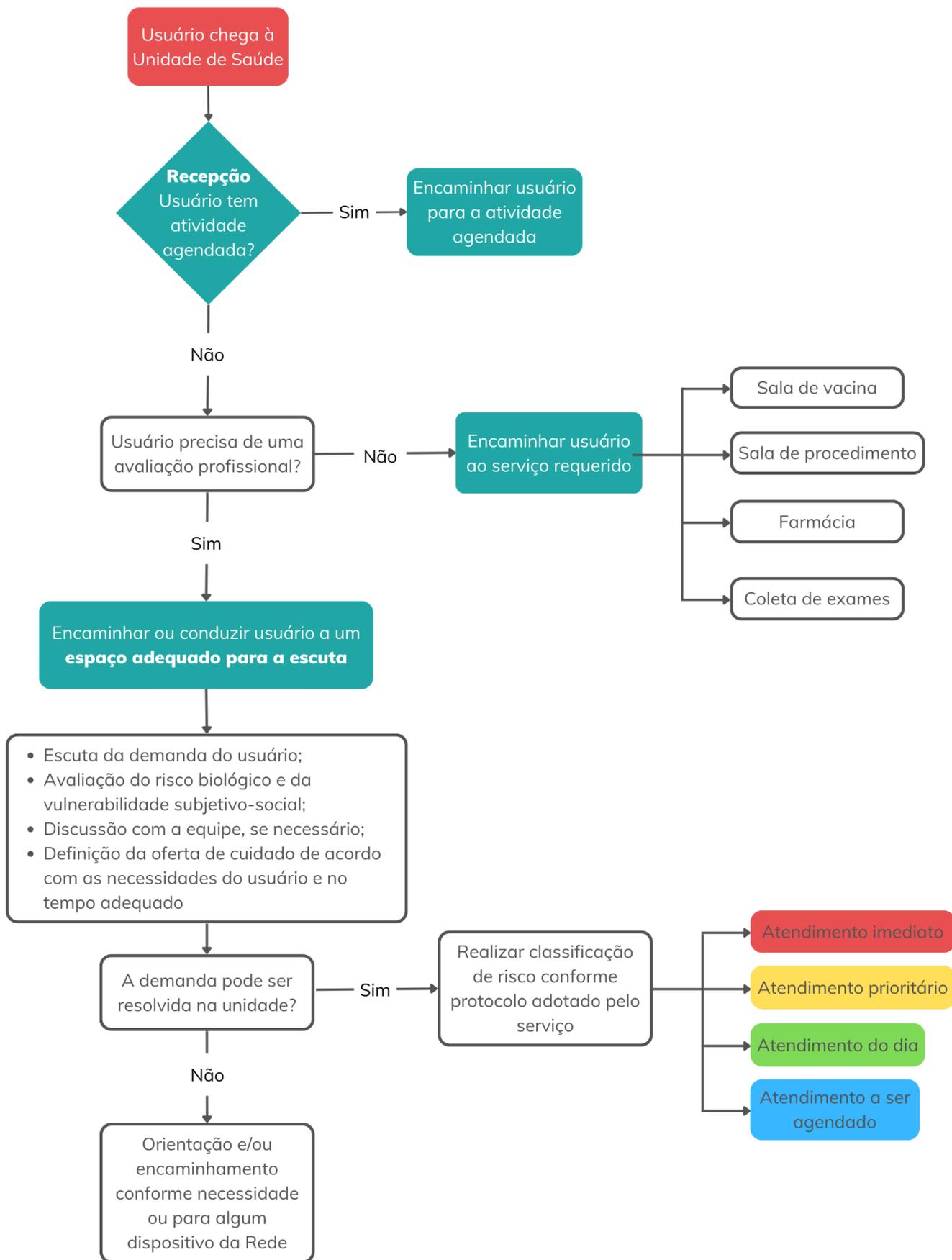
O fluxograma do acolhimento tem como proposta apresentar o percurso habitual do usuário na Unidade de Saúde. Cabe destacar que o modelo sugerido neste documento considera um padrão que pode não ser aplicável a todas as realidades e, portanto, deve ser adaptado, enriquecido, testado e ajustado às características do território e serviço. Todavia, mantendo aspectos fundamentais da lógica que considera a recepção do usuário como primeiro contato e o espaço de escuta como um local reservado e adequado para tal finalidade (sem que sejam excluídos os demais momentos e espaços de acolhimento que podem e devem ocorrer na presença ou não de uma sala específica).



Cabe destacar que o respeito à privacidade e a confidencialidade das informações são preceitos éticos que devem ser observados nos momentos de escuta profissional pois deles dependem a base da confiança que norteia a relação estabelecida entre os profissionais e os usuários. Há muitas situações que podem motivar uma pessoa a buscar a Unidade de Saúde. Por esta razão, é importante que o acolhimento ocorra em ambiente reservado, sem que outras pessoas da comunidade tenham acesso ao que está sendo compartilhado com o profissional de saúde. Ademais, deve ser ofertada uma escuta individualizada, caso haja condições do acompanhante (familiar, cuidador, cônjuge, entre outros) aguardar na sala de espera.¹⁷

Além disso, considerando que a premissa do acolhimento é proporcionar escuta qualificada às demandas dos usuários de forma legítima e resolutiva em todos os momentos e espaços, é importante que este não seja um fluxo burocrático e rígido. Por isso, cada cenário deve ser avaliado de forma singular, tendo em vista aspectos como a avaliação de risco e vulnerabilidade, o atendimento às necessidades de saúde com equidade, o posicionamento ético e as implicações organizativas do processo de trabalho das equipes.¹⁵

Fluxograma 1: Fluxo do usuário na Unidade de Saúde



Aplicações práticas da classificação de risco

Atendimento imediato

parada cardiorrespiratória; infarto; choque, gestantes com queixa de cefaleia intensa, perdas vaginais ou ausência de movimentos fetais, usuário com convulsão, entre outros;

Atendimento prioritário

febre sem complicação; crise de asma; suspeita ou confirmação de qualquer tipo de violência; crise de ansiedade; sintomas de abstinência, suspeita de IST, dengue, monkeypox, covid-19, entre outros;

Atendimento do dia

renovação de receita de usuário sem medicação, coleta de citopatológico de mulher em atraso no exame; atendimento de usuário com condição crônica (alto e muito alto risco) que está há um longo período sem ir na unidade;

Atendimento a ser agendado

renovação de receitas; acompanhamento de condição crônica (usuário estável); consulta de rotina de pré-natal ou puericultura; necessidade de VD (avaliar a urgência junto ao usuário e equipe), entre outros.

Ressalta-se que as situações apresentadas são apenas exemplos, cabendo ao município, em conjunto com seus serviços de APS, definirem as situações mais prevalentes no território e organizar protocolo municipal para classificação de risco na APS, considerando a rede de saúde local e a estrutura da APS (recursos físicos e conformação das equipes). Além disso, não basta olhar o risco somente em termos clínicos, pois há condições que o acolhimento representa grande oportunidade de realizar o cuidado daquele(a) usuário(a).

[Cabe consulta ao Caderno de Atenção Básica Nº 28 volumes I e II.](#)

Para mais informações, ver [caso 2](#)

ESPECIFICIDADES DO ACOLHIMENTO: DEMANDAS DE SAÚDE MENTAL, MATRICIAMENTO E OS OUTROS NÍVEIS DE ATENÇÃO

O acolhimento em saúde mental propõe acolher pacientes que necessitam de apoio psicossocial na APS e possibilitar, através da responsabilização compartilhada, maior resolutividade da equipe.

Este deve ser integral, acontecer a todo o momento e durante qualquer atendimento de saúde. Por esta razão, a criação de um acolhimento específico em saúde mental é desaconselhada, pois gera fragmentação da assistência aos usuários, que são acolhidos ou por “problemas do corpo” ou por “problemas da mente”.¹⁷

A capacidade de escuta do profissional da APS, para além das necessidades do corpo físico, possibilita a identificação de outras necessidades de saúde.

Para mais informações, ver caso 3

A tarefa de acolher é de responsabilidade de toda equipe, todavia, nem todos os profissionais sentem-se capacitados para isso, apresentando dificuldades, tais como:¹⁸

- Lidar com o sofrimento alheio, apresentando a necessidade de fazer algo para frear o sofrimento e o choro;
- Compreender que é importante potencializar a capacidade do usuário em pensar e refletir sobre seus problemas de saúde;
- Saber o que fazer com o que escuta;
- Suportar a espera por uma melhora.

Cabe ressaltar que o acolhimento em saúde mental na APS é responsabilidade de todos os membros da equipe, necessitando de atendimento conjunto em alguns casos

Deste modo, para uma maior resolutividade, não restrita às demandas em saúde mental, a equipe da UBS pode implementar espaços coletivos de discussão dos casos, visando a troca interdisciplinar e a construção conjunta de Projetos Terapêuticos Singulares. Também é possível contar com a equipe ampliada de APS, como os NASF-AB, para a discussão dos casos ou matriciamento pontual. Se for necessário o suporte de um serviço especializado, este deve ser acionado, mas sem que o usuário perca o vínculo com o serviço de Atenção Primária à Saúde.¹⁹

Conheça mais sobre o Projeto Terapêutico Singular,

PARA SABER MAIS

Cursos

Introdução ao acolhimento

Link [aqui](#)

O Acolhimento não tem hora nem local certo para acontecer. Não é um serviço exclusivo de determinada categoria profissional. Acolher o usuário é adotar uma postura ética na escuta qualificada dos usuários e de suas queixas, percebendo-o em suas singularidades e como autor do processo saúde-doença que está vivendo. Ao acolher o usuário, o profissional torna-se um facilitador de seu acesso aos serviços. A construção do acolhimento humanizado pressupõe parceria entre a equipe multiprofissional, a gestão, o usuário e a comunidade.

Curso EAD de Qualificação dos Processos de Trabalho e Gestão da APS: acesso avançado – Parte I

Link [aqui](#)

Integra o curso EAD de Qualificação dos Processos de Trabalho e Gestão da APS, desenvolvido pelo TelessaúdeRS/ UFRGS, tem como tema central o acesso na Atenção Primária à Saúde. O vídeo apresenta experiências de equipes que implantaram o acesso avançado, uma proposta para melhorar o acesso e a resolutividade na APS que tem como meta oferecer atendimento no dia em que o usuário procura a equipe de saúde. A partir do relato de profissionais, são apresentadas características, vantagens e desvantagens desse modelo.

Acolhimento à
Demanda
Espontânea e à
Demanda
Programada -
Autoinstrucional

Link [aqui](#)

Os temas abordados neste módulo têm como objetivo gerar a reflexão crítica na forma como o acesso à atenção primária à saúde está organizado. Seus conteúdos trazem ferramentas que permitem às equipes redefinir a gestão da clínica baseada na realidade em que atuam, centrada nas pessoas, otimizando o potencial criativo de todos os profissionais envolvidos. Para que o(a) aluno(a) contribua na transformação do fazer cotidiano, junto aos demais integrantes da sua equipe de Saúde da Família, propomos neste módulo refletir, analisar e propor mudanças baseados em modelos de organização de agenda, de programação e de priorização de visitas domiciliares, bem como implantar acolhimento como postura técnico-ética, incluindo a classificação de riscos e registrando adequadamente os atendimentos.

Vigilância em
saúde

Link [aqui](#)

Esse curso integra a vigilância em saúde na Atenção Primária à Saúde (APS), não só como uma norma legal, mas sim com a compreensão dos profissionais de saúde da APS de seus conceitos, forma de trabalho e importância dentro de um Sistema Único de Saúde (SUS).

Casos

Caso 1

O filho de dona Clara, Antônio, procura a UBS para realizar a troca do primeiro curativo após uma lesão derivada de acidente de trabalho. Por não ser uma atividade agendada, após passar pela recepção, ele foi encaminhado à sala de procedimentos e a técnica de enfermagem Luana o atende. Durante o procedimento, Luana identifica a necessidade de atenção à dona Clara a partir da conversa com o Sr. Antônio (perguntou como ele estava, se seguia trabalhando, se vinha sentindo mais alguma coisa desde o último atendimento, como estava sua família, comentou que sua mãe não ia à Unidade há algum tempo...). Antônio comentou que sua mãe, de 80 anos, encontrava-se acamada após um acidente vascular encefálico recente, em que ficou internada por 20 dias, não tendo sido vista pela equipe da UBS ainda. Após finalizar o curativo e passar as orientações devidas, Luana procura o ACS João para comunicar a necessidade de realizar uma Visita Domiciliar (VD) em conjunto com um profissional de nível superior que possa fazer uma avaliação das necessidades atuais de cuidado e acompanhamento de dona Clara. João aproveita para atualizar os dados de cadastro de Antônio e informa que entrará em contato para combinar o dia da VD.

O atendimento à demanda espontânea de Antônio gerou o acolhimento da demanda de sua mãe, que por estar acamada necessitava de uma VD. A técnica de enfermagem Luana, atenta e integrante de uma equipe comprometida e resolutiva, articula o atendimento com o ACS, possibilitando maior satisfação e vínculo desta família à UBS.

Caso 2

Maria, que trabalha como diarista, passou a noite anterior em claro, pois Gustavo, seu filho de três anos, teve febre e estava tossindo muito. Antes de ir trabalhar, levou Vítor a um pronto-atendimento (PA), demorando 35 minutos para chegar ao local de ônibus. Chegando lá, foi avisada que não havia pediatra e orientada a procurar o posto de saúde mais próximo de sua casa. Ao chegar à Unidade de Saúde da Família, informando que o PA a encaminhou com o filho, disseram a ela que o acolhimento era das 7h às 9h. Raivosa, Maria resolveu levar o filho a um pronto-socorro mais distante, perdeu o dia de trabalho, mas conseguiu atendimento.

Infelizmente, o caso de Maria não é mera ficção. Muitas pessoas já viveram e vivem situações como a do caso acima, em que o trabalhador não consegue se colocar no lugar do outro que sofre, e o trata de forma burocrática. Por isso, é importante que a demanda apresentada pelo usuário seja acolhida, escutada, problematizada, reconhecida como legítima. Situações como essa revelam que, apesar de ser necessário programar o acompanhamento das pessoas nas agendas dos profissionais (sob pena de a atenção básica se reduzir a um pronto-atendimento), também é fundamental que as unidades de atenção básica estejam abertas e preparadas para acolher o que não pode ser programado, as eventualidades, os imprevistos.

Caso 3

Joana, 73 anos, procura a UBS para verificar sua pressão arterial. Após verificar que sua pressão estava elevada, senta-se na sala de espera e encontra com a nutricionista da equipe. Ao perceber que a usuária precisava conversar, a profissional leva a senhora para uma sala. Neste momento, a paciente relata que há cerca de um mês seu filho foi internado no hospital e, logo depois, sua nora também. Seu filho teve alta, porém sua nora faleceu. Refere preocupação com sua neta, pois esta ainda não sabia sobre o falecimento de sua mãe. A nutricionista identifica que o filho de Joana é atendido por outro profissional da equipe. O caso é levado para o espaço de discussão coletiva e o profissional que atende o filho refere que a menina é muito apegada ao pai e que vai junto a todas as consultas na unidade. Explica que o pai apresenta preocupação em melhorar sua saúde, para melhor cuidar da filha.

O caso apresentado exigiu da equipe a ampliação da clínica, ou seja, o olhar para além dos aspectos biológicos. A questão que se colocou foi a de criar um espaço que permitisse que o sofrimento viesse à tona, para que a família pudesse falar, chorar e elaborar. Apoiar o pai para que se “autorizasse” a fazer o luto pela morte de sua esposa e dar continência para que pudesse superá-lo e cuidar de sua filha.

REFERÊNCIAS

1. SILVA FILHO, JA; BEZERRA, AM. Acolhimento em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: Revisão Integrativa. ID on line. Revista de psicologia, [S.l.], v. 12, n. 40, p. 613-627, maio 2018.
2. SCHIMITH, MD; LIMA, MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cadernos de Saúde Pública, v. 20, p. 1487-1494, 2004.
3. SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Reorganização do Processo de Trabalho Acolhimento à Demanda Espontânea. Atenção Básica SMS-SP. 1ª edição. Outubro 2015.
- 4 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 20 p., 2004.
5. FURTADO, MD; OLIVEIRA, RG. Saúde Coletiva. Maringá-PR: Unicesumar, 2019. 152p.
6. UFSC. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Núcleo Telessaúde Santa Catarina. Acolhimento: Saiba mais!. Florianópolis: UFSC, Núcleo Telessaúde de Santa Catarina. 18 p., 2015.
7. PENNA, C.M.M; FARIA, RSR; REZENDE, GP. Acolhimento: triagem ou estratégia para universalidade do acesso na atenção à saúde?. Revista Mineira de Enfermagem, v. 18, n. 4, p. 815-829, 2014.
8. VARELA, LD; et al. Conselho local de saúde: implantação e dificuldades da formação na Estratégia Saúde da Família. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, v. 33, 2020.
9. NÚCLEO DE TELESSAÚDE RIO GRANDE DO SUL. Quais as estratégias que podemos utilizar para implementação do acolhimento em uma ESF?. BVS Atenção Primária em Saúde, 2008. Acesso em: 21 de novembro de 2022. Disponível em: <https://aps-repo.bvs.br/aps/quais-as-estrategias-que-podemos-utilizar-para-implementacao-do-acolhimento-em-uma-esf/>.

10. NÚCLEO DE TELESSAÚDE SANTA CATARINA. Como organizar o acolhimento em saúde?. BVS Atenção Primária em Saúde, 2014. Acesso em: 21 de novembro de 2022. Disponível em: <https://aps-repo.bvs.br/aps/como-organizar-o-acolhimento-em-saude/>.

11. CIRINO, FMSB; et al. O Acesso Avançado como estratégia de organização da agenda e de ampliação do acesso em uma Unidade Básica de Saúde de Estratégia Saúde da Família, município de Diadema, São Paulo. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 15, n. 42, p. 2111-2111, 2020.

12. ROCHA, SA; BOCCHI, SCM; GODOY, Moacir Fernandes de. Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 26, p. 87-111, 2016.

13. WOLLMANN, A. et al. Novas possibilidades de organizar o acesso e a agenda na Atenção Primária à Saúde. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2014.

14. MOURA, RA; et al. Atendimento à demanda espontânea na Estratégia Saúde da Família: práticas e reflexões de um processo em construção. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 32, p. e320103, 2022.

15. 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. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

16. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

17. VILLAS-BÔAS, ME. O direito-dever de sigilo na proteção ao paciente. Rev Bioét.[Internet]; 23 (3): 513-23, 2015.

18. MINÓIA, NP; MINOZZO, F. Acolhimento em saúde mental: operando mudanças na Atenção Primária à Saúde. Psicologia: ciência e profissão, v. 35, p. 1340-1349, 2015.

19. SILVA JUNIOR, DN; ARAÚJO, JL; GURGEL-NASCIMENTO, EC. Privacidade e confidencialidade no contexto mundial de saúde: uma revisão integrativa. Revista de Bioética y Derecho, n. 40, p. 195-214, 2017.

CRÉDITOS

Todas as imagens ilustrativas deste documento criadas por Slidesgo/
Freepik. Disponível [aqui](#)