

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

Samara da Silveira Lourenço

**ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA NO MUNICÍPIO DE NOVO
HAMBURGO/RS: DESCRIÇÃO DE UMA TECNOLOGIA LEVE NA GESTÃO EM
SAÚDE**

**Porto Alegre
2019**

Samara da Silveira Lourenço

**ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA NO MUNICÍPIO DE NOVO
HAMBURGO/RS: DESCRIÇÃO DE UMA TECNOLOGIA LEVE NA GESTÃO EM
SAÚDE**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Andrea Gonçalves
Bandeira

Porto Alegre
2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Reitor: Prof. Dr. Rui Vicente Oppermann
Vice-Reitora: Profa. Dra. Jane Fraga Tutikian

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO

Diretor: Prof. Dr. Takeyoshi Imasato
Vice-Diretor: Prof. Dr. Denis Borenstein

COORDENAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

Coordenador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin
Coordenador Substituto: Prof. Dr. Guilherme Dornelas Camara

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

Lourenço, Samara da Silveira
Acolhimento à demanda espontânea no Município de
Novo Hamburgo/RS: descrição de uma tecnologia leve na
gestão em saúde / Samara da Silveira Lourenço. --
2019.
40 f.
Orientadora: Andrea Gonçalves Bandeira.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de
Administração, Gestão em Saúde, Porto Alegre, BR-RS,
2019.

1. Acolhimento. 2. Acolhimento à demanda
espontânea. 3. Atenção Básica. 4. PMAQ-AB. 5. Gestão
em Saúde. I. Bandeira, Andrea Gonçalves, orient. II.
Título.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS
com os dados fornecidos pela autora.

Escola de Administração da UFRGS

Rua Washington Luiz, 855, Bairro Centro Histórico
CEP: 90010-460 – Porto Alegre/RS
Telefone: 3308-3801
E-mail: eadadm@ufrgs.br

Samara da Silveira Lourenço

**ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA NO MUNICÍPIO DE NOVO
HAMBURGO/RS: DESCRIÇÃO DE UMA TECNOLOGIA LEVE NA GESTÃO EM
SAÚDE**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Aprovada em _____ de _____ de 2019.

Banca Examinadora

Examinador(a): Nome e Sobrenome

Examinador(a): Nome e Sobrenome

Orientador(a): Nome e Sobrenome

AGRADECIMENTOS

À minha família e ao meu namorado, por me terem incentivado em todos os momentos a seguir meus sonhos e a continuar meus estudos após a graduação.

Aos meus orientadores, tutores e colegas, que ao longo da especialização me ajudaram e me mantiveram motivada para que eu pudesse concluí-la.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul e à Universidade Aberta do Brasil por terem oferecido este curso de pós-graduação gratuitamente, com o intuito de contribuir para a formação qualificada de gestores para o sistema público de saúde, sistema onde exerço profissão atualmente.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo descrever como ocorre o acolhimento à demanda espontânea, uma tecnologia leve para a gestão em saúde, nos serviços de atenção básica do Município de Novo Hamburgo/RS. Tratou-se de um estudo descritivo e retrospectivo, com coleta de dados secundários do portal do Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde (DAB/MS), onde foram utilizados elementos extraídos da avaliação externa do 2º ciclo do PMAQ-AB. Esta, finalizada em 2014, entrevistou 18 profissionais de saúde e 72 pacientes em 10 unidades de saúde do município. Resultados: 100% das unidades avaliadas realizavam o acolhimento à demanda espontânea, porém apenas em dias de semana e não em todos os horários do dia. Além disso, o acolhimento mostrou-se ser feito principalmente em locais específicos (72,2%), como salas e consultórios bem definidos, assim como realizado essencialmente por enfermeiros (30,6%) ou médicos (19,4%). Poucos profissionais (38,9%) relataram terem sido capacitados para realização da avaliação e classificação de riscos e vulnerabilidades. A maioria dos usuários que responderam relataram terem sido bem (36,1%) ou muito bem (12,5%) recebidos quando procuraram consulta sem hora marcada. E muitos pacientes (43,1%) relataram que as unidades não realizavam ou que não sabiam (22,2%) que as unidades realizavam atendimentos de urgência. Os achados deste trabalho apontaram para a necessidade de aprimorar o acolhimento no município, através da educação permanente dos profissionais de saúde acerca do mesmo, assim como da ampliação deste como conceito, para que seja praticado em diferentes locais das unidades, por diferentes profissionais e em diferentes momentos, além da necessidade de fortalecimento do controle social por parte dos usuários, que apresentaram baixo entendimento em relação aos serviços de demanda espontânea ofertados. Considera-se importante incentivar o uso de tecnologias leves, como o acolhimento, na gestão em saúde, sendo um importante instrumento para a consolidação dos princípios do SUS, principalmente em relação à universalidade e à ampliação do acesso na atenção básica.

Palavras-chave: Acolhimento. Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde. Gestão em Saúde.

User embracement in the city of Novo Hamburgo/RS: description of a light technology in health management

ABSTRACT

This study aimed to describe how the user embracement, a light technology for health management, occurs in the primary health care services of the municipality of Novo Hamburgo/RS. This was a descriptive and retrospective study, with secondary data collected from the portal of the Department of Basic Attention/Ministry of Health (DAB/MS), where elements extracted from the external evaluation of the PMAQ-AB 2nd cycle were used. This, completed in 2014, interviewed 18 health professionals and 72 patients in 10 health units in the city. Results: 100% of the units evaluated practiced the embracement, but only on weekdays and not at all times of the day. In addition, reception was shown to be done mainly in specific places (72.2%), as well as well-defined rooms and clinics, as well as essentially performed by nurses (30.6%) or doctors (19.4%). Few professionals (38.9%) reported being trained to carry out risk and vulnerability assessment and classification. The majority of respondents reported being either well (36.1%) or very well (12.5%) received when they sought consultation without an appointment. Many patients (43.1%) reported that the units did not or did not know (22.2%) that the units performed emergency care. The findings of this study pointed to the need to improve the user embracement in the city, through the permanent education of health professionals about it, as well as the expansion of this as a concept, to be practiced in different places of the units, by different professionals and in different moments, besides the need to strengthen social control by the users, who presented low understanding regarding the spontaneous demand services offered. It is considered important to encourage the use of light technologies, such as user embracement, in health management, being an important instrument for the consolidation of SUS principles, especially in relation to the universality and broadening of access in primary care.

Keywords: User Embracement. Primary Health Care. Unified Health System. Health Management.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Locais de realização do acolhimento nas unidades.....	22
Figura 2 – Porcentagem de profissionais que eram capacitados para avaliação de risco e vulnerabilidade dos usuários.....	23

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – O acolhimento à demanda espontânea sob a ótica dos profissionais de saúde.....	20
Tabela 2 – O acolhimento à demanda espontânea sob a ótica dos usuários.....	24

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS – Sistema Único de Saúde

AB – Atenção Básica

PNH – Política Nacional de Humanização

DAB/MS – Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

APS – Atenção Primária à Saúde

RAS – Rede de Atenção à Saúde

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	14
2.1 Objetivo geral	14
2.2 Objetivos específicos	14
3 REVISÃO TEÓRICA	15
3.1 Tecnologias leves em saúde	15
3.2 Acolhimento à demanda espontânea	16
3.1 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da atenção Básica (PMAQ-AB)	18
4 MÉTODO	20
5 RESULTADOS	20
6 DISCUSSÃO	20
7 CONCLUSÕES	34
REFERÊNCIAS	35

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, há uma constante busca pela qualidade dos serviços de saúde pública no Brasil e um dos principais fatores que contribuem para isso é o papel do gestor em saúde. A maneira pela qual se administra uma organização de saúde é importante para a efetivação das ações, serviços e políticas de saúde, e, conseqüentemente, para a obtenção de qualidade na atenção. Porém, no âmbito da saúde pública, a atuação do gestor ainda é bastante instável e complexa. Portanto, quando um profissional assume essa função de gerência, ele precisa estar preparado para os inúmeros desafios que deverão ser superados (ZOBOLI e FRACOLLI, 2006; SILVA e ROQUETE, 2013).

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no país, a Atenção Básica (AB) é um dos seus eixos estruturantes e, nos últimos anos, vem sendo cada vez mais assumida como uma das prioridades da gestão, tanto em nível federal, estadual, como municipal. Dentre seus inúmeros desafios, destacam-se, principalmente, aqueles relativos ao acesso e ao acolhimento. Os mesmos, se não forem geridos de maneira efetiva, irão comprometer a condição da AB como porta de entrada preferencial do sistema, levando a um difícil manejo da demanda espontânea e a uma baixa resolutividade dos serviços (BRASIL, 2013a).

De acordo com Starfield (2002), o primeiro contato implica na acessibilidade e no uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema para qual as pessoas buscam a atenção à saúde. Para ser resolutiva, a AB deve ter tanto uma capacidade ampliada de escuta, quanto um repertório ampliado de ofertas para lidar com a complexidade de sofrimentos, adoecimentos, demandas e necessidades de saúde às quais as equipes estão constantemente expostas. Neste contexto, o “acolhimento” é um dos temas que apresentam alta relevância na atenção primária à saúde (BRASIL, 2013a).

O acolhimento é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) e possui como pilares a ética, estética e política, assim como a reformulação da gestão da assistência, com intuito de aperfeiçoar os serviços prestados no âmbito multiprofissional. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho, e tem como objetivo a

construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes, trabalhadores e usuários, com sua rede socioafetiva (BRASIL, 2013b).

Pinheiro e Oliveira (2011) afirmam que reconhecer o acolhimento como ferramenta de intervenção para atender aos princípios do SUS agiliza o atendimento, diminuindo filas e realizando uma escuta qualificada. Além disso, o mesmo aparece como forma de inclusão dos usuários, na medida em que se pressupõe que não apenas determinados grupos populacionais (portadores de agravos mais prevalentes e/ou recortados a partir de ciclos de vida) são objeto privilegiado do trabalho das equipes, mas também as pessoas que apresentam necessidades de saúde que não estão contempladas nesses critérios. A ampliação de acesso se dá, também, uma vez que contempla adequadamente tanto a agenda programada quanto a demanda espontânea, abordando-se cada uma dessas situações segundo as especificidades de suas dinâmicas e tempos (BRASIL, 2013c).

Embora o acolhimento esteja cada vez mais difundido na atenção básica, a demanda espontânea ainda não é totalmente acolhida com equidade e qualidade em todos os serviços da atenção básica. Em muitos lugares ainda há distribuição de número limitado de senhas, fazendo com que os usuários formem filas na madrugada e reclamem do acesso aos serviços. Além disso, há profissionais que considerem o acolhimento como uma mera triagem para o atendimento médico (BRASIL, 2013a). Portanto, no processo de acolhimento há necessidade de que o gestor tenha a percepção de estabelecer o compromisso de proporcionar aos usuários uma equipe multidisciplinar voltada a atuar com um olhar dinâmico, buscando aumentar o conhecimento, saberes e tecnologias necessárias para a solução dos problemas apresentados (SARKIS; NUNES; BERNARDINI, 2013).

Dado o exposto, percebe-se o quanto é importante a existência de trabalhos que analisem como o acolhimento à demanda espontânea está ocorrendo nos municípios brasileiros, para que assim seja reforçado o papel do gestor em saúde como um dos principais responsáveis pela oferta e distribuição de ações e serviços de qualidade. Diante disto, o presente trabalho pretende responder a seguinte questão de pesquisa: Como está ocorrendo o acolhimento nas unidades básicas de saúde do Município de Novo Hamburgo no Estado do Rio Grande do Sul?

Uma das razões para se estudar como o acolhimento está ocorrendo nas unidades é que muitas delas ainda não o praticam de maneira adequada, igualitária e

efetiva. Por isso a importância de trabalhos que demonstrem a realidade do acolhimento em cada município, para que através da disseminação desses resultados os gestores locais possam ser sensibilizados para a melhoria dessa prática nas unidades básicas de saúde, cumprindo com a universalização do acesso e resolutividade do serviço.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Descrever o acolhimento à demanda espontânea nos serviços de atenção básica do Município de Novo Hamburgo/RS a partir de dados secundários retirados do portal do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS).

2.2 Objetivos específicos

- Descrever o acolhimento sob a ótica dos profissionais de saúde e dos usuários de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USFs) avaliadas pelo 2º ciclo do PMAQ-AB no Município de Novo Hamburgo/RS.
- Identificar quantas dessas unidades de saúde oferecem o acolhimento à demanda espontânea.
- Identificar quais profissionais das equipes de saúde realizam o acolhimento.
- Identificar o local onde o mesmo está sendo realizado dentro das unidades de saúde.

3 REVISÃO TEÓRICA

3.1 Tecnologias leves em saúde

Para a concretização dos processos de trabalho em saúde são utilizadas diferentes tecnologias que podem ser classificadas em tecnologias leves (como no caso das tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho), leves-duras (como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo) e duras (como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais) (MERHY, 2002).

Se existe um conjunto de necessidades expressas e vividas pelos usuários, a estas corresponde um conjunto de práticas, habilidades e saberes que são articulados pelos profissionais de saúde na oferta de cuidados a esses usuários. Estas práticas, saberes e habilidades incluem o estabelecimento de vínculos, a responsabilização pelo usuário, o acolhimento e escuta, o emprego de conhecimentos específicos de cada profissão, a indicação adequada da realização de exames e procedimentos, sem uma supremacia de uma ou outra tecnologia, por definição (GRABOIS, 2011).

A ideia de tecnologia não está ligada somente a equipamentos tecnológicos, mas também ao 'saber fazer' e a um 'ir fazendo'. No campo da saúde, embora as categorias tecnológicas se inter-relacionem, não deve prevalecer a lógica do 'trabalho morto', aquela expressa nos equipamentos e saberes estruturados. O ser humano necessita das tecnologias de relações, de produção de comunicação, de acolhimento, de vínculos, de autonomização, denominadas "tecnologias leves" (MERHY, 1997).

A utilização das tecnologias leves contempla a existência de um objeto de trabalho dinâmico, em contínuo movimento, não mais estático, passivo ou reduzido a um corpo físico. Esse objeto exige dos profissionais da saúde uma capacidade diferenciada no olhar a ele concedido a fim de que percebam essa dinamicidade e pluralidade, que desafiam os sujeitos à criatividade, à escuta, à flexibilidade e ao sensível (ROSSI; LIMA, 2005).

3.2 Acolhimento à demanda espontânea

Estruturar a prática do Acolhimento nos serviços de saúde representa uma resposta aos desafios de superar e inverter o Modelo de Atenção à Saúde hegemônico centrado no hospital, no médico e na doença, para um modelo que priorize a escuta e o cuidado do sujeito que nos apresenta demandas que extrapolam o corpo e se amplificam em nuances psicológicas, sociais, familiares, comunitárias (BRASIL, 2016).

Em 1986, ocorreu no país a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que contou com uma intensa participação popular, tornando-se o marco inicial da Reforma Sanitária brasileira e contribuindo para o rompimento desse antigo modelo hegemônico. A Reforma trouxe à tona temas como a necessidade de ampliação do conceito de saúde e de um novo Sistema Nacional de Saúde. Tendo sido instituída uma nova Constituição Federal em 1988, a Carta Magna atualmente vigente no país, definiu-se a saúde como direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1986; BRASIL, 1988).

Com isso, em 1990, foi criado o Sistema Único de Saúde, através da Lei 8.080, tendo como princípios a universalidade, a integralidade e a equidade. O princípio da universalidade, especificamente, expressa que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais (BRASIL, 1990).

No Brasil, a Atenção Básica (ou Atenção Primária à Saúde - APS) é a principal porta de entrada e centro de comunicação dos usuários com o SUS, o contato preferencial com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Ela foi desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas, e desempenha um papel central na garantia do acesso a uma atenção à saúde de qualidade para todos (BRASIL, 2012a).

Segundo Souza et al. (2008), apesar de atualmente existir uma ampliação da rede básica, que contribui para melhor acessibilidade geográfica, evidencia-se ainda desproporção entre oferta, capacidade de atendimento e demanda. Além disso, para Merhy (1998), a função da porta seria também responder aos problemas que ali

aparecem de modo criativo, explorando ao máximo as tecnologias leves de que dispomos em nosso saber e em nossas relações.

Com isso, nos últimos anos, diversas políticas governamentais têm pautado o acolhimento, no debate acerca do acesso da população aos serviços de saúde, por entendê-lo como ação importante para a resolução dos problemas de acesso e na redução das filas de espera nesses serviços (NEVES e HECKERT, 2010). Segundo Souza et al. (2008), acesso e acolhimento articulam-se e se complementam na implementação de práticas em serviços de saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado. Para isso, foi criada, em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH), a fim de efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários, sendo uma das suas principais diretrizes o Acolhimento (BRASIL, 2013b).

Segundo a PNH, o Acolhimento se dá como uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, garantindo o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades e ampliando a efetividade das práticas de saúde. Isso assegura, por exemplo, que todos sejam atendidos com prioridade a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco (BRASIL, 2013c). Diz respeito a toda situação de atendimento a partir do momento em que o usuário entra no sistema, e deve ser do tipo dialogado, como uma técnica de conversa passível de ser operada por qualquer profissional, em qualquer momento de atendimento, tanto em ações individuais quanto coletivas, que são os "nós" dessa imensa rede de conversações que são os serviços (MATUMOTO, 1998; TEIXEIRA, 2005).

Logo, é importante que qualquer demanda apresentada pelo usuário seja acolhida, escutada, problematizada e reconhecida como legítima, em qualquer momento. Apesar de ser necessário programar o acompanhamento das pessoas nas agendas dos profissionais, também é fundamental que as unidades de atenção básica estejam abertas e preparadas para acolher as eventualidades e imprevistos. Muitas vezes, esses momentos de sofrimento dos usuários são fundamentais para a criação e fortalecimento de vínculos. O Acolhimento apresenta-se, assim, como forma de inclusão dos usuários, contribuindo para a ampliação de acesso, uma vez que contempla adequadamente tanto a agenda programada quanto a demanda

espontânea (BRASIL, 2013c), que se trata dos usuários que chegam às unidades sem consulta marcada e que, muitas vezes, necessitam de consultas de urgência e/ou encaixes de última hora nas agendas dos profissionais.

Para acolher a demanda espontânea com equidade e qualidade, não basta as unidades de saúde distribuírem senhas em número limitado, fazendo com que os usuários formem filas na madrugada, nem é possível – e nem necessário – que encaminhem todas as pessoas ao médico, devendo o acolhimento, então, não se restringir apenas a uma triagem para atendimento médico. Essa prática exigirá, portanto, que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população, pois todas essas ofertas devem estar à disposição para serem agenciadas, quando necessário, na realização da escuta qualificada da demanda (BRASIL, 2013a).

Considerando que gestão e atenção são indissociáveis, o acolhimento à demanda espontânea não deve ser implementado de forma autoritária, prescritiva, tampouco com um único modo de acolher e sim sendo tema de reuniões, sendo reavaliado em conversas que considerem como os diferentes integrantes da equipe estão sendo mobilizados e quais os problemas novos que o processo está revelando. Sendo assim, é provável que muitas equipes necessitem de algum acompanhamento para lidar com as mudanças desencadeadas pelo Acolhimento e, para isso, uma pessoa que entenda de acolhimento, de gestão e de trabalho em equipe pode servir de apoio a essas equipes para facilitar a produção de novos contratos entre os seus integrantes (BRASIL, 2016).

3.3 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

Como suporte à gestão, o planejamento e a avaliação são instrumentos essenciais, pela sua capacidade de melhorar a qualidade da tomada de decisão e, conseqüentemente, a excelência do atendimento prestado. A avaliação é parte inerente do processo de planejamento e é um instrumento essencial para que o planejador e/ou a equipe possam controlar a implementação de um plano e o rumo das mudanças em direção ao objetivo proposto. Porém, o uso destes instrumentos de

planejamento e avaliação ainda é bastante incipiente na gestão de serviços de saúde (KUSCHNIR; CHORNY; LIMA E LIRA, 2010).

Para tanto, em 2011, foi criado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) com o intuito de impactar as formas de gestão, trazer uma nova cultura à atenção prestada em saúde e aprimorar a implementação de políticas anteriores com a mesma perspectiva de qualificar a AB (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014). O programa tem como objetivos finalísticos induzir mudanças tanto no modelo de atenção quanto de gestão, impactar na situação de saúde da população, promover o desenvolvimento dos trabalhadores e orientar os serviços em função das necessidades e satisfação dos usuários. Sendo o seu principal objetivo a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde. Para isso, eleva o repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes que atingirem melhora no padrão de qualidade no atendimento (BRASIL, 2012b).

O programa é dividido por ciclos (hoje se encontra em seu terceiro ciclo, com duração média de 24 meses); fases: Adesão e Contratualização; Certificação (na qual está a Avaliação Externa, que não deve ser encarada como algo punitivo, mas de reconhecimento do trabalho desenvolvido pela equipe de AB e por gestores); e Recontratualização; e por um conjunto de ações desenvolvidas durante todo o ciclo chamado de Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento, composto por cinco pilares: autoavaliação; apoio institucional; monitoramento de indicadores de saúde; educação permanente e cooperação horizontal (BRASIL, 2012b).

Para que o PMAQ-AB seja efetivo nos municípios do Brasil, é necessário, entre outros aspectos, gestão pública de qualidade. Segundo Souza e Viana (2014), gestão em saúde é definida como um processo que cria políticas sanitárias, elege programas que viabilizem tais políticas, além de prover recursos, fiscalizar e avaliar os programas e ações em saúde. A gestão municipal de saúde deve planejar, acompanhar e avaliar todas as ações referentes aos serviços de saúde, possibilitando ações que qualifiquem os serviços, garantindo atuação eficaz do dos gestores (BRASIL, 1996).

4 MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo, com coleta de dados secundários do portal do Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde (DAB/MS). Foram utilizados elementos extraídos dos microdados obtidos da avaliação externa realizada no 2º ciclo do PMAQ-AB, cujo site encontra-se no endereço https://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php.

O processo de avaliação externa do PMAQ-AB é composto por instrumentos de coleta divididos em três módulos: Módulo I - Observação na unidade básica de saúde, cujas questões foram direcionadas para a realização do censo de infraestrutura da unidade de saúde; Módulo II - Entrevista com profissional de saúde de nível superior sobre processo de trabalho da equipe de Atenção Básica e verificação de documentos da UBS; Módulo III - Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde sobre satisfação e condições de acesso e utilização de serviços de saúde (BRASIL, 2012c).

Neste estudo, foram utilizadas variáveis retiradas dos blocos de “Acolhimento à Demanda Espontânea” dos Módulos II e III. Os resultados coletados pelo PMAQ-AB em cada módulo para o Estado do Rio Grande do Sul foram descarregados e abertos no software Microsoft Office Excel versão 16.21.1. Os dados referentes ao município em estudo foram encontrados realizando-se a busca para a palavra “Novo Hamburgo” através da ferramenta *control find*. Estes dados foram agrupados manualmente em novas tabelas, separadas em relação a ótica dos profissionais de saúde e dos usuários, e gráficos construídos no mesmo software.

Para manejo dos dados foi empregada a estatística descritiva com o uso de porcentagens em relação às respostas obtidas para cada pergunta retirada dos blocos mencionados. Foi utilizado o arredondamento das porcentagens a um algarismo decimal, seguindo as regras do arredondamento: quando o segundo algarismo decimal foi menor que 5, manteve-se o primeiro algarismo decimal; quando o segundo algarismo decimal foi igual a 5, manteve-se o primeiro algarismo decimal se ele fosse par, senão arredondou-se para o próximo par; e quando o segundo algarismo decimal foi maior que 5, arredondou-se o primeiro algarismo decimal para o número seguinte.

5 RESULTADOS

Foi descrito o acolhimento realizado na atenção básica do Município de Novo Hamburgo, através de dados coletados do 2º ciclo do PMAQ-AB. Finalizado em 2014, este entrevistou 18 profissionais de saúde e 72 pacientes em 10 unidades de saúde do município que haviam aderido ao programa. O Município de Novo Hamburgo pertence ao Estado do Rio Grande do Sul e é conhecido como a “capital nacional do calçado”. Segundo o Censo Demográfico 2010, possui 238.940 habitantes. Faz parte da 7ª Região de Saúde do estado, a região do Vale do Rio dos Sinos, conforme a Resolução n. 555/12. Segundo o CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), conta atualmente com um total de 23 estabelecimentos de atenção básica - seis UBS e 17 USFs - e 707 profissionais cadastrados, atuando nas mesmas.

Na Tabela 1, estão os aspectos referentes ao acolhimento, através das porcentagens obtidas das respostas às perguntas feitas aos profissionais de saúde.

Tabela 1 – O acolhimento à demanda espontânea sob a ótica dos profissionais de saúde

(continua)

Variáveis	n	%	Variáveis	n	%
1.1. A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea nesta unidade?			1.11. Quando o usuário não consegue atendimento para o mesmo dia quanto tempo leva para conseguir agendar a consulta?		
Sim	18	100	Até 7 dias	4	22,2
Não	0	0	Até 15 dias	2	11,1
1.2. Em que local é realizado o acolhimento?			Até 30 dias	4	22,2
Sala específica	7	38,9	Até 60 dias	2	11,1
Consultório	4	22,2	Não se aplica	6	33,3
Sala de espera/recepção	2	11,1	1.12. Quando são agendadas as consultas na unidade de saúde?		
Outro local	0	0	Em qualquer dia da semana, em qualquer horário	12	66,7
Não há local específico	5	27,8	Em qualquer dia da semana, em horários específicos	5	27,8
1.3. Em quais turnos é realizado o acolhimento?			Dias específicos fixos, em qualquer horário	0	0
Manhã	18	100	Dias específicos fixos, em horários específicos	1	5,6
Tarde	12	66,7			
Noite	0	0			

Tabela 1 – O acolhimento à demanda espontânea sob a ótica dos profissionais de saúde
(conclusão)

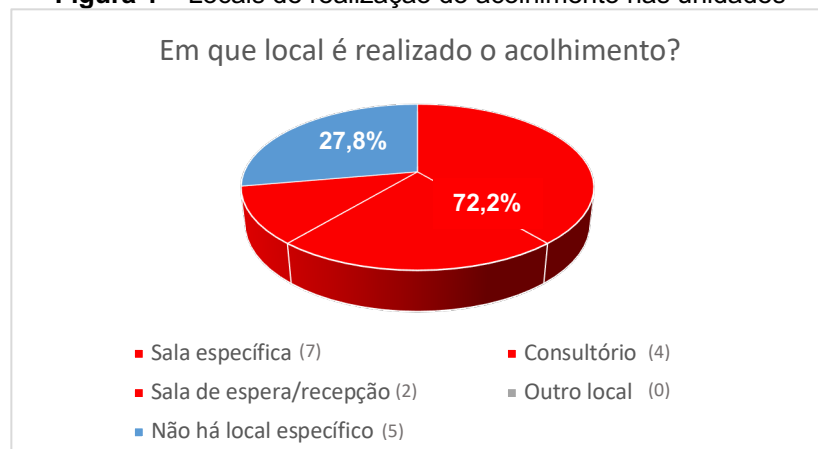
Variáveis	n	%	Variáveis	n	%
1.4. Quantos dias por semana acontece?			1.13. Como os usuários são agendados?		
Menos de quatro dias	0	0	Com hora marcada	17	94,4
Quatro dias	1	5,6	Marcado por bloco de horas	1	5,6
Cinco dias	17	94,4	Fila para pegar senha	0	0
Mais de cinco dias	0	0	1.14. Como o agendamento é feito?		
1.5. A equipe realiza o acolhimento “conjunto” com outra equipe da UBS? (Se houver mais de uma equipe na UBS)			Presencial	18	100
			Por telefone	18	100
			Pela internet	0	0
Sim	12	66,7	1.15. Normalmente, quanto tempo o usuário espera desde a chegada à unidade de saúde até o momento da primeira escuta/acolhimento?		
Não	4	22,2			
Não há outra equipe na UBS	2	11,1			
1.6. Existe reserva de vagas para consultas de demanda espontânea?			Até 10 minutos	6	33,3
			Até 30 minutos	9	50
Sim	18	100	Até 1 hora	3	16,7
Não	0	0	Mais de 1 hora	0	0
1.7. A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontâneas?			1.16. Definida a consulta no acolhimento, quanto tempo o usuário espera para a consulta?		
Sim	13	72,2	Até 10 minutos	0	0
Não	5	27,8	Até 20 minutos	3	16,7
1.8. A equipe realiza atendimento a urgências e emergências?			Até 30 minutos	7	38,9
			Até 1 hora	4	22,2
			Até 2 horas	4	22,2
Sim	18	100	Mais de 2 horas	0	0
Não	0	0	1.17. A equipe realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários?		
1.9. O usuário consegue sair da unidade com a consulta marcada nas situações em que não seja o caso atender no mesmo dia?			Sim	18	100
Sim	16	88,9	Não	0	0
Não	2	11,1	1.18. Os profissionais da equipe que fazem o acolhimento foram capacitados para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários?		
1.10. A equipe tem definido o tempo máximo de agendamento do usuário?			Sim	7	38,9
Sim	12	66,7	Não	11	61,1
Não	6	33,3	1.19. A equipe dispõe de serviço para remoção do usuário?		
			Sim	18	100
			Não	0	0

n = número da amostra.

Fonte: Microdados da Avaliação Externa do 2º ciclo PMAQ-AB (2014).

Constata-se que todas as unidades avaliadas realizavam o acolhimento à demanda espontânea no município, mantendo reserva de vagas para esse tipo de atendimento e realizando atendimento específico para urgências e emergências. Mais da metade dos profissionais (66,7%) também referiu realizar o acolhimento em conjunto com outras equipes, quando a unidade possuía mais de uma equipe. Como ilustrado na Figura 1, percebe-se que 72,2% dos profissionais relataram que o acolhimento acontecia em local específico, como salas ou consultórios bem definidos.

Figura 1 – Locais de realização do acolhimento nas unidades



Fonte: Microdados da Avaliação Externa do 2º ciclo PMAQ-AB (2014).

Em relação aos turnos em que o acolhimento era realizado, todos os profissionais informaram que o mesmo ocorria pelas manhãs, não ocorrendo em todos os serviços (33,3) no turno da tarde e em nenhum à noite. A grande maioria referiu (94,4%) que o acolhimento era realizado em todos os cinco dias da semana. Em relação aos protocolos específicos com definição de diretrizes terapêuticas para o acolhimento, 72,2% dos profissionais relataram utilizá-los em sua unidade. Além disso, 88,9% dos profissionais relataram ainda que os usuários conseguiam sair da unidade com consulta marcada nas situações em que não era possível serem atendidos no mesmo dia, e 66,7%, que havia um tempo máximo definido para agendamento.

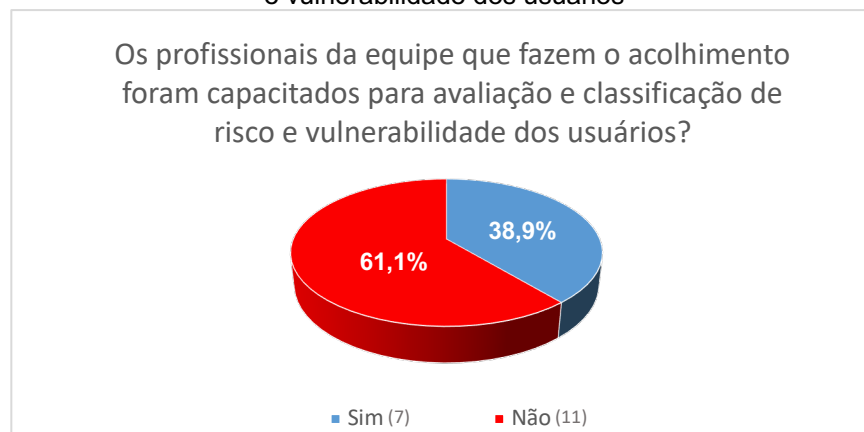
Quando o usuário não conseguia atendimento para o mesmo dia, variava muito o tempo que ele levava para conseguir agendar uma consulta, podendo ser de uma semana ou até de dois meses. Mais da metade dos profissionais (66,7%) relatou haver agendamento em qualquer dia da semana e em qualquer horário, sendo o mesmo feito com hora marcada em 94,5% das unidades. Todos referiram também

que as unidades faziam agendamento de maneira presencial e por telefone, mas nenhuma pela Internet.

Metade dos profissionais relatou que os usuários, ao chegarem nas unidades, esperavam, em média, meia hora desde sua chegada até o momento da primeira escuta/acolhimento. E, feito o acolhimento, alguns esperavam até meia hora para realizar a consulta (55,6%), e outros esperavam até uma (22,2%) ou duas horas (22,2%).

Todos os profissionais relataram que as equipes realizavam avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários. Porém, como se percebe na Figura 2, mais da metade dos profissionais que o faziam não eram capacitados para isso. Em relação à existência de serviço para remoção do usuário, todas os profissionais relataram que as unidades o possuíam.

Figura 2 – Porcentagem de profissionais que eram capacitados para avaliação de risco e vulnerabilidade dos usuários



Fonte: Microdados da Avaliação Externa do 2º ciclo PMAQ-AB (2014).

Na Tabela 2, encontram-se aspectos do acolhimento através das porcentagens obtidas das respostas às perguntas feitas aos usuários dos serviços de atenção básica.

Tabela 2 – O acolhimento à demanda espontânea sob a ótica dos usuários

(continua)

Variáveis	n	(%)	Variáveis	n	(%)
2.1. O senhor já precisou ir na unidade de saúde sem hora marcada?			2.8. Por que não conta com esta unidade de saúde para o atendimento de urgência?		
Sim	45	62,5	Porque precisa chegar cedo	0	0
Não	27	37,5	Porque precisa pegar ficha	1	1,4
2.2. Quando o(a) senhor(a) veio à unidade sem hora marcada, como o senhor(a) foi recebido(a)?			Porque não atende sem consulta marcada	1	1,4
Muito Bem	9	12,5	Porque não tem profissional na unidade	0	0
Bem	26	36,1	Porque não atende à urgência	1	1,4
Regular	8	11,1	Porque a unidade estava fechada no momento da urgência	0	0
Ruim	0	0	Outro(s)	1	1,4
Muito Ruim	2	2,8	Não se aplica	68	94,4
Não se aplica	27	37,5	2.9. O(a) senhor(a) sabe se esta unidade de saúde faz algum destes atendimentos?		
2.3. No momento em que o senhor foi recebido foi realizado algo para resolver o seu problema?			Retira unha	5	6,9
Sim	34	47,2	Retira "corpo estranho" do ouvido	14	19,4
Não	11	15,3	Dar ponto	13	18,1
Não se aplica	27	37,5	Retira ponto	47	65,3
2.4. O(a) senhor(a) sabe quanto tempo se espera para ser atendido por um profissional de saúde, na maioria das vezes?			Faz curativo	72	100
Até 10 minutos	3	4,2	Faz nebulização	71	98,6
Até 20 minutos	5	6,9	Faz injeção	70	97,2
Até 30 minutos	15	20,8	2.10. Quando o(a) senhor(a) procura o atendimento odontológico sem hora marcada é escutado?		
Até 1 hora	26	36,1	Sim, sempre	4	5,5
Até 2 horas	20	27,8	Sim, algumas vezes	4	5,5
Até 3 horas	0	0	Não	4	5,5
4 horas ou mais	2	2,8	Não se aplica	60	83,3
Não sabe/não respondeu/não lembra	1	1,4			

Tabela 2 – O acolhimento à demanda espontânea sob a ótica dos usuários (conclusão)

Variáveis	n	(%)	Variáveis	n	(%)
2.5. Qual o profissional que atendeu o(a) senhor(a) na última vez quando veio sem hora marcada?			2.11. Quanto tempo, em média, o(a) senhor(a) espera para ser atendido por um profissional de saúde bucal quando não tem hora marcada?		
Médico	14	19,4	Até 30 minutos	2	2,8
Enfermeiro	22	30,6	Até 2 horas	1	1,4
Auxiliar/técnico de enfermagem	5	6,9	Até 3 horas	1	1,4
Não sabe/não respondeu	1	1,4	Até 4 horas	1	1,4
Outro(s)	3	4,2	Mais de 4 horas	1	1,4
Não se aplica	27	37,5	Não sabe/não respondeu/não lembra	66	91,7
2.6. O(A) senhor(a) sabe se esta unidade atende urgência?			2.12. O que o(a) senhor(a) acha sobre a forma como é recebido(a) ao procurar o serviço de saúde bucal?		
Sim	25	34,7	Muito bom	1	1,4
Não	31	43,1	Bom	2	2,8
Não sabe/não respondeu	16	22,2	Razoável	3	4,2
2.7. O(A) senhor(a) conta com esta unidade para algum atendimento de urgência, caso necessite?			Ruim	1	1,4
			Muito ruim	1	1,4
Sim	22	30,6	Não sabe/não respondeu/não lembra	64	88,9
Não	3	4,2	2.13. As orientações que os profissionais de saúde bucal dão para o(a) senhor(a) na unidade atendem às suas necessidades?		
Não se aplica	47	65,3	Sim, sempre	5	6,9
			Sim, algumas vezes	1	1,4
			Não	2	2,8
			Não sabe/não respondeu/não lembra	64	88,9

n = número da amostra.

Fonte: Microdados da Avaliação Externa do 2º ciclo PMAQ-AB (2014).

Com isso, constata-se que mais da metade (62,5%) dos usuários já havia precisado ir à unidade sem hora marcada. Quando procuraram o serviço sem hora marcada, mais da metade relatou ter sido bem atendida. Metade dos pacientes relatou ainda que, ao serem recebidos na unidade, algo era de fato realizado para que seu problema fosse resolvido. Porém, a maioria referiu ter de esperar uma (36,1%) ou duas horas (27,8%) para ser atendida por um profissional da saúde, como vimos também na entrevista com os profissionais. Em relação ao profissional que atendeu o paciente na última vez em que este foi à unidade sem hora marcada, 30,6% relataram

terem sido atendidos pelo enfermeiro, 19,4%, pelo médico, 6,9%, por técnicos/auxiliares de enfermagem, 4,2%, por outros profissionais e os demais usuários relataram não terem vindo à unidade sem hora marcada.

Mais da metade dos usuários disse que não sabia (22,2%) ou que a unidade não realizava (43,1%) atendimento de urgência. Além disso, 65,3% não responderam se contavam com a unidade para esse tipo de atendimento, talvez por nunca terem precisado do mesmo. Mas, dos 34,7% que responderam, 84,6% disseram contar com a unidade para atendimentos de urgência. Praticamente todos relataram ter conhecimento de que a unidade realizava procedimentos como curativos (100%), nebulização (98,6%), e injeções (97,2%), e mais da metade, de que a unidade fazia retirada de pontos (65,3%). Mas poucos relataram saber de outros serviços que a unidade também oferecia, como dar pontos (18,1%), retirar corpos estranhos do ouvido (19,4%), retirar unhas (6,9%) ou furúnculos (13,9%).

Em relação ao acolhimento odontológico, não eram todas as unidades entrevistadas que possuíam dentistas e nem todos os pacientes procuravam esse tipo de serviço, por isso, a maioria das respostas está em “não se aplica/não respondeu/não sabe”. Mas, nas unidades que possuíam esse tipo de atendimento, os pacientes relataram que não eram sempre acolhidos (66,7% dos 16,5% que responderam) e que quando eram, o tempo de espera variava bastante, assim como a maneira pela qual eram acolhidos.

6 DISCUSSÃO

Os resultados encontrados no presente estudo sugerem que o acolhimento à demanda espontânea estava ocorrendo em todas as unidades avaliadas pelo PMAQ-AB no Município de Novo Hamburgo (100%). Este é um resultado bom, comparado a um estudo que avaliou a implementação do acolhimento através dos resultados do 1º ciclo do PMAQ-AB, tendo encontrado o mesmo ocorrendo em 77% das unidades básicas, em âmbito nacional, e em 78,3%, na Região Sul (CLEMENTINO et al., 2015). E comparado a outro estudo realizado no Estado do Paraná, que avaliou o acolhimento através dos resultados do 2º ciclo do PMAQ-AB, onde 78,3% dos profissionais relataram que o mesmo ocorria em suas unidades de saúde (ZILLY et al., 2016).

Porém, em Novo Hamburgo, segundo resultados do presente estudo, o acolhimento vinha ocorrendo apenas nos dias de semana e não em todos os horários, uma vez que algumas equipes relataram não o realizar nos turnos da tarde (33,3%) e nenhuma nos turnos da noite. Corrobora com este achado um estudo realizado em São Luís do Maranhão, que encontrou que 81,3% dos profissionais também relataram que a unidade nunca estava aberta em finais de semana e 87,3%, que nunca estava aberta após as 18 horas (LIRA, 2014). Outro estudo, de Clementino et al. (2015), encontrou que 80,2% das unidades na Região no Sul realizavam o acolhimento no turno da manhã e, quando comparado ao turno vespertino, havia um declínio de, em média, 6,6%, mais acentuado ainda em relação ao turno da noite, com redução de, em média, 65,5%. E um estudo de Zilly et al. (2016), que também encontrou o acolhimento ocorrendo mais no período diurno (71,1%) do que no noturno (7,2%) nas unidades do Paraná. Denotando que o acolhimento não é uma prática que ocorre durante todo o turno de trabalho das unidades de saúde.

Conforme Tesser, Neto e Gastão (2010), o acolhimento está baseado em um direito constitucional dos indivíduos, que é o direito de acesso aos serviços de saúde. Como a APS é a porta de entrada para esse sistema, é necessária uma estratégia que permita o fluxo facilitado das pessoas. Para isso, seriam necessárias estratégias para ampliar a realização do acolhimento no período noturno e nos finais de semana.

Outras questões importantes encontradas neste estudo são que o acolhimento na atenção básica vinha sendo feito principalmente em locais específicos

(72,2%), como salas e consultórios bem definidos, assim como, essencialmente, por enfermeiros (30,6%) ou médicos (19,4%). Segundo outro estudo feito por Campos et al. (2014), para muitos usuários, o acesso ao sistema de saúde é sinônimo de acesso ao profissional médico, sendo que as diversas ações realizadas antes desse contato são entendidas como formas de triagem. Clementino et al. (2015) encontraram em seu estudo o enfermeiro sendo citado como o profissional que mais realizava a ação da escuta (40,9%), enquanto que o médico foi mencionado por 23,8% dos usuários entrevistados em todas as regiões do país. Outro estudo, de Lins et al. (2013), feito em uma unidade básica de saúde do Recife, encontrou a demanda (58%) e a conduta adotada (54%) voltadas principalmente para a consulta médica, demonstrando que a população ainda costumava atribuir a figura do médico como detentora da resolutividade dos problemas de saúde, o que reforça o modelo clínico e a “medicalização” dos serviços de saúde.

Vários outros estudos apontaram que o acolhimento na atenção básica é entendido por profissionais e usuários como um procedimento técnico burocratizado, geralmente realizado por técnicos de enfermagem e servindo como uma triagem para os demais serviços. Porém, que deveria ser realizado por todos os profissionais da equipe e em todas as situações do cotidiano dos serviços em que se faça presente a possibilidade de escuta do outro (GOMES; PINHEIRO, 2005; RAMOS; LIMA, 2003; SCHIMITH; LIMA, 2004; TAKEMOTO; SILVA, 2007; TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010; FRACOLI; ZOBOLI, 2004; FRANCO; BUENO; MERHY, 2003; SCHOLZE et al, 2006).

Segundo o Caderno de Atenção Básica n. 28, para acolher a demanda espontânea com equidade e qualidade, o acolhimento não deve se restringir a uma triagem para o atendimento médico. O acolhimento não é um espaço ou um local, mas sim uma postura ética, e não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, e sim implica necessariamente no compartilhamento de saberes, angústias e invenções (BRASIL, 2009). Teixeira (2005) propõe ainda a discussão do “acolhimento dialogado”, como uma técnica de conversa passível de ser realizada por qualquer profissional em qualquer momento do atendimento.

Em relação ao local de realização, é importante que se garantam espaços mais reservados para a escuta e a identificação de riscos e de vulnerabilidades individualmente, tanto porque o limiar de dor e o modo de manifestação de sofrimento

variam entre as pessoas, quanto porque há situações em que a exposição pública intimida ou desrespeita os usuários (BRASIL, 2013a). Porém, o acolhimento não deve se limitar a um local, ambiente, horário ou profissional específico para executá-lo. É preciso não restringir também o conceito de acolhimento ao problema de recepção da demanda. O acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se o entendermos como parte do processo de produção de saúde, como algo que qualifica a relação e que, portanto, é passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro no serviço de saúde (BRASIL, 2009).

Organizar-se a partir do acolhimento dos usuários exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população, e que discuta e defina o modo como os diferentes profissionais participarão do acolhimento. Quem vai receber o usuário que chega; como avaliar o risco e a vulnerabilidade desse usuário; o que fazer de imediato; quando encaminhar/agendar uma consulta médica; como organizar a agenda dos profissionais; e que outras ofertas de cuidado (além da consulta) podem ser necessárias. Sendo assim, todo profissional da equipe de saúde deve participar do acolhimento, tendo em vista que a execução do mesmo requer ações articuladas e envolvimento efetivo dos diversos trabalhadores, cada qual contribuindo com os saberes específicos, no entanto, pensando o cuidado do indivíduo a partir do todo (BRASIL, 2013a). Assim, é fundamental ampliar a capacidade clínica da equipe de saúde, para escutar de forma ampliada, reconhecer riscos e vulnerabilidades e realizar/acionar intervenções (BRASIL, 2013c).

Isso leva, então, a outra questão importante que os resultados deste estudo sugerem: que, apesar de todas as unidades realizarem nos usuários a avaliação de riscos e vulnerabilidades e a maioria utilizar protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para o acolhimento, poucos profissionais relataram terem sido capacitados para isto (38,9%). Clementino et al. (2015), que avaliaram o acolhimento em âmbito nacional, e Zilly et al. (2016), que o avaliaram no Estado do Paraná, encontraram também, respectivamente, apenas 43,9% e 51,8% dos profissionais referindo terem recebido capacitação para avaliação de riscos e vulnerabilidades.

Segundo a Política Nacional de Humanização, o protocolo de classificação de risco é uma ferramenta útil e necessária, porém não suficiente, uma vez que não pretende capturar os aspectos subjetivos, afetivos, sociais, culturais, cuja

compreensão é fundamental para uma efetiva avaliação do risco e da vulnerabilidade de cada pessoa que procura o serviço de urgência (BRASIL, 2009). Avaliar riscos e vulnerabilidades implica em estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico do paciente. Porém, a disponibilização dessa tecnologia não deve abranger a todos os pacientes que procuram o serviço ou corre-se o risco de se produzir um novo gargalo na entrada. Desta forma, a utilização da avaliação/classificação de risco deve ser feita por observação, ou seja, onde a equipe identifica a necessidade pela observação do usuário, sendo aqui necessária capacitação mínima para tanto (BRASIL, 2004).

A classificação de risco deve ser uma atividade realizada por profissional de enfermagem de nível superior, preferencialmente com experiência em serviço de urgência e após capacitação específica para a atividade proposta. Mas a capacitação técnica para realização do acolhimento - incluindo suporte básico e suporte avançado de vida – deve estar presente em todos os profissionais que atuam na urgência, inclusive aqueles que não são profissionais de saúde estritamente (assistentes sociais, administrativos, porteiros e outros) (BRASIL, 2009).

A estratificação de risco e a avaliação de vulnerabilidades orientarão não só o tipo de intervenção necessária, como também o tempo em que isso deve ocorrer. O que os resultados deste estudo nos mostram é que mais da metade dos pacientes, após terem sido acolhidos, levavam entre uma e duas horas para se consultar com o profissional adequado, mas que este tempo poderia variar entre 10 minutos e 4 horas para diferentes casos. Em um estudo realizado por Lira (2014), na capital do Estado do Maranhão, 57% dos usuários entrevistados relataram esperar mais que 30 minutos pelo atendimento ao procurar uma unidade básica de saúde. Diferentemente de um pronto-socorro, na AB não é necessário adotar limites rígidos de tempo para atendimento após a primeira escuta. Mas, por outro lado, é importante priorizar o atendimento de alguns casos, sob pena de manter a pessoa em sofrimento por tempo prolongado (BRASIL, 2013c).

Sobre a satisfação dos usuários em relação ao acolhimento, a maioria dos usuários relatou ter sido bem (36,1%) ou muito bem (12,5%) recebida quando procurou consulta sem hora marcada, e 37,5% não responderam a essa questão, talvez por não procurarem o serviço para demanda espontânea. No estudo de Lins et al. (2013), 58,5% dos usuários também classificaram o acolhimento como bom e

somente 2,5% o consideraram ruim. Em se tratando do território nacional, na opinião do usuário quanto à qualidade do acolhimento recebido nas unidades, ele foi considerado muito bom para 18,1% dos usuários e bom para 37,6%, ressaltando-se também que 33,6% dos usuários não souberam responder (CLEMENTINO et al., 2015).

Pesquisar acerca da satisfação dos usuários a respeito do acolhimento é uma tarefa fundamental, uma vez que essa compreensão pode subsidiar uma avaliação do desempenho da equipe de saúde sob a perspectiva do usuário, ao indicar decisões tanto estratégicas quanto operacionais que venham a colaborar para a melhoria da qualidade do serviço (LINS et al., 2013). Porém, como se percebe no presente estudo e no de Clementino et al., muitos usuários entrevistados não souberam responder à pergunta sobre satisfação do acolhimento ao procurar uma consulta sem hora marcada, logo, estes resultados não devem ser vistos como absolutos.

Em relação ao entendimento dos pacientes sobre a oferta de consultas de urgência nas unidades básicas, assim como de alguns procedimentos específicos de demanda espontânea realizados pela mesma, este estudo demonstrou que o mesmo foi baixo. Muitos pacientes relataram que as unidades não realizavam (43,1%) ou que não sabiam (22,2%) que as unidades realizavam atendimentos de urgência e apenas 30,5% disseram procurar a unidade quando precisavam de atendimento sem hora marcada. Além disso, em relação ao atendimento odontológico de urgência, poucos usuários também relataram recorrer à unidade (15%). Cotta et al. (2006) avaliaram o conhecimento e a consciência sanitária de profissionais e usuários do SUS e encontraram que a maioria dos usuários entrevistados (71,4%) não soube definir o SUS em nenhum de seus princípios, tendo 17,8% o definido como um programa de saúde para pessoas carentes ou apenas em termos de atenção médica (9,3%).

O que se observou no presente estudo e no citado acima foi uma dificuldade dos usuários em identificar a lógica de funcionamento das unidades de saúde e do SUS como um todo. Medeiros et al. (2010), em relação à participação dos usuários no controle social dos serviços de saúde, encontrou que apenas 22,6% conheciam seus representantes no Conselho Municipal de Saúde, demonstrando a dificuldade e a deficiência na participação do usuário nas questões que se referem à sua própria saúde. O que se observa é que a participação e o controle social não estão efetivados em plenitude, contribuindo para isso a falta de informação e a existência de interesses

múltiplos para que a população não saiba que possui direitos e que pode exigí-los (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013).

Por fim, as questões abordadas demonstram que os resultados encontrados em relação às variáveis do acolhimento no Município de Novo Hamburgo, em geral, não diferiram muito quando comparados aos resultados de outros estudos realizados em diferentes municípios, em diferentes estados e em âmbito nacional. Isso demonstra que é importante a gestão repensar sobre estes problemas, tanto em nível federal quanto local, e em como o acolhimento, quando bem planejado, pode contribuir para a melhora do acesso, da qualidade e da resolutividade dos problemas da atenção básica.

7 CONCLUSÕES

A partir deste estudo pôde-se perceber que o acolhimento à demanda espontânea vinha ocorrendo em todas as unidades básicas de saúde avaliadas pelo PMAQ-AB no Município de Novo Hamburgo/RS. Porém, os achados deste trabalho apontam para a necessidade aprimoramento do mesmo no município.

A maior parte dos profissionais não possuía capacitação para avaliação e classificação de riscos e vulnerabilidades, além disso, o acolhimento vinha sendo realizado preferencialmente em locais específicos e sendo feito principalmente por enfermeiros e médicos, não sendo oferecido em todos os turnos de funcionamento das unidades. Há também a necessidade de fortalecimento do controle social por parte dos usuários, que apresentaram baixo entendimento em relação aos serviços de saúde oferecidos à demanda espontânea, tendo a maioria das respostas grande porcentagem de “não sabe/não respondeu/não se aplica”.

No entanto, é importante ressaltar que os resultados obtidos neste estudo são limitados, uma vez que abrangeram somente as unidades básicas de saúde em que as equipes se habilitaram ao PMAQ-AB, não devendo, portanto, ser interpretados com generalização. Outra questão a ser considerada é que os dados utilizados foram retirados da avaliação externa do 2º ciclo do PMAQ-AB, que se deu no ano de 2014, sendo assim, é recomendado que outros estudos com a utilização de dados mais atuais e retirados de outras fontes sejam realizados.

Ademais, este estudo teve como pretensão sensibilizar gestores, coordenadores, trabalhadores e usuários da atenção básica do município, a fim de colaborar com a elaboração de projetos que fortaleçam a prática adequada do acolhimento, como o investimento em educação permanente dos profissionais de saúde acerca desta prática, assim como do controle social, com o propósito de estimular a participação comunitária e a difusão de informação sobre a demanda espontânea.

Por fim, procura-se incentivar gestores em saúde a valorizar o uso de tecnologias leves, como o acolhimento, para a gestão, a fim de utilizá-lo como um importante instrumento para a consolidação dos princípios do SUS, principalmente em relação à universalidade e à ampliação do acesso na atenção básica.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA L. Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde: Estratégia para Potencializar a Coordenação dos Cuidados. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Fortalecimento.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2018.

BARBOSA S. P. et al. Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2347-2357, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF, 1986. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 14 set. 2018.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

_____. Presidência da República. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. Portaria no 2.203, de 5 de novembro de 1996. **Norma Operacional Básica – NOB 1/96 do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União. 5 Nov 1996. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html. Acesso em: 09 abr. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 1. ed., 48 p., 2004. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/pnh/acolhimento_com_avaliacao_e_classificacao_de_risco.pdf. Acesso em: 14 abr. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 1. ed., 56 p., 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf. Acesso em: 14 abr. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2. ed. 5 reimp., 19 p., 2010. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf. Acesso em: 15 mai. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ)**: manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**: documento síntese para avaliação externa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Vol. I. Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf. Acesso em: 09 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 12 mai. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica**. Vol. II. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_28.pdf. Acesso em: 15 mai. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento na gestão e o trabalho em saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_gestao_trabalho_saude.pdf. Acesso em: 14 set. 2018.

BREHMER L.C.F.; VERDI M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 3569-78, 2014.

CLEMENTINO, F.S. et al. Acolhimento na Atenção Básica: análise a partir da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Revista Saúde e Ciência On line**, v. 4, n. 15, p. 62-80, 2015.

CNES – CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS. Consultas. Estabelecimentos e Profissionais. Extração. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/consultas.jsp>. Acesso em: 10 abr. 2019.

COTTA et al. Sobre o conhecimento e a consciência sanitária brasileira: o papel estratégico dos profissionais e usuários no sistema sanitário. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 16, n. 1, p. 2-8, 2006.

FRACOLLI, L.A.; ZOBOLI E.L.C.P. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 143-151, 2004.

FRANCO, T.B.; BUENO W.S.; MERHY E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: MERHY E.E et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Editora Hucitec; 2003. p. 37-54.

GARUZI M. et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 35, n. 2, p. 144-149, 2014. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2014.v35n2/144-149/pt>. Acesso em: 12 mai. 2018.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 287-301, 2005.

GRABOIS V. Gestão do Cuidado. In: GONDIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES JUNIOR, W.V. **Qualificação dos gestores do SUS**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011, p. 153-90.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Sinopse. Estado do Rio Grande do Sul. Município de Novo Hamburgo. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=43&dados=1>. Acesso em: 10 abr. 2019.

KUSCHNIR, R.C; CHORNY, A.H; LIMA E LIRA, A.M. **Gestão dos sistemas e serviços de saúde**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, p. 112-113, 2010.

LINS, L.E.H. et al. Avaliação do acolhimento na unidade de saúde da família Sítio do Cardoso, Madalena - Recife/PE. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 1, p. 02-06, 2013.

LIRA, M.R.S. **Avaliação do Acolhimento nas unidades de saúde da família em São Luís**. 2014. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Maranhão, Mestrado Profissional em Saúde da Família, 2014.

MATUMOTO, S. **O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde**. 1998. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

MEDEIROS F.A. et al. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. **Revista de Salud Publica [online]**, Bogotá, v.12, n.3, p.402-413, 2010.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E; ONOCKO, R. **Práxis em salud um desafio para lo público**. São Paulo (SP): Hucitec; 1997.

_____. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS C.R. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Editora Xamã; p. 103-20, 1998.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo (SP): Hucitec; 2002.

NEVES, C.A.B; HECKERT, A.L.C. Micropolítica do processo de acolhimento em saúde. **Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, ano 10, n. 1, p. 151-168, 2010.

NERY S.R. et al. Acolhimento no cotidiano dos auxiliares de enfermagem nas unidades de saúde da família, Londrina (PR). **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl.1, p. 1411–1419, 2009.

OLIVEIRA, E.R.A et al. Acolhimento em saúde e desafios em sua implementação: percepção do acadêmico de enfermagem. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 12, n. 2, p. 46–51, 2010.

PINHEIRO, P.M.; OLIVEIRA, L.C. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 187-198, 2011.

PINTO, H.A.; SOUSA, A.; FERLA, A.A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde debate**, 38(esp), p. 358-372, 2014.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. Health care access and receptivity to users in a unit in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, 2003.

ROLIM L.B.; CRUZ, R.S.B.L.C; SAMPAIO, K.J.A.J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, 2013.

ROSSI, F.R.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. Brasília: **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 3, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000300010. Acesso em: 08 jul. 2019.

SARKIS, L.V.; NUNES, R.S.; BERNARDINI, I.S. A Importância do Acolhimento na Gestão de Saúde: um estudo no Posto de Saúde Prado do Município de Biguaçu/SC. In: PEREIRA, M.F. et al (Org.). Contribuições para gestão do SUS. **Fundação Boiteux**, Florianópolis, p. 143-159, 2013. (Coleção Gestão da Saúde Pública, Vol. 4)

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. Receptiveness and links to clients in a Family Health Program team. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-94, 2004.

SCHOLZE A.S. et al. A implantação do acolhimento no processo de trabalho de equipes de saúde da família. **Revista Espaço Saúde**, Curitiba, v. 8, n. 1, p. 7-12, 2006.

SES-RS (SECRETARIA DA SAÚDE – ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL). Altera a configuração e a quantidade de Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul, e institui as Comissões Intergestores Regionais – CIR. Resolução n. 555/12 – CIB/RS, de 19 de setembro de 2012. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201703/28155806-resolucao-cib-555-12.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2019.

SILVA, Y. C.; ROQUETE, F.F. Competências do gestor em serviços de saúde: análise da produção científica, no período de 2001 a 2011. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 15, n. 58, 2013.

SILVA, L.T.; ZOBOLI, E.L.C.P.; BORGES, A.L.V. Bioética e atenção básica: um estudo exploratório dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos no PSF. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 11, n. 2, p. 133–142, 2006.

SOLLA, J.J.S.P. Acolhimento no Sistema Municipal de Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno-infantil**, Recife, v. 5, n. 4, p.493-503, out/dez. 2005.

SOUZA, E.C.F et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S100-S110, 2008.

SOUZA L.E.P.F.; VIANA A.L.D. Gestão do SUS: Descentralização, Regionalização e Participação Social. In: PAIM J.S.; ALMEIDA FILHO, N. **Saúde Coletiva: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

STARFILED, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TAKEMOTO, M. L.; SILVA, E. M. Receptiveness and changes in the nursing work process in healthcare units in Campinas, Sao Paulo, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 331-40, 2007.

TEIXEIRA R.R. Humanização e atenção primária à saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 585-597, 2005.

TESSER, C.D.; POLI NETO P.; CAMPOS, G.W.S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl.3, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000900036>. Acesso em: 12 mai. 2018.

ZILLY, A. et al. Avaliação do acolhimento nas Unidades de Atenção Básica do Paraná. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, Londrina, v. 17, n. 2, p. 206-211, 2016.

ZOBOLI, E.; FRACOLLI, L. A incorporação de valores na gestão das unidades de saúde: chave para o acolhimento. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 312-317, 2006.