

ACOLHIMENTO A DEMANDA ESPONTÂNEA NAS PERSPECTIVAS DOS PROFISSIONAIS E USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Milena Seoane Colmenero Muniz¹

Natália Rezende Pimentel²

Janise Braga Barros Ferreira³

Luciane Loures dos Santos⁴

Luciana Cisoto Ribeiro⁵

RESUMO

Objetivo: descrever o acolhimento à demanda espontânea, em unidades de Atenção Básica em Saúde - APS, na perspectiva dos profissionais de saúde e dos usuários. **Métodos:** estudo descritivo com dados de 56 municípios da Regional de Atenção à Saúde XIII do estado de São Paulo, que participaram da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, em 2012. Foram analisadas 12 variáveis relacionadas aos profissionais e 11 aos usuários. **Resultados:** Segundo os profissionais, o acolhimento estava implantado em 96,7% das unidades, atendendo 98,9% das necessidades dos usuários, com tempo de espera para atendimento de até 15 minutos (89,5%), sendo os enfermeiros, agentes comunitários e médicos os mais envolvidos. Dois terços dos usuários afirmaram que suas necessidades foram atendidas, esperavam até uma hora para serem acolhidos (62%), elegendo médicos e vigilantes como os que mais acolhiam. **Conclusão:** Pôde-se perceber que há encontros nas perspectivas dos participantes do estudo relacionados à existência de acolhimento nas unidades de APS e à qualidade da atenção prestada e, em contrapartida, divergências de visões, principalmente, referentes ao conceito de acolhimento e aos operadores desta estratégia de saúde.

Palavras-chave: Acolhimento. Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde. Atenção básica à saúde

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), considerado um dos maiores sistemas de saúde do mundo, foi instituído pela Constituição Federal de 1988, que definiu a saúde “*como direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno*

¹ Médica de Família e Comunidade. Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FAEPA). Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: seoane56@hotmail.com

² Médica de Família e Comunidade. Organização Social Santa Catarina. São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mail: natirpimentel@gmail.com

³ Médica Sanitarista. Professora Dra do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP). Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: janise@fmrp.usp.br

⁴ Médica. Professora do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP). Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: luloures@fmrp.usp.br

⁵ Nutricionista. Professora Dra do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP). Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: lcisoto@fmrp.usp.br

exercício”, por meio da formulação e execução de políticas econômicas e sociais (BRASIL, 1990).

As premissas constitucionais visam garantir ao indivíduo e à coletividade meios para a conquista de seu amplo bem-estar executando ações assistenciais, de prevenção de doenças e de promoção de saúde. Uma das importantes características organizativas do SUS diz respeito à conformação da rede de atenção à saúde (RAS) onde a entrada do usuário deve ser, preferencialmente pela Atenção Primária à Saúde (APS), por seus atributos e alta capacidade resolutiva (BRASIL, 2012a).

Países como Reino Unido, Espanha e Canadá, por exemplo, reconhecem a APS como integrante essencial do sistema de saúde, caracterizada por equipes de saúde diferenciadas que abordam os agravos de uma maneira ampla, não se limitando ao tratamento das enfermidades, mas considerando o contexto em que vivem as pessoas (STARFIELD, 2002). Desse modo, a APS é responsável pelo cuidado integral, longitudinal e por sua coordenação, incluindo a regulação de casos para os outros pontos da RAS, quando ultrapassar a sua capacidade de resolução (STARFIELD, 2002).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) recomenda que a APS se organize, preferencialmente no formato da Saúde da Família (SF) (BRASIL, 2012a). É fato que, após 20 anos de implantação da SF, houve melhora na qualidade da atenção à saúde verificada por modificações satisfatórias de indicadores de saúde, tais como redução da mortalidade infantil, da desnutrição infantil e da internação por condições sensíveis à APS (ALFRADIQUE et al, 2009; VENANCIO et al, 2016; MACIEL; CALDEIRA; DINIZ, 2014). Hoje, estão implantadas 40 mil equipes de SF, que atendem mais de 125 milhões de pessoas, o que corresponde a uma cobertura de 64,6% da população brasileira (BRASIL, 2016).

A despeito de todas as iniciativas de investimento na APS, muitos desafios ainda precisam ser superados. Deste modo, considerando a trajetória da APS no cenário nacional e objetivando ampliar o acesso e melhorar a atenção básica, o MS criou em 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (BRASIL, 2015).

Dentre as diretrizes do PMAQ-AB destaca-se “*o melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade*” (BRASIL, 2015), por meio de parâmetros que permitirão comparações entre equipes de APS expostas a diferentes realidades, com vistas ao aprimoramento do processo de trabalho. Desde sua criação, observou-se uma tendência crescente de adesão ao PMAQ-AB. Em 2016, iniciou-se o 3º ciclo do Programa, com a adesão de 95,5% dos municípios (BRASIL, 2012b).

O PMAQ-AB é constituído por quatro fases contínuas definidas como contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização (BRASIL, 2012b). A adesão ao programa é voluntária e pactuada pela equipe com o gestor local, que se articula com os demais níveis e com o controle social.^{8,10} Sumariamente, a avaliação externa é realizada por instituições contratadas pelo Ministério da Saúde e dividida em dois momentos, o primeiro baseia-se na avaliação dos indicadores contratualizados. E o segundo, engloba a avaliação do acesso e da qualidade da atenção prestada na perspectiva do usuário e dos profissionais de saúde (BRASIL, 2012b).

Uma das variáveis avaliadas pelo PMAQ-AB é o acolhimento caracterizado pelo encontro entre o profissional da saúde e o usuário, em toda situação que exista um cuidado a ser realizado (BRASIL, 2013). Sua prática busca não só melhorar o acesso à consulta médica, mas às ações de toda equipe de saúde, pois favorece a escuta dos usuários e a resolutividade dos profissionais da APS (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010).

Aliás, acredita-se que o emprego do acolhimento, nas unidades de saúde da atenção básica, corresponda ao uso de uma tecnologia capaz de contribuir com a ressignificação do modelo de atenção, fundado na análise da determinação social e não somente nos agravos biológicos (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010; BRASIL, 2013).

Entretanto, ainda persistem dificuldades nos modelos de atenção e gestão dos serviços de saúde em relação ao acolhimento, que repercutem no acesso do usuário. Estudos realizados por meio de pesquisas de satisfação com usuários, gestores e trabalhadores dos serviços apontam a pouca efetividade dessa ação (BRASIL, 2009).

Nesse cenário, o PMAQ-AB surge como um dos instrumentos a serem utilizados para avaliar o acolhimento, e mais especificamente, o Acolhimento à Demanda Espontânea (ADE) no cotidiano das unidades de APS.

Desta forma, o estudo teve por objetivo descrever o ADE em unidades de APS na perspectiva dos profissionais de saúde e dos usuários.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal descritivo realizado com os dados secundários dos municípios que participaram da avaliação externa do primeiro ciclo do PMAQ-AB da Rede Regional de Atenção à Saúde 13 (RRAS 13) do estado de São Paulo. O 1º ciclo do PMAQ-AB ocorreu em 2012, sendo avaliadas 180 equipes de atenção primária em 56 municípios da RRAS 13.

A RRAS 13, está localizada na macrorregião Noroeste do estado de São Paulo, é composta por quatro Departamentos Regionais de Saúde (DRS), a saber: DRS III Araraquara que engloba 24 municípios, DRS V Barretos formada por 18 municípios, DRS VIII Franca composta por 22 municípios e a DRS XIII Ribeirão Preto com 26 municípios, totalizando 90 municípios, com uma população aproximada de 3.307.320 habitantes (SÃO PAULO, 2017)

Para este estudo foram analisados os dados do segundo momento da Avaliação Externa do PMAQ-AB, a partir dos Módulos II (entrevista com a equipe de saúde) e III (entrevista com usuários) do instrumento utilizado pelas equipes avaliadoras (BRASIL, 2012c). Foram estudadas 17 variáveis referentes ao ADE do Módulo II (existência de protocolos para acolhimento à demanda espontânea/urgência, conteúdo dos protocolos; atendimento de urgência e emergência; capacitação para avaliação de classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários; realização de avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento; a partir do risco identificado a equipe tem condições de definir a resposta; ações desencadeadas a partir do acolhimento; tempo de espera para ser acolhido/primeira escuta; reserva de vagas para atendimento no mesmo dia; controle do tempo para o atendimento no mesmo dia; tempo de espera para o atendimento no mesmo dia; caso não consiga atendimento no mesmo dia, o usuário consegue sair da unidade com a consulta marcada?; a equipe tem definido o tempo máximo para este agendamento?; tempo máximo de agendamento desta consulta; a equipe realizou estudo da demanda espontânea nos últimos 12 meses?; a equipe dispõe de serviço de remoção do usuário?; e dispõe de ambulância do SAMU?) e 11 variáveis relacionadas a satisfação do usuário ao ADE no Módulo III (Na maioria das vezes que o Sr(a) vem à unidade de saúde sem ter hora marcada para resolver qualquer problema consegue ser escutado?; Desde a sua chegada à unidade de saúde, quanto tempo o Sr(a) espera para conversar sobre seu problema com algum profissional de saúde?; O que o Sr(a) acha sobre a forma como é acolhido(a)/ recebido(a) ao procurar o serviço?; As orientações que os profissionais dão para o Sr(a) na unidade atendem às suas necessidades? O Sr(a) se sente respeitado pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes, religião?; Na última vez que o Sr(a) teve algum problema de saúde que considerou como urgência, o Sr(a) procurou atendimento?; Onde o Sr(a) procurou atendimento?; O Sr(a) conseguiu ser atendido nesta unidade de saúde na mesma hora, sem consulta marcada?; Quanto tempo esperou para ser atendido?; Qual o profissional que atendeu o Sr(a)?, Por que não procurou esta unidade de saúde para este atendimento?

Os dados foram compilados em uma planilha do Excel e utilizou-se o Programa *Statistical Package for Social Science for Windows* (SPSS), versão 17 para a análise estatística descritiva, contemplando valores absolutos e relativos de frequências.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Parecer 1306754).

3 RESULTADOS

No Módulo II foram analisados os dados de 181 profissionais de saúde, dentre eles 170 (93,9%) enfermeiros, 7 (3,8%) médicos e 4 (2,2%) cirurgiões-dentistas. Do total de profissionais 152 eram coordenadores das equipes de APS, sendo 147 enfermeiros (96,7%), 3 cirurgiões-dentistas (2,0%) e 2 médicos. (1,3%).

Para 96,7% dos profissionais o ADE estava implantado nas unidades de saúde e 92,3% referiram que ocorria cinco dias por semana. Os turnos mais citados para a prática do ADE foram os períodos da manhã e da tarde, respectivamente 96,1% e 91,7%, e apenas 4,4% citaram o período noturno. Outros aspectos do ADE na percepção dos profissionais estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1- Aspectos do acolhimento segundo a percepção dos profissionais, 1º ciclo do PMAQ, RRAS 13, SP, 2012.

(Continua)		
Aspectos do acolhimento à demanda espontânea segundo a percepção dos profissionais	N	%
Existência de Protocolos para acolhimento à Demanda Espontânea/Urgência		
<i>Sim</i>	112	61,9
<i>Não</i>	63	34,8
<i>Não sabe/não respondeu</i>	6	3,3
Conteúdo dos protocolos		
<i>Queixas mais frequentes</i>	108	59,7
<i>Problemas por ciclos de vida</i>	105	58
<i>Problemas relacionados a saúde mental</i>	97	53,6
<i>Traumas/acidentes</i>	91	50,3
<i>Captação precoce de gestantes</i>	95	52,5
<i>Outros</i>	5	2,8

(Continuação)		
Aspectos do acolhimento à demanda espontânea segundo a percepção dos profissionais	N	%
Atendimento de Urgência e Emergência		
<i>Sim</i>	132	72,9
<i>Não</i>	49	27,1
Capacitação para avaliação de classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários		
<i>Sim</i>	85	47
<i>Não</i>	90	49,7
<i>Não sabe/não respondeu</i>	6	3,3
Realização de avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento		
<i>Sim</i>	162	89,5
<i>Não</i>	13	7,2
<i>Não sabe/não respondeu</i>	6	3,3
A partir do risco identificado a equipe tem condições de definir a resposta		
<i>Sim</i>	82	45,3
<i>Não</i>	13	7,2
<i>Não sabe/não respondeu</i>	86	47,5

Fonte: Elaboração dos autores (2012).

Segundo os dados dos profissionais, 98,9% dos usuários que procuraram espontaneamente atendimento nas unidades tiveram suas necessidades escutadas e avaliadas. Na Tabela 2 estão descritas outras características relacionadas à resolutividade do acolhimento.

Tabela 2 - Resolutividade do acolhimento na perspectiva do profissional de saúde, 1º ciclo do PMAQ, RRAS 13, SP, 2012.

(Continua)		
Resolutividade do acolhimento na perspectiva do profissional de saúde	N	%
Ações desencadeadas a partir do Acolhimento		
<i>Agendamento de consulta médica</i>	169	93,4
<i>Agendamento de consulta do enfermeiro</i>	175	96,7
<i>Agendamento de consulta odontológica</i>	103	56,9
<i>Agendamento com outro profissional</i>	106	58,6
<i>Orientações sem agendamento</i>	174	96,1
<i>Solicitação de exames sem agendamento</i>	143	79
<i>Medida terapêutica sem prescrição de medicamentos</i>	164	90,6
<i>Prescrição de medicamentos</i>	89	49,2
<i>Outro</i>	2	1,1

(Continuação)

Resolutividade do acolhimento na perspectiva do profissional de saúde	N	%
Tempo de espera para ser acolhido/primeira escuta		
<i>Até 15 minutos</i>	162	89,5
<i>De 16 a 30 minutos</i>	15	8,3
<i>De 31 a 60 minutos</i>	2	1,1
<i>Não sabe/não respondeu</i>	2	1,1
Reserva de vagas para atendimento no mesmo dia		
<i>Sim</i>	176	97,2
<i>Não</i>	5	2,8
Controle do tempo para o atendimento no mesmo dia		
<i>Sim</i>	73	40,4
<i>Não</i>	48	26,5
<i>Não sabe/não respondeu</i>	55	30,3
<i>Não se aplica</i>	5	2,8
Tempo de espera para o atendimento no mesmo dia		
<i>Em até 1 hora</i>	111	61,3
<i>De 1 até 2 horas</i>	9	5
<i>Mais que 2 horas</i>	1	0,5
<i>Não sabe/não respondeu</i>	60	33,2
Caso não consiga atendimento no mesmo dia, o usuário consegue sair da unidade com a consulta marcada?		
<i>Sim</i>	176	91,7
<i>Não</i>	15	8,3
A equipe tem definido o tempo máximo para este agendamento		
<i>Sim</i>	140	77,3
<i>Não</i>	26	14,4
<i>Não se aplica</i>	15	8,3
Tempo máximo de agendamento desta consulta		
<i>0 a 15 dias</i>	123	68
<i>16 a 30 dias</i>	34	18,7
<i>31 a 60 dias</i>	6	3,3
<i>61 a 180 dias</i>	3	1,7
<i>Não sabe/não respondeu</i>	15	8,3
A equipe realizou estudo da demanda espontânea nos últimos 12 meses		
<i>Sim</i>	63	34,8
<i>Não</i>	118	65,2
A equipe dispõe de serviço de remoção do usuário		
<i>Sim</i>	175	96,7
<i>Não</i>	6	3,3
Dispõe de Ambulância do SAMU?		
<i>Sim</i>	78	43,1
<i>Não</i>	97	53,6
<i>Não sabe/não respondeu</i>	6	3,3

Fonte: Elaboração dos autores (2012).

No Módulo III, dados de 716 usuários foram estudados, dos quais 79,6% eram do sexo feminino. Cerca de um terço dos participantes tinha entre 1 e 4 anos de estudo e 54,9% não

sabiam ou não responderam esta questão. A maioria dos usuários (63,8%) estava na faixa etária entre 21 e 60 anos. Outras perspectivas da visão do usuário sobre a forma como foi acolhido quando procurou a Unidade de Saúde sem estar com o atendimento agendado estão descritas na Tabela 3.

Tabela 3 - Aspectos do acolhimento à demanda espontânea segundo a percepção dos usuários (n=716), 1º ciclo do PMAQ, RRAS 13, SP, 2012.

PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS		Nº (716)	(Continua) %
Na maioria das vezes que o Sr(a) vem à unidade de saúde sem ter hora marcada para resolver qualquer problema consegue ser escutado?			
Sim		496	69,3
Não		116	16,2
Nunca precisou		102	14,2
Não sabe/Não respondeu		2	0,3
Desde a sua chegada à unidade de saúde, quanto tempo o Sr(a) espera para conversar sobre seu problema com algum profissional de saúde?			
Até 30 minutos		393	54,8
De 31 a 60 minutos		52	7,2
De 61 a 120 minutos		25	3,5
Acima de 120 minutos		3	0,5
Não sabe/ Não respondeu/Não se aplica		243	34,0
O que o Sr(a) acha sobre a forma como é acolhido(a)/ recebido(a) ao procurar o serviço?			
Muito bom		193	27,0
Bom		258	36,0
Razoável		39	5,5
Ruim		3	0,4
Muito ruim		3	0,4
Não sabe		220	30,7
As orientações que os profissionais dão para o Sr(a) na unidade atendem às suas necessidades?			
Sim, sempre		450	62,8
Sim algumas vezes		42	5,9
Não		4	0,6
Não sabe/Não respondeu		220	30,7
O Sr(a) se sente respeitado pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes, religião?			
Sim, sempre		684	95,6
Sim, algumas vezes		26	3,6
Não		5	0,7
Não sabe/Não respondeu		1	0,1
Na última vez que o Sr(a) teve algum problema de saúde que considerou como urgência, o Sr(a) procurou atendimento?			
Sim		381	53,2
Não		134	18,7
Não consideraram ter tido uma urgência		199	27,8
Não sabe/Não respondeu/Não lembra		2	0,3

(Continuação)		
PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS	Nº (716)	%
Onde o Sr(a) procurou atendimento?		
<i>Nesta unidade</i>	256	35,8
<i>Em outra unidade</i>	23	3,2
<i>Hospital público</i>	50	7,0
<i>Hospital particular</i>	3	0,4
<i>Consultório particular</i>	17	2,3
<i>Pronto-atendimento 24 horas</i>	28	4,0
<i>Pronto-socorro 24 horas</i>	3	0,4
<i>Policlínica</i>	1	0,1
<i>Outro(s)</i>	335	46,8
O Sr(a) conseguiu ser atendido nesta unidade de saúde na mesma hora, sem consulta marcada?		
<i>Sim</i>	213	29,7
<i>Não</i>	43	6,0
<i>Não sabe/Não respondeu/Não lembra</i>	460	64,3
Quanto tempo esperou para ser atendido?		
<i>Até 30 minutos</i>	169	23,6
<i>De 31 a 60 minutos</i>	27	3,8
<i>De 61 a 120 minutos</i>	10	1,4
<i>Acima de 120 minutos</i>	5	0,7
<i>Não sabe/ Não respondeu/Não se aplica</i>	505	70,5
Qual o profissional que atendeu o Sr(a)?		
<i>Médico</i>	176	24,6
<i>Enfermeiro</i>	34	4,7
<i>Auxiliar/Técnico de enfermagem</i>	1	0,1
<i>Não sabe/ Não respondeu/Não se aplica</i>	505	70,6
Por que não procurou esta unidade de saúde para este atendimento?		
<i>Porque precisa chegar cedo</i>	1	0,1
<i>Porque precisa pegar ficha</i>	0	-
<i>Porque não atende sem consulta marcada</i>	11	1,6
<i>Porque não tem profissional na unidade</i>	7	0,9
<i>Porque não atende à urgência</i>	43	6,0
<i>Porque a unidade estava fechada no momento da urgência</i>	50	7,0
<i>Outros</i>	13	1,9
<i>Não se aplica</i>	591	82,5

Fonte: Elaboração dos autores (2012).

Na Tabela 4, observa-se uma análise comparativa das respostas dos participantes do estudo acerca da categoria profissional que participava do ADE e do atendimento das necessidades dos usuários no ADE.

Tabela 4 - Comparação das respostas dos participantes do estudo sobre a categoria profissional que participava do acolhimento à demanda espontânea e o atendimento das necessidades dos usuários, neste acolhimento, 1º ciclo do PMAQ, RRAS 13, 2012.

Profissionais que participavam do acolhimento à demanda espontânea	Profissional		Usuário	
	N (181)	%	N (716)	%
<i>Enfermeiro</i>	175	96,7	7	1,0
<i>Médico</i>	105	58	255	35,6
<i>Cirurgião dentista</i>	61	33,7	57	7,9
<i>Agentes Comunitários de Saúde</i>	140	77,3	2	0,3
<i>Vigilante</i>	-	-	249	34,8
<i>Recepcionista</i>	-	-	8	1,1
<i>Outros</i>	84	46,4	101	14,1
Atendimento das necessidades dos usuários no acolhimento à demanda espontânea	Profissional		Usuário	
	N (181)	%	N (716)	%
<i>Necessidades escutadas</i>	179	98,9	450	62,8
<i>Necessidades atendidas parcialmente</i>	-	-	42	5,9
<i>Necessidades não atendidas</i>	2	1,1	4	0,6
<i>Não sabe/não respondeu</i>	-	-	220	30,7

Fonte: Elaboração dos autores (2012).

4 DISCUSSÃO

Segundo a percepção da maioria dos profissionais de saúde o ADE está implantado e em funcionamento nas unidades de APS, durante cinco dias da semana e no período diurno, atendendo 98,9% das necessidades dos usuários dos municípios que aderiram ao PMAQ-AB da RRAS 13. Na perspectiva dos usuários, suas necessidades são escutadas e atendidas em apenas, 62,8%. As unidades de saúde atendem quadros de urgência, segundo 72,9% dos profissionais de saúde e utilizam a classificação de risco e vulnerabilidade (89,5%) durante o ADE, ainda que apenas 47% tenha informado que recebeu esta capacitação. Quanto ao tempo de espera para ser acolhido, a percepção dos profissionais e usuários apresentou divergências, enquanto os primeiros afirmaram que 89,5% dos usuários aguardavam até 15 minutos, 62% dos usuários referiram que esperavam até uma hora para serem ouvidos. Os trabalhadores que mais participavam do ADE, na perspectiva dos profissionais, éramos enfermeiros, agentes comunitários de saúde e o médico. Entretanto, os usuários referiram que o médico e o vigilante eram os profissionais de saúde que mais acolhiam.

Na região analisada, o reconhecimento, pelos profissionais de saúde, de que o ADE estava implantado na unidade (96,7%) foi superior ao observado em um estudo similar que

avaliou o acolhimento nas macrorregiões do país. Segundo dados desse estudo, a região Norte apresentou o menor percentual de implantação (62,9%), enquanto na região Sudeste atingiu 92,2% das unidades (CLEMENTINO et al, 2015). Por outro lado, 496 (69,3%) dos usuários referiram que foram escutados quando buscaram o serviço sem hora marcada. Neste sentido, cabe refletir qual é a compreensão de ADE que embasou as afirmações dos participantes da pesquisa. Estudos apontam a dificuldade dos profissionais de saúde em reconhecer e realizar o acolhimento como uma etapa fundamental do processo de trabalho e que os usuários também não têm claro o que seria o acolhimento, propriamente dito. Concepções equivocadas sobre o que é o acolhimento incluem desde a identificação de uma ação generosa do profissional, uma via de acesso à consulta médica, até uma simples triagem (GARUZI et al, 2014; CLEMENTINO et al, 2015). Contudo, estudos apontam uma outra visão do usuário que reconhece o acolhimento como uma forma de garantir um atendimento individualizado, na medida em que recebe atenção e ajuda para resolver seus problemas (MACEDO; TEIXEIRA; DAHER, 2011; GARUZI et al, 2014), corroborando a definição de acolhimento adotada na Política Nacional de Humanização (PNH), em 2008:

[...] Processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída. Ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas e externas para continuidade da assistência quando necessário[...] (BRASIL, 2008).

Atendendo aos princípios da PNH, os resultados indicam que o ADE estava inserido no processo de trabalho das equipes que atuavam na APS (96,7%), ocorrendo concomitante ao período de funcionamento da unidade. No entanto, a lógica do atendimento apenas no período diurno, caracteriza-se como uma barreira organizacional, podendo limitar o acesso de parte da população que trabalha em horário comercial, comprometendo o atendimento de suas necessidades (REIS et al, 2013).

O estudo evidenciou que as unidades de saúde prestavam atendimento de urgência e emergência (72,9%), utilizando protocolos (61,9%) e classificação de risco e vulnerabilidade (89,5%), apesar de a metade dos profissionais reconhecerem que não foram capacitados para realizar esta atividade. A busca do atendimento de urgência em unidades de APS pode ser um indicativo do vínculo efetivo estabelecido entre os serviços de saúde e os usuários da RRAS 13, dada a estreita aproximação com a comunidade e seu território. Assim, a equipe que atua

na APS deve estar treinada para ofertar o primeiro atendimento às urgências e emergências, resolutivo e qualificado e, quando necessário, referenciar para outros pontos da RAS, por meio das centrais de regulação de urgência/emergência (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010; BRASIL, 2013; CLEMENTINO et al, 2015). A estratificação de risco e vulnerabilidade é um instrumento essencial para promover a atenção equânime aos usuários, seja na condução de casos crônicos, em episódios de agudização, ou em urgências de menor porte. Ademais, a implantação de protocolos colabora para o aumento da resolubilidade das ações dos profissionais, na medida em que pode qualificar a escuta e produzir um melhor aproveitamento do potencial técnico e de integração da equipe e da tecnologia disponível (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999). A utilização deste instrumento, nesse estudo, foi superior ao encontrado, no país (30,9%), e semelhante ao estado do Rio de Janeiro (58,7%) (CLEMENTINO et al, 2015; MEDRADO; CASANOVA; OLIVEIRA, 2015). Importante lembrar que 38,1% dos profissionais não sabiam ou não responderam sobre a existência de protocolo sistematizado no desenvolvimento do ADE pelas equipes de saúde. Esta constatação, provavelmente, seja a representação das equipes de saúde que não adotaram essa prática na rotina de suas unidades.

A percepção do atendimento das necessidades daqueles que procuraram as unidades de saúde foi diferente entre profissionais e usuários. A quase totalidade dos profissionais entrevistados afirmou que os usuários que procuraram espontaneamente o serviço tiveram suas necessidades atendidas, dados que se assemelharam aos da região sudeste, com 98,6% e aos do Brasil, com porcentagens superiores a 90% (CLEMENTINO et al, 2015). Entretanto, sob a ótica do usuário da RRAS 13, o atendimento das suas necessidades ocorreu para dois terços dos entrevistados, em que pese que quando questionados sobre a qualidade deste atendimento, 63% o classificaram como muito bom ou bom. Esses achados vão ao encontro de estudos, nos quais os usuários reconhecem a qualidade e o comprometimento do atendimento prestado durante o ADE (MACEDO; TEIXEIRA; DAHER, 2011; GARUZI et al, 2014).

Este estudo encontrou respostas distintas, a depender da categoria dos participantes, quanto ao tempo de espera para o ADE. Enquanto os profissionais apresentaram uma visão mais resolutiva do acesso, os usuários reclamaram do tempo de espera para serem acolhidos e atendidos. Estes achados são discutidos na literatura e representam um “gargalo” no acesso da população ao atendimento realizado nas unidades de saúde (AZEVEDO; COSTA, 2010). É mister a criação de alternativas factíveis para a melhoria de acesso às ações de saúde, como horários estendidos, flexibilidade de agendas e composição de equipe multiprofissional (NUNES et al, 2016), no sentido de se ampliar a acessibilidade e criar possibilidades de um

atendimento integral, por meio de um rol amplo de ações: individuais, coletivas, familiares e/ou singulares.

Na perspectiva do profissional, a existência de vagas para ADE na unidade de saúde onde trabalha foi inequívoca, entretanto para o usuário esta afirmação foi duvidosa. Assim, para reduzir esta incerteza sobre ter o atendimento imediato em suas unidades de referência, é indispensável repensar a organização do serviço oferecido para o atendimento da demanda espontânea, que em muitas unidades funciona na lógica de agendas programadas e pré-definidas (ALBUQUERQUE et al, 2014; NUNES et al, 2016). Tal condição implica em integração horizontal e vertical na rede de saúde, com o emprego de mecanismos que permitam identificar e acionar os recursos necessários para dar resposta adequada, oportuna e resolutiva a cada ordem de problema identificado (SOLLA, 2005).

No presente estudo, os enfermeiros, os agentes comunitários de saúde e os médicos foram citados pelos profissionais das equipes de saúde como os que mais realizavam o ADE. Por sua vez, os usuários da RRAS 13 identificaram os médicos e vigilantes como aqueles que mais os acolhiam. Neste sentido, justifica-se um olhar sobre as quatro dimensões do Acolhimento, discutidas na literatura (acesso, postura, técnica e reorientação de serviços) (SOLLA, 2005). A dimensão do Acesso inclui o aspecto geográfico e organizacional e não deve ser entendida de forma reducionista, apenas como o primeiro contato do usuário com a unidade de saúde (SOLLA, 2005). Quando o acolhimento representa uma escuta qualificada, que possibilita a atenção integral, empática e resolutiva, pode ser identificado dentro da dimensão Postural (SOLLA, 2005). Assim, esta prática deve ser realizada por todos da equipe e em toda unidade de saúde, não se concentrando em um único espaço físico e nem tampouco, no profissional escalado para trabalhar nesta área. Contudo, para que esta equipe realize o ADE de forma resolutiva e possa imprimir qualidade a esta ação de saúde, necessita da aquisição de habilidades, tecnologias diferenciadas e novos saberes, compondo a dimensão Técnica do Acolhimento (MALTA et al., 2000; SOLLA, 2005). Da mesma forma, repensar o processo de trabalho a partir da lógica do ADE possibilita a oferta de serviços e ações de saúde pautadas nas demandas dos usuários, caracterizando a dimensão denominada Reorientação do Serviço (MALTA et al, 2000; SOLLA, 2005; BRASIL, 2013; NUNES et al, 2016).

Em relação às ações desencadeadas a partir do ADE, o agendamento para consulta com enfermeiros foi o mais citado (96,7%) pelos participantes. Segundo os profissionais, nota-se um maior envolvimento da enfermagem, tanto no ADE, como no número de consultas agendadas, embora os respondentes se constituíssem, principalmente, por esta categoria. Ainda que a consulta de enfermagem faça parte das atribuições deste profissional atuando na APS, os

dados nacionais mostram um percentual muito pequeno de agendamentos para os enfermeiros em todas as regiões do país (MALTA et al, 2000; BRASIL, 2012a; CLEMENTINO et al, 2015). Estes dados corroboram a visão dos usuários que referiram baixa participação do enfermeiro na escuta de suas demandas (1%).

Além dos agendamentos, destacam-se outras ações decorrentes do ADE, como as orientações sem agendamento de consultas e medidas terapêuticas sem prescrição de medicamentos. Estes resultados vão ao encontro das diretrizes do acolhimento na APS, na medida em que resultam em melhor o acesso da população aos serviços, melhorando a resolutividade da atenção e tendo o usuário como foco do processo de trabalho (BRASIL, 2012a).

Quanto às limitações do estudo, destaca-se o delineamento transversal que não permite a determinação de causa e efeito entre as variáveis estudadas. Ademais, a intrínseca metodologia do PMAQ-AB que pode provocar um viés de resposta, na medida em que os participantes foram entrevistados no interior da unidade de saúde de referência. Além disso, o instrumento de coleta de dados do Programa não considerou as diversas estruturas apresentadas pelas unidades, que dentro de uma mesma região, comportam várias conformações, distintas áreas de abrangência e diferentes aspectos populacionais.

Os aspectos positivos relacionados a este estudo dizem respeito ao próprio PMAQ-AB que disponibilizou um rico conteúdo informacional acerca da APS, tanto do ponto de vista estrutural quanto organizacional, procedentes de diferentes regiões do país, que após análises aprofundadas podem colaborar com o aprimoramento das políticas públicas de saúde centradas na atenção primária.

5 CONCLUSÃO

O estudo apoiado no PMAQ-AB descreveu aspectos do ADE no processo de trabalho das unidades de APS, tanto na visão do usuário quanto do profissional de saúde, na região da RRAS 13. Pôde-se perceber que há encontros nas perspectivas dos participantes do estudo relacionados à existência de acolhimento nas unidades de APS e à qualidade da atenção prestada e, em contrapartida, divergências de visões, principalmente, referentes ao conceito de acolhimento e aos operadores desta estratégia de saúde.

Nesse sentido, o conhecimento gerado pela pesquisa pode ser empregado pelas equipes de saúde da APS e pelos gestores para a transformação de realidades singulares, visando o

exercício do ADE como um potente instrumento de responsabilização, criação de vínculo e qualificação do processo de trabalho.

Vale notar, que o estudo também tem potencial contribuição para reforçar a necessária institucionalização de uma cultura avaliativa nos serviços de saúde, fomentada pelo PMAQ-AB, ao estimular seus principais agentes – profissionais e usuários - a olharem para a produção de ações de saúde em um movimento longitudinal e dialético, que por sua extensão caracteriza-se como algo inovador em termos de saúde pública, no Brasil.

WELCOMING SPONTANEOUS DEMAND IN THE PERSPECTIVES OF PROFESSIONALS AND USERS OF BASIC HEALTH CARE

Objective: to describe the reception of spontaneous demand, in units of Basic Health Care - BHC, from the perspective of health professionals and users. **METHODS:** a descriptive study with data from 56 municipalities of the Region of Health Care XIII of the state of São Paulo, which participated in the external evaluation of the National Program for Improving Access and Quality of Basic Care in 2012. Twelve variables related to professionals and 11 users. **Results:** According to the professionals, the hospital was implanted in 96.7% of the units, meeting 98.9% of the users' needs, with a waiting time of up to 15 minutes (89.5%). community members and physicians. Two-thirds of users stated that their needs were met, waited up to one hour to be welcomed (62%), electing doctors and vigilantes as the most welcoming. **Conclusion:** It was possible to perceive that there are meetings in the perspectives of the participants of the study related to the existence of reception in the units of PHC and the quality of the attention given and, on the other hand, divergences of visions, mainly, referring to the concept of reception and to the operators of this one health strategy.

Keywords: Reception. Health Service Needs and Demands. Basic health care

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. do S. V. et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 182-194, out. 2014. Disponível em:

<http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=V.38%2C+N.100+-+jan&pesq=&x=72&y=13>. Acesso em: 10 ago. 2017.

ALFRADIQUE M.E. et al. **Internações por condições sensíveis à atenção primária:** a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337–1349, jun. 2009.

AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 14, n. 35, p. 797-810, out. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/icse/v14n35/3010.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990 set 20; Seção 1, 182:18055

_____. **Humaniza SUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

_____. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

_____. **PNAB**: política nacional de atenção básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a.

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

_____. **Instrumento de avaliação externa de saúde mais perto de você? Acesso e qualidade**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012c.

_____. **Cadernos de Atenção Básica**: acolhimento à demanda espontânea. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654 de 02 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 5 out. 2015. Seção 1:668.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família**. Brasília, 2015.

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 Ciência**, v. 23, n. 1, p. 62–80.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p.345-353, abr. 1999.

GARUZI, M. et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 35, n. 2, p.144-149, fev. 2014.

MACEDO, C. A.; TEIXEIRA, E. R.; DAHER, D. V. Possibilidades e limites do acolhimento na percepção de usuários. **Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.457-462, jul. 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a20.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2017.

MACIEL, A. G.; CALDEIRA, A. P.; DINIZ, F. J. L. de S. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre o perfil de morbidade hospitalar em Minas Gerais. **Saúde & Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p.319-330, out. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0319.pdf>>. Acesso em: 06 jul. 2016.

MALTA, D. C. et al. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência de Belo Horizonte. **Saúde & Debate**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 56, p. 21-34, set.

Rev. Saúde Públ. Santa Cat., Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 38-54, maio/ago. 2017.

2000. Disponível em:

<http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=V.24%2C+N.56+-+set&pesq=&x=34&y=9>. Acesso em: 10 ago. 2017.

MEDRADO, J. R. S.; CASANOVA, A. O.; OLIVEIRA, C. C. M. de. Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB. **Saúde & Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p.1033-1043, out. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n107/0103-1104-sdeb-39-107-01033.pdf>>.

NUNES, B. P. et al. Tendência temporal da falta de acesso aos serviços de saúde no Brasil, 1998-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 4, p. 777-787, out. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n4/2237-9622-ress-25-04-00777.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

REIS, R. S. et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p.3321-3331, nov. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001100022>>. Acesso em: 13 abr. 2017.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Redes regionais de atenção à saúde no estado de São Paulo**. [2017]. Disponível em:

<<http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/homepage/destaques/redes-regionais-de-atencao-a-saude-no-estado-de-sao-paulo/redes-regionais-de-atencao-a-saude-rras>>. Acesso em: mar. 2017.

SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 5, p. 493-503, dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n4/27768.pdf>>. Acesso em: mar. 2017.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W. de S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p.3615-3624, nov. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a36.pdf>>. Acesso em: mar. 2017.

VENANCIO, S. I. et al. Efetividade da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança no Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 16, n. 3, p.283-293, jul. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v16n3/pt_1519-3829-rbsmi-16-03-0271.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2016.

Submetido em: 31/05/2017

Aceito para publicação em: 26/08/2017