



## O MODELO DE ACOLHIMENTO EM SAÚDE ADOTADO POR UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E AS INFLUÊNCIAS DA PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

THE HEALTH RECEPTION MODEL ADOPTED BY A FAMILY HEALTH UNIT AND THE INFLUENCES OF THE NEW CORONAVIRUS PANDEMIC: AN EXPERIENCE REPORT

Mayana Santos Silva Evangelista <sup>1</sup>

**Manuscrito recebido em:** 16 de fevereiro de 2022.

**Aprovado em:** 20 de setembro de 2022.

**Publicado em:** 06 de novembro de 2022.

### Resumo

**Objetivo:** O trabalho tem como objetivo relatar a experiência vivida com o modelo de acolhimento em saúde adotado na unidade de saúde da família de um município de médio porte do Estado da Bahia, antes e durante a pandemia da Covid-19. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, sob a perspectiva de uma ex-residente em saúde da família, após alguns meses de discussões sobre a modalidade de acolhimento adotada, seguindo as orientações descritas na PNH (2003) e a realização de reuniões com a equipe de saúde para desenhar o itinerário do usuário na unidade. **Resultados:** Com as discussões implantamos em momentos distintos novos modelos de acolhimento, sendo eles: acolhimento por equipe de referência; acolhimento misto; e atualmente, o acolhimento misto com classificação de risco. **Conclusão:** O acolhimento pode e deve ser feito em qualquer área e qualquer profissional da unidade, portanto foi superando as adversidades e driblando os percalços que surgiam, principalmente, quando trabalhamos para o nosso faustoso SUS advindo de uma luta popular, que conseguimos implantar um acolhimento que atendesse a necessidade da população naquele período conturbado.

**Palavras-chave:** Acolhimento; Atenção primária à saúde; Humanização da assistência.

### Abstract

**Aim:** The objective of this work is to report the experience with the health care model adopted in the family health unit of a medium-sized municipality in the State of Bahia, before and during the Covid-19 pandemic. **Method:** This is a descriptive study, from the perspective of a former resident in family health, after a few months of discussions about the adopted host modality, following the guidelines described in the PNH (2003) and holding meetings with the health team to design the user's itinerary in the unit. **Results:** With the discussions, we implemented new models of reception at different times, namely: reception by a reference team; mixed reception; and currently, mixed reception with risk classification. **Conclusion:** Welcoming can and should be done in any area and any professional in the unit, so it was overcoming the adversities and dodging the mishaps that arose, especially when we worked for our sumptuous SUS arising from a popular struggle, that we managed to implement a welcoming that would meet the needs of the population in that troubled period.

<sup>1</sup> Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia. Especialista em Residência Médica pela Fundação Estatal Saúde da Família.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2559-6149> E-mail: [s.mayana@yahoo.com.br](mailto:s.mayana@yahoo.com.br)



**Key words:** User Embracement; Primary Health Care; Humanization of Assistance.

## INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada em 2003 com o intuito de promover a comunicação entre os gestores, profissionais de saúde e usuários do serviço para aplicar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) oferecendo ao cidadão um atendimento acolhedor e de qualidade.

O acolhimento é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) que deve ser realizada por todos profissionais e trabalhadores da saúde, em todos os momentos da assistência, desde que o indivíduo acessa o serviço. O ato de acolher está intrinsecamente ligado ao atendimento das necessidades gerais do indivíduo.

Acolher vai além de escutar o usuário ou solucionar, pontualmente, a sua queixa. Acolher é assumir o compromisso de responder às necessidades do usuário, assumindo e reconhecendo o seu protagonismo na decisão do seu processo de cuidado e recuperação da sua saúde, assumindo a sua responsabilidade na busca de meios, junto à equipe, que coopere para o restabelecimento de sua saúde<sup>1</sup>.

Existem diversas definições para acolhimento, mas não é possível contemplar a magnitude do acolhimento à demanda espontânea com uma singela definição, é preciso compreender as dimensões constitutivas do acolhimento para entender e participar do processo de implementação dessa prática no cotidiano de maneira equânime.

O acolhimento como ferramenta para ampliação e facilitação do acesso conversa diretamente com um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a universalidade, permitindo que o usuário que não faz parte de nenhum grupo de cuidado específico tenha sua demanda acolhida. Quanto à postura e atitude adotada, destaca-se o uso da tecnologia leve pela equipe com o objetivo de criação de vínculo com o intuito de promoção e manutenção da saúde do indivíduo.

Ele provoca a reorganização do processo de trabalho da equipe, as mudanças provocadas na relação de trabalho e comunicação dos profissionais sobre o modo de cuidar requer atenção para prezar pela equidade e integralidade do cuidado<sup>4</sup>.



## METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de abordagem qualitativa, que busca conceituar, apresentar significados, é uma abordagem de caráter exploratório que visa responder questões sociais<sup>2</sup>. Adotando um caráter descritivo. Utilizando da construção compartilhada do conhecimento, pautada na Política Nacional de Educação Popular em Saúde, partindo de uma concepção Freiriana, que trabalha com a proposta de que o conhecimento é um processo pedagógico e de comunicação entre os todos os grupos de saberes, acatando que todos têm um conhecimento e que esse deve ser compartilhado entre todos os agentes envolvidos.

Os fatos relatados ocorreram em uma unidade de saúde da família (USF), em um bairro periférico de um município de médio porte, na região metropolitana de Salvador. Não houveram dificuldades de acesso à unidade pois eu fazia parte do corpo de residentes da USF.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Unidade de Saúde da Família (USF) em que atuei, como enfermeira residente durante dois anos, é uma unidade de saúde do município vinculada à residência multiprofissional em saúde, conta com 28 residentes e 04 preceptores, vinculados à fundação que gerencia a residência na região, e os servidores do município que ocupam os cargos de nível médio e técnico.

Iniciei minha Residência Multiprofissional em Saúde da Família no mês de março do ano de 2020, o primeiro encontro foi para a divisão dos residentes e apresentar-nos o funcionamento da residência e a lotação de cada um de nós. Na semana em que iniciei o serviço na unidade, houve a recepção pelos residentes do segundo ano e preceptoria, onde foi apresentado o modelo de trabalho dos residentes do primeiro ano.

Teoricamente, nos primeiros três meses, seríamos acompanhados e matriciados pelos nossos R2. Ao findar a primeira semana, tive a oportunidade de acompanhar minha R2 em uma consulta de pré-natal na terça-feira pela manhã, na quarta-feira, dia 11 de março de 2020, foi declarada a pandemia de Covid-19 e tudo que havia sido discutido e planejado não seria possível pôr em prática.



Os R2 foram transferidos para uma unidade de observação para pessoas diagnosticadas com covid-19, por ordem da Secretaria de Saúde (Sesau) do município, e nós, residentes do primeiro ano (R1), assumimos e tocamos o serviço sozinhos com o apoio da preceptoría.

A unidade de residência que atuei tinha sido inaugurada recentemente, em dezembro de 2019, então cheguei em período de implantação e adequação do processo de trabalho que estava sendo executado pela preceptoría e R2.

Uma semana antes da declaração da pandemia, quando cheguei na unidade, o modelo de atendimento, era via acolhimento, havia uma mesa na entrada do corredor que dava acesso aos consultórios e todos os usuários que solicitavam atendimento na unidade, exceto consultas agendadas, passavam pelo acolhimento na mesa com a equipe de acolhimento do dia<sup>3</sup>, mas que na unidade era dividido uma equipe por turno. A equipe de acolhimento era composta por 01 enfermeira, 01 médico, 01 dentista e 01 profissional do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), atualmente chamado de Equipe Multiprofissional (EMP).

A realização do acolhimento nessa modalidade, acolhimento com a equipe do dia na mesa no início do corredor, sofreu diversas críticas da minha turma, pois não contemplava uma diretriz importante da PNH para a Atenção Básica (AB), a diretriz estabelece que: o serviço deve definir formas de acolhimento que contemplem a inclusão do usuário na otimização do serviço, a extinção das filas e acesso aos demais níveis de atenção à saúde<sup>4</sup>. A mesa posta na entrada do corredor, ficava muito próxima à recepção, alguns usuários que não estavam sendo atendidos no momento conversavam muito alto, outros se posicionavam atrás da mesa, profissionais da unidade se aproximavam da mesa, conversavam entre si e discutiam outros casos, o que não permitia que eu fizesse uma escuta qualificada, nem dispusesse toda a minha atenção ao usuário que estava sentado à minha frente.

O desenvolvimento daquela forma de acolhimento não era viável, pois era muito difícil estabelecer uma relação de confiança e criação de vínculo enquanto o usuário está desconfortável, com queixas que desejavam tratar em um local privado, e para que isso ocorresse, era preciso transferir o indivíduo para outro profissional que estivesse atendendo na sala de acolhimento, e com isso já havia a quebra no vínculo que estava em processo de construção. Não tinham prós da forma que estava sendo executado o acolhimento, só encontrávamos contras.



O atendimento na mesa do corredor permitia que o atendimento fosse mais rápido, mas a resolução era pontual, não permitia acessar a raiz do problema, o usuário chegava buscando aquele atendimento para que cessasse sua dor de cabeça, por exemplo, mas não voltava para uma consulta para que o profissional trabalhasse as causas para evitar reincidência do sintoma apresentado. Dessa forma, o mesmo usuário retornava periodicamente ao acolhimento para conseguir uma receita de analgésico, tratando apenas sintomas.

O acolhimento deve ser uma ferramenta potente para propiciar o acesso, criar vínculo entre a equipe e a população e questionar se o processo de trabalho adotado tem atendido, integralmente, a necessidade dos usuários<sup>6</sup>.

O vínculo é uma tecnologia leve essencial no processo do acolhimento nos serviços de saúde. Para que haja uma humanização real no atendimento dos usuários faz-se necessário a participação destes na gestão dos processos de trabalho e tomada de decisões nos serviços de saúde. Tendo a necessidade de aperfeiçoar o sistema de gestão compartilhada<sup>5</sup>.

Com a deflagração da pandemia, o acesso dos usuários ficou muito pior porque estávamos todos com medo do desconhecido, não sabíamos como agir diante daquela situação, orientações distintas em curto espaço de tempo, num momento apenas pessoas saudáveis deveriam usar máscara para se proteger, em outro apenas quem tivesse sintomas respiratórios, rapidamente tudo mudou e todos deveriam usar máscaras, haviam inúmeros acometidos, muitas mortes em decorrência da Covid-19, discutimos e decidimos, sob orientação da Sesau, cancelar todas as consultas agendadas, exceto as de pré-natal e puericultura que deveriam serem reescaloadas, restringir o atendimento para queixas agudas e atendimento aos sintomáticos respiratórios e incluir teleatendimento para os usuários que conviviam com doenças crônicas. Foi realizado também um tele monitoramento periódico aos usuários sintomáticos respiratórios, que eram cadastrados no território, pelos profissionais da unidade.

Dividimos a equipe em acolhimento geral e acolhimento sintomático, a mesa que ficava na porta do corredor foi posta na porta de entrada da unidade e ali fazíamos uma filtragem das queixas, o usuário que tinha uma queixa aguda que necessitava de atendimento imediato, mas não tinha sintomas gripais ou gastrointestinais aguardava



na porta da unidade até que chegasse sua vez de ser atendimento pelo profissional do acolhimento geral; quando era identificado um usuário com sintomas respiratórios ou gastrointestinais, ele era direcionado pelo corredor lateral externo da unidade e acessava a ala dos sintomáticos respiratórios pela portão dos fundos.

Com o tempo foi tendo uma melhora na situação epidemiológica da covid-19 e percebemos que estávamos mergulhando em uma situação que estava perto de ficar insustentável, a descompensação de usuários que conviviam com doenças crônicas, porque houve um rompimento na continuidade do cuidado desses indivíduos.

Voltamos a discutir sobre a modalidade de acolhimento e precisamos nos reinventar em meio a uma pandemia, com usuários com doenças crônicas descompensando e o medo de ser exposto e acometido pela covid-19.

Coincidiu nesse período com a nova orientação da Sesau de retomar os atendimentos eletivos e o acompanhamento dos grupos de risco e vulnerabilidade, assim decidimos em reunião em retomar e adotar a modalidade de acolhimento pela equipe de referência do usuário<sup>3</sup>, onde cada usuário seria direcionado para o profissional da sua equipe que estivesse livre no momento, o que promoveria a criação e a consolidação do vínculo do usuário com a sua equipe de referência.

Percebemos que não estávamos ainda preparados para esse tipo de acolhimento, a estrutura física era um dos principais nós porque não tinha consultório suficientes para que todos os profissionais atendessem ao mesmo tempo. O número crescente de profissionais sendo afastados por causa da contaminação com o novo coronavírus não permitia que fosse posto em prática o acolhimento como havia sido idealizado.

E assim iniciamos mais uma série de reuniões e discussões para definição de um novo desenho de acolhimento à demanda espontânea da unidade, avaliando as modalidades já aplicadas e elencando os pontos positivos e negativos de cada modelo, decidimos extinguir a mesa que ficava na porta no corredor e posteriormente na entrada da unidade, e adotamos o modelo de acolhimento misto que ficava a equipe de referência do usuário mais equipe de acolhimento do dia<sup>3</sup>. O acolhimento misto funcionou bem depois da implantação do prontuário eletrônico do cidadão e permitiu uma aproximação da equipe com os seus cadastrados.





No acolhimento misto tem a equipe que não tem consulta programada naquele turno e está totalmente disponível para atendimento da demanda espontânea, os demais profissionais em atendimento de consulta programada atendiam os seus agendados e à medida que fossem finalizando os atendimentos programados iam atendendo um de seus cadastrados que ainda estivesse aguardando o atendimento pela equipe de acolhimento do dia. Em alguns momentos a própria recepcionista incluía para a equipe de referência quando identificava que o profissional de referência já havia concluído todos os atendimentos agendados.

O trabalho em equipe é essencial para o bom funcionamento da unidade, para a sincronia e manutenção da harmonia no processo de trabalho que sempre foi árduo e buscávamos torná-lo agradável para todos os colaboradores da unidade. O trabalho em equipe pode ser realizado em partes, ciente que o trabalho é uma atividade contínua e necessária a uma ação. Enquanto a equipe é o conjunto de profissionais que se esforçam em desenvolver o trabalho de forma conjunta após a definição de objetivos<sup>7</sup>.

Foi uma modalidade que se adequou melhor à realidade da nossa unidade naquele período, mas que no momento de avaliação percebemos que precisávamos melhorar o fluxo desse usuário dentro da unidade.

Então alguns meses de discussões sobre a modalidade de acolhimento adotada, seguindo as orientações descritas na PNH (2003) e no Caderno de Atenção Básica nº 28, nos reunimos novamente com a equipe de saúde para (re)desenhar o itinerário do usuário na unidade, quem faria o primeiro contato, quem o orientaria, quem o atenderia quando ele buscasse assistência<sup>1</sup>. E nesse encontro, cientes da grande variabilidade de situações que a AB atende, por ser porta de entrada dos serviços de saúde, vimos a necessidade de classificar o risco porque o atendimento prioritário só pelas prioridades legais não permitia que trabalhássemos mediante o princípio da equidade, e assim optamos por implantar o Acolhimento Com Classificação de Risco (ACCR).

- Acolhimento com classificação de risco



O ACCR tem a missão de reorganizar o processo de trabalho garantindo um atendimento rápido e efetivo para os usuários com queixas clínicas agudas que precisem de intervenção rápida e humanizar o atendimento. Com os objetivos de promover uma escuta qualificada e classificar, pela equipe de enfermagem, o usuário mediante protocolo e identificar aquele que precisa de atendimento imediato ou mediato<sup>8</sup>.

Inicialmente, a dificuldade para implantação do ACCR se deu pelo número de profissionais que a unidade dispunha, não tínhamos técnica de enfermagem para disponibilizar à recepção para que fosse realizada a classificação enquanto a recepcionista coletava os dados. Além de recursos humanos, havia outros fatores que influenciavam negativamente, como estrutura física. Assim, realizamos o ACCR de forma adaptada, a recepcionista anotava na folha de acolhimento o que o usuário referia e o profissional que estivesse na mesa para realizar o acolhimento classificava o risco de acordo com os sintomas descritos.

Melhorou um pouco o acesso do usuário, mas ainda precisava de muitos ajustes para que o atendimento prestado atendesse o indivíduo de forma integral. Aos poucos foi sendo liberado o acesso ao sistema dos profissionais da unidade, chegaram duas técnicas de enfermagem para unidade e no final da minha residência, no ciclo de Gestão do Cuidado (GC), meu grupo era composto por mais dois residentes da unidade e nós nos dedicamos em ensinar as técnicas a acessar o sistema e classificar o risco corretamente de acordo com a queixa do usuário.

Saí da unidade e estava sendo realizado o acolhimento à demanda espontânea com classificação de risco pelas técnicas de enfermagem na sala de procedimentos, um local privado, diretamente no PEC, o que proporcionou aos profissionais que faziam o atendimento identificar os usuários com o risco mais elevado e que precisava necessitava de prioridade no atendimento.

## CONCLUSÃO

O acolhimento pode e deve ser feito em qualquer área e qualquer profissional da unidade, portanto foi superando as adversidades e driblando os percalços que surgem, principalmente, quando trabalhamos para o nosso faustoso SUS advindo de uma luta popular e que é subfinanciado.





Toda a equipe aprendeu na dificuldade, lutou pela população e com a população para que fosse possível prestar um atendimento acolhedor, integral, seguindo os princípios e diretrizes do SUS e da PNH.

O processo de aprendizado e adaptação da modalidade de acolhimento escolhida para a unidade está longe de ser tido como finalizado, o acolhimento à demanda espontânea requer exaustiva avaliação para que possamos entregar um atendimento de qualidade e satisfatório para a população.

O ACCR está em vigor na unidade, mas é necessário que seja reavaliado periodicamente para garantia do alinhamento com as diretrizes que o rege e a necessidade da população que está sendo assistida.

## REFERÊNCIAS

1. BVS - Ministério da Saúde - Dicas em Saúde [Internet]. [bvsms.saude.gov.br](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/167acolhimento.html). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/167acolhimento.html>
2. Minayo MCS (Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. Disponível em: [http://www.faed.udesc.br/arquivos/id\\_submenu/1428/minayo\\_\\_2001.pdf](http://www.faed.udesc.br/arquivos/id_submenu/1428/minayo__2001.pdf)
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília. 2013. N. 28. 56 p.
4. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS. Política Nacional De Humanização. Brasília -DF 2004 Série B. Textos Básicos de Saúde [Internet]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf)
5. Nora CRD; Junges JR. Política de humanizacao na atencao basica: revisao sistematica. Revista de Saúde Pública, [S.L.], v. 47, n. 6, p. 1186-1200, dez. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102013000901186>.
6. Souza EC, Vilar RL, Rocha SP, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cadernos de Saúde Pública. 2008;24(supl 1):s100–10.
7. Leite RF, Veloso TM. Trabalho em equipe: Representações sociais de profissionais do PSF. Psicologia, Ciência e Profissão. 2018;28(2):374-389.



8. Prefeitura de São Luís do Maranhão. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de acolhimento com classificação de risco sistema único de saúde (SUS). Política municipal de humanização – PNH. São Luís do Maranhão. [internet]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_acolhimento\\_classificacao\\_risco.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_acolhimento_classificacao_risco.pdf)