



**Ampliação do acesso aos cuidados de saúde
através do acolhimento por equipe como estratégia
de trabalho em atenção primária**

Fernanda Barboza Mithqal Khalil

**Ampliação do acesso aos cuidados de saúde através do
acolhimento por equipe como estratégia de trabalho em atenção
primária**

Monografia apresentada como requisito para a obtenção do título de Médico de Família e Comunidade ao Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/ Fiocruz.

Orientadores: Bárbara Luiza Rosa, Médica de Família e Comunidade.

Campo Grande

2022

RESUMO

KHALIL, Fernanda Barboza Mithqal. ***Ampliação do acesso aos cuidados de saúde através do acolhimento por equipe como estratégia de trabalho em atenção primária.*** Monografia de título de especialista em Medicina de Família e Comunidade, Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde/Fiocruz de Campo Grande. O objetivo do trabalho foi compreender como a implementação do acolhimento por equipe e as mudanças nos processos de trabalho interferem na ampliação do acesso na Atenção Primária à Saúde. Trata-se de um relato de experiência acerca de sua implementação na Unidade de Saúde da Família Edson Quintino Mendes, localizada no bairro Itamaracá, no município de Campo Grande, MS. Como resultado, criou-se um fluxograma de usuários e problematizou-se o trabalho interdisciplinar como forma de organização e coordenação conjunta do trabalho, o acolhimento por equipe como estratégia de ampliação do acesso e a gestão das agendas como dispositivo de organização das demandas. Concluiu-se que a criação de novos fluxos deve ser o ponto de partida para novas estratégias de trabalho, devendo sempre que possível ser reavaliada e readequada a realidade local. O trabalho multiprofissional permite o compartilhamento do painel e a ampliação o acesso e deve ser o motor para se repensar as formas de produção de cuidado. O Programa de Residência Médica e Multiprofissional no município de Campo Grande reforçou a importância da formação de especialistas para trabalho em APS como agentes de transformação local.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde; Atenção Primária à Saúde; Acolhimento.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	6
2. OBJETIVOS.....	9
3. MÉTODOS.....	10
3.1 Caracterização e contextualização da USF.....	10
3.2 Implementação do novo fluxo de usuários.....	11
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	16
4.1 O trabalho interdisciplinar como forma de organização e coordenação conjunta do cuidado.....	16
4.2 O acolhimento por equipe como estratégia de ampliação do acesso.....	17
4.3 Gestão das agendas como dispositivo de organização das demandas.....	20
5. CONCLUSÃO.....	23
6. REFERÊNCIAS	24

ABREVIATURAS

ASB – Assistente de Saúde Bucal

ACE – Agente Comunitário de Endemias

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à saúde

ESF – Estratégia de Saúde da família

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

PNH – Política Nacional de Humanização

R1 – Residente do 1º ano

R2 – Residente do 2º ano

SISREG – Sistema de Regulação Municipal

SESAU – Secretaria Municipal de Saúde

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde vigente. Dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) a APS se comporta como porta de entrada principal e como coordenadora da Rede de Atenção à Saúde (SELLERA et al., 2020).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o modo preferencial de se organizar a APS no Brasil e surgiu como possibilidade para reestruturação da atenção prestada pelo SUS em todo território nacional visando diminuir iniquidades em saúde e ampliar o acesso à APS (ASSIS; JESUS, 2012).

A APS apresenta-se no contexto do SUS como estratégia de organização dos serviços de saúde, como nível de atenção e como uma mudança da prática assistencial dos profissionais. É estruturada por atributos nucleares (acesso, coordenação, integralidade e longitudinalidade) e atributos derivados (foco na família, orientação comunitária e competência cultural), conforme proposto por Barbara Starfield (STARFIELD, 1994). A pesquisadora afirma que a avaliação da APS deve se basear nestes atributos, uma vez que eles estão relacionados a melhores indicadores de saúde, maior satisfação do usuário, menores custos e maior equidade, e, conseqüentemente, têm impacto positivo no estado de saúde de populações e pessoas (BRASIL, 2000). As relações desses atributos com desfechos clínicos, arranjos organizacionais (e oferta) de serviços e infraestrutura ainda são desafios para o país (PRATES et al., 2017).

O acesso aos serviços de saúde, um dos atributos que organizam a lógica dos cuidados prestados na APS, é o princípio soberano. Ele representa o primeiro contato do paciente com o sistema de saúde. Trata-se de um componente organizacional que incluem os fatores que facilitam ou bloqueiam a chegada dos usuários (STARFIELD, 2002). Apesar da sua importância, este atributo permanece como nó crítico do SUS.

A ampliação do acesso é complexa e envolve aspectos políticos, econômicos, sociais, organizativos, técnicos e simbólicos (ASSIS; JESUS, 2012). Obstáculos podem ser atribuídos ao processo e vão desde o subfinanciamento federal da APS até a ausência de capacitação e de espaços democráticos para organização dos processos de trabalhos dentro das Unidades de Saúde da Família (USF) (TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018).

O acolhimento, uma das diretrizes de maior relevância da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão dos SUS (PNH), tenta desburocratizar o acesso e propõe o protagonismo dos usuários, dos profissionais, dos gestores e de todos aqueles envolvidos no processo de produção de saúde. A prática da escuta qualificada e empática permite que o contato profissional-usuário não seja restrito a triagens para atendimento médico. A adoção da diretriz rompe com o modelo assistencial biomédico e faz com que todos os profissionais das unidades de saúde estejam mais sensíveis às necessidades de seus usuários (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

Organizar o acolhimento exige que os diferentes profissionais envolvidos reflitam sobre o conjunto de soluções existentes que podem ser ofertadas em tempo oportuno para resolução das necessidades da população (BRASIL, 2000b). Essas estratégias possibilitam a proposição de intervenções que otimizem os processos de trabalho nas unidades e que levem em consideração o desejo dos usuários, o contexto sociocultural da população, os problemas de saúde local mais corriqueiros, assim como as características da equipe e suas respectivas formas de trabalho.

Uma grande variedade de demanda chega à APS, sejam elas programadas ou não. Demandas espontâneas (não programadas) exigem uma resposta em tempo compatível com a situação do usuário. Já as demandas programadas resultam de agendamentos eletivos e são caracterizadas por não serem urgências. Equilibrar essas demandas de maneira equitativa com a carteira de serviços oferecida pelas unidades de saúde constitui um grande desafio (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011)

Com a instituição do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade e o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade na cidade de Campo Grande, os processos de trabalho começaram a ser problematizados e surgiu a necessidade de mudanças estruturais nos modelos de cuidado prestados para garantir a implementação de práticas que visassem a melhoria do acesso aos serviços de saúde no município.

O acolhimento por equipe foi uma das estratégias levantadas e implementadas em uma das Unidades de Saúde da Família como resposta a essa demanda. A formação para o trabalho em APS, a melhoria da qualificação clínica dos profissionais, o aprimoramento da competência comunicativa da equipe, a criação de espaços para discussões dos processos de trabalho, a mudanças na gestão das agendas médicas

e de enfermagem, o uso adequado da equipe multiprofissional e de canais alternativos de comunicação, foram outras estratégias levantadas e implementadas, embasadas como eficazes pela literatura, para ampliação do acesso (ANSELL et al., 2017).

Diante do exposto, o trabalho em questão descreve a experiência de uma USF de Campo Grande, pertencente ao Distrito Sanitário Bandeira, em que houve a transição do modelo de acesso tradicional para o modelo de acolhimento pela equipe de referência do usuário, iniciada em maio de 2021. Neste novo modelo, um dos profissionais da equipe realiza a primeira escuta e pactua com usuário a forma mais adequada de resposta à sua demanda. Cabe ressaltar, que dentro dos sistemas de agendamento, esta unidade persiste em modelo carve-out, ou modelo de agendamento aberto de primeira geração, no qual existem reservas de vagas para demandas espontâneas, assim como para demandas programadas (MURRAY; TANTAU, 2000).

Registra-se que a readequação do acesso aos cuidados de saúde nesta unidade ocorreu durante o contexto da pandemia da COVID 19, sendo necessário o gerenciamento de risco e fluxo diferenciado para pacientes com sintomas respiratórios. O fluxo criado para os pacientes sintomáticos respiratórios não será o alvo de discussão deste trabalho.

OBJETIVO PRIMÁRIO

Compreender como a implantação do acolhimento por equipe e as mudanças da organização nos processos de trabalho interferiram na ampliação do acesso em uma Unidade de Saúde da Família do município de Campo Grande.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- Relatar as estratégias de organização de trabalho após a inclusão do acolhimento por equipe;
- Identificar as vantagens e desvantagens desta nova forma de acesso;
- Identificar as principais barreiras, problematizando a organização deste novo processo de trabalho e a importância da revisão contínua das formas de cuidados prestadas.

MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência acerca da implementação do acolhimento por equipe e da reorganização dos processos de trabalho como instrumento de ampliação do acesso aos serviços de saúde. Esta mudança foi iniciada em maio de 2021 em uma Unidade de Saúde da Família, localizada no município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, e encontra-se em fase de execução e aprimoramento contínuos.

Caracterização e Contextualização da USF

A unidade de Saúde de Família Edson Quintino Mendes localiza-se no bairro Itamaracá, município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul. Esta unidade atende cerca de doze mil pessoas cadastradas, distribuídas em quatro equipes de Estratégia de Saúde da Família. Destas, três são vinculadas aos Programas de Residência Médica e Multiprofissional da Secretaria Municipal de Saúde – SESAU em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ.

Com a chegada do Programa de Residência à unidade em março de 2020, o sistema de agendamento baseado no modelo tradicional, começou a ser problematizado. Este modelo dificultava o acesso, gerava demandas espúrias, aumentava o absenteísmo e sobrecarregava os profissionais. Surgiu então, a necessidade de reorganização do processo de trabalho.

Durante este processo, o acesso aberto foi experimentado. Nele, não havia consultas agendadas. Os usuários se dirigiam à recepção da USF e aguardavam atendimento conforme triagem pelos próprios assistentes administrativos. Este modelo dificultava o acesso daqueles pacientes que não podiam aguardar pela consulta e fazia com que os usuários perdessem a longitudinalidade do cuidado com a equipe de referência. Como solução, tentou-se a implementação do sistema de agendamento aberto de primeira geração ou carve-out, com triagem das demandas agudas pela equipe de enfermagem. Esta triagem centralizava o cuidado em saúde na figura do profissional médico, assim como, enfraquecia o trabalho integral e longitudinal oferecido pela equipe multiprofissional de referência.

Era necessário então, a aplicação local de um modelo de acesso que ampliasse a efetividade do serviço e a satisfação do usuário com a sua equipe de referência.

Implementação do novo fluxo de usuários

Antes da intervenção, reuniões entre os profissionais da unidade foram realizadas com o intuito de se levantar em conjunto as melhores soluções para ampliação do acesso à unidade. Foram reconhecidos os recursos e apoios disponíveis para que a mudança fosse sustentável a longo prazo, assim como as barreiras que limitavam, naquele momento, a utilização dos serviços disponíveis na carteira da USF de maneira plena e satisfatória pelos usuários do território.

Tempo de espera elevado para agendamento de consultas, o uso inapropriado dos serviços de urgência pela população local, a percepção da insatisfação do usuário com a unidade, os indicadores de saúde locais, o esgotamento profissional de algumas classes em virtude da pressão assistencial, foram fatores levantados pelos profissionais e levados em consideração para a escolha de um modelo de agendamento em APS existente na literatura que pudesse se adequar a realidade daquela USF.

Optou-se então pela manutenção do sistema de agendamento com reserva de vagas para demandas espontâneas, conhecido como modelo de acesso aberto de primeira geração ou *carve-out*. Neste sistema os profissionais teriam em sua agenda consultas pré agendadas com os pacientes do território para atenção às condições crônicas, realização de procedimentos, realização de visitas domiciliares, atenção preventiva, apoio ao autocuidado e demandas administrativas, assim como vagas reservadas para demandas espontâneas e consultas de urgência, que, a depender da agenda dos profissionais no dia, poderiam acontecer de forma compartilhada entre as equipes.

Quanto à escolha sobre a modelagem do acolhimento, optou-se pelo que fosse realizado pela equipe de referência do usuário. A principal característica deste modelo é que, como o próprio nome sugere, o usuário é acolhido pelos profissionais de sua equipe de referência, favorecendo assim o vínculo com a unidade. Neste contexto, um profissional de cada equipe realiza a primeira escuta, negociando com o usuário a oferta de serviços mais adequada para responder às suas demandas. Todos os integrantes da equipe, independente da categoria profissional, participam deste processo, conforme demonstrado na escala de janeiro de 2022 (Tabela 1).

Tabela 1 - Acolhimento Campina Verde. Janeiro de 2022.

	SEGUNDA 03/01	TERÇA 04/01	QUARTA 05/01	QUINTA 06/01	SEXTA 07/01
Manhã	Tharsis ACS	Dulce ACS	Ludmilla ACE	Thayse Dentista	Dayane/R2 Fisioterapia
Tarde	Ângela ACS	Larissa/R2 Enfermagem	Reunião geral/equipe mínima	Tânia ACS	Isaac/R1 Medicina
	SEGUNDA 10/01	TERÇA 11/01	QUARTA 12/01	QUINTA 13/01	SEXTA 14/01
Manhã	Giovanna/R2 Educação Física	Fabiane Preceptora Multiprofissional	Gleidson ACS	Thayse Dentista	Dayane/R2 Fisioterapia
Tarde	Valdivinia Técnica de Enfermagem	Larissa/R2 Enfermagem	Reunião geral/equipe mínima	Dulce ACS	Isaac/R1 Medicina
	SEGUNDA 17/01	TERÇA 18/01	QUARTA 19/01	QUINTA 20/01	SEXTA 21/01
Manhã	Giovana/R2 Educação Física	Tharsis ACS	Ludmilla ACE	Rosilda ASB	Tarciso Técnico de Enfermagem
Tarde	Tânia ACS	Gleidson ACS	Reunião geral/equipe mínima	Celiene/R2 Enfermagem	Cynthia/R1 Educação Física
	SEGUNDA 24/01	TERÇA 25/01	QUARTA 26/01	QUINTA 27/01	SEXTA 28/01
Manhã	Giovana/R2 Educação Física	Dulce ACS	Gleidson ACS	Rosila ASB	Ângela ACS
Tarde	Fabiane Preceptora Multiprofissio nal	Tharsis ACS	Reunião geral/equipe mínima	Celiene/R2 Enfermagem	Cynthia/R1 Educação Física
	SEGUNDA 31/01				
Manhã	Celiene/R2 Enfermagem				
Tarde	Ângela ACS				

Fonte: Elaboração pelo próprio autor do trabalho.

Estabelecido o acolhimento por equipe e o modelo de agendamento a ser utilizado pela unidade, reuniões interdisciplinares foram realizadas para a definição do campo de competência de cada categoria profissional da USF em atendimento clínico (Figura 1). Pactuou-se revisão semanal dos processos de trabalho com o objetivo de aprimoramento das ações.

Figura 1- Competências por categoria profissional.

Medicina	Enfermagem	Odontologia
Acolhimento	Acolhimento	Acolhimento
Demandas por condições agudas ou crônicas agudizadas	Demandas por condições agudas ou crônicas agudizadas (pode requerer atendimento compartilhado)	Demandas por condições agudas ou crônicas agudizadas
Demandas por condições crônicas		Demandas por condições crônicas
Saúde da Mulher	Demandas por condições crônicas	Consulta de pré-natal
Pré-natal	Saúde da Mulher	Atenção Preventiva
Puericultura	Pré-natal (gestação de baixo risco)	Atenção Domiciliar
Saúde do Homem	Puericultura	Atenção às demandas administrativas
Procedimentos	Saúde do homem	Vigilância em Saúde
Atenção Preventiva	Procedimentos	
Atenção Domiciliar	Solicitação de exames e renovação de receitas (conforme permitido para categoria profissional)	
Atenção às demandas administrativas		
Vigilância em saúde	Atenção Preventiva	
	Atenção Domiciliar	
	Atenção às demandas administrativas	
	Vigilância em saúde	
Fisioterapia	Educação Física	Farmácia
Acolhimento	Acolhimento	Acolhimento
Consulta ao paciente com dor osteomuscular	Atenção Preventiva	Consulta farmacêutica
Incontinência urinária	Grupos de atividades físicas	Interconsulta com outras categorias profissionais
Reabilitação pós-covid	Interconsulta com outras categorias profissionais	Atenção Preventiva
Reabilitação motora/sensitiva	Atenção Domiciliar	Atenção Domiciliar
Auriculoterapia	Atenção às demandas administrativas	Atenção às demandas administrativas
Atenção Preventiva	Vigilância em saúde	Vigilância em saúde
Atenção Domiciliar		
Atenção às demandas administrativas		
Vigilância em saúde		

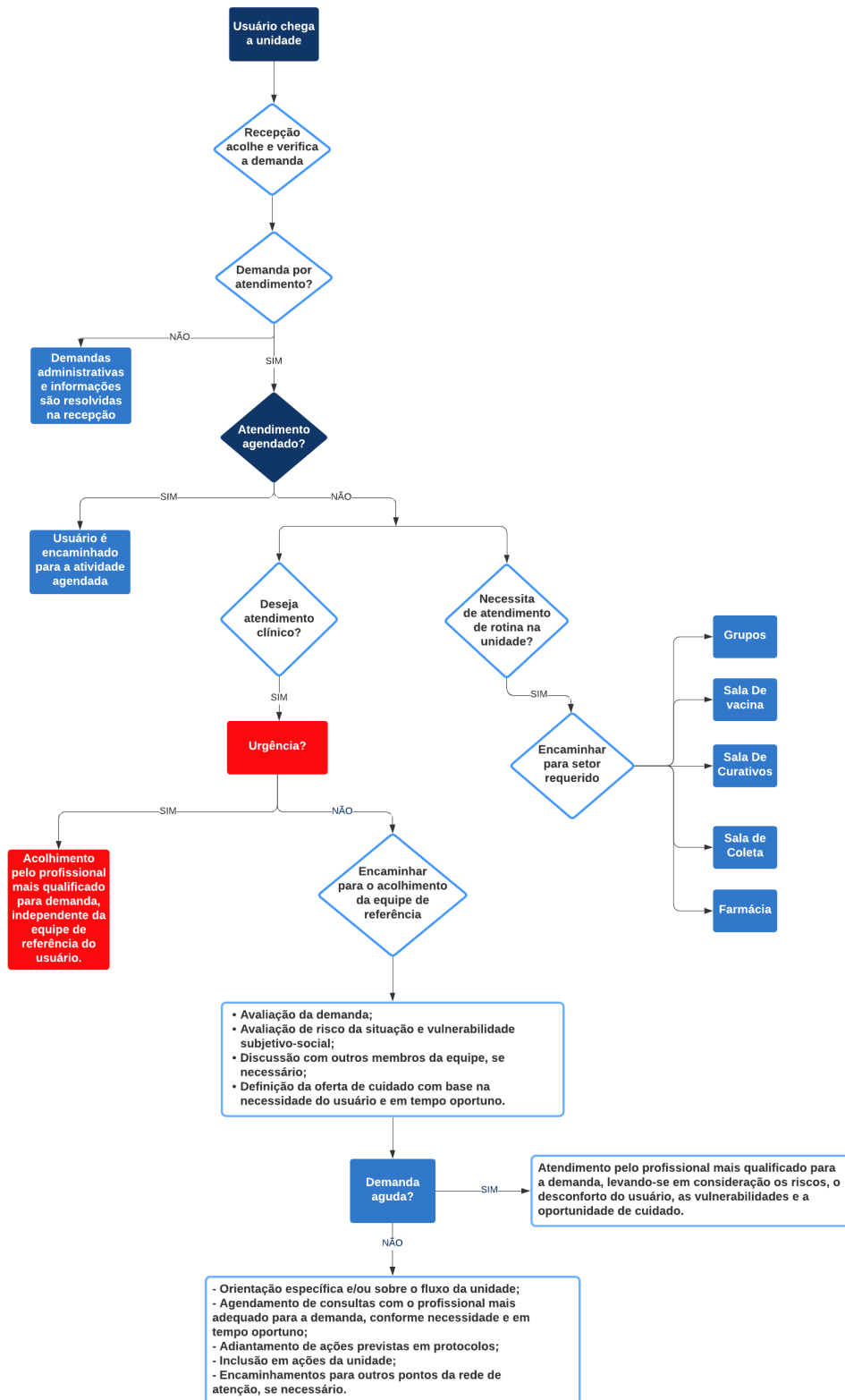
Fonte: Elaboração pelo próprio autor do trabalho.

Quanto aos assistentes administrativos da unidade, ficaram atribuídas as funções de acolhimento, direcionamento dos pacientes a equipe de referência, agendamento de exames, demandas do SISREG (sistema de regulação do município), cadastramento dos usuários e informações gerais do funcionamento da unidade.

Esclarecidas as atribuições de cada categoria profissional, iniciaram-se as discussões interdisciplinares sobre o acolhimento, embasadas pela diretriz do Ministério da Saúde, com o objetivo de construção partilhada do novo fluxo desta USF. Nestes encontros foram trazidos casos clínicos para discussão do acolhimento por equipe, assim como foram utilizadas técnicas de dramatização de situações/queixas reais que chegavam no acolhimento geral para o desenvolvimento de habilidades de gestão do fluxo de acordo com a carteira de serviços, gerenciamento de conflitos com os usuários e desenvolvimento de relações mais humanizadas.

Como estratégia de visualização e organização da nova forma de trabalho, criou-se então, o fluxograma de usuários da unidade, com o objetivo de facilitar o acesso da população à carteira de serviços disponível na unidade (Figura 2).

Figura 2 – Fluxograma de usuários – USF Edson Quintino Mendes.



Fonte: Elaboração pelo próprio autor do trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Compreendendo que o acesso aos serviços de saúde e a longitudinalidade do cuidado são medidas operacionais importantes para o cuidado dentro da APS, e que esta cumpre papel estratégico na rede de atenção, busca-se aqui, uma reflexão crítica sobre a nova forma de produção de cuidado na unidade em questão, evidenciando as potencialidades e limitações do novo modelo.

Ressalta-se que diante do contexto de pandemia da COVID 19 a unidade trabalhou com períodos de demanda reprimida, o que dificultou o levantamento e a comparação de dados pela possibilidade de vieses e/ou confundidores na análise.

A) O trabalho interdisciplinar como forma de organização e coordenação conjunta do cuidado.

“O interdisciplinar não é algo que se ensine ou se aprenda. É algo que se vive. É fundamental uma atitude de espírito. Atitude feita de curiosidade, de abertura, de sentido de aventura, de busca, de intuição das relações existentes entre as coisas e que escapam da observação comum”.

Hilton Japiassu

Durante muito tempo, os serviços de saúde foram organizados de maneira tecnoburocrática, privilegiando a especialização excessiva e fragmentando o cuidado. A transformação dessa cultura é um processo dinâmico complexo e exige diálogo interdisciplinar para que se ampliem as possibilidades de uma atenção integral, resolutiva e equânime na APS.

O acolhimento por equipe é um dispositivo potente para ampliação do acesso. Ele possibilita a entrada de cenários, sujeitos e linguagens no âmbito da atenção à saúde, que exigem a elaboração de novas práticas de cuidado que sejam centradas no usuário (SOUZA et al., 2008).

Uma saída inteligente para o sucesso desta estratégia na unidade foi a complementaridade de habilidades e saberes. A qualificação conjunta de todos os envolvidos no processo de acolher por meio de metodologias participativas, que consideravam a negociação permanente de conflitos na convivência diária da unidade, foi uma alternativa válida no processo.

A noção da complexidade do processo saúde-doença tornou necessário, também, que a organização do trabalho interdisciplinar respeitasse as especificidades de cada categoria profissional, assim como os limites de atuação pessoal de cada integrante. As habilidades individuais somadas valorizaram o objetivo final. Quanto mais multiprofissionais forem as equipes, mais efetivo será o cuidado integral e longitudinal do usuário.

Reuniões participativas potencializaram a capacidade do trabalho interdisciplinar e serviram como momento para acolhimento profissional, para manifestação de insatisfações e ansiedades, para manejo de conflitos entre os membros, e para o envolvimento conjunto dos profissionais na busca de soluções para os problemas enfrentados na unidade. Esses espaços, serviram ainda, para supervisão das ações implementadas e para ressignificação dos objetivos, quando os profissionais acharam necessário.

B) O acolhimento por equipe como estratégia de ampliação do acesso.

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido 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”.

Constituição Federal, 1988.

Desde que foi criada em 2003, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS (PNH) objetiva o fortalecimento do SUS por meio de mudanças no modelo de atenção e gestão que levem em consideração todos os sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores.

Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos envolvidos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2009).

O acolhimento, diretriz da APS oficializada pela instituição da PNH, foi fundamental para ampliação do acesso à APS brasileira e para interação usuário-serviço. A diretriz questionou o modelo hegemônico centrado na biomedicina e destacou o caráter dinâmico das condições e fatores que afetam a saúde humana. É importante se reconheça que saúde e doença são aspectos da vida humana

relacionados com as condições de vida da população. Insistir na separação entre o social e a saúde significa ir na contramão da integralidade (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017).

O acolhimento transforma as práticas de produção e promoção de saúde. Ele implica a responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário desde a sua chegada a unidade até sua saída. A prática da escuta qualificada permite a análise da demanda com oferta em tempo oportuno de atendimento resolutivo, integral, coordenado quando necessário, e longitudinal.

Esta prática, enquanto dispositivo de organização dos processos de trabalho, deve ser multiprofissional. As equipes devem ser compostas de profissionais com saberes distintos para que se reúnam competências necessárias para o cuidado integral. O não envolvimento de todos os profissionais na elaboração de soluções para o equilíbrio das demandas contribui para a manutenção de práticas medico-centradas.

Com a implementação do acolhimento pela equipe de referência do usuário na USF Edson Quintino Mendes, houve uma redução expressiva do tempo de espera para atendimento da população. Este fato apesar de não ter sido quantificado pelo contexto de demanda reprimida causada pela pandemia, foi mencionado por diversos usuários e sentido pelos profissionais à frente dos atendimentos.

A carteira de serviços ajustada a necessidade da população melhora a satisfação dos usuários com a resolutividade, se acompanhada de mecanismos que garantam tempo oportuno.

Há que se dizer que diante da nova organização dos processos de trabalho na unidade e após a mudança na gestão das agendas, as escalas contam com mais profissionais disponíveis para acolhimento e atendimento.

O fortalecimento da potência clínica da equipe multiprofissional permitiu dividir o painel entre os profissionais e como consequência houve diminuição da pressão assistencial nas consultas médicas, melhorando as condições de trabalho e aumentando a oferta de serviços. Entretanto, foi observado que algumas categorias ainda são subutilizadas nesta unidade. Demandas por consulta/interconsulta em Farmácia Clínica e com os Profissionais da Educação Física foram menores que as demais categorias dentro da unidade. Impressão obtida dos profissionais do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Moldes tradicionais de atendimento clínico ainda fazem com que profissionais médicos e enfermeiros despendam muito tempo em atendimento de usuários com

condições crônicas estabilizadas, bem como, com o desenvolvimento de práticas preventivas que poderiam ser realizadas com a mesma qualidade por outros profissionais de saúde. Não se pode ignorar ainda, o fato de que cada categoria profissional tem habilidades únicas, que quando bem exploradas através de um painel compartilhado, enriquecem a carteira de serviços da unidade.

Além da reorganização das agendas e da otimização do trabalho interdisciplinar, este novo modelo de acesso trouxe consigo a necessidade de diversificação das formas de comunicação com o usuário. Canais alternativos, como, aplicativos de trocas de mensagens, a disponibilização de telefone da unidade e mesmo a comunicação através do Agente Comunitário de Saúde (ACS), foram explorados como forma de ampliação do acesso.

Contudo, notou-se que o acolhimento por equipe não é uma tarefa fácil de ser operacionalizada. Ele pode ser percebido pelos profissionais como mais um trabalho a ser realizado. Se não discutido e planejado adequadamente, ele tende a causar sobrecarga de trabalho, cansaço, estresse e conflito nas equipes, sobretudo quando a unidade está desenvolvendo ações de ampliação do acesso que naturalmente aumentam a demanda de acolhimento (TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018).

Além disso, a maior responsabilização pelo usuário, pode saturar o profissional em acolhimento caso não seja compartilhada com outros membros da equipe

A implementação desta nova forma de acesso revelou, ainda, o despreparo dos profissionais para o acolhimento das demandas de cunho social, muitas delas, enraizadas na própria estrutura da sociedade. O usuário traz para a unidade toda a vulnerabilidade na qual está inserido. Muitas vezes, estas demandas transcendem a capacidade de resolutividade da unidade e gera no profissional a sensação de incapacidade de executar o seu trabalho (OLIVEIRA; TUNIN; SILVA, 2008).

A escuta qualificada é uma competência que deve ser aprendida e exercitada por todos os profissionais de saúde. O processo de escutar o outro, de colocar as próprias certezas de lado e acolher outros pontos de vista, humaniza as relações e faz com que o profissional acolha suas próprias limitações sem maiores frustrações (RAIMUNDO; CADETE, 2012).

C) Gestão das agendas como dispositivo de organização das demandas.

*“Essa fila tá um caso sério.
Já tem doente desistindo de ser atendido e pedindo carona pro cemitério.
E aí, doutor? Vê se dá um jeito! Se é pra nós morrê nós qué morrê direito”
Gabriel Pensador*

Com relação ao modelo adotado de agendamento e abordagem da demanda que podem ser utilizados na APS, destacam-se como mais utilizados o modelo tradicional – *conheça a demanda urgente agora e a não urgente mais tarde*, o modelo carve-out – *prever a demanda urgente e reservar tempo para conhecê-la*, e o modelo de acesso avançado – *fazer o trabalho de hoje, hoje* (CANUTO et al., 2021).

O modelo tradicional, utilizado como sistema de agendamento na USF anteriormente a chegada do Programa de Residência Médica e Multiprofissional, é válido enquanto tentativa de garantia de acesso dos pacientes doentes crônicos, gestantes e crianças menores de dois anos. Porém, há que se dizer, que é um modelo com elevado tempo de espera, o que facilita o absenteísmo e o uso inadequado de serviços de urgência da rede. Além disso, ele fragiliza o vínculo do usuário com a equipe de referência.

Com relação aos agendamentos, ressalta-se ainda, que já no primeiro horário do dia, as agendas estão “saturadas” neste modelo. Isso faz com que os profissionais clínicos não sejam capazes de administrar as demandas agudas, que entram como agendamento duplo (double-booking), sem se sentirem sobrecarregados (MURRAY; TANTAU, 2000).

A saída mais plausível para a maioria dos serviços para moldar a demanda, neste contexto, é a criação de reservas específicas na agenda para “saúde da mulher”, “saúde da criança”, “atendimento de gestantes”, “saúde do idoso”, que restringem o acesso e vão na contramão do princípio soberano de cuidados em APS.

A percepção da sobrecarga profissional das diferentes categorias em atendimento clínico, assim como, as restrições de acesso e insatisfação dos usuários, foram o motor para a problematização desta forma de trabalho na unidade e o desejo de transformação da realidade local.

O sistema de agendamento aberto de primeira geração ou carve out, vigente atualmente nesta unidade, trabalha com reserva de aproximadamente 1/3 de vagas

para demandas agudas. As consultas previamente agendadas por cada profissional da equipe são respeitadas e as demandas que chegam naquele dia são acolhidas pela equipe e compartilhadas entre todos membros conforme disponibilidade da agenda, sendo possível ainda, o atendimento conjunto em forma de interconsulta.

A maior vantagem da modelagem atual é o planejamento do trabalho diário com antecedência, permitindo assim maior controle entre *demanda programada x demanda espontânea* e a oferta de cuidados estruturados para todos os públicos do território.

Com relação as desvantagens, neste caso, podemos sinalizar os erros de predição da demanda que geram desperdício de vagas que não são preenchidas. Outro fato é que a reserva de vagas para demandas agudas eleva o tempo de espera para outros tipos de agendamentos.

O efeito colateral previsto na literatura disponível sobre o assunto e percebido pelos profissionais em atendimento clínico na USF foi a pressão por utilização das vagas reservadas para demandas agudas com agendamentos de consultas de seguimento.

Quando essas barreiras não são manejadas de maneira adequada, o serviço tende ao retorno natural ao modelo tradicional de agendamento. Por isso, se faz necessário a revisão contínua dos processos (MURRAY; TANTAU, 1999). Todos os profissionais da USF precisam conhecer claramente suas atribuições, assumindo assim, participação ativa nas decisões de reorganização do trabalho quando estas se fizerem necessárias.

O acesso avançado, ou acesso aberto de segunda geração, tem por princípio eliminar a distinção na assistência entre demandas agudas e demandas de seguimento. Ele objetiva consultas suficientes para a demanda daquele dia, independente do motivo, não restringindo consultas futuras e priorizando a continuidade do cuidado (ROCHA; BOCCHI; GODOY, 2016).

Suas vantagens são que a população fica segura com relação ao acesso oportuno. Cuidados agudos são tratados com melhor qualidade e os cuidados crônicos são melhor estruturados (KNIGHT; LEMBKE, 2013). O acesso avançado parece ser o modelo de agendamento mais promissor para equilibrar demandas controlando o tempo de espera.

As desvantagens deste modelo é que ele exige estrutura necessária, comprometimento e requer tempo para implementação. A educação permanente dos

profissionais e a educação popular em saúde são peças chave para o bom funcionamento deste modelo de agendamento. Mantê-lo ao longo do tempo exige consistência, liderança, apoio clínico e administrativo.

O acesso avançado não foi levantado como uma opção no momento, em virtude do contexto de pandemia e da incapacidade de espaços para discussão com a população sobre sua implementação.

Menos popular e utilizado pelos serviços de APS, temos ainda, o acesso aberto, experimentado pela USF durante a transição para o modelo atual. Nele não existem agendamentos pré-definidos. Esse modelo restringe o acesso daqueles pacientes que não conseguem se programar com antecedência para realização de suas consultas, seja por condições laborais ou ainda por necessidade de companhia para deslocamentos.

Durante o período de implementação deste acesso, foi percebido pelos profissionais da unidade a quebra de vínculo com usuários, a dificuldade de realização de busca ativa e de cuidado qualificado por conta do aumento da pressão assistencial, assim como o esgotamento profissional.

CONCLUSÕES

O reconhecimento de que o acesso à APS ainda é crítico e que sua efetivação se vincula a utilização dos serviços disponíveis de saúde, em tempo oportuno, exige o manejo das barreiras estruturais, culturais e organizacionais impostas pelo sistema.

A criação do novo fluxo na USF Edson Quintino Mendes teve como objetivo ser o ponto de partida para novas estratégias de trabalho, devendo, sempre que necessário, ser adaptado e ajustado, considerando a singularidade do território, facilitando o acesso da população, priorizando a escuta qualificada e o atendimento às necessidades de saúde com equidade, assumindo assim uma perspectiva usuário-centrada como um posicionamento ético político.

No que tange a implementação do acolhimento por equipe e o novo sistema de agendamentos, notou-se a importância do trabalho multiprofissional dentro da APS como forma de compartilhamento do painel e ampliação do acesso.

A ação protagonista dos trabalhadores da USF em questão, demonstrou ainda, o quanto a problematização das formas de produção de cuidado é importante para a transformação do SUS.

O Programa de Residência Médica e Multiprofissional do município reforça a importância da formação de especialistas para trabalho em APS como agentes de transformação local.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P. F. DE; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 29, n. 2, p. 84–95, fev. 2011.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. DE. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2865–2875, nov. 2012.
- BRASIL. **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4a. ed., 2a. reimpressão ed. Brasília, DF: Editora MS, 2009.
- BRASIL. Departamento de Saúde da Família. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: PCATool-Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família, 2020.
- BRASIL. Departamento de Atenção básica. **Cadernos de Atenção Básica: programa saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000b.
- CANUTO, L. E. et al. Estudo da demanda de uma equipe da Estratégia Saúde da Família que utiliza o acesso avançado como modelo de organização da agenda. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 16, n. 43, p. 2378–2378, 5 abr. 2021.
- GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 63–76, mar. 2017.
- KNIGHT, A.; LEMBKE, T. Appointments 101--how to shape a more effective appointment system. **Australian Family Physician**, v. 42, n. 3, p. 152–156, mar. 2013.
- MITRE, S. M.; ANDRADE, E. I. G.; COTTA, R. M. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2071–2085, ago. 2012.
- MURRAY, M.; TANTAU, C. Redefining open access to primary care. **Managed Care Quarterly**, v. 7, n. 3, p. 45–55, 1999.
- MURRAY, M.; TANTAU, C. Same-Day Appointments: Exploding the Access Paradigm. **Family Practice Management**, v. 7, n. 8, p. 45, set. 2000.
- OLIVEIRA, L. M. L. DE; TUNIN, A. S. M.; SILVA, F. C. DA. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção em saúde. **Revista de APS**, v. 11, n. 4, 10 nov. 2008.

PRATES, M. L. et al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1881–1893, jun. 2017.

RAIMUNDO, J. S.; CADETE, M. M. M. Qualified listening and social management among health professionals. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. spe2, p. 61–67, 2012.

ROCHA, S. A.; BOCCHI, S. C. M.; GODOY, M. F. DE. Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, p. 87–111, mar. 2016.

SELLERA, P. E. G. et al. Monitoramento e avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em nível nacional: novos desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1401–1412, abr. 2020.

SOUZA, E. C. F. DE et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. s100–s110, 2008.

STARFIELD, B. Is primary care essential? **The Lancet**, v. 344, n. 8930, p. 1129–1133, out. 1994.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da saúde, p.726, 2004.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.; VIDAL, T. B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 361–378, set. 2018.