

# A demanda do Acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família em São Carlos, São Paulo

User embracement demand in a family health unit from São Carlos, São Paulo, Brazil

Débora Cristina Baraldi<sup>1</sup>, Bernardino Geraldo Alves Souto<sup>2</sup>

## Resumo

**Introdução:** A prática do Acolhimento que vem sendo proposta pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ainda não se estabeleceu adequadamente na rotina da maioria dos serviços. Portanto, conhecer algumas experiências com a mesma pode ser útil ao processo de sua implantação. **Objetivo:** Descrever a demanda, as necessidades assistenciais, a morbidade e os encaminhamentos dados aos usuários do Serviço de Acolhimento da Unidade de Saúde da Família de Água Vermelha, do município de São Carlos, SP. **Casística e métodos:** A partir de um delineamento descritivo, populacional, transversal e institucional, foram aplicados 305 questionários estruturados, no período de novembro de 2009 a janeiro de 2010, os quais foram informatizados e processados pelo *software* Epi-info 2000, versão 3.5.1. **Resultados:** Encontrou-se que a maior parte dos Acolhimentos atendeu pessoas do sexo feminino em faixa etária adulta jovem e de baixa inserção socioeconômica, com demanda predominantemente biológica de baixa complexidade. Esses Acolhimentos foram realizados principalmente por pessoal de enfermagem, porém por meio de uma ação cuja resolubilidade foi muito dependente do médico da equipe. Não obstante, 96% das demandas foram resolvidas dentro da própria Unidade de Saúde. **Conclusões:** O acolhimento é um dispositivo que está sendo proposto para impulsionar o redirecionamento da assistência em saúde por um modelo de cuidado ampliado, integral, resolutivo e multiprofissional, mas é preciso qualificar o modo como vem sendo aplicado na prática para que contribua com esse redirecionamento. Em outras palavras, reduzir o Acolhimento a uma triagem não favorece suficientemente a melhoria assistencial, conforme se espera desse dispositivo.

**Palavras-chave:** Acolhimento; Programa Saúde da Família; necessidades e demandas de serviços de saúde.

## Abstract

**Introduction:** The user embracement practice proposed by the Brazilian Unified Health System (SUS) is not appropriately established yet in the routine of most services. Therefore, knowing some experiences may be useful to its implantation process. **Objective:** To describe the demand, care needs, morbidity, and referral to the User Embracement Service from the Family Health Unit of Água Vermelha, in São Carlos, São Paulo, Brazil. **Patients and methods:** By means of an epidemiological, descriptive, populational, transversal and institutional study, 305 structured questionnaires applied from November 2009 to January 2010 were processed by Epi Info 2000 software, version 3.5.1. **Results:** It was found that most of the user embracements assisted people of the female gender in young adult age and of low socioeconomic insertion, with predominantly low complexity biological demand. The user embracements were performed mostly by nursing staff, however by means of an action whose resoluteness was very dependent of the physician. Nevertheless, 96% of the demands were resolved within the own Health Unit. **Conclusions:** The user embracement is a device that is being proposed to boost health assistance redirection for a model of expanded, integral, solvent and multiprofessional care, but it is necessary to qualify the way it is being applied in practice, so it may contribute for this new direction. In other words, reducing the user embracement to a screening procedure will not ease the assistance improvement, how is expected from this device.

**Keywords:** User embracement; Family Health Program; health services needs and demand.

**Recebido:** 20/5/2010

**Revisado:** 15/10/2010

**Aprovado:** 14/12/2010

Trabalho realizado na Unidade de Saúde da Família de Água Vermelha, São Carlos (SP), Brasil

<sup>1</sup> Programa de Residência Multiprofissional da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), São Carlos (SP), Brasil

<sup>2</sup> Departamento de Medicina da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), São Carlos (SP), Brasil

Endereço para correspondência: Débora Cristina Baraldi – Rua Benedito Pereira Nunes, 290 – Nova Caieiras – CEP 07700-000 – Caieiras (SP) – E-mail: debsbaraldi@gmail.com

## Introdução

O Programa de Saúde da Família é uma estratégia que foi lançada pelo Ministério da Saúde em 1994, com o objetivo de reorganizar a atenção básica<sup>1</sup>.

A Unidade de Saúde da Família (USF) trabalha em equipe multiprofissional e é responsável por um território definido, cujos princípios fundamentais são: integralidade, qualidade, equidade e participação social<sup>1-3</sup>. Apesar do grande investimento na rede assistencial com a implantação de Equipes de Saúde da Família, o processo de trabalho continuou reproduzindo a organização tradicional da assistência, centrado nas doenças, em práticas curativas e no saber médico, restringindo a capacidade de atendimento e, por consequência, o acesso dos usuários aos serviços<sup>4</sup>.

Para ajudar na solução desse problema, foi proposta a Política Nacional de Humanização como um movimento para implementar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) na prática da assistência. A operacionalização dessa política dá-se pela oferta de dispositivos assistenciais, dentre os quais se destaca o Acolhimento<sup>5</sup>. O Acolhimento é uma alternativa à recepção tradicional, destinado a modificar o modo de organização e funcionamento dos serviços de saúde a partir das seguintes intenções: indicar alternativas de solução da demanda de todos que procuram o serviço, superar o modelo hegemônico de atenção à saúde médico-centrado por meio da participação de uma equipe multiprofissional e qualificar a relação trabalhador-usuário por meio de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania<sup>5-7</sup>.

As medidas adotadas para efetivar a proposta do Acolhimento direcionado à organização da demanda espontânea em uma Unidade de Saúde mudaram, primeiramente, o fluxo do usuário que antes era encaminhado da recepção diretamente para o médico. Com o Acolhimento, o demandante é encaminhado para um dos profissionais da equipe que, por meio de uma atitude capaz de acolher, escutar e dar respostas às suas necessidades, resolve o problema ou o orienta e apoia em busca de soluções para suas demandas, dentro da própria USF ou em outros serviços<sup>7</sup>. A agenda médica passou a ser aberta para oferecer retaguarda ao Acolhimento, ficando previamente agendados apenas os retornos de consultas anteriores e o acompanhamento a grupos específicos (gestantes, hipertensos, diabéticos etc.)<sup>8</sup>.

O conceito de Acolhimento, portanto, não está restrito à recepção da demanda espontânea, de modo que só ganha sentido se o entendermos como uma passagem da porta de entrada para os processos de produção de saúde. Desse modo, diferenciamos o Acolhimento da triagem porque o mesmo não se constitui apenas como uma etapa burocrática do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde<sup>9</sup>.

Segundo Teixeira<sup>8</sup>, em qualquer encontro trabalhador-usuário, o Acolhimento não cessa. Portanto, novas demandas podem ser identificadas ao longo do processo de cuidado, as quais eventualmente conduzem o sujeito a outros espaços, oportunidades ou possibilidades assistenciais.

Esse autor utiliza a ideia de uma rede constituída por interconexões em todos os sentidos e direções como representação do Acolhimento, uma vez que o conteúdo que caracteriza essa atividade não se restringe ao espaço e ao momento formal da recepção, mas continua por todos os encontros com a assistência – momentos simbolizados por sinapses multidirecionais e flexíveis que marcam a passagem de um usuário pelo serviço e interligam diferentes meios e possibilidades de cuidado<sup>8</sup>.

Temos, portanto, duas possibilidades de entendimento do Acolhimento: como atitude diante do usuário e suas necessidades, e como uma etapa do processo de trabalho direcionado à demanda espontânea. Tais entendimentos não são excludentes, mas complementares. O fato de haver um espaço específico na Unidade para realizar o Acolhimento não impede a relação acolhedora em todos os espaços e momentos da produção de serviços de saúde<sup>10</sup>.

Atualmente, o Acolhimento acumula experiências no SUS com aspectos positivos e negativos<sup>9</sup>. Tais experiências são heterogêneas, sendo possível reconhecer diferentes concepções e diferentes formas de organização e ação entre serviços distintos e entre os trabalhadores de uma mesma Unidade<sup>10</sup>.

A reorganização do trabalho, a partir do Acolhimento, propõe o reconhecimento da saúde como um direito, ampliando o acesso e eliminando as filas de madrugada<sup>6,7,10</sup>. Em contrapartida, vem aumentando o trabalho assistencial, do ponto de vista do número de atendimentos, sobrecarregando os profissionais<sup>11</sup>.

É previsto que toda a equipe seja responsável por sua realização, porém predominantemente são referidos os enfermeiros e auxiliares de enfermagem como seus executores<sup>10-12</sup>. Mesmo trazendo novas possibilidades de ação para o cotidiano desses profissionais, sua participação no Acolhimento tem gerado insatisfações relacionadas à sobrecarga de trabalho e à baixa aceitação por parte dos usuários<sup>11</sup>.

Apesar de ser previsto como um dispositivo para a qualificação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), o Acolhimento na prática resultou, muitas vezes, em um pronto atendimento para as queixas agudas ou numa simples triagem<sup>10,13,14</sup>. Continuou, pois, a funcionar sob a lógica médico-centrada, marcado pela baixa resolubilidade e baixa autonomia dos profissionais não médicos<sup>10,11,14</sup>.

Os locais que tiveram maior participação da equipe multidisciplinar observaram um aumento significativo do rendimento profissional e do diálogo entre os membros da equipe<sup>6</sup>, permitindo aguçar a percepção destes em relação aos problemas da área de abrangência da Unidade de Saúde<sup>4,8</sup>.

Pelo visto, ainda que se trate de um dispositivo para reorganizar o processo de trabalho em saúde, a fim de tornar o atendimento mais acessível, resolutivo e humanizado, o Acolhimento tem encontrado algumas dificuldades operacionais. A crescente demanda espontânea, por exemplo, é fator de constante preocupação dos gestores e profissionais, e de insatisfação dos usuários<sup>15</sup>.

A esse respeito, Santana<sup>12</sup> ressaltou ser fundamental entender as dinâmicas que envolvem o Acolhimento e, conseqüentemente, a de-

manda espontânea. Segundo essa autora, a interação das demandas programada e espontânea possibilita a elaboração de práticas preventivas e de promoção de saúde. Nessa mesma linha, Franco, Bueno e Merhy<sup>6</sup> apontaram a importância do planejamento e gestão dos serviços combinados a ações de vigilância em saúde. Esses autores ressaltaram que essa questão deve ser considerada em sintonia com as realidades sociais, econômicas e epidemiológicas, bem como com as necessidades dos usuários. De modo semelhante, Souto e Vieira<sup>15</sup> argumentaram em favor do uso da epidemiologia para o adequado planejamento, controle e avaliação dos serviços de saúde, estabelecendo-a como uma importante ferramenta de gestão.

Com a proposta, então, de qualificar o modelo assistencial em São Carlos, São Paulo, o Acolhimento foi implantado em suas Unidades de Saúde da Família, no ano de 2007, como um dispositivo para humanização do atendimento e reorganização do processo de trabalho direcionado à demanda espontânea. Em função disso, a organização do fluxo dessa demanda passou por várias modificações e ainda hoje encontra dificuldades operacionais. Um dos fatores que contribuem para tais dificuldades é a ausência de aproveitamento epidemiológico dos dados relativos à demanda do Acolhimento.

A esse respeito, encontramos estudos que analisaram o Acolhimento sob a ótica de profissionais e usuários de maneira qualitativa; porém, apenas um estudo<sup>16</sup> utilizou a epidemiologia como ferramenta para planejar a aplicação desse dispositivo.

Com esse mesmo objetivo, o presente trabalho descreve, de modo crítico-reflexivo, o perfil demográfico das pessoas e suas demandas assistenciais, a morbidade e os tipos de encaminhamento oferecido às mesmas, na experiência da USF do distrito de Água Vermelha, em São Carlos, São Paulo, como proposta instrumental destinada a apoiar a reorientação do modelo de atenção à saúde nessa localidade.

## Casuística e métodos

Segundo dados do Sistema de Informações da Atenção Básica e de prontuários obtidos na Unidade em outubro de 2009, a USF de Água Vermelha cuida de 5.686 pessoas, mas somente 3.200 são cadastradas por serem efetivamente residentes na respectiva área de cobertura assistencial, segundo os critérios do Ministério da Saúde. As outras 2.486 pessoas não têm cobertura local por nenhum serviço de saúde e recorrem à USF de Água Vermelha por ser o recurso mais próximo de suas residências. A maior parte da população adscrita é cuidada pelo sistema público, de modo que apenas 9,86% dessas pessoas têm também acesso ao setor suplementar.

A equipe é formada por um médico de saúde da família, uma enfermeira, uma residente enfermeira, duas auxiliares de enfermagem, um dentista, um residente dentista, uma auxiliar de consultório odontológico, um auxiliar administrativo, seis agentes comunitários de saúde e uma auxiliar de limpeza. Recebe, ainda, apoio de um pediatra em dois períodos semanais. Trata-se, portanto, de uma Unidade mista de saúde,

organizada em parte na forma de ESF e, em parte, na forma de Unidade Básica de Saúde tradicional (UBS).

Durante quatro períodos da semana, a USF recebe o apoio matricial de profissionais de oito áreas da saúde diferentes (Fonoaudiologia, Educação Física, Fisioterapia, Farmácia, Nutrição, Terapia Ocupacional, Psicologia e Assistência Social) que atuam por meio do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade.

A implantação do Acolhimento na reorganização do trabalho teve início em outubro de 2006. Atualmente, os agentes de saúde são responsáveis por atender o paciente na recepção, escutando o motivo da procura pelo serviço e orientando seu fluxo assistencial. Este é organizado em: consultas agendadas (acompanhamento de pacientes hipertensos, diabéticos, pré-natal, puericultura ou outra necessidade observada a partir do Acolhimento); procedimento específico (curativos, injeção, pequenas cirurgias, suturas, inalação ou vacina); necessidade relacionada à saúde bucal (a qual é acolhida separadamente pelo dentista e auxiliar de consultório odontológico); e Acolhimento (quando o paciente não tem nenhum atendimento agendado).

Depois de aprovado o projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos, por meio do parecer nº 244/2009, foram aplicados 305 questionários no Serviço de Acolhimento da USF de Água Vermelha. Os respondentes eram, e ainda são, usuários da USF que passaram pelo Serviço de Acolhimento na porta de entrada da Unidade no período do estudo.

Os dados foram levantados entre 9 de novembro e 18 de dezembro de 2009, e entre 4 e 20 de janeiro de 2010, inclusive. Esses períodos foram escolhidos aleatoriamente, segundo oportunidade operacional.

O questionário foi estruturado em perguntas objetivas e fechadas e acordado com a equipe da USF. Foi feito um treinamento com os profissionais dessa equipe para o levantamento dos dados e realizou-se um estudo piloto, com duração de três dias, destinado à adaptação e qualificação dos métodos e instrumentos.

Os dados foram informatizados e processados pelo *software* Epi-info 2000, versão 3.5.1 de agosto de 2008, do Centro de Controle de Doenças de Atlanta (EUA), visando tabulações simples e cruzadas com finalidade descritiva dos achados.

O estudo não cobriu aspectos sazonais de morbidade, nem é representativo de toda a população adscrita ao território da Unidade. Portanto, não se devem generalizar os resultados deste estudo para o total dessa população ou para outras Unidades de Saúde da Família, ainda que o mesmo descreva uma parcela dos usuários da USF de Água Vermelha. Outra característica do levantamento que foi considerada no processo de análise e interpretação dos dados diz respeito ao fato de ter sido preenchido um questionário para cada Acolhimento, independentemente de quantas vezes a mesma pessoa foi acolhida e, ainda, sem a garantia de 100% de cobertura da população atendida no setor.

Dessa maneira, assume-se a limitação imposta pela amostragem desproporcional fechada numa unidade de tempo determinante da opor-

tunidade de captação de sujeitos e que, ao mesmo tempo, analisou o conjunto de demandas e não o conjunto de pessoas.

Trata-se, pois, de um estudo epidemiológico descritivo, populacional, transversal, institucional<sup>17</sup> por amostragem não probabilística de conveniência<sup>18</sup>, que analisou o perfil sociodemográfico e as demandas de usuários em uma USF no setor de Acolhimento e as respectivas respostas dos profissionais a essas demandas.

## Resultados e discussão

Cento e noventa e quatro Acolhimentos (63,61%) atenderam pessoas do sexo feminino e 111 (36,39%) atenderam pessoas do sexo masculino. Considerando que o levantamento diz respeito ao número de Acolhimentos e não de pessoas, esse dado aponta para a distribuição proporcional da demanda por necessidade de gênero, aspecto importante a ser considerado no planejamento de gestão, independentemente da procura específica pelo serviço segundo a distribuição da população por sexo. Ou seja, demandas que envolvem abordagem integral à saúde da mulher foram mais frequentes no Acolhimento do que aquelas que envolvem essa mesma abordagem em relação à saúde do homem, por exemplo.

Quanto à faixa etária demandante de Acolhimento na USF, predominou a classe dos 20 aos 49 anos (Tabela 1).

Em relação à escolaridade, houve dois casos não informados (0,65%) e 55 (18,03%) corresponderam a menores de 7 anos de idade, os quais foram excluídos da análise, posto não ser essa variável aplicável a tal faixa etária. Entre os demais 248 (81,31%), o ensino fundamental incompleto foi a escolaridade mais frequente, seguido do ensino médio completo e ensino médio incompleto – 122 (49,19%), 52 (20,97%) e 27 (10,89%), respectivamente.

Com relação à ocupação, 7 questionários não informavam esse dado ou a idade (2,29%) e 55 (18,03%) eram de crianças menores de 7 anos (as quais não são trabalhadores nem estudantes). A estratégia foi não incluir na análise registros que não informavam a ocupação, a idade ou ambos. Desse modo, a variável ocupação foi estudada em 243 registros (79,67%).

Desses 243, as donas de casa, trabalhadores de serviços gerais (serviço braçal), estudantes, trabalhadores domésticos, aposentados,

vendedores e operadores de máquinas representaram 76,95% das ocupações declaradas (187 registros).

Trezentos e um questionários (98,69%) informavam a renda familiar. Destes, 257 (85,38%) apontavam renda de até 4 salários mínimos por família, reforçando o achado observado acerca da escolaridade e ocupação de que a maior parte das demandas do Acolhimento da USF de Água Vermelha atendeu pessoas de limitada inserção socioeconômica.

Sujeitos de todas as microáreas procuraram pelo serviço. Contudo, os residentes na microárea mais próxima à Unidade de Saúde foram os que mais passaram pelo Acolhimento. Em seguida, a maior procura foi por não adscritos. O motivo é que moradores de fazendas, ainda que fora da área de cobertura da USF, têm essa Unidade como o serviço de saúde mais próximo de suas casas. A dificuldade de acesso ao respectivo serviço de referência faz com que a população de fora do território adscrito à USF de Água Vermelha procure por assistência na mesma de maneira sistemática ou em pronto atendimento.

As ações de promoção à saúde e prevenção de doenças realizadas por meio de visitas e atividades coletivas são restritas às microáreas de cobertura da USF. Assim, a população fora do território adscrito só recebe cuidados curativos e orientações preventivas individuais em consultas, e não é coberta pelas ações de promoção à saúde desenvolvidas pela ESF. A reverberância disso em maior vulnerabilidade ao adoecimento retorna ao Acolhimento aumentando sua demanda.

A esse respeito, lembramos que, ao estudar o serviço de Acolhimento em uma USF em Pindamonhangaba, Santana<sup>12</sup> verificou que o problema da grande demanda não se resumia à falta de vagas, mas à falta de planejamento das ações. A autora relatou que a prevalência de ações “baseadas em tentativa e erro não garante que as estratégias utilizadas qualifiquem o serviço” da Unidade, tampouco “tragam satisfação à clientela, harmonia e interação saudável entre os profissionais”.

Com relação à USF Água Vermelha, verificamos a concomitância de dois modelos de saúde em uma mesma Unidade: um que é mais antigo e baseado apenas no atendimento pontual de demandas biológicas espontâneas segundo a ordem de chegada ao serviço; e o que se propõe como alternativo, baseado em cuidado ampliado, integral, longitudinal e interprofissional a partir do Acolhimento. Essa é uma especificidade da citada USF porque a mesma cobre um território muito extenso e carente de recursos urbanos ou outros serviços de saúde, fazendo com que muitas pessoas tenham dificuldade de acesso à nova proposta assistencial, restando-lhes apenas a opção pela busca por socorro a suas afecções agudas no lugar mais próximo disponível. Isso faz com que a população assistida seja maior que a adscrita e haja fusão de modelos assistenciais diferentes numa mesma Unidade.

Não obstante, essa concomitância tem dificultado a implantação da proposta alternativa por não permitir o desmame do modelo antigo devido à absoluta necessidade da população de ter acesso a alguma coisa em termos de assistência à saúde, o que não pode, por sua vez, ser negado pela USF. Nesse caso, há uma demanda espontânea que passa por fora do Acolhimento (a demanda dos excluídos do alcance da ESF),

**Tabela 1 - Distribuição dos acolhimentos realizados na Unidade de Saúde da Família de Água Vermelha, São Carlos (SP), segundo faixa etária dos demandantes, de novembro de 2009 a janeiro de 2010**

Idade (anos)	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
Menos de 1	11	3,60	3,60
01   05	33	10,90	14,50
05   10	25	8,30	22,80
10   20	35	11,60	34,40
20   50	148	48,80	83,20
50 ou mais	51	16,80	99,35
Não informada	2	0,65	100,00
Total	305	100,00	100,00

que pressiona contra o novo modelo pretendido, dificultando a equipe de se dedicar adequadamente às atividades inerentes à competência de uma ESF. Entre elas, a de planejamento e gestão, o que afeta a possibilidade de qualificação do Acolhimento pela reverberância interna da estratégia de tentativa e erro no processo de construção do novo modelo assistencial. Em outras palavras, a gestão da Unidade se dá por apreensões não crítico-reflexivas da prática em consequência à pressão de demanda, vinda, principalmente, de uma população que, apesar de não adscrita, é usuária da mesma.

Esse conjunto de fatores indica que o serviço precisa se organizar não apenas em relação à disponibilidade de profissionais e vagas para atendimento, mas também à distribuição da população no espaço, às barreiras físicas, à inserção socioeconômica das pessoas, à disponibilidade de transporte e à possibilidade de ruptura definitiva com o modelo tradicional e garantia de cobertura populacional e territorial pela ESF.

No que diz respeito a quais profissionais realizaram os Acolhimentos, 303 registros continham essa informação (99,34%). Destes, estiveram na frente os enfermeiros e auxiliares de enfermagem – 225 (74,26%) e 57 (18,81%), respectivamente – semelhantemente ao observado em outros serviços<sup>10-12</sup>.

Apesar de prever a inserção de toda a equipe no Acolhimento e de uma orientação para que o agente comunitário de saúde receba o usuário e direcione seu fluxo assistencial, não foi isso que se verificou por meio deste estudo. Na prática, o que está sendo denominado Acolhimento mostrou-se enfermeiro-centrado. Ainda que esse fato possa representar novas possibilidades de atuação para esse profissional, tem aumentado sua quantidade de trabalho e estresse, em consequência das reclamações dos usuários em relação ao tempo de espera e da intensidade e frequência com que recorrem ao médico em função do Acolhimento. Esse tipo de situação já foi descrito na literatura a partir de outros estudos<sup>11</sup>.

A impressão que isso dá é de que, ao buscar por um médico, o usuário encontra um profissional de enfermagem a dificultar-lhe o acesso direto a quem ele acredita que realmente possa resolver seu problema. Isso pode desgastar todas as partes e processos interessados no Acolhimento como proposta de humanização e qualificação assistencial.

Segundo Franco, Bueno e Merhy, o acolhimento é um dispositivo importante para a solução da demanda de todos que procuram os serviços e para a superação do modelo hegemônico de atenção à saúde médico-centrado por meio da participação de uma equipe multiprofissional<sup>6</sup>. Contudo, no caso de Água Vermelha, apenas 21 Acolhimentos (6,93%) foram realizados por outros membros da equipe, semelhantemente ao observado em outros levantamentos<sup>10-12</sup>. À luz da literatura, isso pode representar uma reduzida oportunidade para ganhos no rendimento profissional, para o diálogo entre os membros da equipe de saúde e para melhor percepção dos mesmos sobre os problemas da área de abrangência da Unidade de Saúde da Família, para além do saber médico e das necessidades biológicas<sup>4,8,11</sup>.

Vinte e três questionários (7,54%) não informavam qual foi a necessidade do usuário ao procurar o serviço. Dos demais 282 (92,46%), em 230 (81,56%) o Acolhimento foi por demandas novas e em 48 (17,02%), por demandas recorrentes.

Em relação à prioridade de atendimento, 14 questionários (4,59%) não continham essa informação. Entre os 291 informados (95,41%), a categoria *Não urgente* foi predominante, com 213 registros (73,19%), e dizia respeito aos pacientes que procuraram por atendimento, mas, devido à característica de sua demanda, puderam ser agendados para outros dias. A categoria *Urgente* correspondeu aos pacientes que necessitaram de atendimento no mesmo dia em que procuram a USF, tendo sido referida em 78 questionários (26,80%).

Esperança, Cavalcante e Marcolino<sup>16</sup> avaliaram a classificação do risco em um estudo que fizeram em Minas Gerais e verificaram que 54% dos pacientes precisavam ser atendidos no mesmo dia e 46% podiam ser agendados oportunamente. Essa diferença em relação ao presente levantamento pode ser devido ao critério de classificação usado em cada estudo ou ao perfil de cada serviço ou população estudada.

No caso de Água Vermelha, o questionário não foi aplicado aos pacientes em situação de emergência por estarem com autonomia comprometida e não tolerarem atraso no atendimento. Desta maneira, os casos de emergência não entraram neste estudo, o que pode estar subestimando a proporção de situações enquadráveis na categoria *Urgente*.

No que diz respeito à morbidade sentida, a variável *Necessidade de saúde do usuário* serviu para levantar as queixas dos sujeitos. Em 305 Acolhimentos, foram encontrados 395 problemas, o que deu uma razão de 1,29 problemas por Acolhimento. As respectivas respostas foram dadas no questionário segundo o olhar dos profissionais que realizaram o Acolhimento e codificadas pelos pesquisadores de acordo com os grandes grupos da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). A categoria “sintomas e sinais gerais” foi codificada em 107 das 395 queixas (27,09%) (Tabela 2).

Esses “sintomas e sinais gerais” corresponderam principalmente à febre, à cefaleia, à dor não classificada em outra parte (dor lombar, dor nos membros superiores e inferiores e dor cervical), ao mal-estar, à fadiga e ao edema.

Além das algias apresentadas nesse grupo, as afecções do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo acrescentaram mais 17 relatos de problemas (4,30% de todas as queixas). As causas de algias e alterações osteomusculares remetem-nos a pensar nas atividades de trabalho e da vida diária dessas pessoas. Como analisado em relação às atividades ocupacionais, em 132 (54,70%) dos 243 casos em que essa informação foi registrada, as ocupações exigiam esforço físico (atividades domésticas, incluindo as donas de casa, serviços gerais em locais urbano e rural e operação de máquinas). Nesse caso, além do médico, outros membros da equipe, como fisioterapeuta e educador físico, podem ser úteis ao cuidado, auxiliando na identificação das causas, formas de prevenção e condutas terapêuticas, o que, aos poucos, vem se incorporando à prática do serviço.

**Tabela 2** - Distribuição das queixas classificadas como morbidade sentida, verificada nos acolhimentos estudados na Unidade de Saúde da Família de Água Vermelha, São Carlos (SP), de novembro de 2009 a janeiro de 2010, segundo grandes grupos da CID-10

Grupos	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
Sintomas e sinais gerais	107	27,08	27,08
Aparelho respiratório	68	17,21	44,29
Aparelho digestivo	53	13,42	57,71
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	38	9,62	67,33
Aparelho geniturinário	35	8,86	76,19
Afecções da pele e do tecido subcutâneo (XII)	30	7,59	83,78
Sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	17	4,30	88,08
Afecções do ouvido e da apófise mastoide	13	3,29	91,37
Outros grupos	34	8,60	99,97
Total	395	99,97	99,97

Por outro lado, 371 problemas (93,92%) foram de natureza intrinsecamente biológica. Esse achado é coerente com a maior prevalência de procura pelo serviço por demandas novas, descrito anteriormente, se traduzidas como pronto atendimento médico, ainda que não sejam tecnicamente casos de urgência.

Esse dado aponta para a possibilidade de que a prática assistencial dentro da USF ainda esteja persistindo como típica de uma UBS, resistindo ao modelo proposto pela ESF e prevalecendo sobre este, conforme já apontado. A mudança da triagem tradicional para o que em Água Vermelha está se denominando Acolhimento não garantiu mudança no processo de trabalho e qualificação da ESF e sua equipe, continuando com alta ocupação por demandas por pronto atendimento centrado no atendimento médico, assim como em outros locais de saúde estudados por outros autores<sup>10,13,14</sup>.

Sessenta e oito queixas relacionavam-se ao aparelho respiratório (17,21%). As mais frequentes foram dor na garganta ou no peito, tosse, anormalidades na respiração, bronquite, sinusite, rinite, gripe e resfriado.

As queixas relacionadas ao aparelho digestivo e ao abdome ocorreram 53 vezes (13,42%) e as mais citadas foram dor abdominal e pélvica, náuseas e vômitos e diarreia. As queixas pertencentes ao grupo “Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde” somaram 38 ocorrências (9,62%) e corresponderam à solicitação de encaminhamento para especialistas, verificação de resultados de exames, orientações sobre anticoncepção e solicitação de medicamentos.

As afecções do aparelho geniturinário apareceram em 35 registros (8,86%) e distribuíram-se, principalmente, entre queixas ginecológicas, infecção de urina e problemas renais. Com relação às afecções da pele e do tecido subcutâneo – 35 casos (8,86%) –, predominaram as alergias, inflamações e feridas.

Sobre a maior parte das queixas apresentadas pelos usuários, a USF tem grande potencial de resolução, especialmente pelo caráter não emergencial, biológico e de baixa complexidade dessas demandas.

Não obstante, poderiam ser evitadas ou minimizadas, caso o serviço pudesse implantar efetivamente as práticas de cuidado previstas no âmbito de competência de uma ESF.

No citado levantamento feito por Esperança, Cavalcante e Marcolino<sup>16</sup>, no interior de Minas Gerais, os autores encontraram maior prevalência de queixas respiratórias (25,80%), dermatológicas (11,00%), gastrointestinais (10,20%) e osteomusculares (9,10%). Um pouco diferente, portanto, do que foi observado em Água Vermelha, mas há que se considerar também aqui especificidades locais e metodológicas em cada estudo a influenciarem essa diferença.

Sobre a mobilização de outros membros da equipe, em 8 registros (2,62%) faltou responder se quem estava no Acolhimento acionou ou não outro profissional para apoiá-lo imediatamente nesta atividade. Entre os demais 297 (97,37%), em 221 vezes (74,41%) outro profissional foi acionado, mostrando uma dificuldade de quem esteve no Acolhimento para o desempenho dessa própria atividade ou desvio do Acolhimento de sua finalidade específica.

Em Água Vermelha, essa solicitação de apoio imediato no momento do Acolhimento é uma prática caracterizada por um atendimento conjunto destinado à tentativa de solução da demanda de forma compartilhada por mais de um profissional da equipe, simultaneamente, no momento exato em que o paciente está sendo acolhido. Em muitas das vezes, isso resulta em um atendimento médico, de enfermagem ou outro, o que não deve ser uma função do Acolhimento, mas um fluxo a ser deliberado a partir do mesmo. Dessa forma, muitos Acolhimentos se convertem em pronto atendimento.

No caso do pediatra que atende no serviço estudado, o mesmo não realiza atendimentos conjuntos com quem está no Acolhimento nem faz parte da equipe da USF. Seu papel é ajudar na desrepressão da demanda espontânea por consulta médica. Ou seja, uma alternativa de gestão precária em relação ao que se pretende por meio de uma ESF, diante do reconhecimento da insuficiência de cobertura populacional pelo PSF. Devido a isso, as crianças que passam pelo setor de Acolhimento e necessitam de consulta médica são encaminhadas diretamente ao pediatra. Nesse momento, o Acolhimento deixa de ser o que deveria

ser e se converte efetivamente numa triagem ou, talvez, menos ainda: numa recepção pura e simplesmente burocrática.

Ainda em relação ao acionamento imediato de outro profissional por parte de quem esteve no Acolhimento, o mais solicitado foi o médico: 188 (85,07%) das 221 vezes em que a respectiva informação fora registrada, reforçando a hipótese de que o Acolhimento deve ter sido, de fato, convertido em pronto atendimento na maioria das vezes. Como o médico não se dedica exclusivamente a essa demanda, mas também ao atendimento de consultas previamente agendadas, visitas domiciliares e outras, o que tem sido chamado de Acolhimento em Água Vermelha faz efeito contrário ao previsto. Ao invés de descentralizar o trabalho desse profissional e reduzir sua sobrecarga, agregou-lhe mais uma atividade. Apesar do entendimento da equipe de que isso despacha mais rapidamente a demanda na porta de entrada, pode reduzir a qualidade da contribuição médica ao processo de cuidado proposto por uma ESF.

Novamente em referência ao estudo feito por Esperança, Cavalcante e Marcolino<sup>16</sup>, esses autores também observaram, em relação ao fluxo do usuário na Unidade, um predomínio do atendimento médico, semelhantemente ao verificado por Souza *et al.*<sup>11</sup>, que, do mesmo modo, apontou sobre a falta de multiprofissionalidade no Acolhimento.

Conforme outros autores em outros lugares<sup>10,11,13,14,19</sup>, verificamos, em Água Vermelha, que a proposta de Acolhimento implantada pode ter aumentado quantitativamente o acesso da população à assistência básica em saúde, redirecionado a organização do processo de trabalho, mas não influenciou substancialmente a qualificação assistencial pela via da interprofissionalidade do cuidado. Configurou-se como um pronto atendimento e um momento de triagem, sob a lógica médico-centrada, marcado pela baixa resolubilidade e baixa autonomia dos profissionais não médicos, sobrecarregando a equipe e subaproveitando o potencial da mesma no processo de cuidado. É possível, inclusive, que tenha prejudicado as condições de trabalho na Unidade.

Segundo Souza *et al.*, o não reconhecimento e a desvalorização do trabalho de outros profissionais da equipe na prática do Acolhimento, além da pressão da demanda por atendimento médico imediato por parte dos usuários foram referidos por profissionais de saúde como fatores de significativo sofrimento e estresse<sup>11</sup>.

A busca do usuário por atendimento médico imediato, a falta de respaldo administrativo para que os outros membros da equipe atuem sobre determinados agravos e a não multiprofissionalidade no Acolhimento podem também estar contribuindo para que a lógica assistencial na USF de Água Vermelha continue médico-centrada. Para aumentar a autonomia dos profissionais não médicos e melhorar a qualidade e resolubilidade da assistência, muitos municípios trabalham com protocolos de atendimentos. Nesses locais, outros profissionais, por meio de ações normatizadas, têm respaldo, autoridade, autorização e autonomia para atuar sobre determinadas situações no processo de cuidado. Isso permite que contribuam para a ampliação, a integralidade e a descentralização da assistência em saúde<sup>16</sup>. No município de São Carlos, há ape-

nas o “Protocolo de Avaliação de Risco no Acolhimento à Criança”<sup>20</sup>. Ainda assim, o cuidado à criança em Água Vermelha segue a lógica tradicional anterior à prática do Acolhimento, uma vez que o protocolo reduz-se a um fluxograma para ações sistematizadas sobre algumas doenças. Desse modo, a maioria das decisões e ações necessárias ao cuidado do usuário continua centrada no médico.

Além disso, esse contexto conta com algumas dissintonias ainda por se entenderem e se resolverem entre o Projeto de Lei do Ato Médico, em tramitação no Congresso Nacional, e a proposta assistencial da ESF. Essa situação mantém dúvidas e inseguranças com relação à participação de cada categoria profissional na descentralização da exclusividade médica sobre o cuidado em saúde, fazendo com que determinadas intenções e propostas do SUS aguardem por esclarecimentos éticos e técnicos<sup>21</sup>.

A pequena proporção com que a equipe matricial foi solicitada para apoiar o Acolhimento, declarada em apenas 8 dos 221 registros que continham essa informação (3,62%), pode ser reflexo também da dificuldade de acesso a esses profissionais, uma vez que não se encontram na Unidade todos os dias. Quando presentes, já possuem atividades planejadas, como grupos, atendimentos e visitas. Isso prioriza a opção pelos profissionais de referência, cotidianamente disponíveis na Unidade de Saúde, por parte do setor de Acolhimento. Outros modos de atuação da equipe matricial no Acolhimento precisam ser pensados, como discussões sobre casos de maior prevalência ou casos de maior dificuldade de enfrentamento pela equipe em outros espaços, como reuniões de equipe e, até mesmo, cuidados individuais e qualificação do Acolhimento.

No que diz respeito à utilização da rede de saúde ou à interseccionalidade assistencial, essa informação esteve presente em 297 dos 305 questionários (97,38%). Destes, em 12 (4,04%) relatava-se a indicação de outros serviços para atendimento ao usuário. Todos os indicados eram da área de saúde. A articulação intersectorial em rede prevê a contribuição também de serviços não ligados diretamente a cuidados de saúde. Conforme demonstrado, em Água Vermelha não observamos esse tipo de encaminhamento no Acolhimento, o que pode estar refletindo a desarticulação do sistema em relação a uma potencial rede de cuidados ou inexistência efetiva dessa retaguarda para a atenção básica.

O encaminhamento a outros serviços, na prática, só é realizado, na maioria das vezes, pelo médico. Isso confirma, mais uma vez, a limitada oportunidade de decisão por parte dos outros profissionais e o foco biológico da concepção de cuidado da rede assistencial.

Concluimos que o Acolhimento é um recurso destinado a apoiar a qualificação do sistema de saúde, definido como uma prática que possibilita ao cidadão o acesso a um cuidado justo, ampliado e integral por meio da interprofissionalidade e intersectorialidade assistencial, a partir do reconhecimento de que esse acesso é um direito humano fundamental. Ou seja, uma ferramenta capaz de permitir que o SUS possa honrar efetivamente seus princípios constitucionais.

Não obstante, a partir do exemplo da USF de Água Vermelha, em São Carlos, São Paulo, e de outros relatos da literatura, é preciso qualificar o modo como vem sendo aplicado na prática, para que contribua com o objetivo a que se destina. Em outras palavras, implantar o Acolhimento

desarticulado de uma rede assistencial e sem o resgate da interprofissionalidade no processo de cuidado o reduz a uma triagem e não possibilita uma melhoria do sistema de saúde na proporção necessária e desejada. Portanto, não funciona adequadamente se implantado como medida isolada.

## Referências

1. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(3):316-9.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. p. 68.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família. Atenção Básica e a Saúde da Família. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>. Acesso em 16 dez. 2010.
4. Franco T, Panizzi M, Foschire M. O "Acolher Chapecó" e a mudança do processo de trabalho na rede básica de saúde. *Divulg Saúde Debate*. 2004;(30):30-5.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. p. 44.
6. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1999;15(2):345-53.
7. Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(6):1487-94.
8. Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde*. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ/ Instituto de Medicina Social; 2003. p. 89-111.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. p. 44.
10. Takemoto MLS, Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(2):331-40.
11. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(Sup 1): s100-10.
12. Santana ML. Demanda espontânea e planejamento estratégico situacional no Programa Saúde da Família de Pindamonhangaba. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Economia, Contabilidade e Administração, Universidade de Taubaté, Taubaté, São Paulo; 2008. p. 16-18, 44, 52, 169-78.
13. Lima MADS, Ramos DD, Rosa RB, Nauderer TM, Davis R. Acesso e Acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. *Acta Paul Enferm*. 2007;20(1):12-7.
14. Beck CLC, Minuzi D. O acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica. *Saúde*, Santa Maria 2008;34a(1-2):37-43.
15. Souto BGA, Vieira JJR. Estudo de demanda ambulatorial no Centro de Saúde de Resende Costa, MG, realizado entre 18 de julho e 9 de setembro de 1994. *Rev Med Minas Gerais*. 1996;6(4):132-37.
16. Esperança AC, Cavalcante RB, Marcolino C. Estudo da demanda espontânea em uma Unidade de Saúde da Família de uma cidade de médio porte do interior de Minas Gerais, Brasil. *REME Rev Min Enferm*. 2006;10(1): 30-6.
17. Almeida-Filho N, Rouquayrol MZ. *Introdução à Epidemiologia*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2006 p.244.
18. Medronho RA, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL. *Epidemiologia*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2009. p.790.
19. Pinafo E, Lima JVC, Baduy RS. Acolhimento: concepção dos auxiliares de enfermagem e percepção de usuários em uma unidade de saúde da família. *Espaço saúde*. 2008;9(2):17-25.
20. Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos. Protocolo de Avaliação de Risco no Acolhimento à Criança. Projeto de Extensão: fortalecimento da prática do acolhimento para usuários da rede de Atenção Básica de São Carlos. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos; 2008.
21. Rosa WAG, Labate RC. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2005;13(6): 1027-34.