



# Município de Capanema - PR

## Secretaria da Saúde



### SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAPANEMA – PR GESTÃO EM SAÚDE COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE POLÍTICA MUNICIPAL DE HUMANIZAÇÃO

### PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA COM ESTRATIFICAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

1



**CAPANEMA – PR  
2022**

|  |  |                                      |  |                   |
|--|--|--------------------------------------|--|-------------------|
| Emitido:<br>Ana Carolina de<br>Souza Bantle / Enf.<br>Coord. APS | Conferido:<br>Igor Daniel Sapper /<br>Sistemas e Previne<br>Brasil | Versão: 1                            | Aprovado:<br>Jonas Welter / Sec.<br>Municipal de Saúde | Resolução CMS: 08 |
|  |  | Data última<br>conferência: 24/08/22 |  | Data: 08/09/2022  |



# Município de Capanema - PR

## Secretaria da Saúde



### SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

#### SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

Jonas Welter

2

#### DIRETORA DE DEPARTAMENTO

Camila Eduarda Lopes

#### COORDENAÇÃO DE APS

Ana Carolina de Souza Bantle

#### COORDENAÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE NIS-1

Francielli O. Cunha Sperotto

#### COORDENAÇÃO DE SISTEMAS E PREVINE BRASIL

Igor Daniel Sapper

|  |  |   |  |                                       |
|--|--|---|--|---------------------------------------|
| Emitido:<br>Ana Carolina de<br>Souza Bantle / Enf.<br>Coord. APS | Conferido:<br>Igor Daniel Sapper /<br>Sistemas e Previne<br>Brasil | Versão: 1<br>Data última<br>conferência: 24/08/22 | Aprovado:<br>Jonas Welter / Sec.<br>Municipal de Saúde | Resolução CMS: 08<br>Data: 08/09/2022 |
|--|--|---|--|---------------------------------------|



### 1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária em Saúde (APS), caracterizada, entre outras especificidades, como a Porta de Entrada Preferencial do usuário no SUS, cumpre papel estratégico nas redes de atenção, servindo como base para o ordenamento e efetivação da integralidade da assistência. Para isso, é fundamental que a APS tenha alta resolutividade, o que, por sua vez, depende da capacidade clínica e de cuidado de suas equipes, bem como do grau de incorporação de tecnologias duras (diagnósticas e terapêuticas), e da articulação da APS com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A APS, enquanto um dos eixos estruturantes do SUS, vive um momento especial ao ser assumida como uma das prioridades do Ministério da Saúde, do Governo Federal e também do Governo Municipal. Entre os desafios atuais, destacam-se aqueles relativos ao acesso e acolhimento, à efetividade e resolutividade das suas práticas, ao recrutamento, provimento e fixação de profissionais, à capacidade de gestão/coordenação do cuidado e, de modo mais amplo, às suas bases de sustentação e legitimidade social.

Nesse material, o foco é a APS e os aspectos presentes no processo de acolhimento e gerenciamento da demanda espontânea dos usuários, estratificando e vinculando os pacientes às Equipes de Estratégia de Saúde da Família – ESF.

***Capanema está construindo um modelo assistencial***, tendo como eixo principal a promoção e a proteção da saúde. Várias intervenções estão sendo implementadas com o objetivo de realizar transformações significativas no processo de trabalho em saúde e na melhoria dos serviços ofertados a população. O município busca, por meio do trabalho em equipe, uma melhor interação com a comunidade, visando a intersectorialidade com os diversos serviços existentes. Essas ações são primordiais para o aumento da qualidade da atenção prestada ao usuário capanemense.

Esperamos que este material venha de encontro ao objetivo de fortalecimento da APS, sendo mais uma estratégia que caminha no sentido de aumentar a sua resolutividade, a capacidade de coordenação do cuidado, e a sua legitimidade social.

Por fim, trabalhar e instigar o acolhimento de forma constantes com nossas equipes é essencial para que o processo de trabalho seja embasado nas necessidades do indivíduo, visando a humanização da assistência, em consonância com os Princípios e Diretrizes do SUS.

|  |  |   |  |                                       |
|--|--|---|--|---------------------------------------|
| Emitido:<br>Ana Carolina de<br>Souza Bantle / Enf <sup>a</sup> .<br>Coord. APS | Conferido:<br>Igor Daniel Sapper /<br>Sistemas e Previne<br>Brasil | Versão: 1<br>Data última<br>conferência: 24/08/22 | Aprovado:<br>Jonas Welter / Sec.<br>Municipal de Saúde | Resolução CMS: 08<br>Data: 08/09/2022 |
|--|--|---|--|---------------------------------------|



## 2. ACOLHIMENTO

Existem várias definições de acolhimento, tanto nos dicionários quanto em setores como a saúde. A existência de várias definições revela os múltiplos sentidos e significados atribuídos a esse termo, de maneira legítima, como pretensões de verdade. Assim, *o mais importante não é a busca pela definição correta ou verdadeira de acolhimento, mas a clareza e explicitação da noção de acolhimento que é adotada ou assumida situacionalmente por atores concretos, revelando perspectivas e intencionalidades*. Nesse sentido, poderíamos dizer, genericamente, que o acolhimento **é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas**.

Em outras palavras, o acolhimento não é, *a priori*, algo bom ou ruim, mas sim uma prática constitutiva das relações de cuidado. Sendo assim, em vez (ou além) de perguntar se, em determinado serviço, há ou não há acolhimento, talvez seja mais apropriado analisar como ele se dá. O acolhimento, se revela menos no discurso sobre ele do que nas práticas concretas. Partindo dessa perspectiva, podemos pensar em modos de acolher a demanda espontânea que chega às UBS do município.

### 2.1 Por que acolher a demanda espontânea da APS?

Por mais de uma razão. *A primeira delas* é porque, a despeito da existência de formas cientificamente fundadas, de definição objetiva das necessidades de saúde e das formas de lidar com elas, é preciso entender que a ciência e os profissionais de saúde não são os únicos definidores desse conceito. O usuário, por sua vez, também define, com formas e graus variados, o que é necessidade de saúde para ele, podendo apresentá-la enquanto demanda ao serviço de saúde. Da mesma forma, é essencial que a necessidade apresentada pelo usuário seja acolhida, escutada, problematizada e reconhecida como legítima. Às vezes, há coincidência nos pontos de vista técnico-profissional x usuário. No entanto, quando isso não acontece, é necessário um esforço de diálogo e compreensão, sem o qual são produzidos ruídos que se materializam, por exemplo, em queixas, reclamações, retornos repetidos e busca por outros serviços.

*A segunda razão* é que vários tipos de demanda podem, em grande parte, ser acolhidos e satisfeitos na APS, inclusive com as modalidades de tecnologias leve-duras (conhecimentos, protocolos), e duras (materiais, equipamentos), que podem e devem estar disponíveis nesse tipo de serviço. Como exemplo de situações não programadas que podem ser acolhidas na APS, temos: usuário com cefaleia ou tontura; disúria; febre;

|  |  |   |  |                                       |
|--|--|---|--|---------------------------------------|
| Emitido:<br>Ana Carolina de<br>Souza Bantle / Enf <sup>a</sup> .<br>Coord. APS | Conferido:<br>Igor Daniel Sapper /<br>Sistemas e Previne<br>Brasil | Versão: 1<br>Data última<br>conferência: 24/08/22 | Aprovado:<br>Jonas Welter / Sec.<br>Municipal de Saúde | Resolução CMS: 08<br>Data: 08/09/2022 |
|--|--|---|--|---------------------------------------|



# Município de Capanema - PR

## Secretaria da Saúde



sangramento vaginal, suturas simples, entre outros. Essas situações revelam que, apesar de ser necessário programar o acompanhamento das pessoas nas agendas dos profissionais, evitando que a atenção primária se reduza a um Pronto-Atendimento, também é fundamental que as unidades de APS estejam abertas e preparadas para acolher o que não pode ser programado, assim como as eventualidades e os imprevistos.

Muito questiona-se: como o usuário pode “decidir/adivinhar” o dia/hora que ficará doente? Seria possível prevenir todos os casos de ansiedade e dor muscular? A resposta é “não”. O que não quer dizer que, diante desses casos, o modo de atuar seja somente do tipo queixa-conduta. Muitas vezes, o acolhimento a essas situações demandará continuidade no cuidado. Já em outras, poderá requerer, inclusive, apoio matricial e/ou encaminhamento para outros serviços.

*Outra razão é que, muitas vezes, esses momentos de crise dos usuários são fundamentais para a criação e fortalecimento de vínculos. São momentos em que se sentem, comumente, desamparados, desprotegidos, ameaçados, fragilizados. Nessas situações, é esperado que muitos deles recorram às Unidades Básicas, tanto pela proximidade quanto pelos vínculos que possuem com os profissionais. O fato de conhecer um usuário, sua história, não só facilita a identificação do problema (evitando solicitações, encaminhamentos e intervenções desnecessárias), como também o seu acompanhamento.*

Não podemos esquecer também que mesmo os usuários que são acompanhados regularmente pelas ações programáticas, podem apresentar exacerbação em seu quadro clínico, e demandar de atenção em momentos que não são os de acompanhamento agendado. Perde-se a legitimidade perante os usuários uma equipe que os acompanha em atividades programadas, mas não os acolhe no momento de agudização. Constrói-se a imagem na sociedade de que “a unidade básica de saúde só serve para quando a pessoa estiver **saudável**; se estiver **doente**, terá que ir a um Pronto-Atendimento ou Hospital”. Nessa concepção, facilita-se a vinculação da ideia de que a UBS é um serviço de menor relevância ou inferior, o que é justamente o **contrário** do esperado pela APS.

Além disso, ao atender à demanda espontânea, as equipes podem se deparar com a não efetividade de algumas condutas e projetos terapêuticos prévios, ou com situações novas que requerem invenção de estratégias diferentes de cuidado e de reorganização do serviço. Por exemplo, como lidar com o usuário que só procura a unidade quando está se sentindo muito mal? O que fazer com a senhora “poliqueixosa” que aparece todo dia na unidade? Diante de algum usuário que apresenta vários problemas de saúde, por onde começar? Como atender à demanda espontânea adequadamente e, ao mesmo tempo, não prejudicar o atendimento programado e não sobrecarregar os profissionais? Para essas questões, não há receitas ou fórmulas suficientes. O que se recomenda é que essas situações sejam objeto de conversa, decisão, experimentação e análise pelos trabalhadores das equipes, aproveitando as ferramentas e experiências já existentes.

|  |  |   |  |                                       |
|--|--|---|--|---------------------------------------|
| Emitido:<br>Ana Carolina de<br>Souza Bantle / Enf <sup>a</sup> .<br>Coord. APS | Conferido:<br>Igor Daniel Sapper /<br>Sistemas e Previne<br>Brasil | Versão: 1<br>Data última<br>conferência: 24/08/22 | Aprovado:<br>Jonas Welter / Sec.<br>Municipal de Saúde | Resolução CMS: 08<br>Data: 08/09/2022 |
|--|--|---|--|---------------------------------------|



### 2.2 O Acolhimento como mecanismo de ampliação/facilitação do acesso

O acolhimento aparece, aqui, como forma de inclusão dos usuários, na medida em que pressupõe que não apenas determinados grupos populacionais (portadores de agravos mais prevalentes e/ou recortados a partir de ciclos de vida) são objeto privilegiado do trabalho das equipes, mas também as pessoas que apresentam necessidades de saúde que não estão contempladas nesses critérios. Sendo assim, podem ser cuidados na APS, por exemplo, tanto um portador de hipertensão arterial como alguém com gastrite. Além disso, a ampliação de acesso se dá, também, uma vez que contempla adequadamente tanto a agenda programada quanto a demanda espontânea, abordando-se cada uma dessas situações segundo as especificidades de suas dinâmicas e tempos.

6

### 2.3 O acolhimento como postura, atitude e tecnologia do cuidado

Nesse aspecto, o acolhimento aparece centralmente marcado no território das tecnologias leves, encarnadas nas relações que se estabelecem entre trabalhadores e usuários, nos modos de escutas e filtros, nas maneiras de lidar com o não previsto, nos modos de construção de vínculos, nas formas de sensibilidade do trabalhador, num certo posicionamento ético situacional, que influencia fortemente, inclusive, o modo de agenciamento de tecnologias leve-duras e duras.

Além disso, o acolhimento pode facilitar a continuidade e redefinição dos projetos terapêuticos dos usuários, sobretudo quando eles procuram a unidade de saúde fora das consultas ou atividades agendadas. Como exemplo, podemos pensar na atitude da equipe quando uma mulher que não leva o filho às consultas programadas de puericultura, mas resolve levá-lo com diarreia ao serviço, em um dia não previsto.

### 2.4 O acolhimento como dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe

Nesse caso, a implantação de acolhimento da demanda espontânea “pede” e provoca mudanças nos modos de organização das equipes, nas relações entre os trabalhadores e nos modos de cuidar. Para acolher a demanda espontânea com equidade e qualidade, não basta distribuir senhas em número limitado (fazendo com que os

|  |  |   |  |                                       |
|--|--|---|--|---------------------------------------|
| Emitido:<br>Ana Carolina de<br>Souza Bantle / Enf <sup>a</sup> .<br>Coord. APS | Conferido:<br>Igor Daniel Sapper /<br>Sistemas e Previne<br>Brasil | Versão: 1<br>Data última<br>conferência: 24/08/22 | Aprovado:<br>Jonas Welter / Sec.<br>Municipal de Saúde | Resolução CMS: 08<br>Data: 08/09/2022 |
|--|--|---|--|---------------------------------------|



# Município de Capanema - PR

## Secretaria da Saúde



usuários formem filas na madrugada), nem é possível (nem necessário) encaminhar todas as pessoas ao médico, já que ***o acolhimento não deve se restringir a uma triagem para atendimento médico***. Organizar-se a partir do acolhimento dos usuários exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população, pois são todas as ofertas que devem estar à disposição para serem agenciadas, quando necessário, na realização da escuta qualificada da demanda.

É importante, por exemplo, que as equipes discutam e definam (mesmo que provisoriamente) o modo como os diferentes profissionais participarão do acolhimento. Quem vai receber o usuário que chega; como avaliar o risco e a vulnerabilidade desse usuário; o que fazer de imediato; quando encaminhar/agendar uma consulta médica; como organizar a agenda dos profissionais; que outras ofertas de cuidado (além da consulta) podem ser necessárias, entre outros. Como se pode ver, é fundamental ampliar a capacidade clínica da equipe de saúde, para escutar de forma ampliada, reconhecer riscos e vulnerabilidades e realizar/acionar intervenções.

7

### 3. OBJETIVOS

Em suma, buscamos através desse Protocolo:

- Apresentar aspectos cruciais a implantação do acolhimento ao usuário do serviço da rede de atenção primária à saúde no município;
- Estabelecer estratégias para a classificação/estratificação de risco dos usuários, com o intuito de acompanhá-los corretamente, de acordo com as suas necessidades individuais;
- Otimizar os recursos disponíveis, buscando oferecer a melhor alternativa assistencial;
- Aumentar os indicadores do Programa Previne Brasil no município.

|  |  |   |  |                                       |
|--|--|---|--|---------------------------------------|
| Emitido:<br>Ana Carolina de<br>Souza Bantle / Enf <sup>a</sup> .<br>Coord. APS | Conferido:<br>Igor Daniel Sapper /<br>Sistemas e Previne<br>Brasil | Versão: 1<br>Data última<br>conferência: 24/08/22 | Aprovado:<br>Jonas Welter / Sec.<br>Municipal de Saúde | Resolução CMS: 08<br>Data: 08/09/2022 |
|--|--|---|--|---------------------------------------|



#### 4. REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO E O ACOLHIMENTO DA DEMANDA ESPONTÂNEA NA APS

Para implantar práticas e processos de acolhimento visando melhorar a acessibilidade do usuário e a escuta dos profissionais, não são suficientes ações normativas, burocráticas nem discursivas. Além disso, apesar de ser útil e até necessária em alguns tipos de unidades, não basta ter uma “sala de acolhimento”, por exemplo, e é equivocado restringir a responsabilidade pelo ato de acolher aos trabalhadores da recepção (ou a qualquer trabalhador isoladamente), pois o acolhimento não se reduz a uma etapa nem a um lugar.

Também, é insuficiente fazer a escuta da demanda espontânea no início do turno de atendimento e retomar um conjunto de barreiras para um usuário que, eventualmente, chegue “fora do horário estipulado para o funcionamento do acolhimento”. Assumir efetivamente o acolhimento como diretriz é um processo que demanda transformações intensas na maneira de funcionar a atenção primária. Isso requer um conjunto de ações articuladas, envolvendo usuários, trabalhadores e gestores, pois a implantação do acolhimento dificilmente se dá apenas a partir da vontade de um ator isolado. Com efeito, múltiplos aspectos técnicos e político-institucionais precisam ser mobilizados para obtermos êxito na implementação do acolhimento. Quaisquer que sejam as ações, é fundamental termos arranjos organizacionais que se adaptem à demanda real de cada situação.

Serão apresentados, no decorrer desse Protocolo, Fluxogramas de Atendimento no Município de Capanema, como propostas e estratégias de atendimento humanizado, com acolhimento, ao usuário. Entretanto, desde já vale frisar que não se trata de uma proposta operacional para ser assim aplicada de forma engessada, em todos os lugares (independentemente da realidade local), visto que, dentro do próprio município, observamos realidades distintas entre os territórios. *O objetivo principal desse Protocolo é apresentar alguns aspectos frequentemente vistos como cruciais em experiências de implantação de acolhimento, e que servem como exemplos, referências, fonte de diálogos, podendo ser mais ou menos pertinentes de acordo com a dinâmica de cada realidade.*

##### 4.1 Fluxo dos usuários na UBS

O fluxograma a seguir busca representar um padrão de fluxo dos usuários nas UNIDADES BÁSICAS de SAÚDE (UBS), partindo do pressuposto de que a recepção é

|  |  |                                      |  |                   |
|--|--|--------------------------------------|--|-------------------|
| Emitido:<br>Ana Carolina de<br>Souza Bantle / Enf <sup>a</sup> .<br>Coord. APS | Conferido:<br>Igor Daniel Sapper /<br>Sistemas e Previne<br>Brasil | Versão: 1                            | Aprovado:<br>Jonas Welter / Sec.<br>Municipal de Saúde | Resolução CMS: 08 |
|  |  | Data última<br>conferência: 24/08/22 |  | Data: 08/09/2022  |





# Município de Capanema - PR

## Secretaria da Saúde



o primeiro contato do paciente. Espera-se que, havendo situações imprevistas cuja avaliação e definição de oferta(s) precisa(s) de cuidado não sejam possíveis na recepção, deve haver um espaço adequado para escuta, análise, definição de oferta de cuidado com base na necessidade de saúde e, em alguns casos, intervenções. Exemplo disso, é a sala de triagem ou consultório de enfermagem.

Como todo padrão, este, ainda que se aplique a grande número de situações, não pode ser tomado em caráter absoluto, sob pena de gerar problemas decorrentes da falta de mediação e ajuste entre um padrão recomendado e uma realidade com características singulares. O mais importante, nesse desenho, não é a definição da ordem e do local onde cada ação deve ser realizada, mas a lógica dele, que, sinteticamente, supõe:

- 1) Que usuários com atividades agendadas (consultas, por exemplo) ou da rotina da unidade (vacina, realização de exames) devem ser recebidos e devidamente direcionados, evitando esperas desnecessárias com potencial de confusão na recepção;
- 2) Que situações imprevistas são inerentes à vida e, nesse caso, requerem certa organização da unidade e do processo de trabalho da equipe, tanto para compreendê-las quanto para intervir sobre elas;
- 3) Que os trabalhadores encarregados de escutar demandas que surgem espontaneamente (sem agendamento prévio) devem ter: capacidade de analisá-las (identificando riscos e analisando vulnerabilidade), clareza das ofertas de cuidado existentes na UBS, possibilidade de diálogo com outros colegas, algum grau de resolutividade e respaldo para acionar as ofertas de cuidado em tempos e modos que considerem a necessidade dos usuários.

Outro aspecto importante que merece ser destacado é que, em algumas situações, *a própria pessoa que realiza a escuta pode ser a responsável por realizar intervenções* (em maior ou menor grau). Por exemplo, se um usuário apresenta dispnéia moderada, a acomodação dele e a colocação de uma máscara de oxigênio pode ser feita até que o médico o avalie. Ou, ainda, se uma criança de quatro anos apresenta diarreia leve sem qualquer sinal de risco, o enfermeiro, imediatamente após a escuta, pode oferecer sais para reidratação oral e orientar os pais sobre cuidados e sinais de risco, inclusive solicitando o agente comunitário de saúde a visitar a família, se necessário (a depender da avaliação de vulnerabilidade psicossocial). Nesses casos, fica evidente a preocupação de não burocratizar o acolhimento e o fluxo do usuário na unidade, bem como de ampliar a resolutividade e a capacidade de cuidado da equipe. Lembrando que, na atenção básica, os usuários geralmente são conhecidos ou estão próximos (por morarem perto ou serem adstritos à UBS), e que o efetivo trabalho em equipe (multi e transdisciplinar) produz relações solidárias e complementares entre os profissionais (enriquecendo-os individualmente e ao conjunto da equipe), gerando, assim, mais segurança e proteção para os usuários.

|  |  |   |  |                                       |
|--|--|---|--|---------------------------------------|
| Emitido:<br>Ana Carolina de<br>Souza Bantle / Enf <sup>a</sup> .<br>Coord. APS | Conferido:<br>Igor Daniel Sapper /<br>Sistemas e Previne<br>Brasil | Versão: 1<br>Data última<br>conferência: 24/08/22 | Aprovado:<br>Jonas Welter / Sec.<br>Municipal de Saúde | Resolução CMS: 08<br>Data: 08/09/2022 |
|--|--|---|--|---------------------------------------|



# Município de Capanema - PR

## Secretaria da Saúde



No que se refere à definição de intervenções, segundo a estratificação da necessidade do usuário (mediante avaliação de risco e vulnerabilidade) em “não agudo” (intervenções programadas) e “agudo” (atendimento imediato, prioritário ou no dia), **o que se pretende é que a necessidade do usuário seja estruturante do tipo e do tempo das intervenções**, materializando, aqui, o princípio da equidade. Mais uma vez, o fluxograma proposto deve ser contextualizado, pois, se há um usuário cuja necessidade requer agendamento de consulta em até uma semana e se há disponibilidade no dia (pelo número de faltosos, por exemplo), pode-se aproveitar para atendê-lo, otimizando as ofertas existentes e fortalecendo potencialmente o seu vínculo com a equipe.

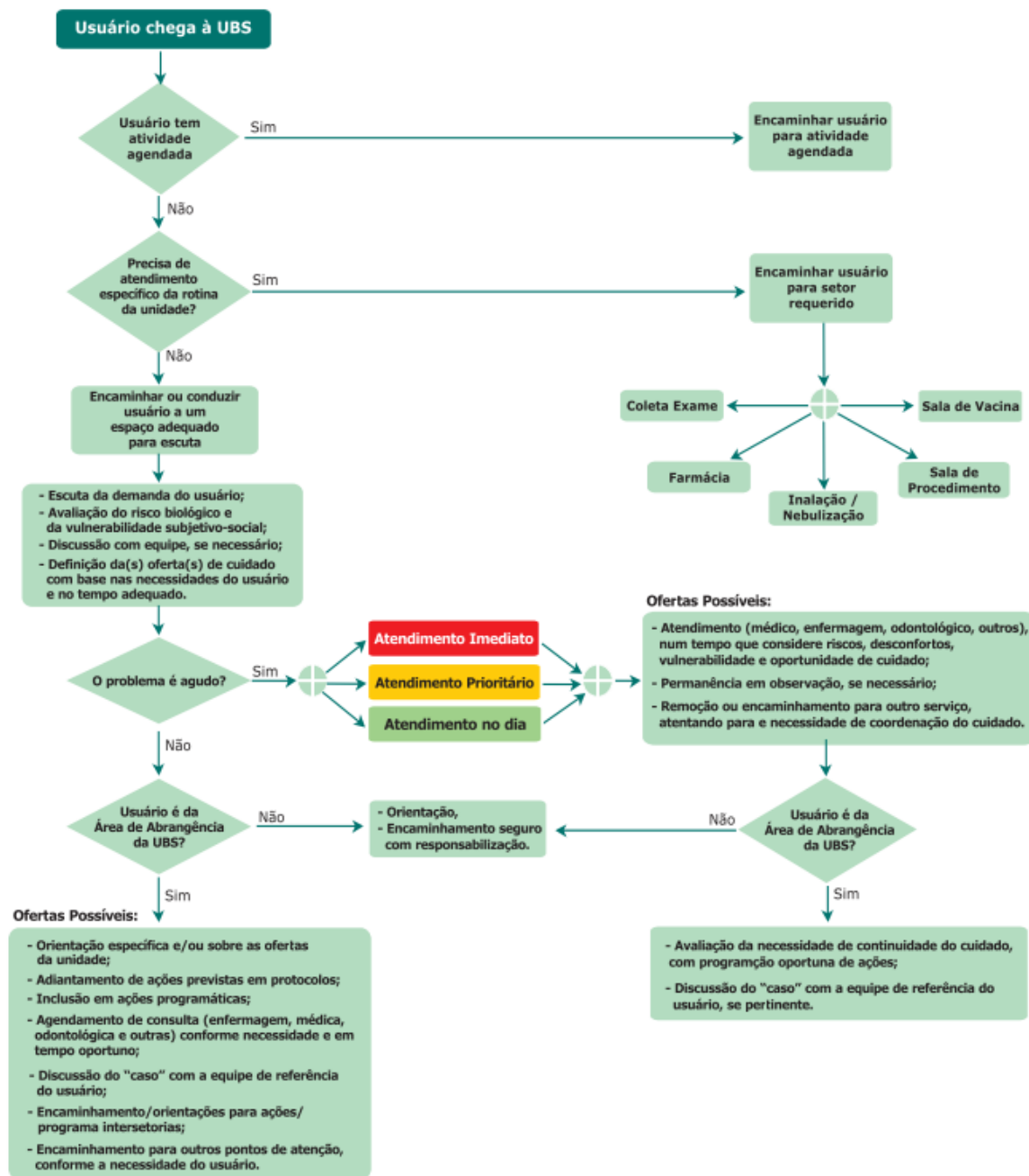
Em síntese, este fluxograma deve ser tomado como uma oferta, um ponto de partida possível, uma estratégia de visualização e organização do trabalho coletivo na UBS, devendo, sempre que necessário, ser adaptado, enriquecido, testado e ajustado, considerando a singularidade de cada lugar, de modo a facilitar o acesso, a escuta qualificada e o atendimento a necessidades de saúde com equidade, assumindo a perspectiva usuário-centrada como um posicionamento ético político que tem implicações organizativas e no processo de trabalho das equipes.

|  |  |   |  |                                       |
|--|--|---|--|---------------------------------------|
| Emitido:<br>Ana Carolina de<br>Souza Bantle / Enf <sup>a</sup> .<br>Coord. APS | Conferido:<br>Igor Daniel Sapper /<br>Sistemas e Previne<br>Brasil | Versão: 1<br>Data última<br>conferência: 24/08/22 | Aprovado:<br>Jonas Welter / Sec.<br>Municipal de Saúde | Resolução CMS: 08<br>Data: 08/09/2022 |
|--|--|---|--|---------------------------------------|



# Município de Capanema - PR

## Secretaria da Saúde



|   |   |  |   |                                       |
|---|---|--|---|---------------------------------------|
| Emitido:<br>Ana Carolina de Souza Bantle / Enf <sup>a</sup> .<br>Coord. APS | Conferido:<br>Igor Daniel Sapper /<br>Sistemas e Previne Brasil | Versão: 1<br>Data última conferência: 24/08/22 | Aprovado:<br>Jonas Welter / Sec. Municipal de Saúde | Resolução CMS: 08<br>Data: 08/09/2022 |
|---|---|--|---|---------------------------------------|



### 4.2 Modelagens de acolhimento

Quando falamos do acolhimento como atitude e tecnologia de cuidado, como mecanismo de ampliação do acesso e como dispositivo de (re)organização do processo de trabalho das equipes, imprimimos sentidos e perspectivas a ele que são fundamentais aos sujeitos em ação, que pretendem constituir novos modos de receber e escutar os usuários na APS. No entanto, sobretudo quando estamos falando do acolhimento à demanda espontânea, é fundamental traduzir tais sentidos e perspectivas em arranjos e práticas concretas, mesmo que provisoriamente. Também é importante colocar essa tradução concreta em análise (identificando alcances e limites, problemas e potencialidades) e fazer os ajustes necessários, pois isso faz parte do dia a dia do trabalho.

Nesse sentido, apesar de ser frequente o êxito do “Acolhimento pela equipe de referência do usuário”, principalmente em termos de vinculação e responsabilização, *cabe dizer que não existe uma única e melhor forma de acolher a demanda espontânea para todos os contextos*. Pela nova Política Nacional de Atenção Básica, formalizada no ano de 2020, entende-se a dinamicidade do território, bem como de seus usuários, *não podendo então engessá-los ao seu local de moradia*. Assim, há, diferentes possibilidades de modelagens, cuja experimentação propicia tanto o ajuste à realidade de cada unidade, como o protagonismo dos trabalhadores e usuários na implementação do acolhimento, de forma dialogada e compartilhada. A participação dos trabalhadores na análise e decisão sobre os modos de acolher a demanda espontânea é fundamental, também, para a sustentabilidade desse tipo de iniciativa, na medida em que aumenta as chances de autoria e pertencimento coletivos.

**Em Capanema**, priorizamos que o usuário seja: 1) acolhido na Porta de Entrada que procurou; 2) atendido previamente pela equipe disponível para, se necessário, 3) ser referenciado de forma segura, após contato prévio, à sua equipe de referência.

### 4.3 Avaliação de risco e estratificação

A fila e a cota de “consultas do dia” (senhas limitadas), além de submeterem as pessoas à espera, em situação desconfortável e sem garantia de acesso, são muitas vezes o contrário do princípio da equidade, na medida em que o critério mais comum de acesso, nesses casos, é a ordem de chegada. Dessa forma, **o acesso com equidade deve ser uma preocupação constante no acolhimento da demanda espontânea**. A equidade, como princípio de justiça, baseia-se na premissa de que é preciso tratar

|  |  |   |  |                                       |
|--|--|---|--|---------------------------------------|
| Emitido:<br>Ana Carolina de<br>Souza Bantle / Enf <sup>a</sup> .<br>Coord. APS | Conferido:<br>Igor Daniel Sapper /<br>Sistemas e Previne<br>Brasil | Versão: 1<br>Data última<br>conferência: 24/08/22 | Aprovado:<br>Jonas Welter / Sec.<br>Municipal de Saúde | Resolução CMS: 08<br>Data: 08/09/2022 |
|--|--|---|--|---------------------------------------|



# Município de Capanema - PR

## Secretaria da Saúde



diferentemente os desiguais (diferenciação positiva), ou cada um de acordo com a sua necessidade, corrigindo/evitando diferenciações injustas e negativas. Como fazer isso no cotidiano dos serviços, aonde muitas vezes chegam, ao mesmo tempo, várias pessoas com necessidades distintas?

Uma estratégia importante de garantia de acesso com equidade é a adoção da avaliação/estratificação de risco como ferramenta, possibilitando identificar as diferentes gradações de risco, as situações de maior urgência e, com isso, procedendo às devidas prioridades. Para isso, o trabalho em equipe é fundamental. Já na recepção da unidade, uma atendente, um porteiro ou um segurança podem identificar situações que apresentam maior risco ou que geram sofrimento intenso. Por exemplo, uma criança com febre alta, um adulto com cólica renal, um usuário agitado, uma pessoa com dificuldade de respirar, um idoso com dor no peito, entre outros. O reconhecimento desses e de outros sinais de risco pelos trabalhadores que comumente circulam ou permanecem nas áreas de recepção/espera pode e deve ser apoiado. Além disso, é recomendável que os demais profissionais façam ativamente esse tipo de observação, sobretudo nos horários em que a unidade de saúde estiver mais cheia.

As atividades de “sala de espera”, por exemplo, são também oportunidades de identificação de riscos mais evidentes. Mas é importante garantir espaços mais reservados para escuta e identificação de riscos, como o atendimento individual de enfermagem. Tanto porque o limiar de dor e o modo de manifestação de sofrimento variam entre as pessoas (nem sempre o risco é facilmente reconhecível), quanto porque há situações em que a exposição pública do sofrimento (ou do motivo da procura) intimida ou desrespeita os usuários. A estratificação de risco vai orientar não só o tipo de intervenção (ou oferta de cuidado) necessário, como também o tempo em que isso deve ocorrer.

Na Atenção Primária, diferentemente de um Pronto-Socorro, não é necessário adotar limites rígidos de tempo para atendimento médico (após acolhimento inicial), a não ser em situações de alto risco, nas quais a intervenção médica imediata se faz necessária (junto com os outros membros da equipe). Porém, **em certas situações, é importante priorizar o atendimento, sob pena de manter a pessoa em sofrimento, por tempo prolongado.** E a estratificação de risco pode ser bastante útil nesse sentido. No entanto, não basta olhar o risco em termos biológicos. É essencial lembrar que há algumas condições que aumentam a vulnerabilidade das pessoas e que o acolhimento representa grande oportunidade de incluí-las, de inseri-las em planos de cuidado. Como uma criança desnutrida que não é levada às consultas de puericultura há oito meses, um homem de 50 anos que vai a um serviço de saúde pela primeira vez depois de muitos anos, uma mulher em idade fértil (sem realizar citopatológico há quatro anos) que trabalha como diarista (sem carteira assinada) e cuida sozinha de três filhos menores de idade. Se eles procuram a unidade com um problema clinicamente simples e de baixo

|  |  |   |  |                                       |
|--|--|---|--|---------------------------------------|
| Emitido:<br>Ana Carolina de<br>Souza Bantle / Enf <sup>a</sup> .<br>Coord. APS | Conferido:<br>Igor Daniel Sapper /<br>Sistemas e Previne<br>Brasil | Versão: 1<br>Data última<br>conferência: 24/08/22 | Aprovado:<br>Jonas Welter / Sec.<br>Municipal de Saúde | Resolução CMS: 08<br>Data: 08/09/2022 |
|--|--|---|--|---------------------------------------|



# Município de Capanema - PR

## Secretaria da Saúde



risco, esse momento é oportuno também para ofertar ou programar outras possibilidades de cuidado.

Em alguns casos, o tato, a competência técnica, o bom senso e a sensibilidade são suficientes para avaliar os casos atendidos, considerando o risco e a vulnerabilidade. No entanto, pode haver dificuldades na estratificação, seja de cunho técnico, seja em termos da aceitação/suporte pelos colegas de trabalho. Por isso é importante que as equipes discutam, que haja troca de conhecimentos, que sejam pactuados critérios e sinais que sirvam de subsídios para a classificação do risco, bem como para o entendimento da vulnerabilidade (que, muitas vezes, requer exceção ao que está padronizado). Tem sido cada vez mais comum, principalmente nos serviços de urgência/emergência, a adoção de protocolos de estratificação de risco, gerando impacto importante na qualidade do acesso desses serviços. Esses protocolos podem ser referência, mas necessariamente precisam ser ressignificados e ajustados quando se trata da Atenção Primária.

A natureza da APS, na qual as noções de vinculação, responsabilização, clínica ampliada e gestão do cuidado são fundamentais, exige, de forma bastante evidente, a combinação do olhar sobre riscos e vulnerabilidades, por várias razões, entre as quais destacamos algumas:

- 1) *A presença de condições geradoras de grande vulnerabilidade* (riscos sociais ou subjetivos) pode requerer intervenções no mesmo dia (médicas ou não), agendamento para data próxima ou construção de projeto terapêutico singular em curto prazo, mesmo com risco biológico baixo;
- 2) *As classificações devem ser encaradas de maneira dinâmica*, já que pode haver mudança no grau de risco de um usuário, estando na unidade ou após ter saído dela;
- 3) *Pode haver necessidade de mais de um tipo de intervenção* (oferta de cuidado) no mesmo dia ou de programar outra(s) intervenção(ões). Por exemplo, uma criança com febre de 38,5 graus e dispneia leve pode receber um antitérmico ou compressa fria (pelo enfermeiro) antes de ser avaliada pelo médico (combinando previamente). Além disso, escutar a avaliação que os usuários fazem da sua situação é uma atitude de respeito e de apoio à construção de mais autonomia.

Em outras palavras, ***a avaliação de risco e vulnerabilidade devem ser, preferencialmente, um processo dialógico, não unilateral.*** Isso contribui para o autocuidado, assim como para a solidariedade entre os usuários. Obviamente, se um paciente estiver inconsciente, com dispneia grave ou com uma dor precordial forte, é importante agir imediatamente e dialogar de acordo com a possibilidade do outro. Ainda, há situações não previstas, como um eventual dia em que a quantidade de atendimentos está abaixo do esperado e os profissionais podem preferir atender pessoas que, em outros momentos de maior demanda, seriam agendadas para atendimento

|  |  |   |  |                                       |
|--|--|---|--|---------------------------------------|
| Emitido:<br>Ana Carolina de<br>Souza Bantle / Enf <sup>a</sup> .<br>Coord. APS | Conferido:<br>Igor Daniel Sapper /<br>Sistemas e Previne<br>Brasil | Versão: 1<br>Data última<br>conferência: 24/08/22 | Aprovado:<br>Jonas Welter / Sec.<br>Municipal de Saúde | Resolução CMS: 08<br>Data: 08/09/2022 |
|--|--|---|--|---------------------------------------|



posterior. Isso otimiza a agenda, responde mais rapidamente a necessidades e pode aumentar a vinculação.

*No fluxograma anteriormente exposto, na página 11, no item “Fluxo dos usuários na UBS”, apresentamos um modo de classificação sintético que correlaciona a avaliação de risco e vulnerabilidade aos modos de intervenção necessários. Nesse caso, adotamos a seguinte classificação:*

**1) Situação não aguda – condutas possíveis:**

- Orientação específica e/ou sobre as ofertas da unidade;
- Adiantamento de ações previstas em protocolos (ex.: teste de gravidez);
- Agendamento/programação de Intervenções.

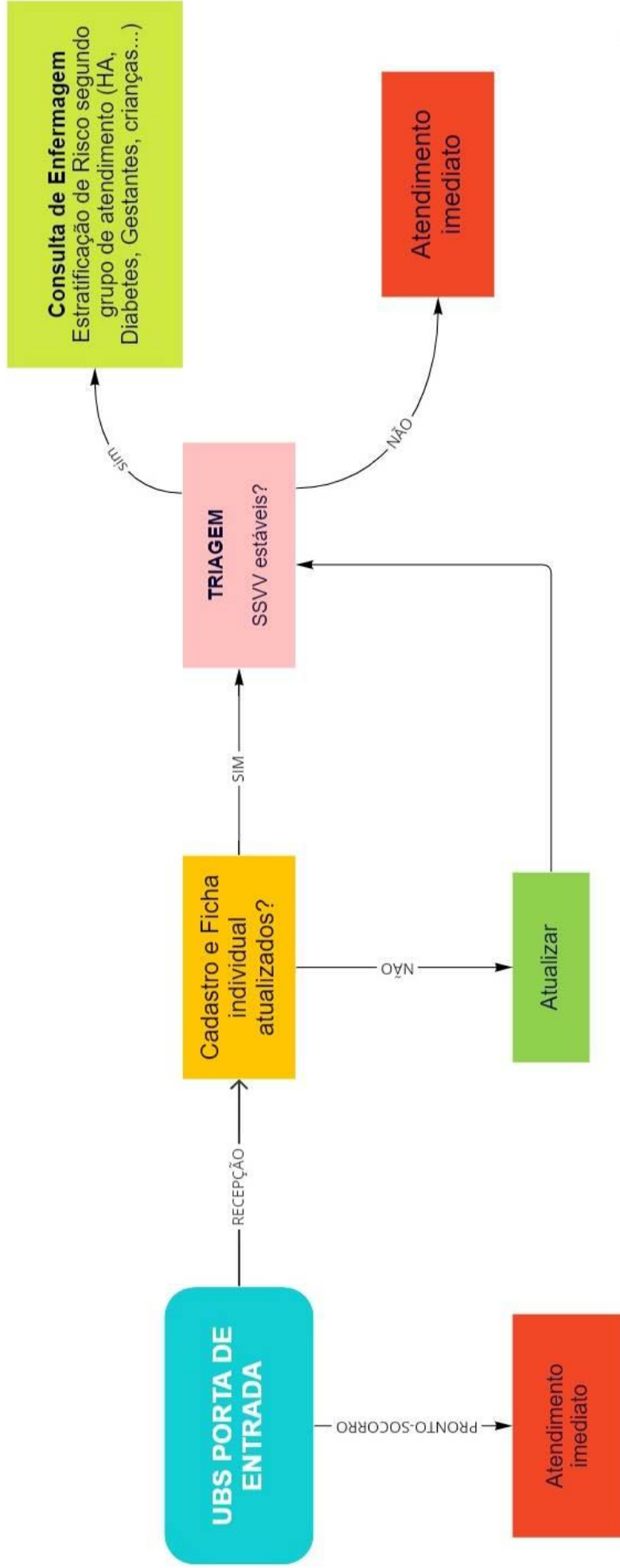
**2) Situação aguda – condutas possíveis:**

- Atendimento imediato (alto risco de vida): necessita de intervenção da equipe no mesmo momento, obrigatoriamente com a presença do médico. Ex.: PCR, dificuldade respiratória grave, convulsão, RNC, dor severa;
- Atendimento prioritário (risco moderado): necessita de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertada inicialmente medida de conforto pela enfermagem até a nova avaliação do profissional mais indicado para o caso. Influencia na ordem de atendimento. Ex.: crise asmática leve e moderada, febre sem complicação, gestante com dor abdominal, usuários que necessitam de isolamento, pessoas com ansiedade significativa;
- Atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante): situação que precisa ser manejada no mesmo dia pela equipe levando em conta a estratificação de risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial. O manejo poderá ser feito pelo enfermeiro e/ou médico e/ou odontólogo, dependendo da situação e dos protocolos locais. Ex.: disúria, tosse sem sinais de risco, dor lombar leve, renovação de medicamento de uso contínuo que já terminou, conflito familiar, usuário que não conseguirá acessar o serviço em outro momento.

A situação não aguda e os três tipos de atendimento da situação aguda podem, para fins de visualização e comunicação, ser representados por cores, a exemplo do que é feito nos protocolos de classificação de risco utilizados nos serviços de urgência. É oportuno lembrar ainda que, em qualquer situação, a vulnerabilidade deve ser considerada, com o cuidado de perceber se isso deve ser focado de imediato ou num momento posterior (se há alto risco de vida, a prioridade é a preservação da vida, obviamente). Abaixo, apresentaremos mais um Fluxograma de Atendimento.

|  |  |   |  |                                       |
|--|--|---|--|---------------------------------------|
| Emitido:<br>Ana Carolina de<br>Souza Bantle / Enf <sup>a</sup> .<br>Coord. APS | Conferido:<br>Igor Daniel Sapper /<br>Sistemas e Previne<br>Brasil | Versão: 1<br>Data última<br>conferência: 24/08/22 | Aprovado:<br>Jonas Welter / Sec.<br>Municipal de Saúde | Resolução CMS: 08<br>Data: 08/09/2022 |
|--|--|---|--|---------------------------------------|

# Acolhimento à Demanda Espontânea / Excedente



miro





# Município de Capanema - PR

## Secretaria da Saúde



No Fluxograma acima, é possível observar, de forma simples, o acolhimento as demandas espontâneas e excedentes de usuários. Espera-se, que o paciente previamente agendado, já tenha sido estratificado de acordo com os indicadores/protocolos do MACC e do Previne Brasil, para os quais as equipes receberam treinamento prévio. Da mesma forma, acredita-se que os pacientes provenientes de livre demanda/demanda espontânea, muitas vezes não estão estratificados corretamente, e nem estão com as Fichas Individuais devidamente atualizadas e vinculadas às ESF de origem. Esse, então, é o momento oportuno para realizar essa ação.

17

### **Planejamento Estratégico**

#### **AÇÕES:**

- I- Treinar permanentemente a equipe de profissionais da APS do município quanto aos protocolos de Estratificação do Ministério da Saúde e Linhas Guias do Estado do Paraná (Saúde Mental, do Idoso/Geriatria, Saúde da Mulher e da Criança, Saúde Mental, entre outras existentes e as novas que surgirem);
- II- Apontar os critérios/etapas metodológicas de registro e informação dos dados, para que os atendimentos, além de efetivos, sejam contabilizados para os indicadores;
- III- Revisar estudos de caso com as demandas que surgirem, que não atendam aos critérios estabelecidos, juntamente com as equipes da base, com intuito de prover um momento didático entre os profissionais.

#### **Responsáveis pela ação:**

- Comissão de elaboração, síntese, revisão e avaliação deste protocolo, nomeados em Portaria Municipal.

|  |  |   |  |                                       |
|--|--|---|--|---------------------------------------|
| Emitido:<br>Ana Carolina de<br>Souza Bantle / Enf <sup>a</sup> .<br>Coord. APS | Conferido:<br>Igor Daniel Sapper /<br>Sistemas e Previne<br>Brasil | Versão: 1<br>Data última<br>conferência: 24/08/22 | Aprovado:<br>Jonas Welter / Sec.<br>Municipal de Saúde | Resolução CMS: 08<br>Data: 08/09/2022 |
|--|--|---|--|---------------------------------------|



#### 4. OFERTAS DE CUIDADO E DESMEDICALIZAÇÃO

Com alguma frequência, vê-se o acolhimento da demanda espontânea na APS se reduzir a uma triagem para o atendimento médico. E, quando a consulta médica é a principal (ou única) oferta de cuidado de uma unidade, esse risco transforma-se praticamente numa certeza. Sendo assim, se um dos efeitos e condições do acolhimento da demanda espontânea é a ampliação da capacidade clínica e de cuidado da equipe, isso tem que ser objeto de traduções concretas no cotidiano da unidade de saúde. A ampliação da capacidade clínica da equipe deve ser perseguida não apenas para estratificar os riscos (o que é fundamental) ou para realizar intervenções imediatas, ou seja, não deve se limitar ao momento do acolhimento inicial nem a respostas do tipo queixa-conduta.

É crucial passar da lógica procedimento-centrada à lógica usuário-centrada. Todos sabemos que, nos dias de hoje, o fenômeno da medicalização está aumentando. A Medicalização, que se caracteriza pela transformação reducionista e interessada de problemas da vida social em problemas tipicamente médicos, muitas vezes com intervenções que se antecipam aos problemas – intervenções que inventam problemas para si (CAMARGO JR., 2005 APUD BRASIL, 2013). A medicalização é fortemente influenciada por interesses da indústria de medicamentos, de equipamentos diagnósticos e terapêuticos, de alimentos, pelas instituições formadoras e pelas corporações profissionais. E, embora o médico possa ser um importante agente de medicalização, os outros profissionais de saúde também podem atuar, em algum grau, nesse processo, ampliando o exercício profissional para dimensões da vida até então relativamente livres desse tipo de intervenção.

Como imaginar um grupo de caminhada depender da presença incondicional de um educador físico para acontecer, por exemplo? E o que tem a ver acolhimento com medicalização? Ele pode ser uma forma de ampliação da medicalização via ampliação do acesso (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010 APUD BRASIL, 2013). Mas esse risco pode ser diminuído se o conjunto das práticas da unidade (mesmo as tipicamente curativas) estiver articulado e comprometido com a construção de maiores graus de autonomia dos usuários. Por isso é importante que a unidade tenha um “cardápio” diversificado de ofertas de cuidado, e que seja capaz de apoiar e acionar redes sociais significativas e redes de cuidado comunitárias.

Grupos variados, oficinas, práticas corporais e de autocuidado, atividades lúdicas e laborais, são recursos fundamentais, porém insuficientes. Em suma, é preciso aumentar a resolutividade clínica e a capacidade de cuidado da atenção básica, tendo como norte a diminuição do sofrimento e da dependência dos usuários, a (re)construção de graus progressivos de autonomia, a capacidade dos usuários de gerir a própria vida

|  |  |   |  |                                       |
|--|--|---|--|---------------------------------------|
| Emitido:<br>Ana Carolina de<br>Souza Bantle / Enf <sup>a</sup> .<br>Coord. APS | Conferido:<br>Igor Daniel Sapper /<br>Sistemas e Previne<br>Brasil | Versão: 1<br>Data última<br>conferência: 24/08/22 | Aprovado:<br>Jonas Welter / Sec.<br>Municipal de Saúde | Resolução CMS: 08<br>Data: 08/09/2022 |
|--|--|---|--|---------------------------------------|



(com apoio e suporte dos profissionais de saúde e das redes sociais), não de forma abrupta e indiscriminada, mas considerando as singularidades dos sujeitos e coletivos.

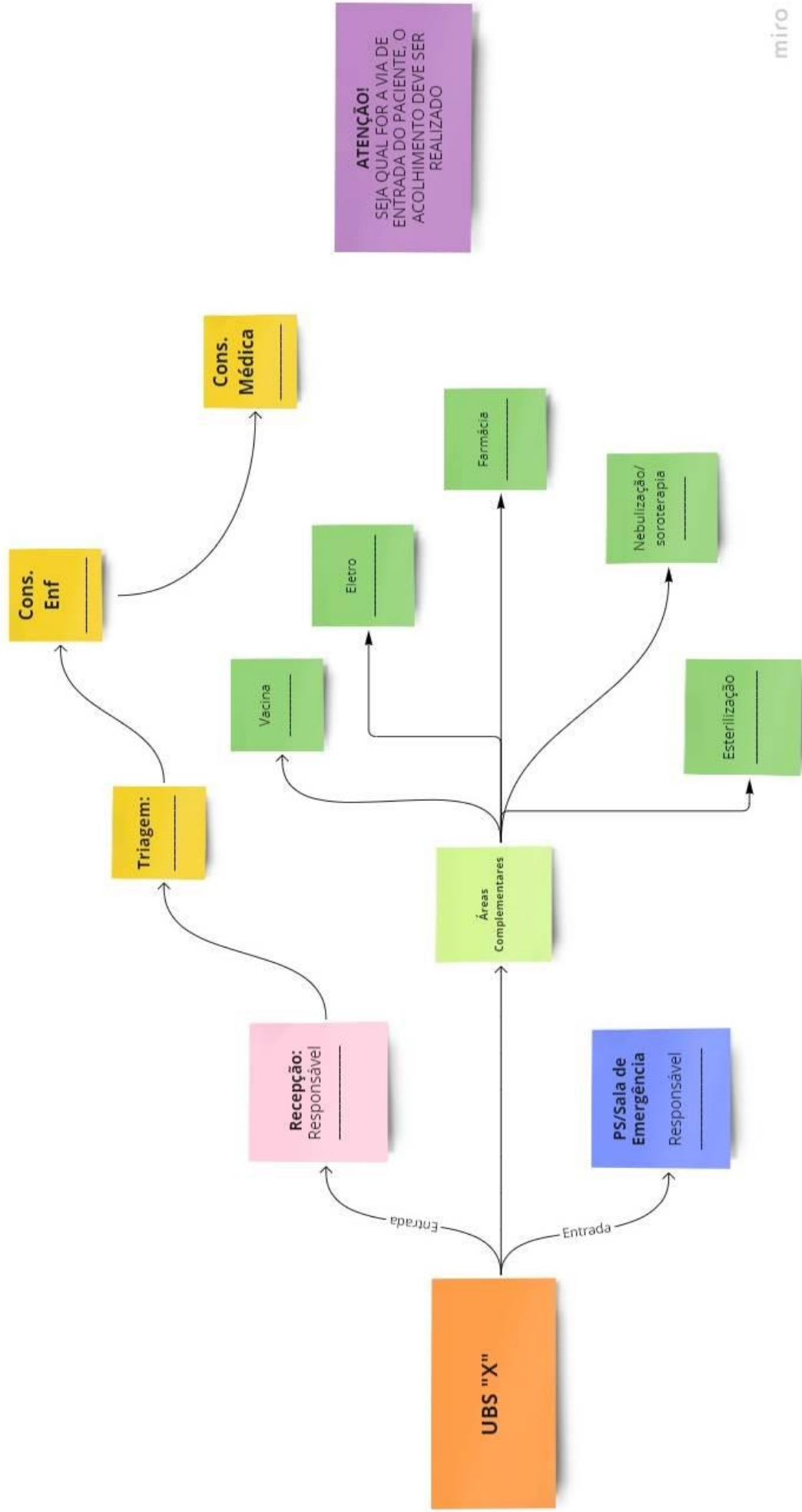
Conforme vimos anteriormente, para se realizar o acolhimento, é fundamental que as equipes de saúde reflitam sobre um conjunto de elementos que vão desde os saberes que subsidiam o atendimento individual em saúde até a maneira como interagem na organização do processo de trabalho em equipe. Entretanto, o desafio de organizar adequadamente o acolhimento em uma unidade de saúde exige a agregação de novos sujeitos capazes de se envolver com a gestão do cuidado. No trabalho em saúde, a produção e o desenvolvimento da gestão do cuidado são aspectos indissociáveis e que demandam a integração de mais atores do que apenas os membros das equipes mínimas da Estratégia Saúde da Família. Em outra perspectiva, não apenas trabalhadores de saúde, mas os próprios usuários precisam compreender o que significa o acolhimento e se envolver com ele, seja para promover sua qualificação, ou mesmo para que se evitem eventuais desentendimentos no cotidiano do serviço. Os tópicos seguintes tentam desenvolver um pouco melhor alguns desses aspectos.

## 5. EQUIPE DE TRABALHO E DIVISÃO DE RESPONSABILIDADES

Para cumprir efetivamente o papel do acolhimento, além de equipe capacitada, é fundamental a divisão de tarefas e delegação de responsabilidades. Assim, cada unidade precisa definir as atribuições de cada membro dentro de seu processo de trabalho. Abaixo, segue um modelo de divisão de tarefas dentro de uma equipe:

|  |  |   |  |                                       |
|--|--|---|--|---------------------------------------|
| Emitido:<br>Ana Carolina de<br>Souza Bantle / Enf <sup>a</sup> .<br>Coord. APS | Conferido:<br>Igor Daniel Sapper /<br>Sistemas e Previne<br>Brasil | Versão: 1<br>Data última<br>conferência: 24/08/22 | Aprovado:<br>Jonas Welter / Sec.<br>Municipal de Saúde | Resolução CMS: 08<br>Data: 08/09/2022 |
|--|--|---|--|---------------------------------------|

## Modelo de Divisões de Tarefas/Responsabilidades





# Município de Capanema - PR

## Secretaria da Saúde



Conforme apresentado no Fluxograma acima, definir locais/setores de trabalho auxilia no processo de acolhimento. Entretanto, não limita que somente a recepção seja responsável pelo mesmo.

21

### 8. REVISÃO E ATUALIZAÇÃO DE PROTOCOLO

Esse Protocolo deverá ser revisado e atualizado sempre que necessário, ou minimamente a cada 12 meses, cabendo esse papel a equipe de elaboração, devidamente aqui mencionada e designada em Portaria.

Ainda, sua divulgação aos colaboradores da Secretaria de Saúde é essencial para conhecimento e andamento do Fluxo de trabalho.

|  |  |                                      |  |                   |
|--|--|--------------------------------------|--|-------------------|
| Emitido:<br>Ana Carolina de<br>Souza Bantle / Enf <sup>a</sup> .<br>Coord. APS | Conferido:<br>Igor Daniel Sapper /<br>Sistemas e Previne<br>Brasil | Versão: 1                            | Aprovado:<br>Jonas Welter / Sec.<br>Municipal de Saúde | Resolução CMS: 08 |
|  |  | Data última<br>conferência: 24/08/22 |  | Data: 08/09/2022  |



## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, n.28, v. 1.

|  |  |   |  |                                       |
|--|--|---|--|---------------------------------------|
| Emitido:<br>Ana Carolina de<br>Souza Bantle / Enf <sup>a</sup> .<br>Coord. APS | Conferido:<br>Igor Daniel Sapper /<br>Sistemas e Previne<br>Brasil | Versão: 1<br>Data última<br>conferência: 24/08/22 | Aprovado:<br>Jonas Welter / Sec.<br>Municipal de Saúde | Resolução CMS: 08<br>Data: 08/09/2022 |
|--|--|---|--|---------------------------------------|



# Município de Capanema - PR

## Secretaria da Saúde



### 10. ANEXOS

|  |  |                                      |  |                   |
|--|--|--------------------------------------|--|-------------------|
| Emitido:<br>Ana Carolina de<br>Souza Bantle / Enf.<br>Coord. APS | Conferido:<br>Igor Daniel Sapper /<br>Sistemas e Previne<br>Brasil | Versão: 1                            | Aprovado:<br>Jonas Welter / Sec.<br>Municipal de Saúde | Resolução CMS: 08 |
|  |  | Data última<br>conferência: 24/08/22 |  | Data: 08/09/2022  |