

O ACOLHIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE: estudo de caso na Unidade de Saúde da Família Fradique Vizeu, no município de Porto Alegre, no Estado do Rio Grande do Sul

Valéria Cristina de Souza¹
Ms. Luciana Franco Barbosa²

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo analisar a percepção dos colaboradores sobre as diretrizes operacionais no acolhimento da Atenção Primária de Saúde. Como forma de aprofundar o estudo, buscou-se verificar e descrever a percepção por parte dos colaboradores relacionada ao acolhimento no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. Para fazer-se melhor entender, procurou-se abordar temas relativos ao assunto como: fundamentos, princípios e diretrizes do SUS, atenção básica e as políticas que sustentam a implementação de acessos, a estratégia de saúde da família, política nacional de humanização, diretriz da PNH estabelecida pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre para a implementação na rede de Atenção Básica. A pesquisa é exploratória; um estudo de caso com revisão bibliográfica. É qualitativa e a análise de dados é indutiva. A pesquisa foi realizada por meio de um questionário semiestruturado, com questões respondidas por 21 colaboradores da estratégia de saúde da família Fradique Vizeu. Dentre as perguntas foram analisadas as mais próximas de resposta do objetivo. Através do questionário, foi possível mensurar e expor o real perfil dos colaboradores da unidade de saúde; a maioria compõe o grupo de profissionais que estão trabalhando na saúde pública, no máximo, há 10 anos. Os dados obtidos através da pesquisa proporcionaram uma riqueza de informações importantes para compreender a percepção de todos os colaboradores da unidade quanto ao desenvolvimento de suas próprias atividades, bem como a identificação dos mesmos com as exigências dos protocolos de assistência humanizado.

Palavras-chave: Acolhimento em saúde; Diretrizes operacionais; Humanização

ABSTRACT

The present study aims to analyze the perception, of the collaborators, about the operational guidelines in the reception of Primary Health Care. As a way to deepen the study, it was sought to verify and describe the perception on the part of the collaborators related to the reception within the Strategy of Family Health. In order to be better understood, we sought to address topics related to the subject such as: fundamentals, principles and guidelines of SUS, primary care and policies that support the implementation of access, the family health strategy, national humanization policy, guideline of the PNH established by the Porto Alegre City Hall for implementation in the Primary Care network. The research is exploratory; a case study with bibliographic review. It is qualitative and the data analysis is inductive. The survey was conducted using a semi-structured questionnaire, with questions answered by 21 employees of the Fradique Vizeu family health strategy. Among the questions, the ones closest to the objective's answer were analyzed. Through the questionnaire it was possible to measure and expose the real profile of the employees of the health unit, most of whom are part of the group of professionals who have been working in public health for a maximum of 10 years. The data obtained through the research, provided a wealth of important information to understand the perception of all

¹ Acadêmica, Curso Tecnológico de Gestão Hospitalar, Faculdade Menino Deus (FAMED), Porto Alegre.

² Orientadora, Curso Tecnológico de Gestão Hospitalar, Faculdade Menino Deus (FAMED), Porto Alegre.

employees of the unit regarding the development of their own activities, as well as their identification with the requirements of the humanized assistance protocols.

Keywords: Health care; Operational guidelines; Humanization

1 INTRODUÇÃO

Em março de 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) foi lançada pelo Ministério da Saúde, para colocar em prática os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano dos serviços de saúde, oportunizando mudanças no modo de gerir e de cuidar.

Foi em 2004 que o Ministério da Saúde regulamentou a Política Nacional de Humanização, que tem como objetivo desenvolver humanização nas práticas da saúde coletiva.

Conforme o Ministério da Saúde (2008), acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local nem hora certa para acontecer, tampouco um profissional específico para fazê-lo. Este processo, o acolhimento, faz parte de todos os encontros de serviço de saúde.

Ainda, conforme o Ministério da Saúde (2008), o acolhimento é uma postura ética que implica, primeiramente a escuta, por parte do profissional em saúde, do usuário em relação as suas queixas; no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e doença; e na responsabilização, do profissional, pela resolução, com ativação de outros profissionais da saúde com compartilhamento de seus saberes.

Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde.

Considerando-se que grande parte dos serviços de saúde demanda um atendimento sempre muito maior do que o número de profissionais de saúde que executa tal serviço, podendo ocasionar um atendimento deficitário.

O acolhimento sugere a inversão da lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, com base na oferta de atendimento a todas as pessoas que o procuram. Ele está baseado em três princípios: acessibilidade universal; reorganização do processo de trabalho descentralizando-o, para formação de uma equipe multiprofissional; e a qualificação da relação profissional - usuário a partir de métodos humanitários de solidariedade e cidadania (CAMPOS et al., 2009 apud SOARES 2011 P. 08).

Conforme a prefeitura Municipal de Porto Alegre (BRASIL, 2015), o acolhimento ocorre de forma dinâmica e continuada. Caracteriza-se por ser singular e único em cada equipe, sendo construído de forma coletiva a partir das expectativas vivenciadas por cada um dos sujeitos envolvidos no processo.

A postura exigida pela PNH, a do acolhimento, inclui-se como uma das responsabilidades da equipe de saúde da família, fundamental na organização do processo de trabalho em saúde. O atendimento à demanda espontânea envolve ações que devem ser realizadas em todos os pontos de atenção à saúde.

A Atenção Básica em Saúde possui um grupo de profissionais que trabalha em equipe, os quais possuem conhecimento sobre a população, na maioria das vezes, através de prontuários com registros anteriores, possibilitando o acompanhamento do quadro, unidade de vínculo, também a continuidade do cuidado e não somente um atendimento pontual.

Entende-se que assumir efetivamente o acolhimento em sinergia com as diretrizes operacionais é um processo que demanda transformações na maneira de operacionalizar a atenção básica.

As equipes de Atenção Básica de Saúde (ABS) devem ter a sensibilidade para perceber as peculiaridades da situação que cada indivíduo apresenta para realizar o acolhimento de forma adequada, observando as diversas alternativas possíveis para otimizar o processo de trabalho e ao mesmo tempo; assim oferecer um acolhimento resolutivo aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para a equipe de Estratégia da Saúde Familiar (ESF), a prática do acolhimento é fundamental para a reorganização do processo de trabalho, pois possibilita a promoção de um serviço efetivo, otimizado, humanizado e resolutivo. Ou seja, otimizar as atividades, humanizar o atendimento e resolver as ações desenvolvidas, proporcionando ao usuário a resposta mais rápida da sua demanda ao procurar a unidade de saúde.

A principal dificuldade encontrada para implementar as ações de acolhimento tem sido a sobrecarga de trabalho; consequência oriunda do desequilíbrio que existe entre a oferta e a demanda por atendimentos. A capacidade que a instituição tem de ofertar, através dos profissionais que compõem a equipe, é sempre aquém diante da demanda que se apresenta diariamente para assistência.

Destarte, a relevância deste estudo reside no objetivo de analisar a percepção dos colaboradores sobre as diretrizes operacionais no acolhimento da Atenção Primária de Saúde: estudo de caso em uma Unidade de Saúde da Família no município de Porto Alegre no Estado do Rio grande do Sul.

Uma vez elucidado o problema, espera-se que o estudo possa contribuir para minimizar as dificuldades encontradas pelos profissionais ao realizar o acolhimento, e conseqüentemente, auxiliar na reorganização de processos de trabalho das equipes, transformando a relação entre

pacientes e profissionais, no sentido de garantir a equidade e a integralidade da atenção; efetivando o Sistema Único de Saúde (SUS) como política em defesa da vida.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para Aguiar (2015), o Sistema Único de Saúde (SUS) é o sistema de saúde oficial brasileiro, estabelecido formalmente a partir da Constituição Federal de 1988.

Em 1990 deu-se a regulamentação do SUS por meio da Lei orgânica de saúde - Lei 8080/90, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde e ainda regula as ações, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde de todo país. O artigo 4 da Lei 8080/90 expõe que o novo sistema de saúde compreende

o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das Fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS). (AGUIAR, p.172, 2015)

Cabe salientar também, a partir do 2º do artigo 4 da lei 8080/90, é especificada a formatação da participação da iniciativa privada de maneira a complementá-la.

Segundo o Diário Oficial da União, em setembro de 1990, com base na Lei 8080/90, a saúde é entendida como um direito fundamental do ser humano e cabe ao Estado prover as condições indispensáveis a sua execução através de políticas econômicas e sociais, bem como pelo estabelecimento de condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para promoção, proteção e recuperação.

O Sistema Único de Saúde norteia-se por princípios doutrinários e princípios organizativos, baseados no artigo 198 da Constituição Federal de 1988 que explana:

as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direito único em cada esfera de governo;

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – Participação da comunidade.

Parágrafo Único – O Sistema Único de Saúde está financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes.

Ainda, conforme o Ministério da Saúde (2008), a fundamentação das atividades de todos os profissionais de saúde bem como os de áreas complementares que prestam serviços à

população, devem seguir determinados princípios. No Quadro 1, têm-se a descrição dos princípios doutrinários.

Quadro 1 - Descrição dos Princípios Doutrinários

PRINCÍPIOS DOCTRINÁRIOS	DESCRIÇÃO
Universalidade	O princípio doutrinário Universalidade diz que a saúde é um direito de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar esse direito, que tem acesso às ações e serviços independentemente de cor, raça, ocupação ou característica pessoal e social.
Equidade	O princípio da Equidade diminui a desigualdade; apesar de todos terem direito aos serviços, as pessoas não são iguais, têm necessidades distintas. Equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.
Integralidade	O princípio da Integralidade considera as pessoas como um todo, atendendo toda sua necessidade, por isso, é importante a integração de ações incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação.

Fonte: elaborado pela autora (2020).

Em complementação aos doutrinários, conforme o Ministério da Saúde (2008), há os Princípios Organizativos; expostos no Quadro 2:

Quadro 2: Descrição dos Princípios Organizativos

PRINCÍPIOS ORGANIZATIVOS	DESCRIÇÃO
Descentralização	O princípio organizativo da Descentralização é a redistribuição de poder e responsabilidade entre os três níveis do governo. No SUS, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para fazer valer o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único, em que cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade. Entidades representativas, conselhos e conferências de saúde, no processo de formulação, controle e execução das políticas de saúde.
Regionalização e Hierarquização	Princípio organizativo da Regionalização e Hierarquização é a forma de organização do sistema de saúde com base territorial e populacional e visa a uma adequada distribuição de serviços para a promoção da equidade de acesso, otimização dos recursos e racionalidade de gastos, e a organização do sistema por meio de níveis de atenção de complexidade crescente com fluxos assistenciais estabelecidos entre os serviços de modo a garantir assistência integral e resolutiva à população.
Participação Popular	O princípio organizativo da Participação Popular garante a participação da população por meio de entidades representativas, conselhos e conferências de saúde, no processo de formulação, controle e execução de políticas de saúde.

Fonte: elaborado pela autora (2020).

2.1 Atenção Básica, SUS e as políticas que sustentam a implementação dos acessos.

Segundo Ministério da Saúde, na Política Nacional da Atenção Básica – PNAB (BRASIL 2006, p.11 e 12):

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, considerando o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

Salienta-se ainda que o acesso com equidade deve ser uma preocupação constante no acolhimento à demanda espontânea. A equidade, como um princípio de justiça, significa que se precisa tratar diferentemente os desiguais, ou cada um de acordo com a sua necessidade, corrigindo diferenciações injustas, devido à não observação das diferentes necessidades. Fazer esse trabalho num cotidiano dos serviços aonde muitas pessoas chegam ao mesmo tempo, com necessidades distintas, é onde se encontra grande dificuldade.

O formato final da PNAB, segundo o Ministério da Saúde, fundamentou-se nos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão, princípios assistenciais e organizativos do SUS, consignados na legislação.

Assim, a nova política aponta para a redefinição dos princípios gerais, responsabilidades de cada esfera de governo, infraestrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais, e as regras de financiamento, incluindo as especificidades da estratégia Saúde da Família, que visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde.

2.2 Estratégia de Saúde da Família

Ainda segundo a PNAB (BRASIL 2006, p.20), a estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Além dos princípios gerais da Atenção Básica, a estratégia Saúde da Família deve:

“I - ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam;
 II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura proativa frente aos problemas de saúde-doença da população;
 III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;
 IV - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias;
 V - ser um espaço de construção de cidadania”

A Estratégia de Saúde da Família tem o papel fundamental de realizar a assistência inicial, servindo como porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), e como via de acesso para o cumprimento de suas diretrizes básica.

2.3 Política Nacional de Humanização

Em 2003, o Ministério da Saúde, lança a Política Nacional de Humanização - PNH, que busca por em prática os princípios do SUS através do cotidiano de seus profissionais na realização da assistência bem como dos serviços de saúde, provocando uma grande mudança nos modelos até então realizados, que consiste um novo formato de gerir e cuidar.

A PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si.

Como fruto do HumanizaSUS³, foi produzida em 2004, a Cartilha da PNH, intitulada:

Acolhimento com classificação de risco, indicando-o como uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde. (Brasil, 2004)

Portanto, torna-se necessário refletir sobre o acesso da população aos serviços de saúde de atenção básica e sobre os fatores que possam favorecer ou dificultar a entrada do usuário no sistema de saúde, como número de usuários por equipe, organização da demanda espontânea, localização do estabelecimento, horários e dias de atendimento, infraestrutura adequada para o

³ HumanizaSUS - é uma rede de humanização dentro da Política Nacional de Humanização. A Rede HumanizaSUS é uma rede social das pessoas interessadas e/ou já envolvidas em processos de humanização da gestão e do cuidado no SUS. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

atendimento, entre outros. Também é importante garantir espaços mais reservados para a escuta e a identificação de riscos e vulnerabilidade.

No caderno nº 28 de Atenção Básica, lançado pelo Ministério da Saúde trata do acolhimento à demanda espontânea, auxiliando na gestão do processo de trabalho em saúde da atenção básica, serve de apoio aos núcleos de assistência, saúde da família, apoiadores institucionais e gestores.

2.4 Diretriz da PNH estabelecida pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre para a implementação na rede de Atenção Básica

A Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre - SMS/POA, com apoio do Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade - PGQP⁴, iniciou, 2012, um processo de reorientação do acesso do cidadão aos serviços de saúde. Tendo por base a PNH e a PNAB, assumiu o *Acolhimento com Identificação de Necessidades* como estratégia prioritária para ampliação e qualificação do acesso à rede de saúde em Porto Alegre.

Dessa forma, o *Acolhimento com Identificação de Necessidades* passa a ser um referencial para projetos e programas desenvolvidos pela Coordenação Geral da Atenção Básica (CGAB⁵). A elaboração do Guia de Apoio à Tomada de Decisão (GATD) tem como objetivo apoiar as equipes para a definição das práticas de saúde executadas no acolhimento, ampliando o acesso aos serviços de saúde e qualificando a assistência ofertada. (GATD, BRASIL 2015)

A implantação do acolhimento nas unidades de saúde tem caracterizado um intenso movimento de reorganização de processo de trabalho das equipes de saúde, visa garantir a ampliação do acesso e do vínculo aos serviços, trazendo maior resolubilidade das necessidades identificadas.

Hoje seu objetivo passa a ser a qualificação das ofertas de cuidado disponíveis na atenção básica, sendo analisados vários fatores como:

⁴ Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade, criado em 1992 com a missão de promover e produzir a competitividade e melhorar a qualidade de vida das pessoas; iniciou nas indústrias e está sendo implementado ao longo dos anos em instituições de diversos setores, inclusive na gestão pública.

⁵ Coordenação Geral da Atenção Básica é um setor dentro da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, responsável pela gestão da Atenção Primária, que no período citado, contava como integrante o Secretário de Saúde Fernando Ritter, e a Coordenadora Geral Vânia Maria Frantz.

O grau de necessidade da demanda trazida à unidade de saúde considerando os diferentes determinantes do processo saúde-doença (biológicos, psicológicos, sociais e ambientais);
 A possibilidade da resposta da unidade de saúde da demanda apresentada pelo usuário;
 O grau de cor responsabilização e protagonismo dos sujeitos em relação ao seu cuidado.

A equipe assume o compromisso de acolher todos os usuários que acessam a unidade em todos os turnos de trabalho, procurando ser resolutiva, através dos recursos próprios ou da rede, como as Unidades de Pronto Atendimento 24 horas.

Dada relevância do tema abordado, buscou-se observar os objetivos propostos, e relatar a percepção por parte dos colaboradores, sobre as diretrizes operacionais no acolhimento da atenção básica de saúde.

A seguir apresentar-se-á a metodologia utilizada para o desenvolvimento da presente pesquisa.

3 METODOLOGIA

Este estudo é uma pesquisa exploratória (Vergara,2009). Conforme Prodanov e Freitas (2009) e Marconi e Lakatos (2010), os procedimentos técnicos utilizados-foram estudo de caso e revisão bibliográfica. É uma pesquisa qualitativa (Minayo, 2004), com método indutivo sobre a abordagem de problema (Marconi e Lakatos, 2012). O procedimento aplicado nessa pesquisa foi monográfico, conforme (Lakatos e Marconi, 2000).

Conforme quadro 3, a seguir:

Quadro 3: Descrição dos Princípios Organizativos

UNIVERSO:	AMOSTRA:
*O universo pesquisado utilizou como unidade de análise a Unidade de Saúde da Família Fradique Vizeu	21 colaboradores da ESF Fradique Vizeu em Porto Alegre, dentre os quais estão: 02 dentistas; 03 médicos; 03 enfermeiras; 06 técnicos de enfermagem; 01 auxiliar de saúde bucal; 01 auxiliar de limpeza; e 05 agentes comunitários de saúde.

Fonte: elaborado pela autora (2020).

Esta amostra caracteriza-se como não probabilística, e a coleta de dados foi feita através de questionário semiestruturado (Vergara, 2009).

Foi encaminhado aos colaboradores o questionário semiestruturado, contendo 24 perguntas, através da ferramenta *Google Forms*. O questionário foi dividido em duas sessões. A primeira compreende o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Posteriormente, na segunda parte do questionário, buscou-se identificar o perfil dos profissionais: grau de instrução, faixa etária, tempo de atuação na rede pública, cargo que exerce na unidade de saúde da família.

Na sequência, foram apresentadas 20 perguntas, cujas alternativas de respostas eram SIM ou NÃO, e em algumas foram solicitadas justificativas. O questionário foi encaminhado aos colaboradores da pesquisa através do aplicativo *WhatsApp*, e também por e-mail no dia 08 de setembro. O questionário no formulário *Google Forms* ficou disponível até 15 de setembro de 2020 para viabilizar um prazo viável para os colaboradores, e para a autora ter uma data estabelecida para iniciar a análise das respostas.

E para realizar a análise dos dados, organizou-se a tabulação das respostas em planilha MS Excel, a qual auxiliou nas comparações e números de respostas.

Segue-se agora, apresentando a análise dos resultados obtidos.

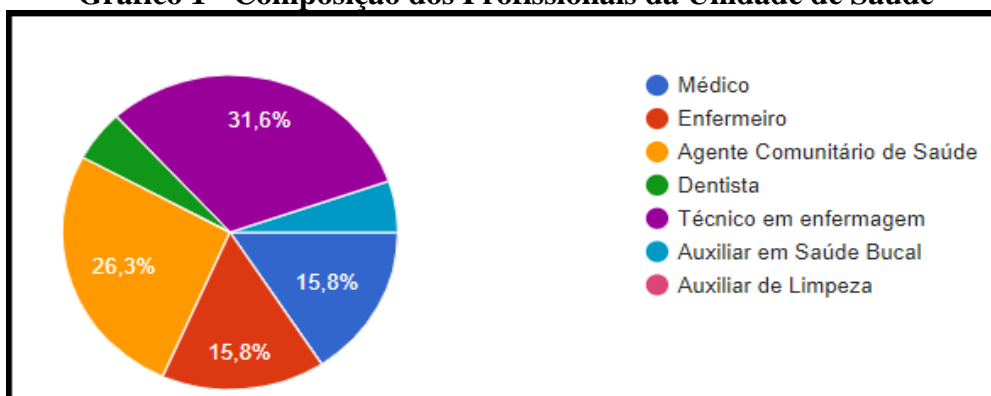
4 ANÁLISE DE DADOS

Vergara (2009), refere-se à análise de dados como a seção em que se informa ao leitor como será o tratamento dos dados que serão coletados, justificando a utilização adequada deste tratamento na busca de alcançar os objetivos do projeto. E, para Bardin (2009), a análise de conteúdo caracteriza-se como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que faz uso de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

Diante da aplicação da ferramenta, objetivou-se o retorno de 100% dos colaboradores, no entanto, 19 profissionais retornaram colaborando com a pesquisa, totalizando 90,48%.

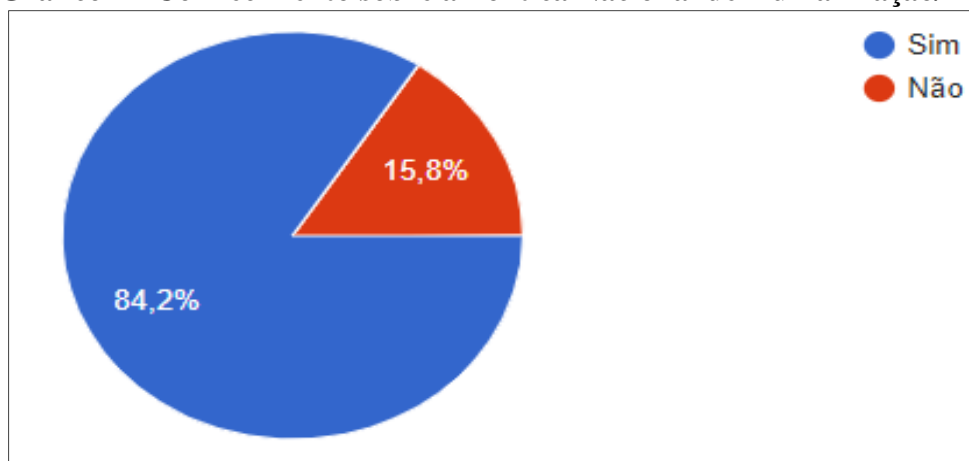
Através do questionário foi possível mensurar e explicar o real perfil dos colaboradores da unidade de saúde. São pessoas com faixa etária entre 20 e 50 anos; cujo grau de instrução prevalece com 47,4% dos participantes apresentando ensino médio e 52,6% ensino superior. A maioria compõe o grupo de profissionais que estão trabalhando na saúde pública, no máximo, há 10 anos.

Conforme o Gráfico 1, pode-se observar a distribuição dos profissionais que colaboraram respondendo o questionário, na unidade de saúde.

Gráfico 1 - Composição dos Profissionais da Unidade de Saúde

Fonte: Dados da pesquisa (2020)

Nota-se que a maioria dos colaboradores é formada por técnicos em enfermagem, seguidos por agentes comunitários de saúde - profissionais que atuam diretamente com os usuários e que possuem mais contato constantemente.

Gráfico 2 - Conhecimento sobre a Política Nacional de Humanização/MS

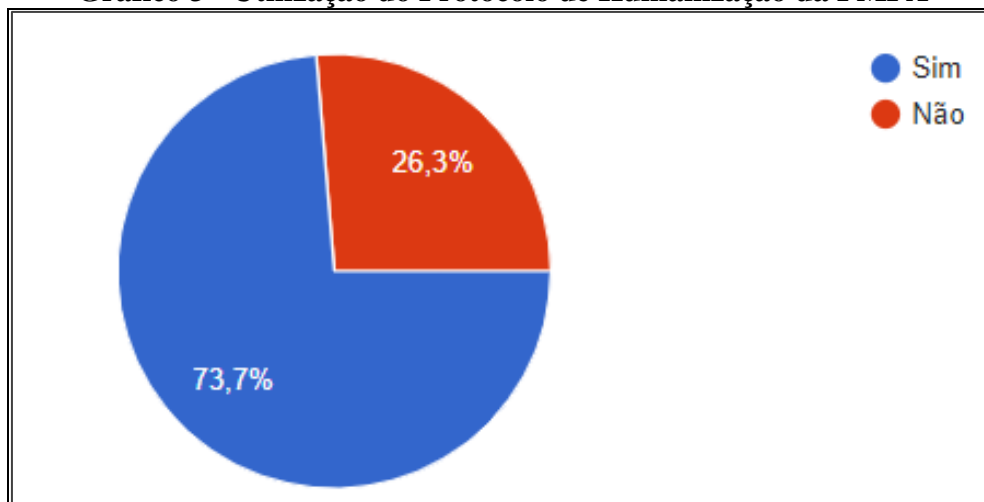
Fonte: Dados da pesquisa (2020)

Através do Gráfico 2, pode-se observar que 84,2% afirmam conhecer a Política Nacional de Humanização lançada pelo Ministério da Saúde. Ainda, 100% dos colaboradores souberam explicar umas das diretrizes da Política Nacional de Humanização; a qual se pode afirmar ser a mais relevante para atuação profissional nos postos de saúde, que é o Acolhimento.

Como exemplo, expõe-se o relato de um dos colaboradores da presente pesquisa: *“Acolhimento é uma diretriz que deve ser adotada no atendimento aos usuários que procuram os serviços de saúde. É uma postura de comprometimento em dar encaminhamento/resolução às necessidades dos usuários, de forma empática, com uma escuta qualificada e humanizada. O acolhimento não deve ter horário ou dia exato para acontecer, deve estar presente de forma permanente nos serviços, e com profissionais comprometidos no acolher, desde a portaria aos médicos.”*

Contudo, ainda relacionado ao Gráfico 1 ou 2, diante das explicações de cada colaborador sobre o que é o acolhimento, observa-se que, apesar da minoria afirmar não conhecer a política, apresentam em suas justificativas e explicações, saber e atuar conforme preconiza a diretriz.

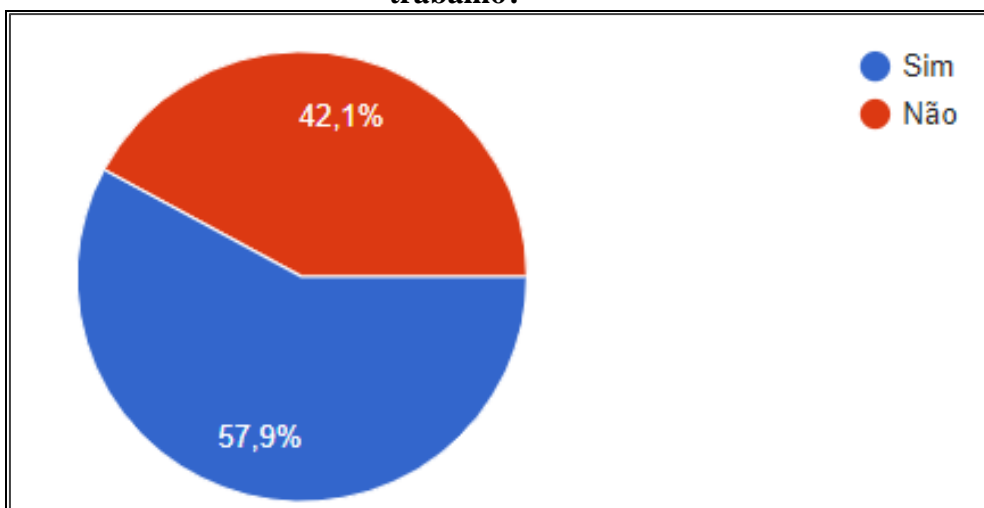
Gráfico 3 - Utilização do Protocolo de Humanização da PMPA



Fonte: Dados da pesquisa (2020)

Observa-se no Gráfico 3 que 73% das pessoas conhecem o protocolo que a prefeitura de Porto Alegre lançou e utilizam, enquanto 26,3% dizem não utilizar, porém a diretriz acolhimento é o ponto principal desse protocolo e todos conhecem.

Gráfico 4 - Você foi capacitado para realizar o acolhimento na sua unidade de trabalho?



Fonte: Dados da pesquisa (2020)

Conforme o Gráfico 4, observa-se que 42,1% dos participantes dizem não ter recebido capacitação direcionada e fundamentada na diretriz do acolhimento para realizarem o atendimento aos usuários. Aqui cabe salientar que os profissionais que afirmam não ter recebido

qualquer capacitação estão entre os que dizem não utilizar o protocolo, já representado no Gráfico 2.

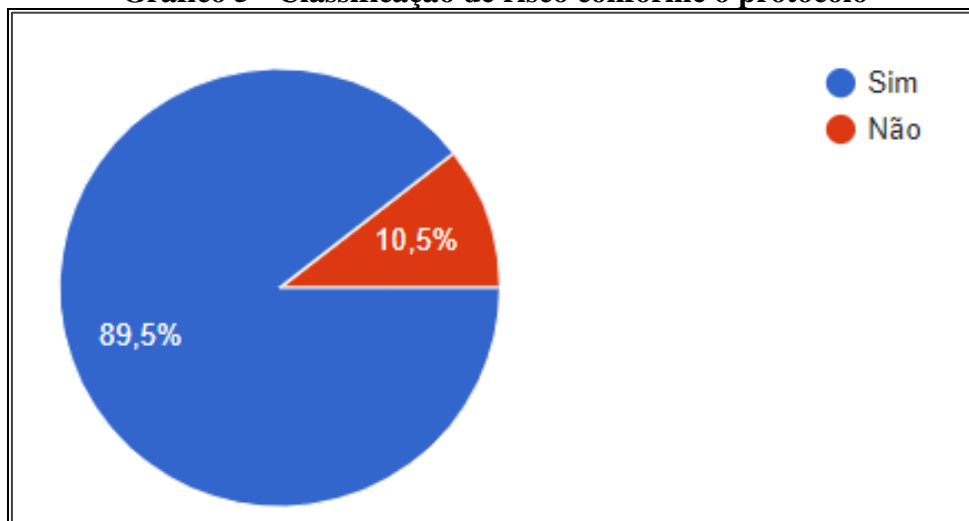
No Protocolo de Acolhimento com Identificação de Necessidades estabelecido pela Secretaria de Saúde de Porto Alegre, lê-se: “Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde; viabilizando o acesso, oferecendo uma atenção oportuna, eficaz, segura e ética, são os objetivos do protocolo de acolhimento.”(BRASIL 2015, p. 12) O que deve ser abordado nas capacitações e treinamentos apresentados aos funcionários das unidades de saúde do município.

Quando se pergunta aos colaboradores se conseguem abranger esse objetivo no processo de trabalho, observa-se que a grande maioria responde que sim, mas com ressalvas, como se observa na fala de alguns dos colaboradores:

- “Às vezes sim, se depender somente da equipe que trabalha comigo no posto (médicos, enfermeiros, técnicos etc.). Se precisar de atendimento fora do posto às vezes não consigo. Já precisei de atendimento em outra unidade e no CRAS e não consegui encaminhar o paciente. Então não consegui atender do começo ao fim, ficamos com pendência no atendimento”;
- “Nem sempre devido à grande procura e falta de recurso humano”;
- “Quando temos recursos humanos, material e equipamentos disponíveis em boas condições.”

Diante desses relatos, observa-se que, por determinadas complexidades, entende-se que o protocolo de necessidades, não atende, na sua totalidade a demanda das unidades da Atenção Básica.

Gráfico 5 - Classificação de risco conforme o protocolo



Fonte: Dados da pesquisa (2020)

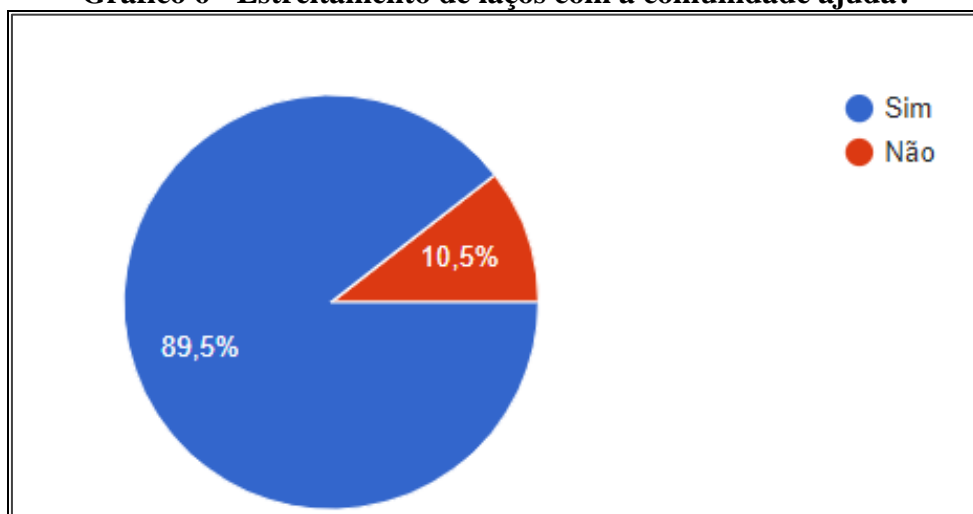
Percebe-se pelo Gráfico 5, que 89,5% das pessoas dizem que a classificação de risco na unidade é feita conforme o protocolo, enquanto 10,5% acham que não.

Os colaboradores relataram como é feita a classificação de risco na unidade de saúde:

- *“Paciente é triado no acolhimento, onde são verificados sinais vitais e conforme a necessidade é indicada a cor por prioridade de atendimento.” Observa-se que referem aos sinais vitais e cor por prioridade de atendimento.*
- *“O paciente é ouvido por um técnico de enfermagem que direciona essa classificação de risco.” Percebe-se com os relatos que a unidade de saúde pesquisada executa a classificação de risco dentro do protocolo.*

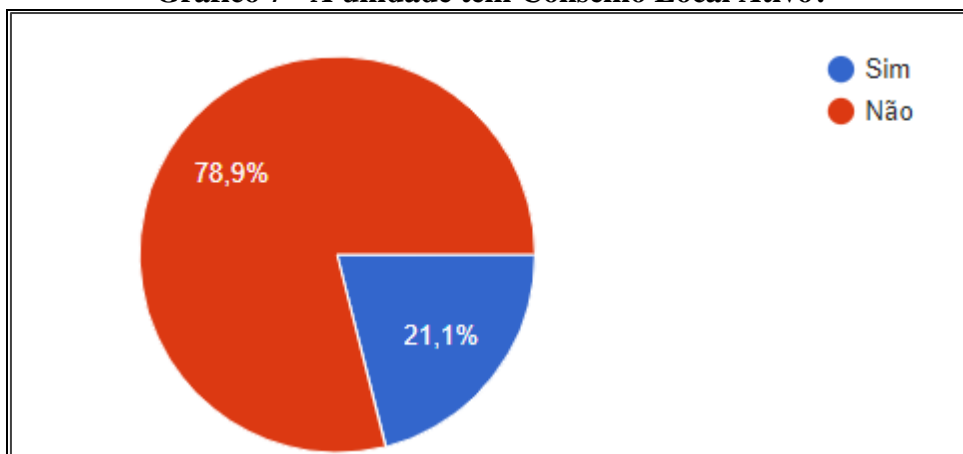
Ao realizar-se uma estratificação sobre os dados dos colaboradores, e fazendo um cruzamento entre as respostas obtidas pelos colaboradores, dentre os 10,5% dos colaboradores que responderam não utilizar a classificação de risco, encontram-se os mesmos profissionais que responderam anteriormente não ter recebido capacitação para realizar o atendimento conforme o protocolo de acolhimento. Já apresentado nos gráficos 3 e 4.

Gráfico 6 - Estreitamento de laços com a comunidade ajuda?



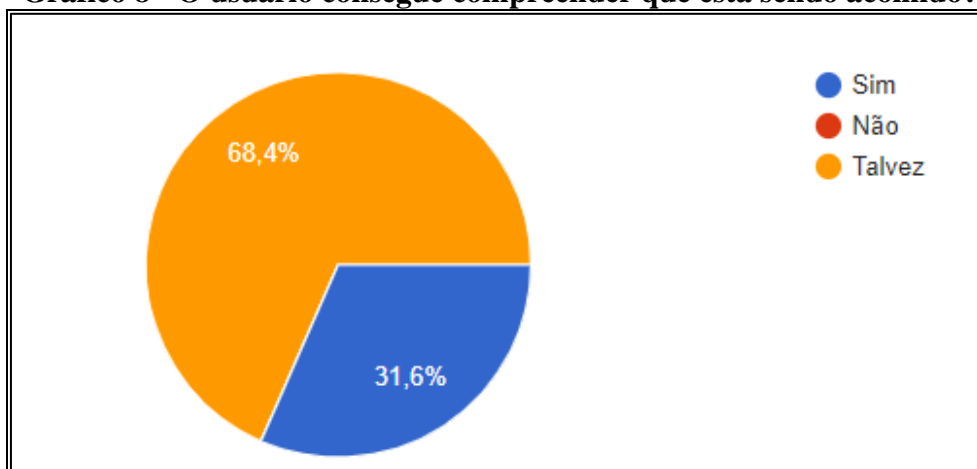
Fonte: dados da pesquisa (2020)

No Gráfico 6 observa-se que 89,5% das pessoas consideram que o estreitamento de laços com a comunidade ajuda no processo do acolhimento, enquanto 10,5% acham que não interfere no processo do acolhimento.

Gráfico 7 - A unidade tem Conselho Local Ativo?

Fonte: dados da pesquisa (2020)

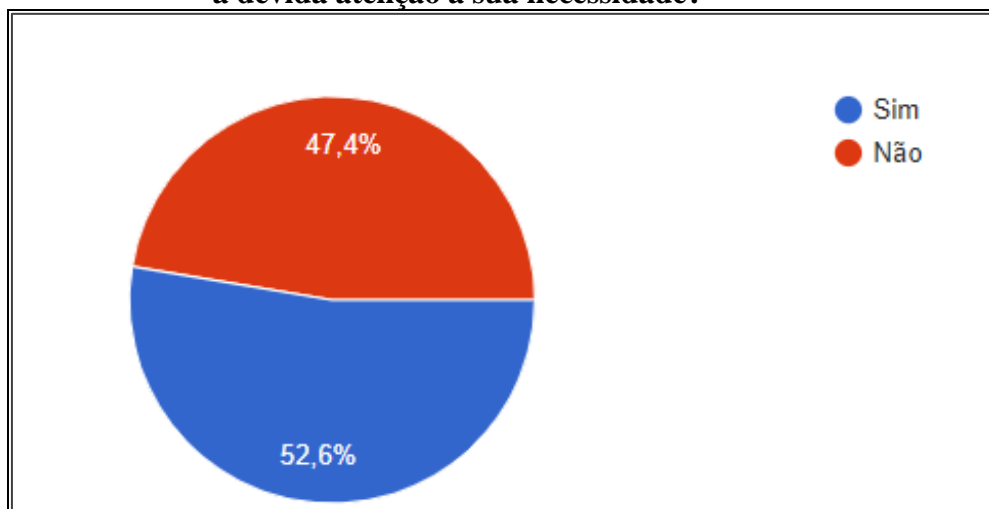
Conforme o Gráfico 7, 78,9% das pessoas dizem que na unidade não há Conselho Local ativo, enquanto 21,1% consideram que sim. Cabe nesse momento esclarecer sobre a formatação e a funcionalidade do Conselho Local para que seja possível compreender a relevância desta pergunta na presente pesquisa: É um espaço para manifestação das necessidades da comunidade, representando democraticamente a participação popular.

Gráfico 8 - O usuário consegue compreender que está sendo acolhido?

Fonte: dados da pesquisa (2020)

Observa-se no Gráfico 8, que 68,4% das pessoas ficaram em dúvida se o usuário percebe-se ser acolhido; o conselho local quando ativo pode estreitar o laço entre unidade e usuário, levando ao conhecimento da comunidade também as diretrizes e protocolo da prefeitura, facilitando assim o entendimento dos usuários.

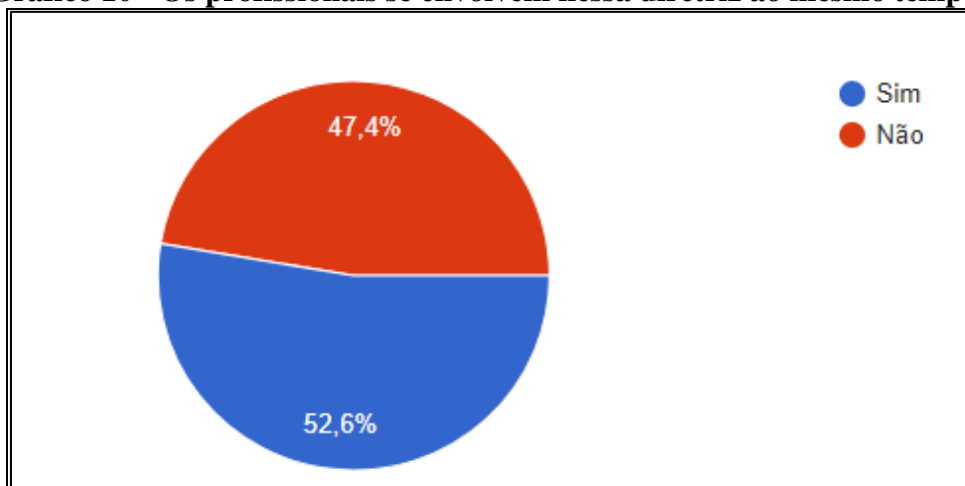
Gráfico 9 - A equipe consegue realizar uma avaliação e direcionar o usuário para a devida atenção à sua necessidade?



Fonte: dados da pesquisa (2020)

Observa-se no Gráfico 9 que apenas 52,6% das pessoas conseguem direcionar o usuário à atenção necessária. Correlacionando os resultados deste gráfico com o gráfico 3, pode-se identificar e evidenciar a importância de uma capacitação sempre atualizada para uma equipe poder desenvolver suas atividades conforme os protocolos exigidos e por consequência para que os usuários compreendam que essa ação fundamentada no acolhimento se constitui em direito adquirido pela população.

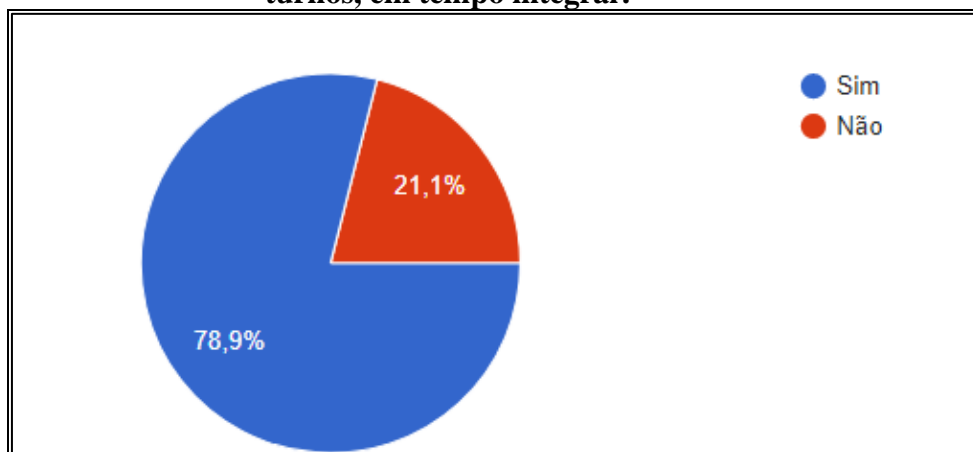
Gráfico 10 - Os profissionais se envolvem nessa diretriz ao mesmo tempo?



Fonte: dados da pesquisa (2020)

No Gráfico 10 observa-se que 47,4% das pessoas dizem que não ser comum todos os profissionais da unidade se envolverem na diretriz do acolhimento ao mesmo tempo. Correlacionando com o Gráfico 9, pode-se observar que nem toda equipe consegue estar envolvida com a diretriz.

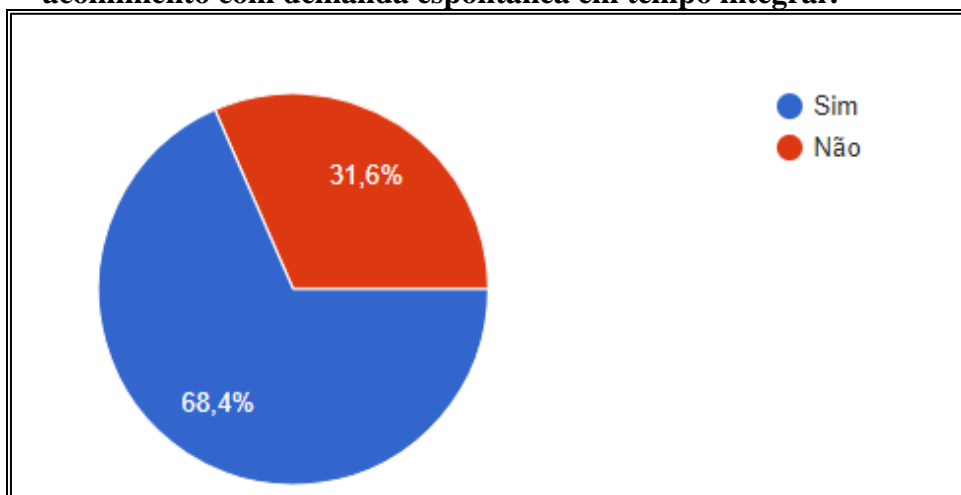
Gráfico 11 - É oferecido acolhimento com demanda espontânea em todos os turnos, em tempo integral?



Fonte: dados da pesquisa (2020)

Conforme o Gráfico 11, 78,9% das pessoas dizem que a unidade oferece demanda espontânea em todos os turnos, porém 21,1% das pessoas dizem que não.

Gráfico 12 - A equipe consegue atender aos programas concomitantes e realizar o acolhimento com demanda espontânea em tempo integral?



Fonte: dados da pesquisa (2020)

Conforme o Gráfico 12, 64,4% das pessoas dizem que a equipe consegue atender aos programas concomitantemente ao acolhimento; no entanto, 31,6% das pessoas dizem que não conseguem.

Segundo um dos colaboradores:

- *“Geralmente é possível coordenar estes atendimentos. Em outras situações há uma sobrecarga de atendimentos espontâneos prejudicando as consultas eletivas.”*

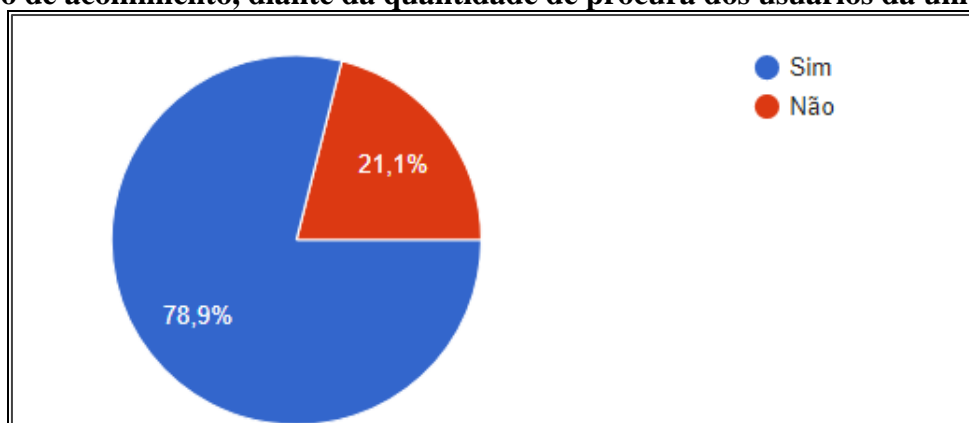
No entanto, observa-se que existe uma dificuldade em atender demandas, programas e consultas eletivas.

Já outro colaborador diz:

- *“Não temos grupos na unidade. O médico atende a agenda e a demanda espontânea. Se fizer grupos terá de fechar um atendimento.”*

Observa-se dificuldade no grupo, em atendimentos seguindo o protocolo.

Gráfico 13 - A equipe possui dificuldade de cumprir o modelo de agenda sugerido no protocolo de acolhimento, diante da quantidade de procura dos usuários da unidade?



Fonte: dados da pesquisa (2020)

No Gráfico 13, 78,9% das pessoas dizem ter dificuldade de cumprir o modelo sugerido de agenda no protocolo, devido à quantidade de procura dos usuários. Correlacionando com as respostas apresentadas no Gráfico 12, percebe-se que existe uma contradição. Essa dificuldade não deveria existir, visto que a população cadastrada apresenta-se numericamente constante, ou seja, é sempre o mesmo número de usuários.

Na resposta das pessoas sobre o motivo, observa-se que existe falta de colaboradores na equipe para cumprir a demanda. Há necessidade de ser ampliada a quantidade de profissionais na unidade para melhorar a efetividade do atendimento, conforme a exigência estabelecida pelo protocolo.

Pode-se observar isto, nas colocações explícitas das respostas conforme segue:

- *“Na maior parte do tempo, o número de médicos, na unidade é insuficiente pra demanda.”*
- *“Falta de recursos humanos, precarização do SUS e Assistência Social e cobrança de metas, como número de consultas/mês, número de procedimentos/mês...”*
- *“A demanda de procura de atendimento do dia é bem maior.”*
- *“A demanda é muito superior ao número de profissionais.”*

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As equipes da Atenção Básica de saúde e as equipes da Estratégia de Saúde da Família devem estar abertas para perceber as peculiaridades de cada situação que se apresenta no acolhimento de cada indivíduo. A prática do acolhimento e suas diretrizes operacionais são fundamentais para a reorganização do processo de trabalho, pois possibilitam a promoção de um serviço efetivo, otimizando as atividades, humanizando o atendimento, resolvendo as ações desenvolvidas proporcionando, assim, ao usuário a resposta mais rápida à sua necessidade ao procurar a unidade de saúde.

A pesquisa teve como objetivo realizar a análise da percepção dos colaboradores sobre as diretrizes operacionais no acolhimento da Atenção Primária de Saúde. E diante da justificativa e das prerrogativas sobre o que seria constatado, pode-se afirmar que, apesar de alguns colaboradores afirmarem não terem conhecimento e acreditarem não realizar o atendimento seguindo as diretrizes, todos efetivamente conhecem as diretrizes operacionais do acolhimento.

Independentemente dos profissionais envolvidos no atendimento dos usuários da unidade de saúde, todos, de forma consciente ou inconsciente, seja por observação ou por conhecimento efetivo dos processos preconizados ao atendimento efetivo de acolhimento, desenvolvem um atendimento pautado sobre a Política Nacional de Humanização.

A relevância do presente estudo possibilitou elucidar sobre o engajamento dos profissionais na prestação da assistência ao usuário. Vê-se que, mesmo “desconhecendo” ou não estando completamente apropriado dos protocolos, a sinergia e a observação proporcionam a todos efetivar e implementar um atendimento à população que transmita a intencionalidade da humanização – acolhimento.

Apesar de reconhecerem que existem grandes dificuldades em proporcionar o atendimento de excelência - devido à falta de recursos humanos e de uma educação permanente por parte dos integrantes da equipe de estratégia da saúde da família, todos compreendem que, devido à sinergia entre os profissionais e a comunidade local, além do empenho e compromisso profissional, viabilizam atendimento de qualidade as necessidades dos usuários da unidade.

Apesar de não se ter obtido 100% da participação dos profissionais que trabalham na unidade de saúde, os dados granjeados através dos que colaboraram proporcionaram uma riqueza de informações importante para compreender a visão de todos da unidade quanto ao

desenvolvimento de suas próprias atividades, bem como a identificação dos mesmos com as exigências dos protocolos de assistência humanizado.

Cabe salientar que nos meses de desenvolvimento da presente pesquisa, devido à pandemia do corona-vírus, algumas limitações foram estabelecidas, ou seja, unidades de saúde voltaram-se para o atendimento exclusivo de usuários sintomáticos ou não, que procurassem por atendimento, o que acabou limitando o número de colaboradores a responderem a pesquisa.

Observa-se a amplitude do assunto abordado e recomenda-se um estudo mais ampliado, em outro momento posterior à pandemia. Importante refletir sobre a possibilidade de implementar a mesma pesquisa em maior número de unidades de saúde no Município de Porto Alegre, pois não se finda na presente pesquisa a busca de informações para a melhoria contínua. Muito pelo contrário. Parte-se desta como o início, para a implementação de muitas outras que possam ser desenvolvidas.

Acredita-se que, através da ampliação dessa pesquisa, sobre vários aspectos, pode-se vislumbrar, com amplitude, a efetividade da implementação dos protocolos de atendimento humanizados. Também pode auxiliar na melhoria contínua do atendimento, visando ao benefício dos usuários do SUS, cumprindo assim com a premissa básica de que “saúde é direito de todos e dever do Estado”.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z. N. *SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios*. São Paulo: Martinari, 2015. Cap. 2, p. 43-68.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2009. CINTRÃO, F. F.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília (DF): Senado Federal;1998. Art. 196-200 Disponível em:

http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaoafederal.pdf
Acessado em junho 2020.

_____. Lei n.8.080/90 de 19 setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm acessado em junho 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica nº 28. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: MS, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf
Acessado em maio 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica/Política Nacional de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p. 11-.

Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acessado em maio de 2020.

_____. Ministério da Saúde. HumanizaSus: política Nacional de Humanização: A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS. Brasília: MS, 2004. Disponível em:

20http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_marco_teorico.pdf Acessado em maio de 2020.

_____. Ministério da Saúde. O HumanizaSUS na Atenção Básica. Brasília: MS, 2004.

Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf Acessado em agosto de 2020.

_____. Secretaria Municipal de Saúde Política Nacional de Atenção Básica. Disponível:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf> Acesso em 02 jun 2020.

_____. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. *Guia de Apoio à tomada de decisão para o Acolhimento com Identificação de Necessidades das Unidades de Saúde da Atenção Básica*.

Porto Alegre: Secretaria Municipal da Saúde, Brasil, 2015. Disponível em:

http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/guia.pdf Acessado em abril de 2020.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M.de A. *Metodologia científica*. 3. ed. rev. amp. São Paulo: Atlas, 2000.

_____, E. M.; MARCONI, M.de A. *Fundamentos da metodologia científica*. 5. Ed. São Paulo: Atlas, 2010.

_____, E. M.; MARCONI, M.de A. *Fundamentos da metodologia científica*. 5. Ed. São Paulo: Atlas, 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar. *Metodologia do trabalho científico: Métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico*. 01. ed. Novo Hamburgo: Editora Feevale, 2009.

SOARES, T.A. Os Benefícios do acolhimento da atenção básica de saúde: uma revisão da literatura. Trabalho de Conclusão de Curso Universidade Federal de Minas Gerais Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde, 2011. Orientação: Maria Teresa Marques Amaral Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/4821/1/3387.pdf> Acessado em agosto de 2020.

VERGARA, Sylvia Constant. *Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.