

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

JULIO CEZAR DE ALMEIDA FOGLIATTO

ACOLHIMENTO:

UM RELATO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

JULIO CEZAR DE ALMEIDA FOGLIATTO

ACOLHIMENTO:

UM RELATO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Dra. Fabiana Faleiros Santana Castro

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **ACOLHIMENTO: UM RELATO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL** de autoria do aluno **JULIO CEZAR DE ALMEIDA FOGLIATTO** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Profa. Dra. Fabiana Faleiros Santana Castro
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

AGRADECIMENTOS

A Deus que colocou pessoas tão especiais no meu caminho e que me deram forças nos momentos em que mais precisei

A colega Ana Cristina Bitencourte Cabral pela colaboração e apoio na execução da intervenção aplicada na prática assistencial

Aos membros da equipe de saúde que me apoiaram

A família que me apoiou durante esta jornada

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	01
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	03
3 MÉTODO.....	07
3.1 CENTRO DE SAÚDE BALNEÁRIO.....	07
3.2 MODELO DE ACESSO COM AGENDAMENTO SEMANAL.....	08
3.3 MODELO DE ACESSO GERENCIADO PELO ACOLHIMENTO.....	09
4 RESULTADO E ANÁLISE: RELATO DA EXPERIÊNCIA.....	10
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	15
REFERÊNCIAS.....	16
ANEXOS	18

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Gratificação por desempenho, Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis... **06**

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. População em 2012 – Centro de Saúde Balneário.....	08
Tabela 2. Número de Atendimentos com Código Internacional de Doenças (CID) em 2013, no Centro de Saúde do Balneário, Município de Florianópolis - SC. ...	11
Tabela 3. Consolidado do relatório do SIAB no ano de 2013.....	11
Tabela 4. Visão do autor nos diferentes aspectos do atendimento.....	13

RESUMO

Este estudo é um relato a experiência sobre a implantação do acolhimento em um Centro de Saúde do município de Florianópolis. O objeto de estudo foi possível por meio da análise da intervenção aplicada na prática assistencial. Optou-se em trabalhar o acesso dos usuários ao serviço de saúde e esta intervenção na prática assistencial foi desenvolvida no período de 16 de setembro a 11 de dezembro de 2013 onde buscou-se a melhoria do acesso por meio do acolhimento. A experiência permitiu a percepção de diferentes concepções e funções do acolhimento, que vão desde gerenciar a demanda espontânea para o médico até uma escuta de todos os usuários para organizar o atendimento. Também foram analisados alguns dados de produção, que evidenciaram que o Centro de Saúde realizou atendimento com registro do Código Internacional de doenças para 36,9% da sua população adscrita. Acredita-se que intervenção na prática assistencial contribuiu, ainda que parcialmente, para o uma reflexão do processo de trabalho. De modo geral, é necessário que os profissionais repensem suas práticas e avaliem o processo de trabalho no sentido de contribuir com medidas que favoreçam o acesso aos usuários, como por exemplo a implantação do acolhimento descrita neste estudo.

1 INTRODUÇÃO

Ao falarmos dos avanços da Saúde Pública no Brasil não se pode esquecer mencionar da 8ª Conferência Nacional de Saúde que aconteceu em 1986, e teve como tema principal “A saúde como direito de todos”. A Constituição de 1988 incorporou as propostas desta conferência - descentralização da gestão, integralidade das ações, fortalecimento do município, participação da comunidade, regionalização e hierarquização, e cada município assumiu novas contribuições em relação a saúde, mas a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) só aconteceu em 1990, pelas Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080/90 e nº 8.142/90 cujas diretrizes reafirmaram a universalidade, a equidade, a integralidade e a participação popular - eixos estruturais do sistema.

Com o objetivo expandir a Saúde Pública, o Brasil, baseado em experiência de vários países como Cuba, Inglaterra e Canadá, criou na década de 90 o Programa Saúde da Família (PSF), que posteriormente passa a ser considerado como a Estratégia Saúde da Família (ESF). Com a portaria nº 648, de 28 de março de 2006 (portaria que define a Política Nacional de Atenção Básica), a ESF passa a ser considerada uma estratégia de reorganização da Atenção Básica no Brasil (BRASIL, 2006). A mudança do processo de trabalho pela ESF passa pela adscrição de clientela, aproximação da realidade sócio-cultural da população, postura pró-ativa da equipe e principalmente a formação de vínculo e criação de laços de compromissos e de co-responsabilidade entre profissionais da saúde e a população. Dentre as atribuições comuns a todos os profissionais da equipe saúde da família citadas nesta portaria, destaca-se a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo.

A Política Nacional de Humanização (PNH) tem como proposta um acesso universal e contínuo aos serviços do SUS e que seja acolhedor, respeite as diversidades da população, proporcione co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS (BRASIL, 2004).

O Acesso pode ser compreendido como e onde o usuário consegue ser atendida no SUS. A PNH preconiza como porta de entrada no SUS a Atenção Básica. Para Milman (MILMAN, 1993; VIDAL, 2013), classificou três barreiras primárias aos serviços de saúde: (1) barreiras estruturais relacionadas ao número, tipo, localização, ou configuração dos serviços; (2) barreiras

financeiras, que podem restringir o acesso, limitando as pessoas em receber cuidados em saúde;

(3) Barreiras pessoais e culturais.

Pensando em ampliar o acesso na saúde, o Ministério da Saúde em 2011 criou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ). Este programa repassa recursos para atenção básica para a qualificação do serviço e a melhoria da atenção à saúde da população por meio de programas que avaliem a implantação de processos e a melhoria de resultados.

Nesta perspectiva, em 09 setembro de 2013, a equipe do Centro de Saúde Balneário incentivada pela coordenação local e pela gestão municipal, implantou o acesso ao serviço pelo acolhimento da demanda espontânea, trabalhando o atendimento interdisciplinar, a interconsulta e o gerenciamento do acesso pelo acolhimento. Assim o presente trabalho tem como objetivo relatar a vivência do acolhimento nas duas formas de acesso desenvolvidas no Centro de Saúde no ano de 2013.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde, nas atuais concepções, como termos equivalentes. Associa a ambos os termos: os princípios e as diretrizes definidos no SUS, e caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, e toda demanda de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2012).

A Política Nacional de Atenção Básica têm como fundamentos e diretrizes (BRASIL, 2012):

I - ter território adstrito sobre o mesmo (...)

II - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde; o estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção;

III - adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. (...) A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários (...)

IV - Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. (...) Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica.

V - estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social.

Dentro desta ótica, o acolhimento é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização e tem se tornado a sua face mais visível pelas consequências diretas que pode determinar no acesso dos usuários na mudança no processo de trabalho, a fim de atender todos aqueles que buscarem o serviço de saúde (BRASIL, 2006).

Acesso e acolhimento nos remetem à discussão de modelos assistenciais, que dizem respeito à organização dos serviços em saúde ofertados, os horários previstos e a qualidade do atendimento. Segundo Franco e Merhy (2003), o acolhimento propõe inverter a lógica de organização e o funcionamento do serviço de saúde partindo de três princípios: 1) fornecer atendimento a todos que procurem os serviços de saúde, de forma acolhedora, com intenção de garantir uma resposta positiva aos problemas de saúde da população; 2) descentralizar o eixo central do médico, reorganizando o processo de trabalho para a equipe multiprofissional; 3) capacitar e qualificar a relação profissional e usuários, para aspectos humanitários e solidários

(FRANCO & MERHY, 2003). Entretanto, Ramos et al (2003), diz que a facilidade do acesso ao uso dos serviços de saúde, juntamente com outros fatores, em especial o acolhimento, favorece o vínculo do usuário e, portanto, contribui para o tempo de utilização do serviço e para a frequência de procura pelo atendimento (RAMOS, 2003).

As diferentes denominações do acolhimento convergem em torno do diálogo, da comunicação verbal e não verbal, da escuta qualificada, as relações de vínculo estabelecido. Cavalcante *et al.* (2009), traz que o acolhimento destina-se a ir em rumo da integralidade e a universalização do acesso, garantindo uma escuta qualificada de todos que chegam a unidade de saúde. Sendo assim, o acolhimento propõe inverter a lógica de organização e o funcionamento do serviço de saúde e de acordo com estes princípios, podemos olhar o acolhimento como uma forma de garantir mais acesso aos serviços de saúde à população, na qual todos da equipe poderão acolher com responsabilidade, e romper com o paradigma onde a solução está apenas encontrada na consulta médica (CAVALCANTE, 2009).

Ressalta-se que o acolhimento à demanda espontânea e o atendimento às urgências em uma das Unidades Básicas de Saúde diferencia-se do atendimento em uma unidade de ponto-socorro ou ponto-atendimento, pois a Atenção Básica trabalha em equipe, tem conhecimento prévio da população. Possui, na maior parte das vezes, registro em prontuário à queixas agudas, possibilita o retorno com a mesma equipe de saúde, o acompanhamento do quadro e o estabelecimento de vínculo, o que caracteriza a continuidade do cuidado, e não somente um atendimento pontual (BRASIL, 2013).

Há um esforço do Ministério da Saúde em fazer com que parte dos recursos na atenção básica induza a ampliação do acesso, a qualificação do serviço e a melhoria da atenção à saúde da população. Com este objetivo, foi criado em 2011 o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) que repassa recursos financeiros para as gestões municipais que aderirem ao programa, atrelando estes incentivo a programas que avaliem a implantação de processos e a melhoria de resultados. O incentivo de qualidade é variável e dependente dos resultados alcançados pelas equipes de Saúde da Família e pela gestão municipal. Este incentivo será transferido a cada mês, tendo como base o número de equipes cadastradas no programa e os critérios definidos em portaria específica do PMAQ (BRASIL, 2012).

A Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis já trabalhava o tema acesso há muito tempo na rede de atenção primária. No entanto, a partir de 2011 o definiu como tema prioritário

para ampliar a compreensão da função desse nível de atenção e apoiar a reorganização da porta de entrada, assim como o acolhimento dos Centros de Saúde. Com o decreto Municipal nº 9.905 de 2012 e com a portaria municipal nº 24 de 2012 da Secretaria Municipal de Saúde, definiu a gratificação por desempenho conforme figura abaixo, como maneira de incentivar a melhora da assistência prestada no município.

Figura 1. Gratificação por desempenho, Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

CATEGORIA PROFISSIONAL	ADESÃO	DESEMPENHO REGULAR	DESEMPENHO BOM	DESEMPENHO ÓTIMO
Médico	R\$ 182,02	R\$ 182,02	R\$ 546,05	R\$ 910,08
Dentista	R\$ 136,51	R\$ 136,51	R\$ 409,54	R\$ 682,56
Enfermeiro	R\$ 120,56	R\$ 120,56	R\$ 361,69	R\$ 602,81
Técnico Enf.	R\$ 33,15	R\$ 33,15	R\$ 99,46	R\$ 165,77
Auxiliar Enf.	R\$ 31,95	R\$ 31,95	R\$ 95,86	R\$ 159,77
THD	R\$ 33,15	R\$ 33,15	R\$ 99,46	R\$ 165,77
ACD	R\$ 30,14	R\$ 30,14	R\$ 90,42	R\$ 150,70
ACS	R\$ 13,08	R\$ 13,08	R\$ 39,24	R\$ 65,40

Fonte: Diário oficial do município de Florianópolis-SC, em 24/12/2012.

3 MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência sobre a prática do acolhimento em um Centro de Saúde do Balneário, na cidade de Florianópolis - SC. O relato da análise do objeto em estudo é realizado com base na intervenção aplicada na prática assistencial, o acolhimento, desenvolvida de 16 de setembro a 11 de dezembro de 2013. Optou-se em trabalhar o acesso do usuário ao serviço de saúde, aqui descrito como modelo de acesso gerenciado pelo acolhimento.

O produto resultante foi baseado nas duas formas de acesso desenvolvidas no ano de 2013, aqui denominada como uma tecnologia de concepção. O objeto do estudo é a prática do acolhimento nas duas formas de acesso a Equipe de Saúde da Família no ano de 2013, ou seja, antes da prática assistencial e durante a prática assistencial. Para tanto, faz-se necessário um breve apresentação do Centro de Saúde, bem como as duas formas de acesso trabalhadas no ano de 2013.

3.1 CENTRO DE SAÚDE BALNEÁRIO

O Centro de Saúde Balneário está localizado no Bairro Balneário, parte continental da cidade de Florianópolis - SC. Temos duas equipes de ESF, totalizando 17 profissionais de saúde com carga horária de 40 horas semanais, sendo eles: 2 médicos, 2 enfermeiros, 4 técnicos de enfermagem, 07 agentes comunitários de saúde (03 vagas em aberto), 1 odontóloga, 1 auxiliar em saúde bucal. Além dos profissionais da ESF temos 2 auxiliares administrativos, 01 estagiário, 1 colaborador da limpeza e os profissionais do Núcleo de Saúde da Família (NASF), composto por Médico pediatra, Médico Geriatra, Médico Psiquiatra, Psicólogo, Fisioterapeuta, Educador Físico, Nutricionista, Fonodíloga, Farmacêutico e Assistente Social, que prestam serviço em parceria com as equipes de ESF. A carga horária dos profissionais do NASF varia, geralmente, de 4 a 20 horas semanal conforme cronograma baseado no número de equipes e demanda apresentada.

Tabela 1. População em 2012 – Centro de Saúde Balneário.

Residentes por idade (anos)														
Micro Área Código	Residente	Homens	Mulheres	menos de 1 ano	1 a 4 anos	5 anos	6 a 9 anos	10 a 19 anos	20 a 24 anos	25 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 64 anos	65 a 69 anos	acima de 70 anos
		Residentes	Residentes											
Micro Área * 20 01	898	423	475	5	17	3	27	108	63	329	149	58	45	94
Micro Área 20 02	822	357	465	5	30	9	28	86	86	335	121	39	23	60
Micro Área 20 03	672	301	371	6	16	4	22	72	47	248	107	41	27	82
Micro Área 20 04	450	199	251	4	18	4	22	64	33	183	54	25	16	27
Micro Área * 20 05	769	346	423	8	32	7	32	114	59	293	94	42	29	59
Área 20	3611	1626	1985	28	113	27	131	444	288	1388	525	205	140	322
Micro Área * 21 01	626	299	327	6	18	3	22	75	64	235	80	34	27	62
Micro Área 21 02	509	248	261	5	19	4	17	74	47	183	63	29	13	55
Micro Área 21 03	498	223	275	2	16	4	15	54	37	183	83	30	19	55
Micro Área 21 04	920	433	487	5	32	5	30	111	78	329	133	60	41	96
Micro Área 21 05	1064	478	586	5	31	6	35	113	82	385	172	63	47	125
Área 21	3617	1681	1936	23	116	22	119	427	308	1315	531	216	147	393
TOTAL	7228	3307	3921	51	229	49	250	871	596	2703	1056	421	287	715

Fonte: Censo Demográfico IBGE 2010 Estimativa 2012

* áreas descobertas de Agente Comunitário de Saúde.

3.2 MODELO DE ACESSO COM AGENDAMENTO SEMANAL

Neste modelo o acesso do usuário a Equipe de Saúde da Família acontece por meio do agendamento prévio. Este agendamento é semanal, em um dia específico da semana, até o termino das vagas estipuladas. Para as gestantes, crianças menores de 1 ano e idosos acima de 60 anos, o agendamento é realizado em qualquer dia e horário, sendo que para os idosos observa-se a reserva de duas vagas por período.

Apesar de todos os profissionais poderem acolher estes usuários, orientá-los sobre as rotinas do Centro de Saúde, serviços ofertados, etc, a carga maior de acolhimento fica com a enfermagem e, geralmente é direcionado a esta categoria quando o usuário insiste por

atendimento naquele momento ou refere necessidade de atendimento de urgência. A reserva de vaga aqui estipulada é de três consultas médicas por período de atendimento. Estas vagas de acolhimento na visão da equipe, principalmente categoria médica, são principalmente para situações de urgência.

3.3 MODELO DE ACESSO GERENCIADO PELO ACOLHIMENTO

Este modelo centraliza o acesso à equipe de ESF por meio do acolhimento da demanda espontânea, focando no atendimento interdisciplinar e na interconsulta como forma de reorganizar o acesso. Consiste acolher o usuário na primeira hora de trabalho (matutino ou vespertino) e identificar qual o profissional da equipe poderia atendê-lo naquele momento. É estipulado um número de vagas por período e se houver uma procura além deste número fica a critério da equipe analisar se teria condição de atendê-lo naquele momento ou não. O importante é que toda a demanda deve ser escutada, independente do horário que o usuário procura o atendimento e, tentar dar uma resposta positiva, na maioria das vezes (Anexo 1: folder distribuído a população, com tiragem de 3.000 impressos).

Com esta forma de acesso, a equipe de ESF visa atender a demanda do dia no mesmo dia, evitando reserva de vagas para urgências e diminuir o número de faltas nas consultas. O usuário é atendido nas duas primeiras horas do período, ficando as outras duas horas para os atendimentos agendados pela equipe, geralmente pelo Médico ou Enfermeiro ou para atividades de reunião de equipe, etc.

O acolhimento aqui tem papel fundamental, tanto no gerenciamento da agenda, como na formação de vínculo com o usuário / comunidade.

4 RESULTADO E ANÁLISE: RELATO DA EXPERIÊNCIA

O presente trabalho visa relatar a vivência do acolhimento nos dois modelos de acesso desenvolvidos no ano de 2013 no Centro de Saúde do Balneário, município de Florianópolis-SC, no entanto, acolhimento e acesso andam juntos e, é praticamente impossível falar de um sem comentar o outro.

Ao relatarmos a experiência faremos uma reflexão sobre os dados de produção, além de elucidar alguns fatos que se fazem necessários. O CS Balneário ficou no ano de 2013, na área da ESF número 21, sem o profissional médico por aproximadamente 4 meses. Os profissionais que vieram colaborar com o atendimento, bem como a produção do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), encontram-se descrito na tabela 2.

O município de Florianópolis possui o prontuário eletrônico, INFOSAÚDE, que permite o profissional visualizar o prontuário do usuário ou abri-lo, e ao finalizar o atendimento a colocação do código que identifica a produção é obrigatório a todos os profissionais, mas existem outros códigos como falta, atualização de prontuário, entre outros, que permite fechá-lo sem que seja contabilizado no número de atendimentos. Entretanto a colocação do CID é obrigatório para categoria médica e opcional para as demais categorias.

Tabela 2. Número de Atendimentos com Código Internacional de Doenças (CID) em 2013 no Centro de Saúde do Balneário, Município de Florianópolis - SC.

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Número de atendimentos acumulados no ano	435	892	1233	1756	2015	2438	2692	3132	3691	4334	4847	5053
Número de atendimentos novos acumulados no ano	381	676	830	1040	1115	1221	1313	1431	1585	1730	1827	1865
Percentual de atendimentos novos acumulados no ano.	87,6%	75,8%	67,3%	59,2%	55,3%	50,1%	48,8%	45,7%	42,9%	39,9%	37,7%	36,9%
Número de atendimentos no mês	435	457	341	523	259	423	254	440	559	643	513	206
Número de atendimentos novos no ano por mês	381	295	154	210	75	106	92	118	154	145	97	38
Percentual de atendimentos novos no mês.	87,6%	64,6%	45,2%	40,2%	29,0%	25,1%	36,2%	26,8%	27,5%	22,6%	18,9%	18,4%

Fonte: INFOSAÚDE - Produção por CID (todos).

Obs. Estão incluso 172 usuários atendidos por profissionais não médico, totalizando 313 atendimentos.

Tabela 3. Consolidado do relatório do SIAB no ano de 2013

		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	TOTAL
Número de consultas médicas área 20	Residentes no município	79	126	89	272	217	189	94	151	189	220	233	102	1961
	Em outro município	4	3	1	4	1	3	1	5	4	2	0	2	30
Número de consultas médicas área 21	Residentes no município	236	147	69	23	0	0	0	99	261	285	209	88	1417
	Em outro município	6	0	3	1	0	0	0	2	4	5	3	1	25
Visita Médica área 20		0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	4
Visita Médica área 21		1	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	4
Total de consultas médicas/visita domiciliar da da ESF		326	280	162	300	218	194	95	257	458	513	445	193	3441

Fonte: INFOSAÚDE - relatório SIAB

Ao analisar os dados da tabela 3, podemos concluir que a ESF apresentou um percentual de 47,6% de consultas médicas no ano 2013 em relação a sua população segundo o Censo Demográfico IBGE 2010 Estimativa de 2012 descrito na tabela 1. Dado este que resulta em 0,47 consulta médica por habitante/ano para a população deste Centro de Saúde. Se for incluídos todos os atendimentos com CID (tabela 2) esse número atinge 69,9%, ou seja, 0,7 consultas por habitante/ano por algum profissional do CS que utilizou o CID nos seus atendimentos. Entretanto, se analisarmos somente o número atendimentos novos esse percentual é de 25,8 ou seja, 74,2% da população (5.363 pessoas) da área do Centro de Saúde não procuraram ou não tiveram acesso a atendimento e 63,1% dos atendimentos com CID destinaram-se a usuários que já tinham consultado no ano. Observa-se que em fevereiro, segundo mês do ano, já havia um índice de reconsulta de 24,2% dos atendimentos com CID e no mês de julho ultrapassou a marca de 50%. Assim, um viés a ser considerado é o atendimento do NASF, que necessita um encaminhamento prévio da equipe de saúde da família.

Ao comparar os dois modelos de acesso na tabela 2, percebe-se que o acesso por meio do acolhimento realizado no período de 16 de setembro a 11 de dezembro, obteve um aumento no número de atendimentos com CID, bem como no número de atendimentos de usuários com primeiro atendimento no ano em comparação com os meses anteriores.

O acesso e o acolhimento no CS no ano de 2013 funcionaram de maneiras e visões diferentes, conforme o modelo de acesso trabalhado. Na tabela seguinte podemos visualizar a observação do autor em relação aos pontos positivos e vulneráveis de cada modelo de acesso.

|

Tabela 4. Visão do autor nos diferentes aspectos do atendimento

	Modelo de acesso com agendamento semanal		Modelo de Acesso gerenciado pelo acolhimento	
	Ponto Positivo	Ponto vulnerável	Ponto Positivo	Ponto vulnerável
Percepção do Usuário	Programa sua consulta com dia e horário marcados.	Pode necessitar de atendimento antes do disponível.	Facilidade no Acesso a ESF	Reconhecimento da consulta do enfermeiro pelo usuário.
Percepção da Equipe	Facilidade em organizar o serviço.	Não saber o motivo da procura do usuário que não conseguiu agendamento.	Possibilidade de gerenciamento do acesso.	Aumento da demanda.
Acesso	Centrado no Atendimento Médico	Demanda reprimida.	Centrado na Equipe.	Diminuição do tempo de atendimento por usuário.
Acolhimento	Voltado a queixa/solicitação do usuário.	A percepção do usuário quando é acolhido e não há necessidade de consulta médica de urgência.	É realizado para todos os usuários. Possibilita a otimização da agenda da Equipe de Saúde da Família	Poucos protocolos municipais que amplie a consulta do Enfermeiro.
Vínculo do Usuário	Centrado no médico		Centrado na equipe.	
Disponibilidade de vaga/atendimento	Baseado na agenda do médico.		Baseado na agenda da equipe, médico e Enfermeiro.	
Visita Domiciliar	Não altera nos modelos de acesso comparados		Não altera nos modelos de acesso comparados	
Reunião de Equipe	Não altera nos modelos de acesso comparados		Não altera nos modelos de acesso comparados	

No modelo de acesso com agendamento semanal, o acolhimento é feito para organizar a demanda para o médico, geralmente quando o usuário solicita ou apresenta uma queixa de urgência, necessita assim de lugar, hora e profissional capacitado para realizá-lo. O acolhimento no modelo de acesso gerenciado pelo acolhimento é realizado para todos os usuários e tem na escuta de todos os usuários um elemento importante para avaliação do serviço, bem como da

forma que a equipe se organiza para viabilizar o acesso. Entretanto, um atendimento acolhedor está mais vinculado ao profissional do que propriamente ao modelo de acesso implantado.

A observação do modelo de acesso gerenciado pelo acolhimento apresentou um pequeno número de retornos agendados pela equipe de saúde da família, refletindo mais uma postura da equipe do que a aplicação do modelo propriamente dito. Além disto, teve os relatos dos funcionários de uma "sobrecarga de trabalho", e o discurso que aumentaram o número de pacientes que vinham várias vezes ao Centro de Saúde. Entretanto Vidal (2013), diz que

Florianópolis, Estado de Santa Catarina, Brasil, embora apresente o terceiro melhor Índice de Desempenho do SUS (Brasil, Ministério da Saúde, 2013) tem uma proporção da população adscrita que utiliza os serviços de atenção primária à saúde (APS) do município de apenas 40,3% e, considerando esse dado, tem um número de consultas médicas por pessoa por população adscrita baixo - 1,1, quando comparado aos Sistemas de Saúde Inglês e Estadunidense, por exemplo (respectivamente, 5,55 e 3,32).

Segundo o setor de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde, o Centro de Saúde do Balneário apresenta 0,54 consultas médicas por habitante/ano, este número é abaixo da média do município que é 1,1 consultas médicas por habitante/ano.

Segundo Starfield (2002, p. 65, apud BRASIL, 2012) o acesso não pode estar condicionado ao “grau de necessidade” do usuário, “já que não se pode esperar que os indivíduos conheçam a gravidade ou urgência de muitos de seus problemas antes de buscarem atendimento”. Além disso, não se pode negar o atendimento à demanda espontânea. Na prática assistencial podemos ver que o acesso e acolhimento necessitam ser ampliados e melhorados, incentivando o atendimento acolhedor, contudo o modelo de acesso a ser trabalhado necessita ser construído pela equipe, com a participação da comunidade e apoio da Gestão municipal.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intervenção na prática assistencial contribuiu, ainda que parcialmente, para o uma reflexão do processo de trabalho. De modo geral é necessário que os profissionais repensem suas práticas e avaliem o processo de trabalho no sentido de contribuir com medidas que favoreçam o acesso e o acolhimento aos usuários.

Falar de acesso é algo que deve transcender a produção numérica, ele deve estar fundamentado também em indicadores e pesquisas de prevalência de determinadas doenças. Exemplo disso é a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2008, que traz a prevalência média referida de diabéticos e hipertensos com 15 anos ou mais, em Santa Catarina, de 4,5% e 18% respectivamente e preconiza que pelo menos 80% dos hipertensos e 65% dos diabéticos estimados sejam acompanhados pelas equipes de atenção básica. Assim, com base nos dados e indicadores pode-se analisar a participação destes usuários, programar a oferta de atendimento continuado/programado e as melhorias no acesso.

Trabalhar o acolhimento é também trabalhar a demanda de serviços. Uma demanda excessiva associado a pouca oferta compromete o acolhimento independente do tipo de acesso que se trabalhe, entretanto a oferta não pode determinar a demanda.

Os dois modelos de acesso e acolhimento aqui citados apresentaram divergências entre si, um modelo de acesso que centra nas ações preventivas e/ou programática, com acolhimento da demanda espontânea, na maioria das vezes, centrada na urgência médica; e o outro modelo, realiza quase exclusivamente atendimento à demanda espontânea facilitando o acesso, mas com pouco gerenciamento das ações e retornos programados. Assim ambos os modelos vivenciados apresentam desequilíbrio nas ações ofertadas e necessita de uma análise dos indicadores e uma reflexão dos servidores sobre a adequação do modelo a ser ofertado, visando ampliar o acesso e sem perder o acolhimento humanizado. Entretanto, modificar a consciência das pessoas, não é tarefa fácil, motivá-las a saírem do seu comodismo, da sua zona de conforto, muito menos. Assim, contrariando a canção de Dorival Caymmi, não devemos ter a síndrome de Gabriela "...Eu nasci assim, eu cresci assim e sou mesmo assim, vou ser sempre assim" (música: Modinha para Gabriela – Dorival Caymmi).

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Lei 8.080/90, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União, 20 de setembro de 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. Lei 8.142/90, de 29 de dezembro de 1990. Diário Oficial da União, 31 de dezembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional da Humanização. **Humaniza SUS. Política Nacional de Humanização.** A Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. 20p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Diário Oficial da União, mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cadernos Humaniza SUS: Textos básicos de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde. 2010. 177p. (Série B, Volume 2.)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde. 2011. 56p. (Série E., Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea.** Brasília: Ministério da Saúde. 2012. 108p. (Série A, Caderno de atenção Básica, n 28, volume 1.)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde. 2013. 28p. (Caderno de atenção Básica, n 28, volume 1 e 2.)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica.** Brasília: Ministério da Saúde. 2013. 79p.(versão julho 2012).

CAVALCANTE FILHO, J. B. *et al.* Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. **Revista Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v. 13, n. 31, p. 315-28, out./dez. 2009.

FRANCO, TB e MERHY, EE. **Programa de Saúde da Família (PSF):** contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Magalhães Júnior EM, Rimmoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 55-123.

LEITE, Marcela Pereira de Souza. Proposta de um protocolo de acolhimento para unidades de atenção primária à saúde de Virgolândia, Minas Gerais. Orientado por Stela Maris Aguiar Lemos. Virgolândia, 2009. 69 f. Monografia (Especialização em atenção básica em saúde da família)-Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de Pós graduação em saúde da família. Virgolândia, 2009.

LIMA, Maria Alice Dias da Silva et al. **Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários.** acta, [online] 2006.

RAMOS, Donatela dourado; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. **Acesso e acolhimento aos usuários de uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.** Caderno de Saúde Publica, [online]. 2003, 19:27-34

VIDAL, Tiago Barra Vidal. O acesso avançado e sua relação com o número de atendimentos médicos em atenção primária à saúde. Orientado por Sotero Serrate Mengue. Porto Alegre, 2013. 53 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia)-Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós graduação em Epidemiologia. Porto Alegre, 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Biblioteca Universitária. Serviço de Referência. Normalização de trabalhos. Florianópolis, 2011. Apresenta tutoriais, guias e templates para normalização de trabalhos acadêmicos. Disponível em: <<http://portalbu.ufsc.br/normalizacao-de-trabalhos-2/>>. Acesso em: 12 dezembro 2013.

ANEXO 1 - FOLDER DISTRIBUIDO NA COMUNIDADE



Olá, seja bem-vindo ao Centro de Balneário!!!

Este é o informativo das Equipes de Saúde da Família! Aqui você encontrará as principais informações sobre nosso trabalho. Solicitamos que **leia com atenção e apresente para sua família**, pois isso ajudará em muito na qualidade do serviço que queremos oferecer!

Quem são os profissionais e qual é nosso horário de trabalho no Centro de Saúde?

Equipe 20

Equipe 21

Médica de Família:		
Enfermeiro(a):		
Técnico / Auxiliar de Enfermagem:		
Agentes Comunitários: (ACS)		
<i>Dentista / ASB</i>		

Horário de Atendimento do Centro de Saúde:
Segunda à Sexta-Feira das 8:00 às 12:00 horas e das 13:00 às 17:00 horas.

Exceto a primeira Segunda Feira do mês à tarde
 (Reunião Mensal do Centro de Saúde)

SEMPRE TRAGA O SEU CARTÃO DO SUS
ou Documento com foto.

Lembramos que a **Médica de Família, o(a) Enfermeiro(a), as Técnicas/Auxiliares de Enfermagem, e as Agentes Comunitárias de Saúde** formam uma **equipe** e trabalharão sempre como uma **equipe** objetivando o melhor para seu atendimento e também de sua família. Em uma equipe, **cada um desempenha seu papel** para que todos atinjam o objetivo comum. Nosso **objetivo comum é atender bem** a você e a seus familiares! Informe-se com seu ACS ou na recepção do Centro de Saúde a qual equipe você pertence.

Início a partir de 16/09/2013



Sistema Único de Saúde



PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS

CENTRO DE SAÚDE BALNEÁRIO

Orientações sobre o atendimento MULTIPROFISSIONAL

1. Todos os dias úteis, das 8 h às 9 h e das 13 h às 14 h, Exceto na primeira Segunda-feira do Mês no período vespertino (Reunião Geral do CS), nas terças-feiras no período vespertino (Visita Domiciliar) e um período por mês onde os médicos discutem os casos clínicos dos pacientes (ver data mural do CS). Atendemos a todas as pessoas moradoras da nossa área que nos procuram. A maioria conseguirá uma avaliação no mesmo dia. Alguns precisarão ser agendados e/ou retornar nos períodos seguintes, porém **TODOS serão ouvidos por um profissional da sua equipe**.

**O atendimento NÃO é por ordem de chegada
e sim de acordo com a classificação da sua queixa.**

2. Você poderá ser atendido pela sua Médica ou por seu Enfermeiro(a) de Saúde da Família, independente de sua queixa. **Todos farão o melhor para lhe ajudar** e sempre será levado em consideração as atribuições específicas de cada profissão.
3. Entre 10 e 12h e entre 15 e 17h estamos divididos em diversas funções necessárias para o atendimento de nossa área. São nestes horários que realizamos os atendimentos agendados, os preventivos, monitoramentos dos resultados de Glicemia, entrega de bolsas de colostomias, matriciamento com Núcleo de Saúde da Família (NASF).
4. O atendimento da Odontologia vai continuar acontecendo da mesma forma, pois temos uma equipe de Saúde Bucal para as duas áreas: **Ana** (dentista) e **Angelita** (auxiliar em saúde bucal). O agendamento da odontologia é feito nas sextas feira às 8 h.

Atenção: se o seu atendimento é uma urgência médica e tenha necessidade de atendimento médico em tempo inferior a 30 minutos ou realização imediata de exames complementares, o ideal é que seja atendido na Unidade de Ponto Atendimento (UPA) ou em uma Unidade Hospitalar.

Início a partir de 16/09/2013



Sistema
Único
de Saúde



Saúde da Família



PREFEITURA MUNICIPAL
DE FLORIANÓPOLIS

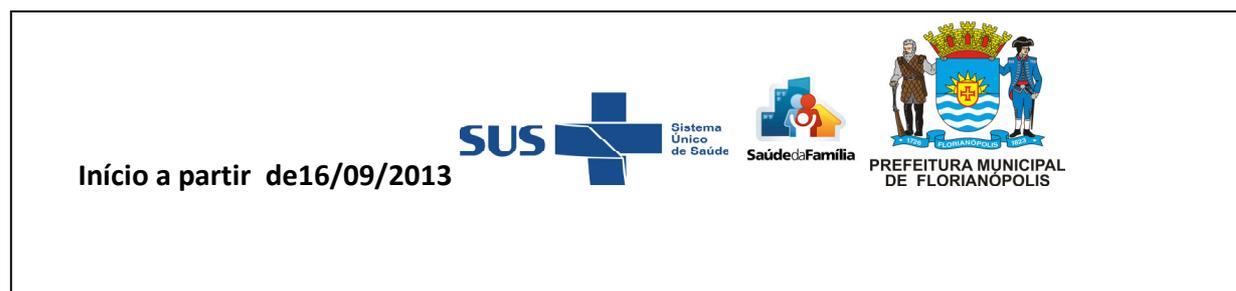
Serviços oferecidos:

- **Consultas do dia:** são atendimentos reservados as pessoas que precisam consultar no mesmo dia.
- **Consultas programadas:** são atendimentos reservados para atendimento de pessoas que foram agendadas (gestantes, crianças menores de 2 anos conforme orientação do profissional). Na maioria das vezes os outros agendamento serão feito pelo próprio profissional (Médico ou Enfermeiro) da equipe 21.
- **Visitas domiciliares (geralmente nas terças-feiras):** atendimentos reservados as pessoas que necessitam acompanhamento domiciliar por encontrarem-se acamadas por motivo de doença. Analisando-se cada caso, será definido o profissional mais adequado para a visita. Para tais situações é indicado fazer contato com o seu Agente Comunitário de Saúde. **ATENÇÃO:** Não realizamos Visita Domiciliar de Urgência, neste caso o correto é ligar diretamente para o número 192 (SAMU).
- **Curativos, retiradas de pontos, vacinas:** são realizados conforme avaliação. A pessoa deve se dirigir a recepção do Centro de saúde para ser encaminhada para o atendimento. Para isto retire uma senha e aguarde sentado. É aconselhado que chegue até 15 ou 30 minutos antes do horário de fechar a unidade para melhor atende-lo.
- **Preventivo:** os exames preventivos de colo do útero são agendados todos os dias conforme disponibilidade da sala. O agendamento é feito na recepção do Centro de Saúde em qualquer dia da semana.

O Centro de Saúde do Balneário oferece inúmeras **atividades em grupo:** Grupo de Hábitos Saudáveis, atividade física (orientada pelo educador físico), Tabagismo. Informe-se com os profissionais ou nos murais do Centro de Saúde e participe!

Reuniões de Equipe:

Uma vez por semana realizamos **reunião de equipe**. É nessa reunião que planejamos nosso trabalho, discutimos situações difíceis de atendimentos realizados e as formas de resolvê-las e agendamos as visitas domiciliares. Esta reunião ocorre em um dia específico da semana



das 10 às 12 horas ou 15 as 17 horas. Solicitamos que, na **medida do possível**, você **evite** vir ao centro de saúde para atendimentos MULTIPROFISSIONAL nestes horários.

Reuniões do Conselho Local de Saúde

Nosso Centro de Saúde conta com o **Conselho Local de Saúde**, no qual são discutidas as situações/problemas relacionados à saúde da comunidade. As reuniões acontecem **mensalmente no próprio Centro de Saúde** na terceira **segunda-feira do mês das 18:30 as 19:30h.**

Venha ajudar e fazer parte da construção do SUS e da melhoria do nosso Centro de Saúde do Balneário!

Lembre-se!!! - Se o problema é individual, leve-o ao conhecimento da sua equipe/coordenador do Centro de Saúde, Se o problema é coletivo, traga-o para ser discutido no Conselho.

Documentos necessários para cadastro no Centro de Saúde do Balneário:

RG ou Certidão de nascimento ou Carteira de Motorista;

Obs.: Caso sua residência não tenha cadastro na Estratégia de Saúde da Família será feito um cadastro provisório e encaminharemos para que seja feito.

É sua responsabilidade manter o seu cadastro atualizado com telefones de contato.

Sugestões, Reclamações e Elogios: com Coordenador do Centro de Saúde - (**Julio C. Fogliatto**) ou diretamente com a sua equipe. Caso tenha necessidade, temos o setor ouvidoria do Município.

Telefone (48) 3239 - 1537

Informações Úteis:

www.facebook.com/CsBalneario

Telefone do C.S. Balneário: (48) 3244 - 4904 Fax (48) 3248 - 1620

Farmácia Escola do HU - 3721 - 9567 - ramal 4.

UPA Sul (48) 3239-1701 ao lado Terminal Integrado do Rio Tavares.

UPA Norte (48) 3261-0614 ao lado do Terminal Integrado de Canavieira

Importante: UPA funciona 24 horas por dia, inclusive com atendimento Odontológico.

