

Acolhimento como ferramenta de reorganização do processo de trabalho diante de eventos agudos: relato de experiência

Embracement as a tool to reorganize the work process in the face of acute events: an experience report

*Lídice Salles Correia Lima de Carvalho¹, Francisca Bertilia Chaves Costa²,
July Grassiely de Oliveira Branco³*

Resumo

Na concepção da Atenção Primária à Saúde como porta de entrada para a Rede de Atenção à Saúde, a Unidade de Atenção Primária à Saúde utiliza o acolhimento como ferramenta de organização do processo de trabalho para proporcionar um melhor atendimento à demanda que busca a Atenção Básica. Objetivou-se descrever a implementação do processo de acolhimento com classificação de risco a eventos agudos da demanda espontânea

como um instrumento de reorganização do processo de trabalho de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde em Fortaleza/CE. Estudo descritivo a partir de um relato de experiência. A proposta surgiu diante da necessidade de melhorar a assistência às pessoas que procuravam a Atenção Básica com eventos agudos. Diante disso, as equipes da Estratégia de Saúde da Família e a gestora da unidade reorganizaram o fluxo de entrada de pessoas da demanda espontânea, utilizando o processo de acolhimento com classificação de risco. Como produto final elaborou-se um fluxograma de orientação para o atendimento, tendo como referencial teórico as diretrizes do Ministério da Saúde para acolhimento e classificação de riscos. Ressalta-se ainda, dentro desse processo de reorganização

1. Graduada em Serviço Social. Gerente da Unidade de Atenção Primária à Saúde Carlos Ribeiro da Prefeitura Municipal de Fortaleza/Ceará. Prefeitura Municipal de Fortaleza
2. Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza. Universidade de Fortaleza. Bolsista FUNCAP
3. Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza. Universidade de Fortaleza. Bolsista FUNCAP

do serviço, o monitoramento das ações desenvolvidas para que estas sejam avaliadas e reformuladas periodicamente. Entretanto, ainda se encontra em processo o empoderamento dos profissionais da instituição, para garantir que os usuários, ao chegarem na unidade, sejam recepcionados com cordialidade e orientados a respeito dos serviços ofertados e direcionados aos locais de atendimento.

Palavras-chave: Acolhimento; Atenção à Saúde; Serviços de Saúde.

Abstract

In the design of primary health care as the gateway to the health care network, the unit of primary health care uses the host as the work cadprocess organizing tool to provide better care to the demand seeking basic care. This study aimed to describe the implementation of the reception process with risk classification of acute events of spontaneous demand as a reorganization tool unit work process of a Primary Health Care in Fortaleza/CE. Descriptive study from an experience report. The proposal came on the need to improve care for people seeking primary care to acute events. Faced with this, the teams of the Family Health Strategy and the management of the unit reorganized the inflow of people from spontaneous demand, using the risk classification host process. As final product, a flowchart of care orientation was elaborated, having as theoretical reference the guidelines of the Ministry of Health for reception and classification of risks. In this process of reorganization of the service, it is also important to monitor the actions taken so that they can be evaluated and reformulated periodically. However, the empowerment of the institution's professionals is still in the process of ensuring that the users, when they arrive at the unit, are cordially received and oriented regarding the services offered and directed to the places of care.

Keywords: User Embracement; Health Care; Health Services.

Introdução

A compreensão acerca da Atenção Primária à Saúde (APS) nasceu na década de 20 no Reino Unido a partir do Relatório de Dawson, com a organização do sistema de atenção à saúde em diferentes níveis: os serviços domiciliares, os centros de saúde primários, os centros de saúde secundários, os serviços suplementares e os hospitais de ensino. Esse clássico documento definiu as funções de cada serviço e a correlação entre eles. A importância deste relatório também se destaca na constituição das Redes de Atenção à Saúde (RAS) ordenadas pela APS¹.

No Brasil, observa-se o histórico da APS em oito ciclos de desenvolvimento. O primeiro ciclo ocorreu em 1924, com a criação dos Centros de Saúde conceituados nos princípios do Relatório de Dawson, inicialmente em São Paulo. O segundo aconteceu nos primórdios dos anos 40, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), atualmente Fundação Nacional de Saúde.

O terceiro ciclo desenvolveu-se em meados dos anos 60 nas Secretarias Estaduais de Saúde, enfocando as ações na prevenção das doenças, destacando a atenção médica no cuidado materno-infantil e nas doenças infectocontagiosas, principalmente a tuberculose e a hanseníase. O quarto se deu na década de 70, tendo alusão na Conferência de Alma Ata em 1978. Este ciclo foi o primeiro momento em que se desenvolveram projetos de extensão na Atenção Primária à Saúde, confluindo para o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, que se iniciou pelo Nordeste em 1976 e se ampliou nacionalmente em 1979.

A década de 80 marca o quinto ciclo, com a crise da Previdência Social e instituição das Ações Integradas de Saúde (AIS). O sexto ciclo deu-se com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que descentralizou e municipalizou a saúde, dando ênfase aos cuidados primários à saúde. A instituição do Programa de Saúde da Família (PSF) marca o sétimo ciclo de desenvolvimento da APS na saúde pública e é o que vigora atualmente. Tendo como principal missão ser a porta de entrada ao SUS¹.

O surgimento do Programa de Saúde da Família caracteriza-se como uma estratégia de mudança, com ruptura de paradigmas, estruturada na lógica de atenção primária, fundamentada na promoção da saúde, com vistas à qualidade de vida da família, indivíduo e comunidade².

No oitavo ciclo encontra-se a APS como a estratégia de reordenamento do sistema de atenção à saúde e entrada para a Rede de Atenção à Saúde¹.

Nessa perspectiva, a APS tem como objetivo a prevenção e o cuidado da saúde do indivíduo, de sua família e comunidade, como também organizar o Sistema de Atenção à Saúde. Assim como estruturar e organizar sistematicamente os atributos e as funções do serviço de saúde.

Os atributos que devem ser implementados nos serviços de saúde podem ser assim relacionados: o primeiro contato, que implica na acessibilidade e no uso de serviços para quem busca atenção à saúde; a longitudinalidade, que constitui a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso ao longo do tempo, firmando a relação de confiança entre a equipe, os indivíduos e a família; a integralidade, que consiste em um conjunto de serviços que atendam às necessidades dos usuários na promoção, prevenção, cura, cuidado e reabilitação, assim como a

responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e reconhecimento dos problemas biológicos, psicológicos, e sociais que causam a doença; a coordenação, que consiste na habilidade em garantir a continuidade da atenção; a focalização na família, constituindo-a como sujeito; a orientação comunitária, representada pela pessoa dentro de uma conjuntura física, econômica e social; e a competência cultural, expressa pelas experiências culturais locais, respeitando as predileções pessoais¹.

A APS ainda desempenha três funções primordiais estratégicas para a saúde: a resolubilidade, a comunicação e a responsabilização. Ela tem resolubilidade quando é capaz de resolver os problemas da população; é comunicativa ao ordenar os fluxos e contrafluxos na Rede de Atenção à Saúde; é responsável por possuir o conhecimento dos microterritórios e da população adstrita¹.

Na concepção da APS como a porta de entrada na RAS, a Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) utiliza o acolhimento como ferramenta de organização do processo de trabalho para proporcionar um melhor atendimento à demanda que busca a APS, de forma mais específica às pessoas com eventos agudos.

Caracterizam-se como eventos agudos os problemas relacionados à necessidade das pessoas que buscam determinada unidade de saúde precisando de atendimento de forma imediata, prioritária ou para o mesmo dia³.

Para a equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), o acolhimento constitui-se como uma tecnologia fundamental para a reorganização do processo de trabalho, viabilizando a promoção de um serviço efetivo, com otimização das atividades, a humanização do atendimento,

e ainda viabiliza a resolutividade das ações, proporcionando ao usuário uma resposta imediata à sua demanda².

Em 2015, equipes da ESF e a gestora de uma UAPS do município de Fortaleza evidenciaram a necessidade de reorganização do fluxo de pessoas com eventos agudos que buscavam, de forma espontânea, atendimento na unidade, utilizando os processos de acolhimento e classificação de risco como estratégias de reorganização do serviço, buscando melhorar a qualidade das relações entre profissionais e pessoas assistidas com vistas à humanização da atenção à saúde. E, além disso, para aumentar a capacidade de escuta qualificada às demandas apresentadas.

Observa-se que existem várias definições acerca do termo “acolhimento”, tanto em dicionários quanto em setores como a saúde. A existência de vários conceitos revela os múltiplos sentidos e significados atribuídos ao termo. De forma genérica, caracteriza-se o acolhimento como 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. Apresenta-se como uma prática constitutiva das relações de cuidado³.

Em Fortaleza/Ceará, estudos foram realizados com a temática acolhimento, com o objetivo de desmistificar esse termo e compreender seu real significado dentro do campo da saúde⁴⁻⁷.

Além do acolhimento, faz-se imprescindível determinar o objetivo da classificação de risco e vulnerabilidade; essa apresenta a finalidade de estratificar a necessidade do usuário mediante o grau de seu risco, bem como sua vulnerabilidade, para classificar o caso em agudo e não agudo³.

O modelo de atenção às condições agudas objetiva identificar, no menor tempo possível, com base em sinais de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência, definindo o ponto de atenção adequado para a situação, considerando-se, como variável crítica, o tempo de atenção requerido pelo risco classificado⁸.

Os usuários portadores dos chamados “casos agudos” frequentemente chegam à UAPS por demanda espontânea, apresentando situações de sofrimento físico ou psíquico, e podem necessitar de atendimento de urgência ou emergência. Isso gera a necessidade de reorganização da agenda do serviço e a disponibilidade de tecnologia apropriada, embora nem sempre disponível na APS⁹.

Nesse âmbito, objetivou-se descrever a experiência de implementação do processo de acolhimento da demanda espontânea de eventos agudos como uma ferramenta de reorganização do processo de trabalho em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde, em Fortaleza/Ceará.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, realizado a partir de um relato de experiência acerca do processo de reorganização do acolhimento e classificação de risco de uma UAPS adscrita à Secretaria Regional I (SR I), Coordenadoria Regional de Saúde I (CORES I), do Município de Fortaleza/CE. Constituindo-se pelos bairros Jacarecanga, Moura Brasil e parte dos bairros Farias Brito, Monte Castelo e Carlito Pamplona, tendo uma grande faixa de extensão territorial sob sua responsabilidade sanitária, apresentando uma população de aproximadamente 65.458 mil habitantes¹⁰.

O processo de implementação ocorreu a partir de novembro de 2015 até janeiro de 2016, a partir de um planejamento de ações elaborado juntamente com os profissionais da ESF da unidade. Foi

realizado um total de seis encontros, registrados em ata para formalizar as etapas desse processo. A UAPS em questão é composta de oito equipes da ESF, demonstradas no quadro 1:

Quadro 1: Demonstrativo dos profissionais que compõem as equipes da Estratégia Saúde da Família da UAPS. Fortaleza/CE, 2015

Equipe	Médico	Enfermeiro	Dentista
01	Sim	Não	Não
02	Sim	Sim	Sim
03	Não	Sim	Não
04	Sim	Sim	Não
05	Não	Sim	Sim
06	Sim	Sim	Sim
07	Sim	Sim	Sim
08	Não	Sim	Não

A partir do Quadro 1, observa-se que a unidade de saúde conta com três equipes completas, com os profissionais de nível superior da ESF e Saúde Bucal (SB), e cinco equipes incompletas, por faltarem alguns dos profissionais médicos, enfermeiro e/ou odontólogos. Ou seja, uma equipe não tem enfermeiro, são três sem médicos e quatro equipes sem dentistas.

Para a implementação do processo do acolhimento, participaram 17 profissionais de ensino superior que compõem a ESF.

A UAPS utilizou como referencial teórico as diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde, dispostas no Caderno 28 para a implementação do acolhimento e classificação de riscos de eventos agudos³. Tendo como resultado final, a partir das discussões que emergiram dos encontros com os profissionais, a proposta de um fluxograma de acolhimento para os usuários que procuram a unidade diante de eventos agudos, seguindo o modelo das diretrizes (figura 1), página 51.

Resultados e Discussão

A UAPS referenciada constitui-se de uma unidade de Atenção Primária diferenciada das demais, pois não apresenta apenas a configuração da ESF, existem outros serviços ofertados em um mesmo espaço físico: consulta com médicos especialistas; programa de órtese e prótese com o objetivo de reabilitação física por intermédio de equipe multiprofissional e concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção; o centro de testagem e aconselhamento/centro de orientação e apoio sorológico (CTA/COAS), com o oferecimento de testes rápidos para a detecção de HIV, sífilis, hepatites B e C, de forma gratuita e de fácil acesso para a população em geral e prioritariamente para as pessoas mais vulneráveis, além de promover educação em saúde e aconselhamento pré e pós-teste. E, por último, o serviço de assistência especializada (SAE) para o tratamento de pessoas portadoras do vírus HIV/AIDS.

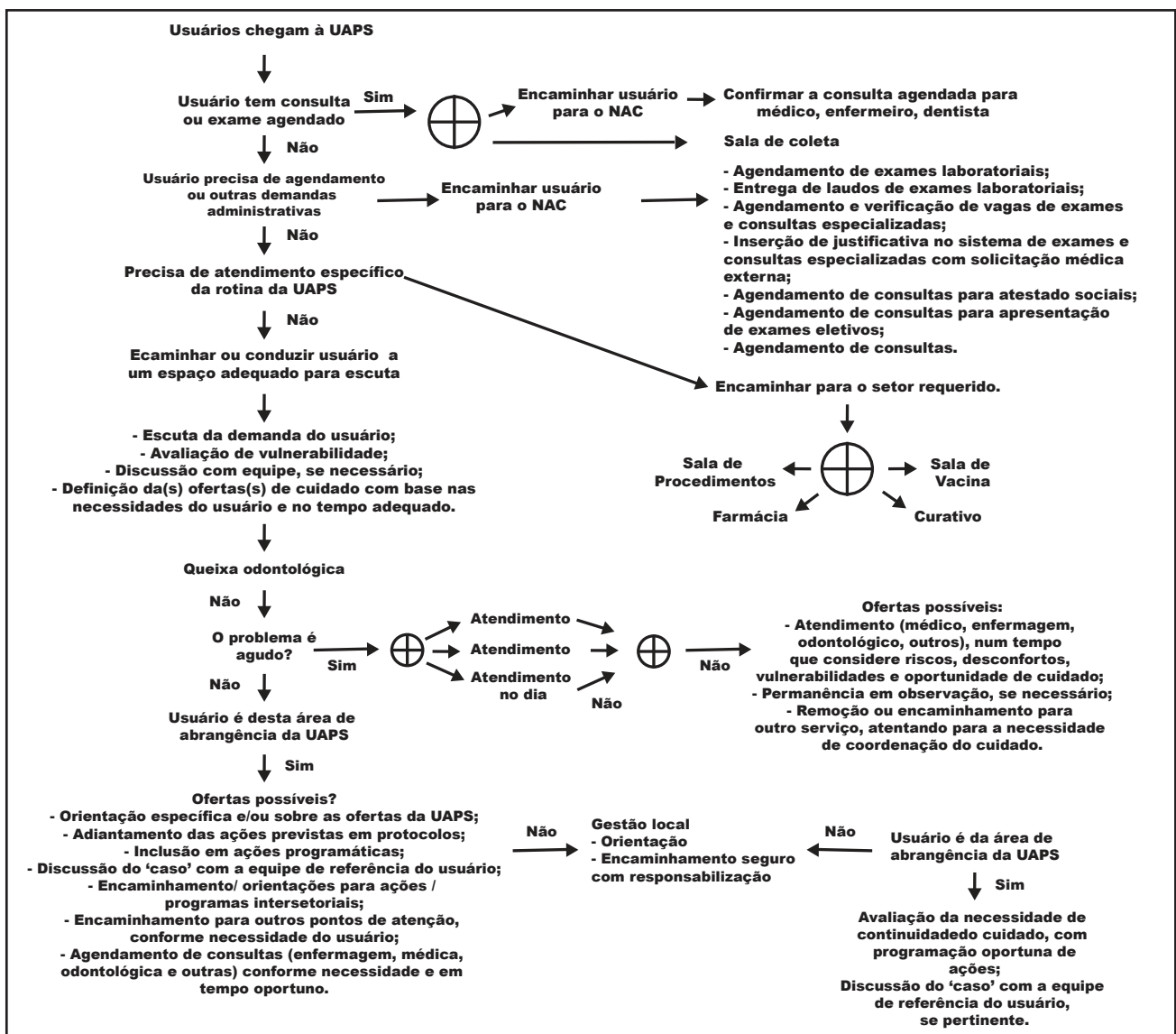


Figura 1: Fluxograma de acolhimento e classificação de riscos para eventos agudos nas Unidades de Atenção Primária à Saúde de acordo com as diretrizes do caderno 28 do Ministério da Saúde. Brasil, 2013.

Fonte: Caderno 28 do Ministério da Saúde. Brasil, 2013

Em 2015, percebeu-se a necessidade de melhorar a qualidade do serviço prestado às pessoas que procuravam a unidade com queixas agudas, pois não havia um fluxo estruturado e conhecido por todos os atores profissionais atuantes na unidade, o que acarretava muitas vezes conflitos entre os profissionais e usuários da unidade.

Em torno desses parâmetros, a gestora da unidade, juntamente com a equipe de enfermagem, elaborou um plano de ações para a implementação do

processo de acolhimento com classificação de risco da UAPS Carlos Ribeiro, como ferramenta de reorganização do processo de trabalho.

O produto final dessa reformulação foi a construção de um fluxograma de acolhimento, tendo como referencial teórico as Diretrizes para Organização do Acolhimento e Atendimento aos Usuários nas unidades de atenção primária estabelecidas pelo Ministério da Saúde³, conforme pode-se visualizar na figura 2.

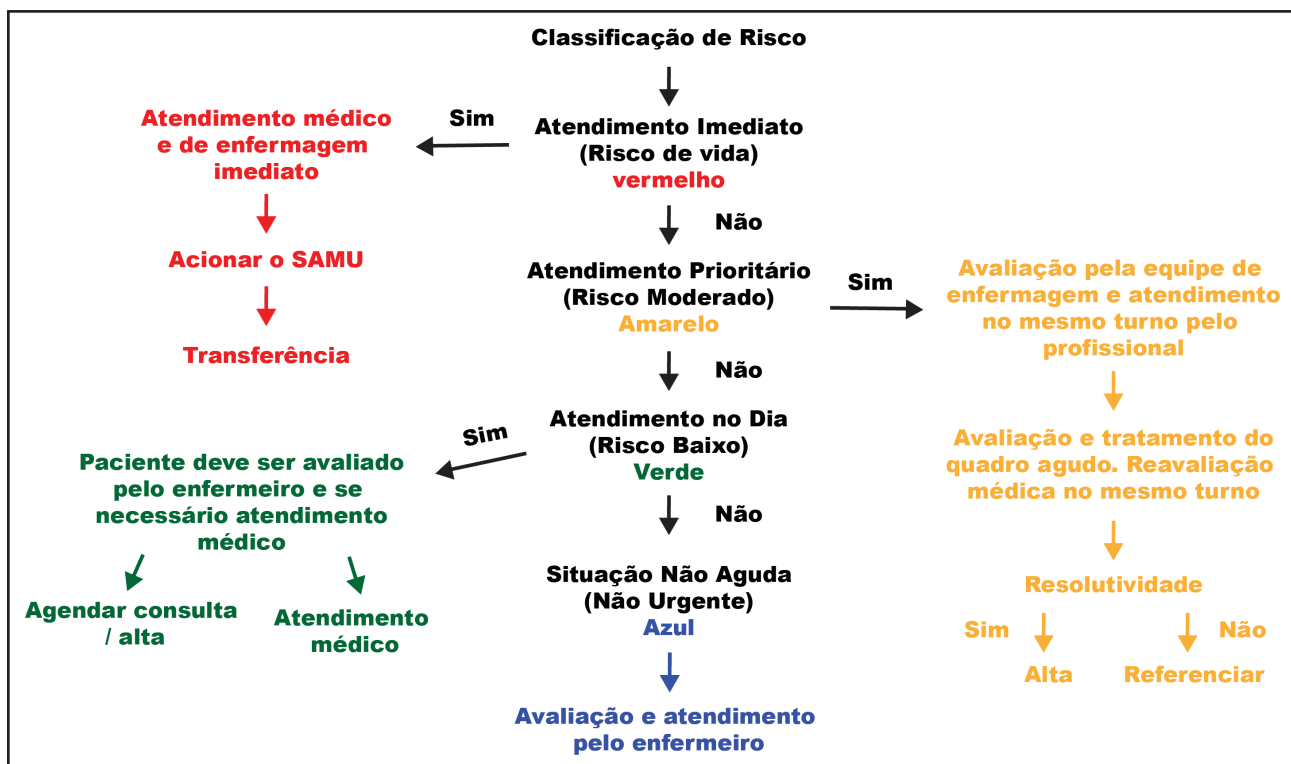


Figura 2: Fluxograma construído para a classificação de risco para eventos agudos da UAPS em relato. Fortaleza/CE, 2016.

Fonte: Comissão de implementação do acolhimento com classificação de risco da UAPS.

Entretanto, ainda se encontra em processo o empoderamento dos profissionais da instituição para garantir que os usuários, ao chegarem na unidade, sejam recepcionados com cordialidade e orientados a respeito dos serviços ofertados e direcionados aos locais de atendimento.

Dentro das discussões nos encontros de planejamento para a construção do fluxograma do acolhimento, no total de seis encontros, com discussão de materiais do Ministério da Saúde³, os profissionais das equipes reconheceram que para transformar o processo de trabalho é importante desenvolver novas habilidades, como o saber ouvir, compreender a necessidade do outro e apresentar resolutividade aos problemas apresentados.

Nessa perspectiva, o acolhimento tem o objetivo de fazer uma escuta

qualificada e buscar a melhor situação possível para a demanda apresentada. Deste modo, caracteriza-se como uma ferramenta de acessibilidade ao serviço de saúde da atenção primária. Fatores como esses também foram constatados em outros trabalhos¹¹, quando analisaram as repercussões da implantação do acolhimento em uma Unidade de Saúde do Município de João Pessoa/PB, por meio da avaliação de transformações no processo de trabalho.

O acolhimento propicia a humanização do atendimento, o que pressupõe a garantia de acesso a todas as pessoas. Diz respeito, ainda, à escuta de problemas de saúde de forma qualificada, dando-lhes sempre uma resposta. Por consequência, o acolhimento deve garantir a resolutividade, que é o objetivo final do trabalho em saúde⁴.

Ao adotar a classificação de risco dentro desse processo de reorganização do processo de trabalho, o objetivo prioritário não é o diagnóstico, é escutar de forma qualificada a queixa da pessoa que procura a unidade de saúde de forma espontânea. Ao avaliá-la, o profissional enfermeiro, responsável pelo atendimento inicial, juntamente com uma técnica de enfermagem que realiza a aferição dos sinais vitais, busca um conjunto de sintomas e sinais que possam classificá-los em um quadro de eventos agudos ou não, selecionando os casos mais graves como prioritários para o atendimento.

Observa-se na literatura que avanços importantes vêm sendo identificados na reorganização de serviços, constatando que o acolhimento e o vínculo são diretrizes operacionais para a materialização dos princípios do Sistema Único de Saúde¹².

Tendo em vista a preocupação diante das políticas voltadas para a humanização dos serviços de saúde e visando a um atendimento qualificado e direcionado às necessidades da clientela, foi introduzido o acolhimento, com o intuito de aproximar usuários dos serviços de saúde e os profissionais da ESF⁴.

Para proporcionar um melhor serviço, o acolhimento implementado, agora com classificação de risco da UAPS em relato, é realizado por uma equipe de referência, constituída por médicos e enfermeiros com o suporte de técnicos de enfermagem trabalhando em escalas, contemplando o atendimento de 07h às 19h, de segunda à sexta-feira.

Trabalhos já realizados com essa temática apontam que o acolhimento deve ser efetuado em todos os âmbitos do atendimento de saúde e durante todo o tempo da recepção ao atendimento propriamente dito aos cidadãos¹³.

Diante da grande demanda de pessoas com queixas agudas, uma média de 659 pessoas por mês, atualmente, o fluxo de atendimento da demanda espontânea na UAPS se apresenta com uma equipe de referência formada por um médico, um enfermeiro e duas técnicas de enfermagem em cada turno de seis horas. Como também vagas estipuladas na agenda programada dos demais médicos da ESF para acolher os pacientes com casos de eventos agudos, preferencialmente de seu território.

O atendimento na unidade ocorre da seguinte forma: o indivíduo que chega à unidade a procura de atendimento médico por referir algum problema em sua saúde é encaminhado para a enfermeira da equipe de referência do turno. Esta, constatando o fenômeno como evento agudo, realiza a classificação do risco e, diante de sua estratificação, o encaminha ou não para o médico da equipe de referência naquele momento. Caso não seja identificado o quadro como agudo, a mesma proporciona uma resolução para o problema relatado, que pode ser o atendimento imediato pelo profissional médico da equipe de referência ou agendamento para outro profissional referente à sua área adscrita. Salienta-se que o enfermeiro escalado na equipe de referência avalia todos pacientes com eventos agudos e não agudos.

Verifica-se, na prática cotidiana dos serviços de saúde, que o acolhimento, muitas vezes, é entendido como uma atividade estanque, oferecida à população na recepção ou simplesmente como acesso ao serviço de saúde e não como uma postura ou atitude de todos os profissionais perante os usuários, procurando atendê-los nas suas necessidades⁵. Algo não caracterizado na Unidade de Saúde em questão.

O acolhimento é uma ação que pressupõe uma reorganização do processo de trabalho em saúde, buscando modificar

a relação do sistema de saúde com o indivíduo, sujeito portador de direitos de cidadania, o qual deve ser assistido e ter suas necessidades de saúde atendidas. Com esse processo, a porta de entrada da unidade de saúde é modificada, facilitando o acesso e orientando o fluxo das pessoas ao serviço. Assim, partindo do princípio de atender a todos que procuram os serviços de saúde, o acolhimento desloca o eixo centrado no médico para uma equipe multiprofissional, que se encarrega de escutá-lo e se compromete a resolver seu problema de saúde. É, portanto, uma forma de qualificar a relação profissional-usuário como uma ação humanitária, solidária e cidadã¹⁴.

A reorganização do serviço apresentou o objetivo de garantir que os usuários, ao chegarem na unidade de saúde, sejam recepcionados de forma cordial e encaminhados para uma escuta qualificada e direcionada a suas queixas em um ambiente adequado por um profissional de saúde.

O profissional possui, dentro da instituição de saúde, um papel fundamental no processo de acolher, mas, para que isso aconteça, é necessário entender que o relacionamento com a clientela perpassa por um conjunto de fatores que buscam a melhor maneira de solucionar os problemas da demanda, satisfazendo suas necessidades⁵.

Como base no referencial teórico das Diretrizes para Organização do Acolhimento e Atendimento aos Usuários nas unidades de atenção primária estabelecidas pelo Ministério da Saúde³, a UAPS, dentro do acolhimento, realiza a classificação de risco, mediante a utilização de cores: vermelha, amarela, verde e azul. Essa estratificação de risco, juntamente com a avaliação de vulnerabilidades, orientava não só o tipo de intervenção necessária,

como também o tempo em que essa devia ocorrer.

Identificado o paciente dentro da classificação de risco como da cor vermelha, esse era encaminhado imediatamente para o atendimento médico. E se, confirmado o indivíduo como risco vermelho, o médico contactava o serviço de transporte de paciente, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), para solicitar transferência, com urgência, do paciente para Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou hospital, devido ao risco de vida caracterizado no momento.

Pacientes classificados como de risco amarelo eram encaminhados prioritariamente para o atendimento médico para avaliação e tratamento do quadro agudo e, geralmente, o indivíduo ficava em observação.

Havendo a necessidade da continuidade desse paciente na unidade para observação, a reavaliação médica ocorreria no mesmo turno. Conforme o prognóstico, ele podia receber alta médica ou ser referenciado para UPA ou hospital, havendo nesse último caso o acionamento do SAMU.

O paciente identificado como de risco verde, após a avaliação do enfermeiro, podia ser encaminhando para atendimento do médico da equipe de referência, dependendo do caso. Caso contrário, a enfermeira o encaminharia para agendamento de consulta médica com o médico de sua área.

Para o paciente classificado como de risco azul, o enfermeiro dava resolutividade ao evento. Muitas vezes, ou caso necessário, o encaminhava para o agendamento de consulta por se tratar de um evento não agudo.

Observa-se, por vezes, que o usuário do sistema de saúde necessita de

apenas um esclarecimento, o qual pode ser prestado sem qualquer gasto de energia profissional e proporciona a satisfação para ambos: para o primeiro, que teve sua expectativa atendida, e para o outro, que se sente valorizado por oferecer uma informação simples, mas de grande valor na resolutividade de um problema².

Ressalta-se ainda, dentro desse processo de reorganização do serviço, que há o monitoramento das ações desenvolvidas para que essas sejam avaliadas e reformuladas. Mensalmente, a gestora realiza um monitoramento a partir da avaliação do total de atendimentos de cada profissional da ESF. Diante desse quantitativo, resgata o total de atividades realizadas como acolhimento das categorias médico e enfermeiro para alimentar um relatório de produção de forma individual e por equipes. Após esse primeiro momento, a gestora se reúne com cada profissional, mostrando esse relatório de forma individual para o conhecimento das ações desenvolvidas, para que os profissionais possam avaliar juntamente com a gestora se a sua forma de trabalho encontra-se em desenvolvimento pleno ou se necessita de alguma orientação direcionada, ou seja, se estão atuando de forma correta e satisfatória.

Essa avaliação torna-se fundamental, pois oferece a oportunidade de a gestora, juntamente com os profissionais, refazerem suas ações caso detectem que algo não está ocorrendo de forma satisfatória para a equipe de profissionais e para as pessoas assistidas pela Unidade de Saúde.

A proposta de avaliação e um monitoramento sistêmico proporcionam a releitura das ações e redefinição dos processos de trabalho, buscando cada vez mais a realização de um atendimento eficiente ao paciente, que tem uma conduta eficaz para a sua demanda e a sua satisfação.

Considerações finais

Muitos desafios foram vencidos, como a própria reformulação do acolhimento dessa unidade. Todavia, ainda existem obstáculos a serem superados, como o empoderamento dos profissionais acerca do acolhimento com classificação de risco para a sua efetiva implementação.

Além disso, considera-se importante a complementação do quadro de equipes, como também a ampliação do número dessas para diminuir o contingente de áreas descobertas. O que conseqüentemente oferecerá um melhor acesso da clientela assistida, diminuindo a demanda de eventos agudos.

Um outro propósito que também deve ser alcançado é a minimização do desgaste emocional sofrido pelos profissionais de saúde que realizam o acolhimento, causado pela sobrecarga de uma demanda de pacientes reprimida por conta da insuficiência de equipes para cobrir toda a área adscrita da UAPS.

Destaca-se que algumas melhorias já foram identificadas a partir da implementação do acolhimento, agora com classificação de risco, como a satisfação dos usuários por terem uma resposta a seu problema diante de uma escuta qualificada, realizada por uma equipe de referência que se encontra escalada apenas para atuar nesse processo.

Referências

1. Mendes, EV. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193p. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2016.
2. Mota, PP. O acolhimento como ferramenta estratégica para a reorganização do processo de trabalho no programa saúde da família: relato de experiência. Formiga: Universidade Federal de Minas Gerais, Formiga; 2009.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, Cadernos de Atenção Básica. 2013;1(28); 56 p.
4. Monteiro, AMT, Oliveira, EM, Vasconcelos, KL, Linhares, AMF, Matais, MMM, Rodrigues, AB. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: concepções de um grupo de trabalhadores. Cadernos ESP, Ceará. 2012;6(1):42-53, 2012.
5. Araújo, MAL, Andrade, RF, Melo SP. O acolhimento como estratégia de atenção qualificada: percepção de gestantes com HIV/AIDS em Fortaleza, Ceará. Revista Baiana de Saúde Pública. 2011;35(3):710-721, 2011.
6. Pinheiro, PM, Oliveira, LC. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família. Interface – Comunic., Saúde, Educ. 2011;15(36); jan./mar.
7. Coelho, MO, Jorge, MSB, Araújo, MEO. O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde. Revista Baiana de Saúde Pública. 2009; 33(3):440-452.
8. Mendes, EV. As redes de atenção à saúde. 2. ed. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2011. Disponível em: < <http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/redesAtencao.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2016.
9. Gomes, GG. Atendimento de usuários com casos agudos na atenção primária à saúde. [Dissertação de Mestrado] – Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2013. Disponível em: <<http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/759M.PDF>>. Acesso em: 29 jun. 2016.
10. Cores, Coordenadoria Regional de Saúde I. Plano Diretor Regional de Saúde. Fortaleza, 2016.
11. Sá, CMCP, Moura, SG, Braga, LAV, Dias, MD, Ferreira Filha, MO. Experiência da implantação do acolhimento em uma unidade de saúde da família: relato de experiência. Rev Enferm UFPE on line. 2013; 7(esp): 5029-5035.
12. Horta, NC, Sena, RR, Silva, MEO, Oliveira, SR, Rezende, VA. A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção de saúde. Rev Bras Enferm. 2009; 62(4): 524-529. 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/05.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2016.
13. SOARES, TA. Os benefícios do acolhimento na atenção básica de saúde: uma revisão da literatura. Araçuaí: Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.
14. Scholze, AS, Duarte Júnior, CF, Silva, YF. Trabalho em saúde e a implantação do

acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade?. Interface – Comunic., Saúde, Educ. 2009;13(31):303-314. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000400006>. Acesso em: 13 maio 2016.

Endereço para correspondência

Francisca Bertília Chaves Costa
Avenida Washington Soares, 1321, S1
Edson Queiroz, Fortaleza/Ceará.
CEP: 60811-905.
E-mail: bertilia_chaves@hotmail.com