CÂMARA MUNICIPAL DE CAMPOS DO JORDÃO

ESTADO DE SÃO PAULO

Campos do Jordão, 16 de abril de 2026

Senhor Prefeito

O Presidente da Câmara Municipal de Campos do Jordão, que subscreve, tem a honrosa satisfação de dirigir-se a presença de Vossa Excelência, em cumprimento ao que dispõe o Parágrafo 8º do Artigo 150 do Regimento Interno da Câmara Municipal de Campos do Jordão, para encaminhar em anexo o Pedido de Informação de autoria do Vereador W. F. Bandeira, protocolado nesta Edilidade sob o nº 0904/26, para conhecimento e devidas providências, que antecipadamente agradece.

Contando com a indispensável atenção de Vossa Excelência, despede-se.

Respeitosamente.

Luiz Filipe Costa Cintra
Presidente

Ao
Excelentíssimo Senhor
Carlos Eduardo Pereira da Silva
Prefeito Municipal
N E S T A

Of. nº 0517/26

— Campos do Jordão —

FUNDAÇÃO: 29-04-1874
DISTRITO: 29-10-1915
MUNICÍPIO: 19-06-1934
COMARCA: 30-11-1944
ÁREA: 269 KM²

— Limites —

GUARATINGUETÁ
SÃO BENTO DO SAPUCAÍ
PINDAMONHANGABA
SANTO ANTONIO DO PINHAL

EM MINAS GERAIS:
ITAJUBÁ
PIRANGUÇÚ
WENCESLAU BRAZ

— População —

1970 - 20.000
1980 - 30.000
1990 - 38.000
2000 - 44.200
2010 - 47.800
2014 - 50.550

— Distâncias —

CAPITAL - 160 KM
RIO - 350 KM
BH - 500 KM

— Altitude —

SEDE - 1.700 METROS

— Temperatura Média —

14,40 °C

— Clima —

O MELHOR DO MUNDO
(CONGRESSO
CLIMATOLÓGICO DE PARIS)

Rua: Inácio Caetano, 490 - Caixa Postal 175 - CEP 12467-054 - Campos do Jordão - SP
Site: www.camaracamposdojordao.sp.gov.br - E-mail: camaracj@bighost.com.br
Fone (12) 3668-9600

Código Interno: 008181

Protocolo: 0904/26
Data: 14/04/2026 12:42
Recebedor: LUANA

Campos do Jordão

FUNDAÇÃO: 29-04-1874
DISTRITO: 29-10-1915
MUNICÍPIO: 19-06-1934
COMARCA: 30-11-1944
ÁREA: 269 KM²

Limites

GUARATINGUETÁ
SÃO BENTO DO SAPUCAÍ
PINDAMONHANGABA
SANTO ANTONIO DO PINHAL

EM MINAS GERAIS:
ITAJUBÁ
PIRANGUÇÚ
WENCESLAU BRAZ

População

1970 - 20.000
1980 - 30.000
1990 - 38.000
2000 - 44.200
2010 - 47.800
2014 - 50.550

Distâncias

CAPITAL - 160 KM
RIO - 350 KM
BH - 500 KM

Altitude

SEDE - 1.700 METROS

Temperatura Média

14,40 °C

Clima

O MELHOR DO MUNDO
(CONGRESSO
CLIMATOLÓGICO DE PARIS)

INFORMAÇÃO

Informações sobre: **Situação do atendimento e agendamento de consultas no Posto de Saúde da Vila Britânia**

Senhor Presidente
Nobres Vereadores

Requeiro, nos termos regimentais, seja oficiado o Senhor Prefeito Municipal, MD. Carlos Eduardo Pereira da Silva, que determine aos setores competentes da Municipalidade enviar a esta Casa de Leis informações sobre: **Situação do atendimento e agendamento de consultas no Posto de Saúde da Vila Britânia.**

Chegou ao conhecimento deste gabinete, por meio de um munícipe, que há **mais de 03 (três) meses tenta realizar o agendamento de consulta médica sem sucesso**, sendo constantemente informada de ausência de vagas e/ou indisponibilidade de profissionais.

Em diligência, foi realizado contato direto com o referido posto de saúde, ocasião em que **funcionária confirmou a existência de uma lista de espera**, mantida de forma manual, contendo **mais de 400 (quatrocentas) pessoas aguardando atendimento**, o que demonstra uma situação alarmante e incompatível com o direito constitucional à saúde.

Diante da gravidade dos fatos, REQUER:

Rua: Inácio Caetano, 490 - Caixa Postal 175 - CEP 12467-054 - Campos do Jordão - SP
Site: www.camaracamposdojordao.sp.gov.br - E-mail: camaracj@bighost.com.br
Fone (12) 3668-9600

- **Confirmação oficial** da existência de lista de espera para agendamento de consultas no Posto da Vila Britânia, informando:
- Quantidade atual de pacientes aguardando;
- Forma de organização dessa lista (manual, sistema eletrônico, etc.);

1. **Quais são as especialidades médicas** com maior demanda reprimida na unidade;

2. **Quais os motivos que levaram ao aumento expressivo da fila de espera**, especialmente:
   - ➔ Há déficit de médicos ou outros profissionais de saúde?
   - ➔ Houve afastamentos, exonerações ou redução de equipe?

3. **Se a Secretaria Municipal de Saúde tem ciência formal da atual situação** enfrentada pela unidade;

4. **Quais medidas emergenciais e estruturais estão sendo adotadas** para:
   - ➔ Reduzir a fila de espera;
   - ➔ Regularizar o agendamento de consultas;
   - ➔ Garantir atendimento digno à população;

5. **Prazo estimado para normalização dos atendimentos**;

6. Informar se **essa situação é exclusiva do Posto da Vila Britânia** ou se há registros semelhantes em outras unidades de saúde do município;
7. Caso positivo, apresentar:

— Campos do Jordão —

FUNDAÇÃO: 29-04-1874
DISTRITO: 29-10-1915
MUNICÍPIO: 19-06-1934
COMARCA: 30-11-1944
ÁREA: 269 KM²

— Limites —

GUARATINGUETÁ
SÃO BENTO DO SAPUCAÍ
PINDAMONHANGABA
SANTO ANTONIO DO PINHAL

EM MINAS GERAIS:
ITAJUBÁ
PIRANGUÇÚ
WENCESLAU BRAZ

— População —

1970 - 20.000
1980 - 30.000
1990 - 38.000
2000 - 44.200
2010 - 47.800
2014 - 50.550

— Distâncias —

CAPITAL - 160 KM
RIO - 350 KM
BH - 500 KM

— Altitude —

SEDE - 1.700 METROS

— Temperatura Média —

14,40 °C

— Clima —

O MELHOR DO MUNDO
(CONGRESSO
CLIMATOLÓGICO DE PARIS)

Rua: Inácio Caetano, 490 - Caixa Postal 175 - CEP 12467-054 - Campos do Jordão - SP
Site: www.camaracamposdojordao.sp.gov.br - E-mail: camaracj@bighost.com.br
Fone (12) 3668-9600

- Relação das unidades afetadas;
- Diagnóstico da Secretaria sobre o problema em nível municipal;

8. **Quantidade atual de profissionais lotados na unidade**, discriminando:

   - Médicos por especialidade;
   - Enfermeiros;
   - Técnicos e demais servidores;

9. **Se há previsão de contratação, remanejamento ou ampliação da equipe médica** para atendimento da demanda reprimida.

Sala Vereador Noboro Oya, 13 de abril de 2026

W. F. Bandeira
Vereador – Progressistas

Campos do Jordão

FUNDAÇÃO: 29-04-1874
DISTRITO: 29-10-1915
MUNICÍPIO: 19-06-1934
COMARCA: 30-11-1944
ÁREA: 269 KM²

Limites

GUARATINGUETÁ
SÃO BENTO DO SAPUCAÍ
PINDAMONHANGABA
SANTO ANTONIO DO PINHAL

EM MINAS GERAIS:
ITAJUBÁ
PIRANGUÇÚ
WENCESLAU BRAZ

População

1970 - 20.000
1980 - 30.000
1990 - 38.000
2000 - 44.200
2010 - 47.800
2014 - 50.550

Distâncias

CAPITAL - 160 KM
RIO - 350 KM
BH - 500 KM

Altitude

SEDE - 1.700 METROS

Temperatura Média

14,40 °C

Clima

O MELHOR DO MUNDO
(CONGRESSO
CLIMATOLÓGICO DE PARIS)

Rua: Inácio Caetano, 490 - Caixa Postal 175 - CEP 12467-054 - Campos do Jordão - SP
Site: www.camaracamposdojordao.sp.gov.br - E-mail: camaracj@bighost.com.br
Fone (12) 3668-9600

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPOS DO JORDÃO

Folha de informação e despacho da Secretaria de Governo e Relações Institucionais

Protocolo n.º 0904/2026

Ofício referência n.º 0517/26

Documento recebido em 22/04/2026 e registrado sob numero do processo SEI 3509700.406.00012057/2026-80, endereçado à Secretaria Municipal de Saúde.

Em atenção ao solicitado do nobre vereador Waldemir de Faria Bandeira, encaminho este procedimento para que sejam adotados por Vossa Senhoria as devidas providências e informações necessárias, observando o prazo estabelecido de até 10 (dez) dias corridos.

Após retornar a esta secretaria na sigla CJORD-SI-CPICM

Atenciosamente,

Controle de Pedido de Informação da Câmara Municipal

Documento assinado eletronicamente por **Fernanda Lima da luz**, **Assistente Administrativo**, em 22/04/2026, às 09:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no Decreto Estadual nº 67.641, de 10 de abril de 2023 e Decreto Municipal de regulamentação do processo eletrônico.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://cidades.sei.sp.gov.br/sjcampos/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0 , informando o código verificador **1078569** e o código CRC **ED66F631**.

Referência: Processo nº 3509700.406.00012057/2026-80 SEI nº 1078569

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPOS DO JORDÃO

Departamento de Atenção Básica

MEMORANDO 265/2026

Ilustríssimo Senhor
Armênio Soares Pereira Filho
Secretário Municipal de Saúde

Resposta ao Vereador W. F. Bandeira.

Processo nº 3509700.406.00012057/2026-80.

Nesta

Venho, por meio deste, encaminhar, a resposta ao pedido de informação sobre a situação do atendimento e dos agendamentos de consultas do Posto de Saúde ESF Vila Britânia.

Informo que no ano anterior, houve uma lista de espera manual em razão da reorganização do modelo de agenda médica a ser implantado na unidade. Durante o processo de mudança do modelo de agenda, ocorreu um aumento na fila de espera. Dessa forma, foi necessária a reformulação do sistema de agendamento, com o objetivo de organizar a demanda e ampliar o número de atendimentos por grupos oferecidos à população, diante a esta necessidade a equipe conta com apoio no mês de um médico de apoio.

As demais unidade de saúde com grande filas de espera de agendamento de consultas, já foi solicitado que seja realizado busca ativa desses pacientes para suprir a demanda e verificar a necessidade de consulta medica, realizando a triagem e a necessidade de cada paciente.

Portanto, a unidade ESF Vila Britânia apresenta, atualmente, uma fila de espera de 520 pacientes aguardando agendamento. A lista está organizada de forma manual, contendo nome completo, data de nascimento e telefone.

Segue as respostas das perguntas solicitadas:

1. A especialidade é clinico geral, os encaminhamento para as especialidades são realizados de acordo com a avalição medica.
2. O motivo do aumento da fila de espera foi devido uma reorganização do

modelo de agenda médica no ano anterior a ser implantado, devido a mudança do modelo de agenda, pois foi realizado uma reformulação para ampliar o números de atendimentos por grupos.

Atualmente não há déficit de profissionais na unidade de saúde e não houve alteração no quadro de profissionais.

3 . A secretaria de saúde e nem a coordenação de saúde tinha ciência da existência da fila de espera. A coordenação de saúde tinha ciência apenas no ano anterior devido a adequação da agenda e após adequação da agenda a equipe foi orientada não manter mais lista de espera manual na unidade e que todos os pacientes devem sair com data de agendamento médico.

4. Atualmente, a unidade de saúde conta com 01 (um) médico generalista com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais, além de 01 (um) médico de apoio, que já está atuando na unidade com o objetivo de reduzir a fila de espera.

A equipe também está realizando busca ativa dos pacientes para verificar a necessidade de agendamento, antecipando, quando possível, o atendimento com a enfermeira da unidade e avaliando o grau de urgência de cada caso.

5. As unidades de saúde foram orientadas a realizar uma busca ativa minuciosa dos pacientes que constam na lista. As unidades com demanda reprimida de atendimento foram comunicadas à Secretaria de Saúde, para que a situação seja solucionada o mais breve possível.

6. Até o presente momento há 06 (seis) unidades de saúde com pacientes aguardando agendamento de consulta.

7. Atualmente as unidades com fila de espera são:

ESF Jose Raimundo da Silva

ESF Vila Albertina

ESF Vila Britânia

ESF Recanto Feliz

ESF Monte Carlo

ESF Vila Nadir.

8 . Atualmente a equipe da ESF Vila Britânia é composta por 01 (um) médico generalista, 01 (um) enfermeira RT, 03 (três) técnico de enfermagem, 05 (cinco) agente comunitário de saúde, 01 (um) dentista, 01 (um) auxiliar de saúde bucal, 01 (um) auxiliar administrativo, 01 (um) auxiliar de limpeza.

9 . No momento a equipe se encontra com o quadro de funcionários completo, há um médico de apoio que apresenta atendimento afim de realizar atendimento para esta demanda reprimida

Sendo o que se apresentava para o momento, aproveitamos a oportunidade para renovar nossos protestos de elevada estima e consideração.

Campos do Jordão, 06 de maio de 2026.

Isadora Germano de Oliveira Santos
Supervisora da Estratégia Saúde da Família

Documento assinado eletronicamente por **Isadora Germano de Oliveira Santos**, **Supervisora de Enfermagem**, em 06/05/2026, às 10:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no Decreto Estadual nº 67.641, de 10 de abril de 2023 e Decreto Municipal de regulamentação do processo eletrônico.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://cidades.sei.sp.gov.br/sjcampos/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0 , informando o código verificador **1121578** e o código CRC **ACBE3847**.

Referência: Processo nº 3509700.406.00012057/2026-80 SEI nº 1121578

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPOS DO JORDÃO

Secretaria Municipal de Saúde

MEMORANDO 700/2026

Ao Excelentíssimo Senhor
Carlos Eduardo Pereira da Silva
Prefeito de Campos do Jordão

Assunto: **Resposta ao Pedido de Informação**

Referência: Caso responda este Memorando, indicar expressamente o Processo nº 3509700.406.00012057/2026-80.

Cumprimentando Inicialmente Vossa Senhoria, em seguida viemos através deste responder ao Pedido de Informação protocolado sob Nº 0904/26, de autoria do Vereador Waldemir de Faria Bandeira, à respeito da situação do atendimento e agendamento de consultas no Posto de Saúde da Vila Britânia, esta Secretaria tem a expor o quanto segue:

Informamos que a unidade ESF Vila Britânia apresenta, atualmente, uma fila de espera de 520 pacientes. A lista está organizada por classificação risco e vulnerabilidade.

1- Quais são as especialidades médicas com maior demanda reprimida na unidade;

Resposta: Nas unidades básicas de saúde os médicos são generalistas, após avaliação clínica são encaminhados se necessário para o especialista que se encontra no Centro de Especialidades Médicas.

2- Quais os motivos que levaram ao aumento expressivo da fila de espera, especialmente:

A demanda de pacientes que procuram as unidades de saúde é imprevisível, pois variam de acordo com a época do ano e agravos da população. Considerando esse aumento a Secretária Municipal de Saúde já prevê uma ampliação de unidades de saúde considerando que esta é a porta de entrada do Sistema.

→ **Há déficit de médicos ou outros profissionais de saúde?**

Resposta: Não.

→ **Houve afastamentos, exonerações ou redução de equipe?**

Resposta: Não.

3- Se a Secretaria Municipal de Saúde tem ciência formal da atual situação enfrentada pela unidade;

Resposta: A Secretaria Municipal de Saúde acompanha tem ciência e está tomando as providências cabíveis. Mais uma vez, conforme informado anteriormente, após analise criteriosa constatou-se a necessidade de aumento dos ESF e aumento de equipes para atendimento da população que constam no Edital em andamento.

4- Quais medidas emergenciais e estruturais estão sendo adotadas para:

→ Reduzir a fila de espera;

→ Regularizar o agendamento de consultas;

→ Garantir atendimento digno à população;

Resposta: Atualmente a referida unidade de saúde possui 01 (um) médico generalista em tempo integral e 01 (um) médico de apoio, justamente com o intuito de reduzir as filas de espera. Em relação ao agendamento de consulta o município segue as diretrizes do ministério da Saúde constante no Caderno de Atenção Básica nº 28 (anexo).

5- Prazo estimado para normalização dos atendimentos;

Resposta: Não houve paralisação nos atendimentos de nenhuma unidade de saúde. Existe uma expectativa de redução do tempo de espera para atendimento após a ampliação do número de equipes, porém todo o paciente que chega para procurar atendimento é acolhido conforme classificação de risco, conforme Caderno de Atenção Básica nº 28 (anexo).

6- Informar se essa situação é exclusiva do Posto da Vila Britânia ou se há registros semelhantes em outras unidades de saúde do município;

Resposta: As unidades da Vila Sodipe, Vila Albertina, Recanto Feliz, Vila Santa Cruz e Vila Santo Antônio, possuem um número elevado de pacientes e um maior índice de vulnerabilidade, gerando maiores demandas. Essas unidades já são compostas por 2 equipes completas para atendimento. Esperamos uma maior resolutividade e agilidade após a ampliação das unidades.

7- Caso positivo, apresentar:

→ Relação das unidades afetadas;

Resposta: As unidades são: Vila Sodipe, Vila Albertina, Recanto Feliz, Vila Santa Cruz e Vila Santo Antônio.

→ Diagnóstico da Secretaria sobre o problema em nível municipal;

Resposta: Após avaliação técnica evidenciou-se a necessidade de ampliação das unidades de saúde devido ao número populacional, vulnerabilidade e aumento de pacientes com doenças crônicas. Um ponto que chamou a atenção são faltas dos pacientes agendados nas unidades, sendo cerca de 35%.

8- Quantidade atual de profissionais lotados na unidade, discriminando:

→ Médicos por especialidade;

→ Enfermeiros;

→ Técnicos e demais servidores;

Resposta: Atualmente a equipe da ESF Vila Britânia é composta por 01 (um) médico generalista, 01 (um) enfermeira RT, 03 (três) técnicos de enfermagem, 05 (cinco) agentes comunitário de saúde, 01 (um) dentista, 01 (um) auxiliar de saúde bucal, 01 (um) auxiliar administrativo e 01 (um) auxiliar de limpeza.

9- Se há previsão de contratação, remanejamento ou ampliação da equipe médica para atendimento

da demanda reprimida.

Resposta: O novo Edital que se encontra em licitação prevê um aumento dos ESF, visando a redução das demandas reprimidas.

Sendo o que se apresentava para o momento, aproveitamos a oportunidade para renovar nossos votos de elevada estima e consideração.

Campos do Jordão, 06 de maio de 2026

Secretaria de Saúde

Documento assinado eletronicamente por **Armenio Soares Pereira Filho**, **Secretário De Saúde**, em 06/05/2026, às 18:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no Decreto Estadual nº 67.641, de 10 de abril de 2023 e Decreto Municipal de regulamentação do processo eletrônico.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://cidades.sei.sp.gov.br/sjcampos/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0 , informando o código verificador **1122300** e o código CRC **116EE377**.

Referência: Processo nº 3509700.406.00012057/2026-80 SEI nº 1122300

MINISTÉRIO DA SAÚDE

CADERNOS de ATENÇÃO BÁSICA

Acolhimento à demanda espontânea

Volume I

28

1ª edição
1ª reimpressão

Brasília – DF
2013

VENDA PROIBIDA

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica

ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA

Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume I

1ª edição
1ª reimpressão

Brasília – DF
2013

VENDA PROIBIDA

© 2011 Ministério da Saúde
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução total ou parcial ou total desta obra, desde que citada à fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. Venda proibida. Distribuição gratuita.
A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra e de responsabilidade da área técnica.
A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: 1ª edição; 1ª reimpressão – 2013 – 2.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
SAF Sul, Quadra 2, Blocos E/F
Edifício Premium, Torre II, Auditório (subsolo).
CEP: 70.070-600 - Brasília/DF
Site: http://www.saude.gov.br/dab

Supervisão Geral:
Heider Aurélio Pinto

Coordenação Geral:
Eduardo Alves Melo

Organização e Elaboração Técnica:
Eduardo Alves Melo
Luciano Bezerra Gomes

Colaboração Técnica:
Adriana Almeida
Adriano de Oliveira
Aristides Vitorino de Oliveira Neto
Arthur Mendes
Carolina Pereira Lobato
Dagoberto Machado
Felipe Proenço
Graziela Tavares
Juliana Dias Santos
Juliana Oliveira Soares
Maria do Carmo Cabral Carpintero
Núlvio Lermen Junior
Patrícia Sampaio Chueiri
Túlio Batista Franco
Waleska Holst Antunes

Revisão Técnica:
Patrícia Sampaio Chueiri

Revisão Geral:
Alexandre de Souza Ramos
Patricia Sampaio Chueiri

Coordenação Editorial:
Antônio Sergio de Freitas Ferreira
Marco Aurélio Santana da Silva
Renata Ribeiro Sampaio

Diagramação:
Roosevelt Ribeiro Teixeira

Projeto Gráfico:
Artmix

Revisão:
Ana Paula Reis

Normalização:
Amanda Soares Moreira – CGDI/Editora MS
Marjorie Fernandes Gonçalves – MS

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.
Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
56 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1)

ISBN 978-85-334-1843-1

1. Atenção básica. 2. Promoção da saúde. I. Título. II. Série.

CDU 614

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2013/0202

Títulos para indexação:
Em inglês: Humanized reception of patients without an appointment
Em espanhol: Acogida a la demanda espontánea

Sumário

APRESENTAÇÃO **5**

VOLUME I **9**

1. INTRODUÇÃO: O SUS, AS REDES DE ATENÇÃO E A ATENÇÃO BÁSICA **11**

2. ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA **17**

2.1 Mas, afinal, o que é acolhimento? 19

2.2 Por que acolher a demanda espontânea na atenção básica? 20

2.3 Dimensões constitutivas do acolhimento 21

2.3.1 O acolhimento como mecanismo de ampliação/facilitação do acesso 21

2.3.2 O acolhimento como postura, atitude e tecnologia de cuidado 22

2.3.3 O acolhimento como dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe 22

3. A REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO E O ACOLHIMENTO DA DEMANDA ESPONTÂNEA NA ATENÇÃO BÁSICA **23**

3.1 Fluxos dos usuários na unidade 26

3.2 Modelagens de acolhimento 29

3.3 Avaliação de risco e vulnerabilidade 32

3.4 Gestão das agendas de atendimento individual 35

3.5 O acolhimento em diferentes realidades e modalidades de atenção básica 37

3.6 Ofertas de cuidado e desmedicalização 39

4. PARA VIABILIZAR A IMPLEMENTAÇÃO DO ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA NA ATENÇÃO BÁSICA **41**

4.1 Novos personagens na produção do acolhimento 43

4.2 O acolhimento à demanda espontânea e a Rede de Atenção às Urgências 44

4.3 Apoio dos gestores às equipes de saúde 45

4.4 Diálogo com os usuários 47

REFERÊNCIAS **49**

ANEXO A: Estrutura física, ambiência e insumos necessários à realização do acolhimento à demanda espontânea na atenção básica 53

APRESENTAÇÃO

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

Em ano de Conferência Nacional de Saúde, a coincidência do enfoque deste Caderno com o tema desse evento democrático do sistema de saúde brasileiro é mais uma oportunidade histórica de o abordarmos com a profundidade e visibilidade que o tema requer, pois diz respeito, de maneira aguda, a um posicionamento concreto de defesa da vida das pessoas.

O volume I deste Caderno trata do acolhimento contextualizado na gestão do processo de trabalho em saúde na atenção básica, tocando em aspectos centrais à sua implementação no cotidiano dos serviços. O volume II, como desdobramento do primeiro, apresenta ofertas de abordagem de situações comuns no acolhimento à demanda espontânea, utilizando-se do saber clínico, epidemiológico e da subjetividade, por meio do olhar para riscos e vulnerabilidades.

Esperamos que essa organização do material contemple gestores e trabalhadores nas suas necessidades específicas e, sobretudo, naquilo que é (ou os deve ser) comum, superando as divisões rígidas entre cuidado e gestão, dado que o cuidado em saúde requer gestão e a gestão em saúde objetiva o cuidado.

Nesse sentido, este Caderno deve ser encarado como oferta ativa do DAB/SAS/MS, como ferramenta potencialmente útil, não substituindo (mas auxiliando) a construção partilhada e cotidiana de modos de cuidar e gerir. A potência e o valor de uso deste Caderno serão maiores se ele estiver vinculado a experimentações concretas e à problematização dos efeitos, desafios e práticas reais pelas próprias equipes, com apoio intensivo da gestão, nos próprios serviços, tomando o processo de trabalho real como objeto de análise e intervenção.

Por fim, esperamos que, com essa iniciativa e em articulação com outras ações desenvolvidas pelo DAB/SAS/MS, possamos contribuir efetivamente para o fortalecimento da atenção básica, no seu papel protagonista de produção e gestão do cuidado integral em rede, impactando positivamente na vida das pessoas e coletivos.

ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA

VOLUME I

INTRODUÇÃO: O SUS, AS REDES DE ATENÇÃO E A ATENÇÃO BÁSICA

1

O SUS, sem dúvida, é atualmente um dos maiores exemplos de política pública no Brasil. Esse sistema, fruto de debates e lutas democráticas na sociedade civil e nos espaços institucionais do Estado brasileiro, sobretudo do movimento da reforma sanitária (um "movimento de movimentos"), foi afirmado na Constituição de 1988, alicerçado na premissa da saúde como direito de todos e dever do Estado e em princípios e diretrizes como a universalidade, equidade, integralidade, descentralização e controle social. O SUS vem se desenvolvendo ao longo dos últimos 20 anos de modo paradoxal, pois tem implantado um conjunto de políticas de saúde includentes, apesar de sofrer de problemas crônicos, entre os quais o financiamento insuficiente e desigual (CAMPOS, 2006). Isso demonstra, por um lado, a força do ideário e do conjunto de atores e instituições construtores do SUS, tornando-o um verdadeiro patrimônio público, que, como tal, deve ser bem cuidado. Por outro lado, o SUS precisa ser "protegido" e "cultivado" não apenas para evitar retrocessos ao grande pacto social do qual é resultado, mas também porque ainda há muito que fazer para consolidar esse sistema e, assim, possibilitar que todo brasileiro se sinta cuidado diante das suas demandas e necessidades de saúde[1].

Nesse sentido, há inúmeros desafios a enfrentar e, entre eles, destacam-se aqueles relativos ao financiamento, à força de trabalho e aos modelos de gestão e de atenção. Esses últimos (os modelos de atenção), que se referem a modos de pensar e organizar os sistemas e serviços de saúde a partir de opções técnico-políticas, devem ser objeto de atenção especial, na medida em que influenciam fortemente o modo como os indivíduos e coletivos serão concretamente cuidados no cotidiano. Sendo assim, é fundamental existirem não somente serviços de saúde em quantidades adequadas, mas também que esses serviços sejam articulados de maneira complementar e não competitiva, na perspectiva de redes de atenção, que sejam capazes de responder às necessidades de todos e de cada um, de maneira singular, integral, equânime e compartilhada.

Nessa perspectiva, destacamos o caráter estruturante e estratégico que a ATENÇÃO BÁSICA (ou Atenção Primária à Saúde[2]) pode e deve ter na constituição das redes de atenção à saúde, na medida em que (a atenção básica) se caracteriza pela grande proximidade ao cotidiano da

---

[1] Entendemos que as demandas e necessidades de saúde são construídas socialmente, ou seja, não têm uma essência imutável e não devem ser naturalizadas. Dessa forma, é restritivo falar em "reais necessidades de saúde da população", pois isso parte da premissa de que é possível definir as verdadeiras necessidades de saúde, quando, de fato, estas são construções produzidas na dinâmica social (LUZ, 2006; CAMARGO JR., 2005; CECÍLIO, 2001). Por isso é recomendável considerar que diferentes sujeitos e atores sociais produzem, com interesses e formas variados, o que são demandas e necessidades de saúde, e que esses diferentes entendimentos sejam explicitados e colocados em diálogo.

[2] Considera-se, neste material, atenção básica e atenção primária (nas concepções atuais) como equivalentes, associando esses termos às noções de vinculação e responsabilização de equipes de saúde pelo cuidado continuado de pessoas em seus territórios de vida, acessibilidade, atenção abrangente e integral (não focalizada e não seletiva), alta resolutividade e protagonismo na gestão do cuidado.

vida das pessoas e coletivos em seus territórios[3], pois as unidades básicas são o tipo de serviço de saúde com maior grau de descentralização e capilaridade. As equipes da atenção básica têm a possibilidade de se vincular, se responsabilizar e atuar na realização de ações coletivas de promoção e prevenção no território, no cuidado individual e familiar, assim como na (co) gestão dos projetos terapêuticos singulares dos usuários, que, por vezes, requerem percursos, trajetórias, linhas de cuidado que perpassam outras modalidades de serviços para atenderem às necessidades de saúde de modo integral.

É importante destacar que, a despeito de a atenção básica não ser capaz de oferecer atenção integral, isoladamente, em todas as situações, ela pode dar conta de grande parte dos problemas e necessidades de saúde das pessoas e grupos populacionais, articulando diversos tipos de tecnologias[4], desde que tenha (ou construa) disposição e capacidade de identificar/compreender as variadas demandas/problemas/necessidades de saúde e de intervir nessas situações de forma resolutiva e abrangente. Consequentemente, a atenção básica, para ser resolutiva, reconhecida e ter legitimidade, não pode ser o lugar onde se faz apenas promoção e prevenção no nível coletivo (embora sejam ações altamente necessárias), nem tampouco pode se restringir a realizar consultas e procedimentos (por mais que se constituam como ações obrigatórias e essenciais). As dicotomias e rivalidades entre individual e coletivo, clínica e saúde pública, prevenção e cura, doença e saúde, demanda espontânea e agenda programada, efetivamente, não contribuem para a melhoria da vida real das pessoas e, às vezes, até ajudam a piorar. Além disso, a procura exacerbada por serviços de urgência e especializados (com todas as consequências daí advindas), apesar de ser explicada pelo imaginário social e pelas influências do complexo médico-industrial, é também modulada pelas ofertas e pela capacidade de cuidado da atenção básica. Além de ser uma das principais portas de entrada do sistema de saúde, a atenção básica tem que se constituir numa "porta aberta" capaz de dar respostas "positivas" aos usuários, não podendo se tornar simplesmente um lugar burocrático e obrigatório de passagem para outros tipos de serviços.

---

[3] Compreende-se a noção de território em suas várias dimensões, tais como o "território físico" (material, visível e delimitado), o "território como espaço-processo" (construído cultural e socialmente, de forma dinâmica) e o "território existencial" (referido às conexões produzidas pelos indivíduos e grupos na busca de sentidos para a vida). Na prática, é importante perceber como essas diferentes perspectivas coexistem, se interpenetram e, às vezes, se tensionam. Um exemplo é o que ocorre nas chamadas "cidades-dormitório", e outro é o dos territórios escolhidos/inventados pelas pessoas em situação de rua.

[4] Adota-se, aqui, a ideia de que as tecnologias utilizadas em saúde não se restringem a equipamentos e máquinas (tecnologias duras), mas que fazem parte da composição do trabalho em saúde, também, as "tecnologias leve-duras" (conhecimentos estruturados, como a clínica, a epidemiologia, a psicanálise) e as "tecnologias leves" (tecnologias relacionais, que se configuram no trabalho vivo em ato, nos "encontros" entre trabalhadores e usuários, modulando, inclusive, a utilização de tecnologias leve-duras e duras) (MERHY; CHAKOUR, 2006). É importante dizer que todos os tipos de serviços de saúde (inclusive os da atenção básica) utilizam os três tipos de tecnologias acima, ainda que alguns se dediquem ou se caracterizem mais pela utilização de um ou outro tipo.

As equipes de saúde[5] da atenção básica, seus trabalhadores, têm que estar abertos para perceber as peculiaridades de cada situação que se apresenta, buscando agenciar os tipos de recursos e tecnologias (leves, leve-duras e duras) que ajudem a: aliviar o sofrimento, melhorar e prolongar a vida, evitar ou reduzir danos, (re)construir a autonomia, melhorar as condições de vida, favorecer a criação de vínculos positivos, diminuir o isolamento e abandono. Faz muito sentido, dessa forma, que as equipes de Saúde da Família (eSF) possam, por exemplo: realizar uma ação de promoção à saúde para combater o lixo acumulado inapropriadamente (que oferece riscos à saúde); inserir pessoas com baixa renda em programas sociais; fazer a notificação de um acidente de trabalho; utilizar uma medicação ou realizar um procedimento que cure uma doença ou diminua uma dor; cuidar de alguém (que tem hipertensão arterial, diabetes) considerando seus detalhes (sua singularidade); pedir ajuda ao CAPS ou NASF para abordar casos relacionados à saúde mental, inclusive os mais graves, como um caso de cárcere privado; conversar com gestantes, em grupos e individualmente, sobre a gestação, mas também sobre as questões gerais relacionadas à sua vida, como a sua sexualidade; descobrir/acionar a rede social significativa de uma pessoa (não necessariamente as redes sociais formais); participar da coordenação do projeto terapêutico de um usuário que foi encaminhado para um especialista de outro serviço de saúde; dar suporte a alguém (e a seus familiares) que está em estado terminal de vida para conduzir uma "boa morte"; oferecer escuta a quem chega ansioso ou nervoso querendo atendimento imediato sem estar agendado; realizar hidratação intravenosa num usuário com suspeita de dengue que disso necessite; tratar e observar um paciente com crise hipertensiva.

Em resumo, os exemplos anteriores evidenciam que a atenção básica, para ser resolutiva, deve ter tanto capacidade ampliada de escuta (e análise) quanto um repertório, um escopo ampliado de ofertas para lidar com a complexidade de sofrimentos, adoecimentos, demandas e necessidades de saúde às quais as equipes estão constantemente expostas. Paradoxalmente, aqui reside o desafio e a beleza do trabalho na atenção básica e, ao mesmo tempo, algumas chaves para sua efetivação e legitimação na sociedade. Neste contexto, o "acolhimento" é um dos temas que se apresentam com alta relevância e centralidade.

Sendo assim, esperamos que este Caderno seja utilizado por trabalhadores das unidades de atenção básica, por equipes dos NASFs, apoiadores institucionais e gestores. Para tanto, foi elaborado de modo a ser útil para trabalhadores no processo de reflexão sobre o acolhimento que ocorre em sua unidade, para atendimento individual diante de situações mais comuns que se apresentam no acolhimento à demanda espontânea, para auxiliar o trabalho dos apoiadores e gestores no suporte aos profissionais das unidades de saúde para qualificação do acolhimento, bem como para ser um material de apoio para cursos e momentos de educação permanente para as equipes de Saúde da Família promovidos pelas gestões dos Estados, dos municípios e do Distrito Federal e/ou pelas universidades.

---

[5] Equipes de saúde da atenção básica, neste material, é uma denominação que engloba tanto as equipes de Saúde da Família quanto as equipes de atenção básica com outros formatos/composições, que atuam em geral nas unidades básicas e/ou centros de saúde (também chamadas de "unidades tradicionais"). A exemplo das unidades de Saúde da Família, é fundamental que o trabalho dos profissionais nas unidades tradicionais também seja organizado em equipes multiprofissionais, com adscrição de clientela e responsabilização sanitária.

ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA

2

Conforme vimos anteriormente, a atenção básica lida com situações e problemas de saúde de grande variabilidade (desde as mais simples até as mais complexas), que exigem diferentes tipos de esforços de suas equipes. Tal complexidade se caracteriza pela exigência de se considerarem, a todo tempo e de acordo com cada situação, as dimensões orgânica, subjetiva e social do processo saúde-doença-cuidado, para que as ações de cuidado possam ter efetividade. Além disso, as equipes da atenção básica estão fortemente expostas à dinâmica cotidiana da vida das pessoas nos territórios. Nesse sentido, a capacidade de acolhida e escuta das equipes aos pedidos, demandas, necessidades e manifestações dos usuários no domicílio, nos espaços comunitários e nas unidades de saúde é um elemento-chave. **Neste Caderno, o foco principal será dado ao acolhimento à demanda espontânea nas unidades de atenção básica[6] , mas é importante lembrar que o acolhimento não se restringe a essas situações.**

2.1 Mas, afinal, o que é o acolhimento?

"Cristina, que trabalha como diarista, passou a noite anterior em claro, pois Vítor, seu filho de dois anos, teve febre e estava tossindo muito. Antes de ir ao trabalho do dia, Cristina levou Vítor a um pronto-atendimento (PA), demorando 25 minutos para chegar (de ônibus). Ao chegar lá, foi avisada que não havia pediatra e orientada a procurar o posto de saúde mais próximo de sua casa. Ela achava que o posto não ia atender, pois já eram 10h da manhã e Vítor não tinha consulta marcada. Ao chegar à unidade de Saúde da Família, informando que o PA a encaminhou com o filho, disseram a ela **que o acolhimento era das 7h às 9h**. Raivosa, Cristina resolveu levar o filho a um pronto-socorro mais distante, perdeu o dia de trabalho, mas conseguiu atendimento".

Existem várias definições de acolhimento, tanto nos dicionários quanto em setores como a saúde. A existência de várias definições revela os múltiplos sentidos e significados atribuídos a esse termo, de maneira legítima, como pretensões de verdade. Ou seja, **o mais importante não é a busca pela definição correta ou verdadeira de acolhimento, mas a clareza e explicitação da noção de acolhimento que é adotada ou assumida situacionalmente por atores concretos, revelando perspectivas e intencionalidades.** Nesse sentido, poderíamos dizer, genericamente, que **o acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas ("há acolhimentos e acolhimentos").** Em outras palavras, ele não é, *a priori*, algo bom ou ruim, mas sim uma prática constitutiva das relações de cuidado. Sendo assim, **em vez (ou além) de perguntar se, em determinado serviço, há ou não acolhimento, talvez seja mais apropriado analisar como ele se dá. O acolhimento se revela menos no discurso sobre ele do que nas práticas concretas.** Partindo dessa perspectiva, podemos pensar em modos de acolher a demanda espontânea que chega às unidades de atenção básica.

---

[6] Unidades básicas de saúde, neste material, é uma denominação genérica que inclui todos os tipos de unidades que realizam ações de atenção básica (unidades de Saúde da Família, postos de saúde, centros de saúde, clínicas da família e equivalentes).

2.2 Por que acolher a demanda espontânea na atenção básica?

Por algumas razões. A primeira delas é porque, a despeito da existência de formas cientificamente fundadas de definição objetiva das necessidades de saúde e das formas de lidar com elas, é preciso entender que a ciência e os profissionais de saúde não são os únicos definidores das necessidades de saúde. Queiramos ou não, **o usuário também define, com formas e graus variados, o que é necessidade de saúde para ele**, podendo apresentá-la enquanto demanda ao serviço de saúde. E é importante que a demanda apresentada pelo usuário seja acolhida, escutada, problematizada, reconhecida como legítima. Às vezes, há coincidência da demanda e do olhar técnico-profissional. No entanto, quando isso não acontece, é necessário um esforço de diálogo e compreensão, sem o qual são produzidos ruídos que se materializam, por exemplo, em queixas, reclamações, retornos repetidos, busca por outros serviços.

A segunda razão é que os vários tipos de demanda podem, em grande parte, ser acolhidos e satisfeitos na atenção básica, inclusive com as modalidades de tecnologias leve-duras (conhecimentos, protocolos) e duras (materiais, equipamentos), que podem e devem estar disponíveis nesse tipo de serviço. Vejamos alguns exemplos de situações não programadas que podem ser acolhidas na atenção básica: usuário com cefaleia ou tontura; pessoa com ardência ou dor ao urinar; alguém que está com insônia há uma semana; criança com febre; mulher com sangramento genital, entre outros. Essas situações revelam que, apesar de ser necessário programar o acompanhamento das pessoas nas agendas dos profissionais (sob pena de a atenção básica se reduzir a um pronto-atendimento), também é fundamental que as unidades de atenção básica estejam abertas e preparadas para acolher o que não pode ser programado, as eventualidades, os imprevistos. Como um usuário poderia decidir o dia e hora em que ficaria gripado ou teria dor de cabeça? Seria possível prevenir todos os casos de ansiedade e dor muscular? É evidente que não. O que não quer dizer que, diante desses casos, o modo de atuar seja somente do tipo queixa-conduta. Muitas vezes, o acolhimento a essas situações demandará continuidade no cuidado. Em outras, poderá requerer, inclusive, apoio matricial e/ou encaminhamento para outros serviços.

Outra razão é que, muitas vezes, esses momentos de sofrimento dos usuários são fundamentais para a criação e fortalecimento de vínculos. São momentos em que se sentem, comumente, desamparados, desprotegidos, ameaçados, fragilizados. Nessas situações, é bastante razoável que muitos deles recorram às unidades de atenção básica quer pela proximidade física, quer pelos vínculos que possuem com os profissionais em quem eles confiam. O fato de conhecer um usuário, sua história, não só facilita a identificação do problema (evitando, às vezes, exames e procedimentos desnecessários ou indesejáveis), como também o seu acompanhamento.

Não devemos esquecer, também, que mesmo os usuários que são acompanhados regularmente pelas ações programáticas podem apresentar exacerbações em seu quadro clínico e demandar atenção em momentos que não o de acompanhamento agendado. Perde-se legitimidade perante eles uma unidade que os acompanha na atividade programada e não os acolhe no momento de agudização. Constrói-se a imagem na sociedade de que "a unidade básica de saúde só serve para quando a pessoa estiver **saudável**; se estiver **doente**, tem é que ir a um pronto-atendimento

ou hospital". Dessa concepção até se pensar na UBS como um serviço de menor relevância e de qualidade inferior é "um pulo".

Além disso, ao atender à demanda espontânea, as equipes podem se deparar com a não efetividade de algumas condutas e projetos terapêuticos prévios, ou com situações novas que requerem invenção de novas estratégias de cuidado e de reorganização do serviço. Por exemplo, como lidar com o usuário que só procura a unidade quando está se sentindo muito mal? O que fazer com a senhora "poliqueixosa" que aparece todo dia na unidade? Diante de algum usuário que apresenta vários problemas de saúde, por onde começar? Como atender à demanda espontânea adequadamente e, ao mesmo tempo, não prejudicar o atendimento programado e não sobrecarregar os profissionais?

Para essas questões, não há receitas ou fórmulas suficientes. O que se recomenda é que essas situações sejam objeto de conversa, decisão, experimentação e análise pelos trabalhadores das equipes, aproveitando as ferramentas e experiências já existentes.

2.3 Dimensões constitutivas do acolhimento

Apresentamos, a seguir, a situação vivenciada por uma usuária, na recepção de uma unidade de atenção básica:

" - Joana: Bom dia, eu queria marcar uma consulta com o Dr. Antônio.
- Vilma: O dia de marcação pro médico é a sexta-feira, tem que chegar cedo porque são distribuídas 20 senhas.
- Joana: Mas a minha irmã acabou de marcar uma consulta pra próxima semana.
- Vilma: É porque ela é hipertensa e faz parte de um programa.
- Joana: Mas eu não tô me sentindo muito bem desde ontem.
- Vilma: Aqui é PSF, não é urgência. Você tem que ir ao PA.
- Joana: O problema é que o PA é longe, eu tô sem dinheiro, e o Dr. Antônio é muito bom. Não dá pra fazer um encaixe não?
- Vilma: Já falei, ou você vai ao PA ou volta na sexta-feira logo cedo. Quem é o próximo?"

Infelizmente, o caso de Joana não é só uma ficção. Muitas pessoas já viveram e vivem, na pele, situações como a do diálogo acima, em que o trabalhador não consegue se colocar no lugar do outro que sofre, e o trata de forma burocrática. Este é talvez um dos principais problemas vividos no SUS, a banalização do sofrimento alheio. Isso nos permite perceber que, em processos de implantação ou reestruturação das práticas de acolhimento da demanda espontânea, é recomendável considerar diferentes sentidos relacionados ao acolhimento, entre os quais destacamos alguns:

2.3.1 O acolhimento como mecanismo de ampliação/facilitação do acesso

O acolhimento aparece, aqui, como forma de inclusão dos usuários, na medida em que pressupõe que não apenas determinados grupos populacionais (portadores de agravos mais prevalentes

e/ou recortados a partir de ciclos de vida) são objeto privilegiado do trabalho das equipes, mas também as pessoas que apresentam necessidades de saúde que não estão contempladas nesses critérios. Sendo assim, podem ser cuidados na atenção básica, por exemplo, tanto um portador de hipertensão arterial como alguém com gastrite. Além disso, a ampliação de acesso se dá, também, uma vez que contempla adequadamente tanto a agenda programada quanto a demanda espontânea, abordando-se cada uma dessas situações segundo as especificidades de suas dinâmicas e tempos.

2.3.2 O acolhimento como postura, atitude e tecnologia de cuidado

Nesse aspecto, o acolhimento aparece centralmente marcado no território das tecnologias leves, encarnadas nas relações que se estabelecem entre trabalhadores e usuários, nos modos de escutas e filtros, nas maneiras de lidar com o não previsto, nos modos de construção de vínculos, nas formas de sensibilidade do trabalhador, num certo posicionamento ético situacional, que influencia fortemente, inclusive, o modo de agenciamento de tecnologias leve-duras e duras. Além disso, o acolhimento pode facilitar a continuidade e redefinição dos projetos terapêuticos dos usuários, sobretudo quando eles procuram a unidade de saúde fora das consultas ou atividades agendadas. Como exemplo, podemos pensar na atitude da equipe quando uma mulher que não leva o filho às consultas programadas de puericultura resolve levá-lo com diarreia ao serviço, num dia não previsto.

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

Nesse caso, a implantação de acolhimento da demanda espontânea "pede" e provoca mudanças nos modos de organização das equipes, nas relações entre os trabalhadores e nos modos de cuidar. Para acolher a demanda espontânea com equidade e qualidade, não basta distribuir senhas em número limitado (fazendo com que os usuários formem filas na madrugada), nem é possível (nem necessário) encaminhar todas as pessoas ao médico **(o acolhimento não deve se restringir a uma triagem para atendimento médico)**. Organizar-se a partir do acolhimento dos usuários exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população, pois são todas as ofertas que devem estar à disposição para serem agenciadas, quando necessário, na realização da escuta qualificada da demanda. É importante, por exemplo, que as equipes discutam e definam (mesmo que provisoriamente) o modo como os diferentes profissionais participarão do acolhimento. Quem vai receber o usuário que chega; como avaliar o risco e a vulnerabilidade desse usuário; o que fazer de imediato; quando encaminhar/agendar uma consulta médica; como organizar a agenda dos profissionais; que outras ofertas de cuidado (além da consulta) podem ser necessárias etc. Como se pode ver, é fundamental ampliar a capacidade clínica da equipe de saúde, para escutar de forma ampliada, reconhecer riscos e vulnerabilidades e realizar/acionar intervenções.

A REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO E O ACOLHIMENTO DA DEMANDA ESPONTÂNEA NA ATENÇÃO BÁSICA

3

Para implantar práticas e processos de acolhimento visando a melhorar a acessibilidade do usuário e a escuta dos profissionais, não são suficientes ações normativas, burocráticas nem discursivas. Além disso, apesar de ser útil e até necessária em alguns tipos de unidades, não basta ter uma "sala de acolhimento", por exemplo, e é equivocado restringir a responsabilidade pelo ato de acolher aos trabalhadores da recepção (ou a qualquer trabalhador isoladamente), pois o acolhimento não se reduz a uma etapa nem a um lugar. Também é insuficiente fazer a escuta da demanda espontânea no início do turno de atendimento e retomar um conjunto de barreiras para um usuário que, eventualmente, chegue "fora do horário estipulado para o funcionamento do acolhimento". Assumir efetivamente o acolhimento como diretriz é um processo que demanda transformações intensas na maneira de funcionar a atenção básica. Isso requer um conjunto de ações articuladas, envolvendo usuários, trabalhadores e gestores, pois a implantação do acolhimento dificilmente se dá apenas a partir da vontade de um ator isolado.

Com efeito, múltiplos aspectos técnicos e político-institucionais precisam ser mobilizados para obtermos êxito na implementação do acolhimento. Quaisquer que sejam as ações, é fundamental termos arranjos organizacionais que se adaptem à demanda real de cada situação. Serão apresentadas, a seguir, algumas estratégias possíveis, mas desde já vale frisar que não se trata de uma proposta operacional para ser assim aplicada em todos os lugares (independentemente da realidade local), tampouco de uma receita. Trata-se de alguns aspectos frequentemente vistos como cruciais em experiências de implantação de acolhimento, e que servem como exemplos, referências, fonte de diálogos, podendo ser mais ou menos pertinentes de acordo com a dinâmica de cada realidade. Vejamos:

3.1 Fluxos dos usuários na UBS

O fluxograma a seguir busca representar um padrão de fluxo dos usuários nas UNIDADES BÁSICAS de SAÚDE (UBS), partindo do pressuposto de que a recepção é o primeiro contato e de que, havendo situações imprevistas cuja avaliação e definição de oferta(s) precisa(s) de cuidado não sejam possíveis na recepção, deve haver um espaço adequado para escuta, análise, definição de oferta de cuidado com base na necessidade de saúde e, em alguns casos, intervenções. Em boa parte dos serviços, esse espaço é uma sala de acolhimento (lugar especificamente tomado com essa função, mas que deve ser visto como um dos momentos e espaços de acolhimento, sem exclusividade, pois há – ou pode haver – acolhimento antes e depois, com ou sem uma sala específica).

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

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

É importante lembrar, ainda, que alguns fatores podem exigir ajustes no fluxograma. Por exemplo, o número de equipes de atenção básica da unidade que, quando pequeno (uma ou duas equipes), provavelmente fará com que algum membro da própria equipe de referência do usuário realize a escuta e, possivelmente, algumas intervenções, abreviando o fluxo do usuário na unidade. Isso pode ocorrer em UBS com maior número de equipes que se organizam por meio da modelagem "acolhimento pela equipe de referência do usuário" (descrita em item adiante neste Caderno). Porém a estrutura física da UBS também pode interferir no fluxo.

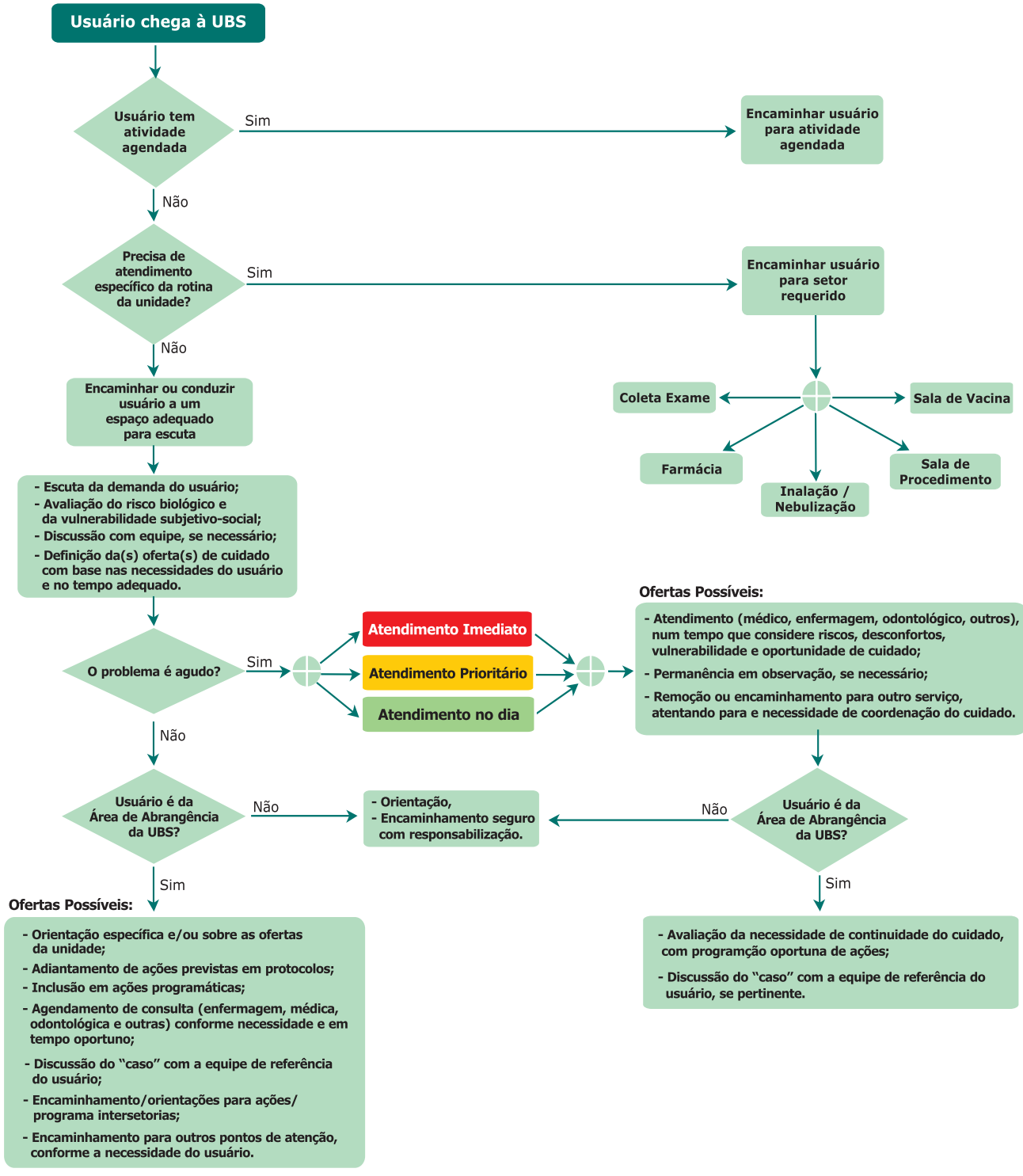
Outro aspecto importante que merece ser destacado é que, em algumas situações, a própria pessoa que realiza a escuta pode ser a responsável por realizar intervenções (em maior ou menor grau). Por exemplo, se um usuário apresenta dispneia moderada, a acomodação dele e a colocação de uma máscara de oxigênio podem ser feita até que o médico o avalie. Se uma usuária refere atraso menstrual ou tosse (sem sinais de gravidade) há seis semanas e se a escuta e avaliação está sendo realizada por um enfermeiro, já se pode avaliar a possibilidade de solicitação de teste

de gravidez e exame de escarro, respectivamente, considerando os protocolos locais ou aqueles recomendados pelo Ministério da Saúde. Ou, ainda, se uma criança de quatro anos apresenta diarreia leve sem qualquer sinal de risco, o enfermeiro, imediatamente após a escuta, pode oferecer sais para reidratação oral e orientar os pais sobre cuidados e sinais de risco, inclusive solicitando o agente comunitário de saúde a visitar a família, se necessário (a depender da avaliação de vulnerabilidade psicossocial).

Em todos esses casos, fica evidente a preocupação de não burocratizar o acolhimento e o fluxo do usuário na unidade, bem como de ampliar a resolutividade e a capacidade de cuidado da equipe. Lembrando que, na atenção básica, os usuários geralmente são conhecidos ou estão próximos (por morarem perto ou serem adstritos à UBS) e que o efetivo trabalho em equipe (multi e transdisciplinar) produz relações solidárias e complementares entre os profissionais (enriquecendo-os individualmente e ao conjunto da equipe), gerando, assim, mais segurança e proteção para os usuários.

No que se refere à definição de intervenções segundo a estratificação da necessidade do usuário (mediante avaliação de risco e vulnerabilidade) em "não agudo" (intervenções programadas) e "agudo" (atendimento imediato, prioritário ou no dia), o que se pretende é que a necessidade do usuário seja estruturante do tipo e do tempo das intervenções, materializando, aqui, o princípio da equidade. Mais uma vez, o fluxograma proposto deve ser contextualizado, pois, se há um usuário cuja necessidade requer agendamento de consulta em até uma semana e se há disponibilidade no dia (pelo número de faltosos, por exemplo), pode-se aproveitar para atendê-lo (facilitando a vida dele, otimizando as ofertas existentes e fortalecendo potencialmente o seu vínculo com a equipe). No item que trata da "avaliação de risco e vulnerabilidade", bem como no volume 2 deste Caderno, esse tema será abordado de forma mais detalhada.

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


Usuário chega à UBS
Usuário tem atividade agendada
Sim
Encaminhar usuário para atividade agendada
Não
Precisa de atendimento específico da rotina da unidade?
Sim
Encaminhar usuário para setor requerido
Coleta Exame
Sala de Vacina
Farmácia
Inalação / Nebulização
Sala de Procedimento
Não
Encaminhar ou conduzir usuário a um espaço adequado para escuta
- Escuta da demanda do usuário;
- Avaliação do risco biológico e da vulnerabilidade subjetivo-social;
- Discussão com equipe, se necessário;
- Definição da(s) oferta(s) de cuidado com base nas necessidades do usuário e no tempo adequado.
O problema é agudo?
Sim
Atendimento Imediato
Atendimento Prioritário
Atendimento no dia
Ofertas Possíveis:
- Atendimento (médico, enfermagem, odontológico, outros), num tempo que considere riscos, desconfortos, vulnerabilidade e oportunidade de cuidado;
- Permanência em observação, se necessário;
- Remoção ou encaminhamento para outro serviço, atentando para e necessidade de coordenação do cuidado.
Não
Usuário é da Área de Abrangência da UBS?
Não
- Orientação,
- Encaminhamento seguro com responsabilização.
Não
Usuário é da Área de Abrangência da UBS?
Sim
Sim
Ofertas Possíveis:
- Orientação específica e/ou sobre as ofertas da unidade;
- Adiantamento de ações previstas em protocolos;
- Inclusão em ações programáticas;
- Agendamento de consulta (enfermagem, médica, odontológica e outras) conforme necessidade e em tempo oportuno;
- Discussão do "caso" com a equipe de referência do usuário;
- Encaminhamento/orientações para ações/programa intersetorias;
- Encaminhamento para outros pontos de atenção, conforme a necessidade do usuário.
- Avaliação da necessidade de continuidade do cuidado, com programção oportuna de ações;
- Discussão do "caso" com a equipe de referência do usuário, se pertinente.

3.2 Modelagens de acolhimento

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

Nesse sentido, apesar de ser frequente o êxito do "Acolhimento pela equipe de referência do usuário", principalmente em termos de vinculação e responsabilização, cabe dizer que não existe uma única e melhor forma de acolher a demanda espontânea para todos os contextos, *a priori.* Há, antes, diferentes possibilidades de modelagens, cuja experimentação propicia tanto o ajuste à realidade de cada unidade como o protagonismo dos trabalhadores na implementação do acolhimento, de forma dialogada e compartilhada. A participação dos trabalhadores na análise e decisão sobre os modos de acolher a demanda espontânea é fundamental, também, para a sustentabilidade desse tipo de iniciativa, na medida em que aumenta as chances de autoria e pertencimento coletivos.

Como exemplos, listamos algumas modelagens de acolhimento utilizadas em diferentes lugares, a saber:

1) Acolhimento pela equipe de referência do usuário: a principal característica é que cada usuário é acolhido pelos profissionais de suas equipe de referência, de modo que um ou mais profissionais de cada equipe realizam a primeira escuta, negociando com os usuários as ofertas mais adequadas para responder às suas necessidades. Há diversas maneiras de desenvolver esta modelagem; apenas para citar algumas: **a) o enfermeiro de cada equipe realiza a primeira escuta, atendendo à demanda espontânea da população residente na sua área de abrangência e também os seus usuários agendados; nestas situações, o médico faz a retaguarda para os casos agudos da sua área e também atende os usuários agendados; b) mais de um profissional está simultaneamente realizando a primeira escuta dos usuários de sua área de abrangência organizando o acesso dos usuários num determinado momento, posteriormente assumindo suas demais atribuições; c) em algumas equipes, o enfermeiro realiza a primeira escuta do acolhimento até determinada hora, a partir da qual desempenha outras atribuições, passando a primeira escuta do acolhimento a ser realizada pelo técnico de enfermagem, estando o enfermeiro e o médico na retaguarda.** A principal vantagem dessa modelagem é a potencialização do vínculo e responsabilização entre equipe e população adscrita, e uma das dificuldades é a conciliação com atividades da equipe fora da unidade (visita domiciliar, por exemplo), bem como com os atendimentos programados nos dias em que a demanda espontânea é muito alta.

2) Equipe de acolhimento do dia: em unidades com mais de uma equipe, o enfermeiro e/ou técnico de enfermagem de determinada equipe ficam na linha de frente do acolhimento, atendendo os usuários que chegam por demanda espontânea de todas as áreas/equipes da unidade. O médico

da equipe do **acolhimento do dia** fica na retaguarda do acolhimento. Todos os profissionais da equipe de acolhimento ficam com suas agendas voltadas exclusivamente para isso. Os profissionais das outras equipes da unidade, quando não estão "escalados", não precisam reservar agenda para o acolhimento, somente atendendo aos casos agudos em situações excepcionais em que a quantidade de pessoas com tal necessidade exceder a capacidade de atendimento da equipe do **acolhimento do dia**. A principal vantagem dessa modelagem é que as equipes que não estão "escaladas" podem realizar as atividades programadas com mais facilidade, e as desvantagens são a menor responsabilização e vínculo entre equipe e população adscrita (quando comparado com o acolhimento por equipe) e a sobrecarga da equipe que está no acolhimento do dia, sobretudo em dias de maior demanda.

3) Acolhimento misto (equipe de referência do usuário + equipe de acolhimento do dia): em unidades com mais de uma equipe, estipula-se determinada quantidade de usuários ou horário até onde o enfermeiro de cada equipe acolhe a demanda espontânea da sua área, bem como uma quantidade de casos agudos encaminhados pelo acolhimento que o médico irá atender de pacientes de sua área durante o turno. Um dos enfermeiros fica a cada dia sem atendimentos agendados, para atender à demanda espontânea de todas as áreas a partir do momento que ultrapasse a quantidade ou horário previamente estipulados para acolhimento das equipes; um dos médicos também sem atendimentos agendados para, independentemente da área, atender aos casos agudos encaminhados pelo acolhimento que excederem a quantidade predeterminada a que cada um dos outros médicos atenderiam. Essa modelagem se apresenta como intermediária entre o acolhimento por equipe e o acolhimento do dia, mas requer comunicação mais intensa entre equipes e alguns instrumentos para facilitar a gestão das agendas.

4) Acolhimento coletivo: no primeiro momento do funcionamento da unidade, toda a equipe se reúne com os usuários que vieram à unidade de saúde por demanda espontânea e, nesse espaço coletivo, fazem-se escutas e conversas com eles (se necessário ou mais apropriado, essa escuta é feita num consultório). Além do acolhimento, aproveita-se a ocasião para explicar à população o modo de funcionamento da unidade e o processo de trabalho das equipes, bem como se realizam atividades de educação em saúde. Para todos os profissionais da equipe poderem estar no acolhimento coletivo e atenderem aos casos agudos identificados, é necessário que o agendamento seja feito por hora marcada, não sendo agendados pacientes para o início do turno. Após o momento de acolhimento coletivo realizado pela equipe, para garantir acesso a usuários que cheguem durante o turno, segue-se o trabalho com outra modelagem de acolhimento associada. O acolhimento coletivo permite envolver toda a equipe na realização da primeira escuta, possibilita identificar usuários com risco e sofrimento mais evidentes e pode contribuir para o aumento da capacidade de autoavaliação dos riscos pelos usuários, mas apresenta como principal inconveniente o constrangimento das pessoas, que podem se sentir expostas na sua intimidade e privacidade, além de não oportunizar uma adequada avaliação dos riscos não evidentes e da vulnerabilidade, devendo, por isso, ser necessariamente articulada à escuta individualizada (GOMES; MELO; PINTO, 2005).

Em alguns casos, pode ser interessante misturar elementos de diferentes modelagens. Por exemplo, sinais evidentes de maior risco ou sofrimento podem ser identificados/percebidos também pelos trabalhadores da recepção, que devem ter a possibilidade de contato direto com as pessoas que estão realizando a primeira escuta do acolhimento, facilitando a priorização desses casos. Em outras situações, os agentes comunitários de saúde, além de perceberem o risco,

podem ter contribuição muito valiosa na avaliação da vulnerabilidade. Ainda, as necessidades de saúde bucal também precisam ser apreciadas no acolhimento, podendo os profissionais que atuam no cuidado à saúde bucal também ser inseridos no processo de escuta qualificada, bem como os outros profissionais que realizam a primeira escuta precisam estar atentos para eventuais queixas que podem ter relação com a saúde bucal e necessitariam de uma avaliação específica, tal como uma cefaleia recorrente, que inicialmente se acreditou de origem tensional, mas que está sendo causada por causa dentária. Em síntese, queremos aqui salientar que a realização da escuta qualificada não é prerrogativa exclusiva de nenhum profissional, devendo ser prática corrente de toda a equipe.

Mais uma vez, é importante lembrar que há múltiplos formatos de acolhimento da demanda espontânea possíveis, e que vale a pena apoiar a invenção e experimentação de diferentes modelagens pelas equipes, desde que essas tentativas sejam pactuadas e analisadas em seus efeitos, tanto pelos trabalhadores quanto pelos usuários.

Este processo, entretanto, precisa se desenvolver de forma solidária por parte de todos os profissionais. Por exemplo, quando um profissional que atende alguém analisado como prioritário por parte de quem está na escuta discordar da sua classificação, ao invés de desencadear uma crítica, pode tomar isto como necessidade para desenvolver processos de educação permanente. Os momentos de implantação ou de mudança na modelagem do acolhimento, certamente, são os que promovem maior tensão em relação ao modo como se organiza o acesso dos usuários à unidade, mas mesmo quando já estamos adaptados a certo modus operandi, ainda assim há diversas tensões que ocorrem no cotidiano e que precisam ser trabalhadas com muita delicadeza e parceria por parte de todos. É necessário também que haja solidariedade entre trabalhadores e usuários: que os trabalhadores compreendam as angústias e os diferentes critérios de urgência construídos legitimamente por parte dos usuários; que os usuários compreendam o esforço dos trabalhadores em organizar o acesso de modo a garantir a melhor qualidade no cuidado a todos. Esta relação solidária com usuários e entre trabalhadores, entretanto, está condicionada à maneira como todos estão participando da gestão da unidade, sendo o modo como se dá o acesso apenas mais uma das dimensões desta relação maior (estes e outros elementos serão ainda abordados no capítulo 4 deste Caderno).

Por fim, vale salientar que a maioria das modelagens tem limites e potencialidades, a depender de fatores como o número de equipes da unidade, os profissionais que participam do acolhimento, as particularidades de cada população adscrita, a estrutura física e ambiência da unidade, entre outros. Um critério de avaliação da modelagem mais adequada pode ser, por exemplo, o atendimento satisfatório às necessidades dos usuários que gera menos sofrimento/sobrecarga para as equipes e que não sacrifica a atenção programada. Talvez esta seja uma equação a ser considerada em cada lugar. Para definir modelagens e realizar avaliações ao longo do tempo, propomos algumas questões norteadoras para serem consideradas em cada realidade:

- Como realizamos o acolhimento em nossa unidade?
- Que profissionais estão na “linha de frente” do acolhimento? Eles mudam em diferentes horários?
- O que ofertamos no acolhimento?
- Qual a distribuição das ofertas da UBS ao longo do dia e no decorrer da semana?

- Qual o perfil da demanda espontânea?
- O que as pessoas que estão cedo na UBS estão demandando?
- Quantas são com cada grupo de demandas?
- Essa distribuição varia ao longo do dia ou certos padrões de demandas se concentram em determinados horários?
- São demandas passíveis de serem negociadas para outros horários de menor movimento?

3.3 Avaliação de risco e vulnerabilidade

A fila e a cota de "consultas do dia" (senhas limitadas), além de submeterem as pessoas à espera em situação desconfortável e sem garantia de acesso, são muitas vezes o contrário do princípio da equidade, na medida em que o critério mais comum de acesso, nesses casos, é a ordem de chegada.

Dessa forma, o acesso com equidade deve ser uma preocupação constante no acolhimento da demanda espontânea. A equidade, como princípio de justiça, baseia-se na premissa de que é preciso tratar diferentemente os desiguais (diferenciação positiva) ou cada um de acordo com a sua necessidade, corrigindo/evitando diferenciações injustas e negativas.

Como fazer isso no cotidiano dos serviços, onde muitas vezes chegam, ao mesmo tempo, várias pessoas com necessidades distintas? Uma estratégia importante de garantia de acesso com equidade é a adoção da avaliação/estratificação de risco como ferramenta, possibilitando identificar as diferentes gradações de risco, as situações de maior urgência e, com isso, procedendo às devidas priorizações. Para isso, o trabalho em equipe é fundamental. Já na recepção da unidade, uma atendente, um porteiro ou um segurança podem identificar situações que apresentam maior risco ou que geram sofrimento intenso. Por exemplo, uma criança com febre alta, um adulto com cólica renal, um usuário agitado, uma pessoa com dificuldade de respirar, um idoso com dor no peito. O reconhecimento desses e de outros sinais de risco pelos trabalhadores que comumente circulam ou permanecem nas áreas de recepção/esperas pode e deve ser apoiado. Além disso, é recomendável que os demais profissionais façam ativamente esse tipo de observação, sobretudo nos horários em que a unidade de saúde estiver mais cheia. As atividades de "sala de espera", por exemplo, são também oportunidades de identificação de riscos mais evidentes.

Mas é importante garantir espaços mais reservados para escuta e identificação de riscos, como o atendimento individual de enfermagem. Tanto porque o limiar de dor e o modo de manifestação de sofrimento variam entre as pessoas (nem sempre o risco é facilmente reconhecível), quanto porque há situações em que a exposição pública do sofrimento (ou do motivo da procura) intimida ou desrespeita os usuários. Por exemplo, um jovem com corrimento uretral, uma mulher com amenorreia, uma pessoa mais tímida ou retraída provavelmente reagirão de forma diferente na sala de espera e no consultório.

A estratificação de risco vai orientar não só o tipo de intervenção (ou oferta de cuidado) necessário, como também o tempo em que isso deve ocorrer. Na atenção básica, diferentemente

de um pronto-socorro, não é necessário adotar limites rígidos de tempo para atendimento médico (após acolhimento inicial), a não ser em situações de alto risco, nas quais a intervenção médica imediata se faz necessária (junto com os outros membros da equipe). Porém, em certas situações, é importante priorizar o atendimento, sob pena de manter a pessoa em sofrimento, por tempo prolongado. E a estratificação de risco pode ser bastante útil nesse sentido.

No entanto, não basta olhar o risco em termos biológicos. É essencial lembrar que há algumas condições que aumentam a vulnerabilidade das pessoas e que o acolhimento representa grande oportunidade de incluí-las, de inseri-las em planos de cuidado. Como uma criança desnutrida que não é levada às consultas de puericultura há oito meses, um homem de 50 anos que vai a um serviço de saúde pela primeira vez depois de muitos anos, uma mulher em idade fértil (sem realizar Papanicolau há quatro anos) que trabalha como diarista (sem carteira assinada) e cuida sozinha de três filhos menores de idade. Se eles procuram a unidade com um problema clinicamente simples e de baixo risco, esse momento é oportuno também para ofertar ou programar outras possibilidades de cuidado.

Em alguns casos, o tato, a competência técnica, o bom senso e a sensibilidade são suficientes para avaliar os casos atendidos, considerando o risco e a vulnerabilidade. No entanto, pode haver dificuldades na estratificação, seja de cunho técnico, seja em termos da aceitação/suporte pelos colegas de trabalho. Por isso é importante que as equipes discutam, que haja troca de conhecimentos, que sejam pactuados critérios e sinais que sirvam de subsídios para a classificação do risco, bem como para o entendimento da vulnerabilidade (que, muitas vezes, requer exceção ao que está padronizado).

Tem sido cada vez mais comum, principalmente nos serviços de urgência/emergência, a adoção de protocolos de estratificação de risco. A utilização de tais protocolos e suas respectivas escalas têm impacto importante na qualidade do acesso desses serviços. Esses protocolos podem ser referência, mas necessariamente precisam ser ressignificados e ajustados quando se trata da atenção básica. A natureza da atenção básica, na qual as noções de vinculação, responsabilização, clínica ampliada e gestão do cuidado são fundamentais, exige, de forma bastante evidente, a combinação do olhar sobre riscos e vulnerabilidades. Por várias razões, entre as quais destacamos algumas:

- A presença de condições geradoras de grande vulnerabilidade (riscos sociais ou subjetivos) pode requerer intervenções no mesmo dia (médicas ou não), agendamento para data próxima ou construção de projeto terapêutico singular em curto prazo, mesmo com risco biológico baixo;

- As classificações devem ser encaradas de maneira dinâmica, já que pode haver mudança no grau de risco de um usuário, estando na unidade ou após ter saído dela;

- Pode haver necessidade de mais de um tipo de intervenção (oferta de cuidado) no mesmo dia ou de programar outra(s) intervenção(ões). Por exemplo, uma criança com febre de 38,5 graus e dispneia leve pode receber um antitérmico ou compressa fria (pelo enfermeiro) antes de ser avaliada pelo médico (combinando previamente).

Além disso, escutar a avaliação que os usuários fazem da sua situação é uma atitude de respeito e de apoio à construção de mais autonomia. Em outras palavras, a avaliação de risco e vulnerabilidade devem ser, preferencialmente, um processo dialógico, não unilateral. Isso contribui para o autocuidado, assim como para a solidariedade entre os usuários. Obviamente, se um paciente estiver inconsciente, com dispneia grave ou com uma dor precordial forte, é importante agir imediatamente e dialogar de acordo com a possibilidade do outro.

Ainda, há situações não previstas, como um eventual dia em que a quantidade de atendimentos está abaixo do esperado e os profissionais podem preferir atender pessoas que, em outros momentos de maior demanda, seriam agendadas para atendimento posterior. Isso otimiza a agenda, responde mais rapidamente a necessidades e pode aumentar a vinculação.

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

1) Situação não aguda – condutas possíveis:

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

2) Situação aguda – condutas possíveis:

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

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

No volume 2 deste Caderno, a avaliação e classificação de risco, bem como a avaliação de vulnerabilidade, serão abordadas com maior detalhamento e profundidade, a partir de situações concretas (exs.: falta de ar, sangramento, cefaleia, ansiedade etc.).

Anteciparemos, no entanto, algumas perguntas que auxiliam na avaliação da vulnerabilidade. Vejamos:

Perguntas para avaliação da experiência/vivência do problema de saúde e vulnerabilidade:

1) O que você acha que está acontecendo?
2) Por que essa situação incomoda você?
3) Como essa situação interfere na sua vida?
4) Como você percebe que a equipe pode ajudar hoje?

Ao atentar para a vulnerabilidade, é importante também considerar se é um momento oportuno de intervenção (exs.: percepção de situações de violência ou negligência, baixa adesão etc.), problema de magnitude no território, situação importante para criar ou reforçar o vínculo etc. Em outras palavras, o grau de vulnerabilidade pode ser verbalizado ou não, e a sua identificação pode requerer, portanto, escuta ativa e percepção ampliadas.

3.4 Gestão das agendas de atendimento individual

O acolhimento demanda uma mudança do modo de realizar o atendimento individual para além da inclusão do "atendimento de casos agudos do dia". Nesse sentido, a agenda dos profissionais se torna um recurso-chave tanto para garantir a retaguarda para o acolhimento, quanto para a continuidade do cuidado (programático ou não). Por isso, é fundamental uma metodologia consistente de planejamento e gestão das agendas que contemple essas diferentes situações. Apresentamos, abaixo, algumas possibilidades:

- Agenda programada para grupos específicos: abrange o atendimento de pessoas previsto nas ações programáticas, cuja periodicidade de acompanhamento também deve se pautar pela avaliação de risco e vulnerabilidade. Essas pessoas não devem "disputar" as vagas de seu acompanhamento no acolhimento, sendo necessário que já saiam de uma consulta com a marcação de seu retorno, com hora e data definidas, inclusive intercalando, por exemplo, as consultas médicas com as de enfermagem (sai do consultório do médico já com a marcação do retorno para a enfermeira garantido, e vice-versa);
- Agenda de atendimentos agudos: identificados a partir do acolhimento da demanda espontânea, estejam ou não já inseridos em acompanhamento programado, os usuários deveriam ser atendidos, de preferência, de acordo com a estratificação de risco, trabalhada no tópico anterior e aprofundada no volume II do "Caderno de Acolhimento à Demanda Espontânea na Atenção Básica";
- Agenda de retorno/reavaliação e de usuários que não fazem parte de ações programáti-

cas: reserva de consultas para pessoas identificadas a partir do acolhimento e que não se incluem nas categorias anteriores, mas que demandam atenção, como o adulto que utiliza benzodiazepínico sem avaliação médica há sete meses. Reserva de parte dos atendimentos de cada profissional para ele marcar os retornos de pessoas que precisam vir, por exemplo, para avaliar a eficácia de um tratamento prescrito e reavaliar quanto à evolução do quadro clínico, como no caso de uma criança em tratamento ambulatorial de pneumonia, que é preciso reavaliar em até 48 horas.

Mais uma vez, trata-se de uma oferta, e não de um formato de agenda que certamente dá certo em qualquer contexto. Além disso, é importante que esse tipo de agenda seja construído com base em critérios (por exemplo, é possível estimar o número de consultas programadas para gestantes por semana, na agenda do médico e do enfermeiro). Da mesma forma, é possível, com o tempo, ir ajustando o número de consultas médicas que devem ser reservadas para a retaguarda do acolhimento. Não é aconselhável manter uma programação estanque de consultas segundo categorias ou grupos, pois estas podem variar a depender das outras ofertas de cuidado e de mudanças na situação epidemiológica. Reservar consultas para gestantes não necessariamente significa que, em determinado dia ou turno, apenas elas serão atendidas, independentemente da possibilidade de ida das gestantes no horário e da existência de vagas não preenchidas (isso pode burocratizar o serviço, além de diminuir o acesso). O planejamento e organização da agenda são importantes, assim como também é necessário o esforço para diminuir o tempo de espera para atendimento individual, sendo necessário, para isso, avaliar constantemente a agenda. Quanto maior o tempo de espera, maior a chance de os usuários buscarem outros meios de resolver os seus problemas, e maiores costumam ser as taxas de absenteísmo dos pacientes agendados (agravando o acesso).

Sempre que possível, realizar o agendamento por hora marcada, nos diferentes formatos possíveis, é uma estratégia que possibilita, por um lado, a atenção em tempo oportuno à maior parte dos "casos agudos" que apresentam maior risco ou sofrimento e, por outro lado, auxilia na melhor distribuição do número de usuários na unidade ao longo do dia, evitando superlotação, desconforto e tensões.

Por fim, é importante considerar a necessidade de as equipes definirem indicadores que serão utilizados nos processos de autoavaliação e de educação permanente, a fim de redefinir o modo como as agendas estão organizadas. Ao longo deste Caderno, outras questões serão encontradas para ajudar a realizar esses momentos. Mais diretamente relacionadas à gestão das agendas das equipes, seguem algumas sugestões de indicadores:

- Tempo médio de espera para agendamento/realização de consulta;
- Proporção entre as diferentes ofertas da agenda (% de pessoas de ações programáticas ou de agudos atendidos);
- Proporção de dias/turnos em que a quantidade de vagas para agudos é insuficiente e em que "estoura" a agenda da equipe;
- Proporção de faltosos às consultas agendadas não programáticas;

- Proporção de faltosos às consultas programáticas;
- Proporção de usuários que chegam atrasados às consultas com hora marcada.

Além dos indicadores, é também importante estar atento ao que chamamos de "analisadores", definidos como situações ou acontecimentos que revelam coisas, e que podem aparecer espontaneamente ou ser produzidos ativamente. Seja como for, o que importa é que os analisadores indicam tensões e possibilidades de análise e intervenção, altamente necessárias a quem coloca para si o desafio da mudança do que está instituído.

3.5 O acolhimento em diferentes realidades e modalidades de atenção básica

É importante reforçar que a maneira como se organizará a agenda e a modalidade adequada para se desenvolver o acolhimento em uma unidade precisa variar, de acordo com determinadas características locais, o que nos leva sempre a chamar a atenção para a necessidade de não encarar as proposições deste Caderno como prescritivas, e sim como ofertas para reflexão e experimentação.

Entre os aspectos mais fortemente relacionados com a capacidade de uma equipe decidir sobre o modo de estruturar o acolhimento, encontra-se a quantidade de pessoas e a situação social da população adscrita à sua equipe. Isso se dá porque áreas que têm uma população que vive em situações de piores condições econômicas, com pouca oferta de serviços públicos e de restritas áreas sociais de convivência, tendem a apresentar maior quantidade de doentes. Soma-se a isso os efeitos da intensa medicalização que tem levado a perdas de capacidade de autocuidado que as pessoas foram, durante gerações, desenvolvendo. Essas características levam a que a demanda espontânea nessas áreas seja, proporcionalmente, muito maior do que naquelas de melhores condições sociais e econômicas, onde, mesmo submetidas aos mesmos processos de medicalização da vida, as pessoas têm menos exposição a fatores agressores (alimentação inadequada, falta de saneamento básico, excesso de umidade nas residências etc.) e parte delas recorre a serviços e planos privados de saúde.

Sendo assim, boa alternativa é que os municípios desenvolvam estudos sobre o perfil de sua população, considerando dados de mortalidade, morbidade, condições sociais, violência, saneamento, redes de serviços públicos e privados, entre outros, para determinar estratificações entre as diferentes regiões. Esse estudo orientaria processos de cadastramento de população ou de remapeamento das unidades, a fim de que as equipes que estão acompanhando populações mais vulneráveis fiquem responsáveis por uma quantidade menor de pessoas do que equipes que atuam em situações mais bem avaliadas. Também, como a fixação de profissionais em áreas de maior risco tende a ser mais difícil, uma estratégia que pode ter bons resultados é ofertar benefícios para os profissionais que atuem nessas áreas, tais como gratificação financeira diferenciada, entre outros.

Além da quantidade e perfil da população, um elemento fundamental para se definir o modo como deve funcionar o acolhimento é a quantidade de equipes que atuam numa mesma unidade.

Entre as modelagens propostas para reflexão em seção anterior, há algumas delas que somente são possíveis em unidades em que há mais de uma equipe atuando, de preferência número entre três e quatro. Já outras modalidades são possíveis e permitem maior qualificação quando utilizadas em unidades de apenas uma equipe.

Além desses aspectos, devemos considerar, entretanto, que o debate sobre o acolhimento deve abranger todo o universo de serviços que constituem a atenção básica, e não apenas os que se estruturaram de acordo com a Estratégia Saúde da Família (ESF).

Há anos, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo a ESF como modalidade prioritária para a reorganização dos serviços de atenção básica em todo o Brasil. Entretanto, não obstante a necessidade de continuarmos a investir nessa proposta organizacional, não podemos desconsiderar que ainda há um grande contingente de serviços, distribuídos diferentemente em todo o território nacional, que não aderiu, ou que o fez parcialmente, ao desenho de equipe e de modo de funcionamento proposto pela Estratégia Saúde da Família.

Essas unidades, muitas vezes, permaneceram como unidades tradicionais, por já apresentarem profissionais concursados para atuar em jornadas de trabalho incompatíveis com o mínimo exigido nas equipes de Saúde da Família (eSF). Ou, mesmo, porque o município e sua população avaliaram que a maneira como os serviços tradicionalmente se organizaram é adequada para a sua realidade local. Em certas ocasiões, mesmo o município querendo implementar uma eSF, não foi possível em determinadas localidades por problemas relacionados à falta de recursos ou de trabalhadores interessados.

O fato é que, mesmo nessas unidades que não integram as milhares de equipes de Saúde da Família existentes, é fundamental que se reflita sobre a maneira como se dá o acolhimento e como se organiza a atenção à demanda espontânea.

Mesmo antes do desenvolvimento da ESF, há registros de que já existiam unidades básicas tradicionais que trabalhavam na lógica do vínculo, da adscrição de clientela, da responsabilização e, também, do acolhimento. Sendo assim, não ter se tornado unidade de Saúde da Família não implica, necessariamente, que a unidade deve realizar atendimento de menor qualidade ou ser mero serviço com precárias condições de infraestrutura que opera na lógica de queixa-conduta. Por exemplo, o registro dos atendimentos realizados em prontuário individual/familiar para permitir o melhor acompanhamento e a longitudinalidade do cuidado é não apenas factível, mas necessário, em qualquer Unidade Básica de Saúde, independentemente da modalidade de equipe que nela esteja implantada.

É preciso que os profissionais que atuam nesses serviços e seus gestores destinem a estes a mesma energia que direcionam para as unidades de Saúde da Família, no que se refere à promoção da reflexão sobre o seu processo de trabalho e à construção de estratégias coletivas de desenvolvimento da gestão do cuidado.

3.6 Ofertas de cuidado e desmedicalização

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

Por quê? Todos sabemos que, nos dias de hoje, o fenômeno da medicalização da vida aumenta. Medicalização que se caracteriza pela transformação reducionista e interessada de problemas da vida social em problemas tipicamente médicos, muitas vezes com intervenções que se antecipam aos problemas – intervenções que inventam problemas para si (CAMARGO JR., 2005). Uso exagerado de medicamentos, hiperdiagnósticos, utilização maciça de exames e procedimentos, cirurgias de efetividade duvidosa, obsessão pelo controle de riscos e pela definição de estilos de vida saudáveis. A medicalização é fortemente influenciada por interesses da indústria de medicamentos, de equipamentos diagnósticos e terapêuticos, de alimentos, pelas instituições formadoras e pelas corporações profissionais. E, embora o médico possa ser um importante agente de medicalização, os outros profissionais de saúde também podem atuar, em algum grau, nesse processo, ampliando o exercício profissional para dimensões da vida até então relativamente livres desse tipo de intervenção. Como imaginar um grupo de caminhada depender da presença incondicional de um educador físico para acontecer, por exemplo?

E o que tem a ver acolhimento com medicalização? Ele pode ser uma forma de ampliação da medicalização via ampliação do acesso (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010). Mas esse risco pode ser diminuído se o conjunto das práticas da unidade (mesmo as tipicamente curativas) estiver articulado e comprometido com a construção de maiores graus de autonomia dos usuários. Por isso é importante que a unidade tenha um "cardápio" diversificado de ofertas de cuidado, e que seja capaz de apoiar e acionar redes sociais significativas e redes de cuidado comunitárias. Grupos variados, oficinas, práticas corporais e de autocuidado, atividades lúdicas e laborais etc. Não para ignorar a necessidade de conhecimentos científicos, medicações, exames, dieta, atividade física (isso seria ingênuo e até irresponsável). Esses recursos são fundamentais, porém insuficientes. Em suma, é preciso aumentar a resolutividade clínica e a capacidade de cuidado da atenção básica, tendo como norte a diminuição do sofrimento e da dependência dos usuários, a (re)construção de graus progressivos de autonomia, a capacidade dos usuários de gerir a própria vida (com apoio e suporte dos profissionais de saúde e das redes sociais). Não de forma abrupta e indiscriminada, mas considerando as singularidades dos sujeitos e coletivos. As ofertas de cuidado

de uma unidade influenciam a demanda (FRANCO; BUENO; MERHY, 2004), "para o bem e para o mal". E o perfil da demanda também pode indicar, com o tempo e até certo ponto, as limitações e potencialidades dos modos por meio dos quais as equipes produzem cuidado.

Conforme vimos no capítulo anterior, para se realizar o acolhimento, é fundamental que as equipes de saúde reflitam sobre um conjunto de elementos que vão desde os saberes que subsidiam o atendimento individual em saúde até a maneira como interagem na organização do processo de trabalho em equipe.

Entretanto, o desafio de organizar adequadamente o acolhimento em uma unidade de saúde exige a agregação de novos sujeitos capazes de se envolver com a gestão do cuidado. No trabalho em saúde, a produção e o desenvolvimento da gestão do cuidado são aspectos indissociáveis e que demandam a integração de mais atores do que apenas os membros das equipes mínimas da Estratégia Saúde da Família.

Por exemplo, é dado que os profissionais de saúde bucal deverão ser envolvidos no acolhimento à demanda espontânea e às urgências odontológicas. Entretanto, para que o acolhimento às situações de saúde bucal possa ocorrer adequadamente, é fundamental que atuem, em conjunto, todos os profissionais da unidade, bem como os apoiadores e gestores, os trabalhadores que atuam na regulação e em outros serviços de saúde. Isso fica evidente quando, por exemplo, as necessidades que se apresentam na unidade de Saúde da Família demandam o encaminhamento a um serviço de referência odontológica (como Centros de Especialidades Odontológicas – CEO etc.).

Em outra perspectiva, não apenas trabalhadores de saúde, mas os próprios usuários precisam compreender o que significa o acolhimento e se envolver com ele, seja para promover sua qualificação, ou mesmo para que se evitem eventuais desentendimentos no cotidiano do serviço.

Os tópicos seguintes tentam desenvolver um pouco melhor alguns desses aspectos.

PARA VIABILIZAR A IMPLEMENTAÇÃO DO ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA NA ATENÇÃO BÁSICA

4

4.1 Novos personagens na produção do acolhimento

Conforme afirmamos anteriormente, é equivocado restringir a responsabilidade pelo ato de acolher aos trabalhadores da recepção (ou a qualquer outro isoladamente), pois o acolhimento não se reduz a uma etapa nem a um lugar. Entretanto, também é limitado discutir a sua implementação apenas com os profissionais que constituem a equipe mínima da Saúde da Família, excluindo aqueles que, porventura, atuem na unidade de saúde.

Uma ação bem desenvolvida pela enfermeira pode ser prejudicada, caso o segurança que fica na porta não compreenda a maneira com que a unidade desenvolve o acolhimento. Do mesmo modo, uma pessoa que atua na higienização e limpeza da unidade pode, em determinadas situações, produzir intervenções potentes e inesperadas na sala de espera, capazes, inclusive, de facilitar o trabalho dos profissionais que se envolvem diretamente no atendimento individual. Embora exemplos pudessem ser citados com quaisquer profissionais que atuam na unidade, é fundamental desenvolvermos um pouco mais o papel central dos trabalhadores da recepção das unidades de saúde.

Na quase totalidade das situações, o primeiro contato dos usuários que procuram a unidade de Saúde da Família se dá com profissionais que não tiveram formação específica para atuar na área da saúde. Isso pode levar as equipes de Saúde da Família (eSF) e os gestores, por vezes, a excluírem essas pessoas de momentos de reflexão sobre o acolhimento.

Já foram indicadas situações em que os profissionais da recepção podem identificar casos de maior risco e vulnerabilidade e facilitar o acesso dos usuários a uma avaliação mais rápida por parte de um profissional de saúde. Para isso, esses trabalhadores deveriam ser envolvidos em reuniões sistemáticas das unidades, que tivessem como foco a organização da recepção e escuta às pessoas, bem como os fluxos dos usuários na unidade e na rede.

Não há uma única maneira de se inserirem os profissionais da recepção no acolhimento. Compartilhamos, entretanto, algumas questões que podem ajudar nesse sentido:

- Quem atua na recepção da unidade? Qual o vínculo, formação, número de profissionais em cada hora, carga horária que possuem?
- O que faz a recepção? Quais são as funções e fluxos que coordena? Existem pessoas com o papel de organizar o fluxo dos usuários na unidade?
- Quais são as dúvidas, questões e necessidades que os usuários mais dirigem a eles ao longo do dia?
- Quais os problemas e conflitos enfrentados pelos profissionais da recepção?
- Quais são as tentativas de solução desses problemas? Quais estratégias e ações vêm desenvolvendo? Estão dando certo? Por quê?
- Como se dá participação dos trabalhadores da recepção nas reuniões da equipe ou de colegiado da UBS?

Há outros atores que podem contribuir com o acolhimento. Os trabalhadores do NASF, por

exemplo, podem (e devem) atuar para ampliar a resolutividade/capacidade de cuidado das eSF, inclusive diante de situações que se apresentam por demanda espontânea, tanto do ponto de vista clínico como por meio da participação em conversas e atividades relativas ao fluxo dos usuários.

Um conjunto de sujeitos que pode agregar outras perspectivas para a gestão do cuidado pode ser os professores e estudantes que atuam nas Unidades Básicas de Saúde. Os movimentos de reforma curricular que foram desencadeados nos últimos anos têm levado as instituições de ensino, cada vez mais, a verem a rede básica como campo de prática fundamental para a formação em saúde. Isso tem feito com que professores mudem seus ambientes de trabalho – acontecimento, muitas vezes, produtor de novidades e de angústias nos docentes – e procurem estabelecer novas relações com os profissionais da atenção básica/Estratégia Saúde da Família. Além das atividades de graduação, são muitos os grupos de pesquisa, extensão ou mesmo grupos tutoriais do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) que estão se inserindo de variadas formas nos serviços.

As contribuições dessas instituições de ensino podem ser as mais diversas. Elas podem se inserir diretamente na realização do acolhimento, compartilhando a realização de escuta qualificada e tomando-a como objeto de aprofundamento e reflexão teórica. Pesquisas podem ser desenvolvidas para avaliar e propor modificações na maneira de se organizar o acolhimento. As situações de maior dificuldade podem ser discutidas em momentos de educação permanente, com o apoio de professores e estudantes. Os médicos residentes de Medicina de Família e Comunidade e outros trabalhadores que realizam residência multiprofissional em Saúde da Família podem desenvolver parte de suas atividades com ênfase no acolhimento à demanda espontânea.

4.2 O acolhimento à demanda espontânea e a Rede de Atenção às Urgências

É fundamental que as unidades de atenção básica estejam inseridas e produzam concretas relações com o conjunto dos serviços que constituem a Rede de Atenção às Urgências no seu município ou em determinada região.

Entre os desafios e necessidades da atenção às urgências, destacam-se a estratificação de riscos (produzindo equidade), a garantia de acesso aos serviços de acordo com a situação, bem como a integração entre unidades assistenciais de diferentes perfis, como as unidades de Saúde da Família, as unidades de pronto-atendimento (UPA), o SAMU e os hospitais de emergência e trauma.

A atenção básica deve se constituir como grande articuladora da rede de atenção à saúde, desenvolvendo-se como importante porta de entrada e ordenadora da rede. Dessa forma, o atendimento à demanda espontânea deve ser realizado pelas UBS, principalmente os casos de pacientes crônicos em episódios de agudização e urgências de menor gravidade. Nas situações de emergência, a equipe deve estar capacitada para diagnosticar precocemente os casos graves, iniciar manobras de suporte básico de vida e acionar o serviço de remoção para que haja a adequada continuidade do atendimento. Tais atribuições estão definidas na Política Nacional

de Atenção Básica (2011), bem como na Política Nacional de Atenção às Urgências (2011) e na Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2010).

Entretanto, é fundamental que as unidades básicas possuam adequada retaguarda pactuada para o referenciamento dos pacientes que, uma vez acolhidos, avaliados e tratados, necessitem de cuidados de outros serviços. Assim, mediados pelas "Centrais de Regulação de Urgências" e pela comunicação entre profissionais e gestores de diferentes serviços, devem ser pactuados e definidos os fluxos e mecanismos de transferência/encaminhamento dos usuários que necessitarem de outros recursos assistenciais, de forma a garantir o acesso, em tempo oportuno, ao tipo de tecnologia necessária. Voltaremos a esse ponto no item seguinte, buscando apontar modos de atuação dos gestores que contribuam para a efetiva participação da atenção básica na atenção às urgências.

4.3 Apoio dos gestores às equipes de saúde

Se a implementação de novas lógicas de acolhimento à demanda espontânea não pode acontecer por meio de ações puramente normativas, dificilmente ocorre espontaneamente, a não ser quando a força dos usuários é grande a esse ponto ou quando há muita sensibilidade e iniciativa nas equipes. O mais comum é haver a necessidade de provocação, de "convite" por parte dos gestores formais às equipes. Mas, além de provocar, de pautar o tema do acolhimento, frequentemente as equipes precisam de apoio externo, pois o acolhimento à demanda espontânea costuma desestabilizar a unidade, produzindo tensões entre os profissionais e destes com os usuários e outros serviços, gerando a necessidade de arranjos e dispositivos para dar conta da nova situação. É muito importante, para as equipes, ter pessoas externas de referência que atuam como apoiadores, facilitando a análise do processo de trabalho e a construção de novos modos de lidar com os problemas vividos, dando suporte aos trabalhadores para que estes possam cuidar melhor dos usuários e se constituir enquanto equipe. Vejamos algumas situações comuns nas quais o apoio da gestão (e/ou externo) pode facilitar esse processo:

- É importante pensar em modos de disparar, de provocar a implementação do acolhimento da demanda espontânea. Algumas ferramentas e estratégias podem ser úteis, como a discussão de um caso fictício na equipe (como o de Joana ou o do pequeno Vítor e sua mãe), a discussão de uma situação real (problemática) de acolhimento na unidade, a leitura de um texto, a exibição e discussão de um vídeo, entre outras. Quando a equipe (ou pelo menos parte dela) está ativada, mobilizada, quando faz sentido, fica mais fácil de se engajar nesse tipo de processo. É fundamental que o acolhimento faça diferença (no bom sentido) não só para os gestores, mas, sobretudo, para os usuários e trabalhadores. Obviamente, esse tipo de processo tende a produzir desconfortos, e é necessário tomar os incômodos e tensões como matéria-prima da gestão (sem sufocá-los ou negá-los), buscando fazer com que sejam conflitos produtivos (CECÍLIO, 2006);

- O acolhimento, principalmente nos momentos iniciais, tende a sobrecarregar os profissionais, até pelo fato de abrir as portas diante de uma demanda reprimida e de novas expectativas criadas. Conforme abordado anteriormente, um dos aportes necessários, nesse caso,

é a incorporação da avaliação de risco e vulnerabilidade pela equipe, bem como a diversificação das ofertas, facilitando a garantia do acesso com equidade. Também é importante, nesse momento inicial, planejamento dinâmico e flexível das agendas;

- O incentivo à experimentação de diferentes modelagens (conforme abordado anteriormente) também é algo a ser considerado. Além disso, é fundamental que as equipes tenham momentos para discussão dos problemas e dificuldades, para redefinição de ações e responsabilidades, ou seja, espaços de gestão colegiada e educação permanente nos quais os problemas do processo de trabalho possam ser pautados e abordados em tempos e com abordagens coerentes com a complexidade desse tipo de tema. Faz parte do trabalho (é essencial) ter tempo e espaço adequado para pensar sobre o que se faz e para construir e pactuar novas ações, novos arranjos. A gestão do processo de trabalho também é feita pela equipe, não apenas pelo gerente ou coordenador local;

- Se a população adstrita às equipes é muito maior do que a capacidade delas (por exemplo, 10 mil pessoas para duas equipes de Saúde da Família, numa área de alto risco e vulnerabilidade e com poucos equipamentos sociais), isso provavelmente vai dificultar a conciliação do acolhimento à demanda espontânea com as demais atividades (consultas programadas, grupos, visitas domiciliares, reuniões de equipe etc.). Nesses casos, são muito relevantes esforços como a redistribuição da clientela adstrita com outras equipes, implantação de novas equipes ou ampliação do número de profissionais delas, dimensionamento do número de famílias por equipe conforme grau de risco da área adstrita, entre outros;

- Para o acolhimento dos casos agudos, a existência de retaguarda médica é fundamental. No entanto, não é raro que os profissionais de enfermagem tenham que pedir para que os médicos atendam aos casos agudos. Mas há situações em que os médicos discordam da avaliação de que certos casos são agudos e de que requerem intervenção médica no dia. Isso coloca a necessidade de discutir/construir/pactuar critérios de risco, bem como de organizar a agenda dos profissionais de modo a contemplar agenda programada e casos agudos, por exemplo;

- Sobretudo, é fundamental construir diálogos, pactos e fluxos com os serviços de retaguarda, sobretudo o SAMU e as unidades de pronto-atendimento e pronto-socorro. A cooperação e suporte entre gestores e trabalhadores dessas unidades facilitam a execução do papel que a atenção básica tem na atenção às urgências, seja assumindo integralmente as "pequenas urgências", seja prestando atendimento inicial até a remoção dos pacientes. Problemas como grandes atrasos de ambulâncias (extrapolando com frequência o horário de trabalho dos profissionais da unidade básica), envio de pacientes sem referência ou resumo de alta, por exemplo, devem ser objeto de discussão e pactuação entre trabalhadores e gestores. Em algumas realidades, a possibilidade de os profissionais da atenção básica atuarem, também, nos serviços de urgência facilita a cooperação e o fluxo dos usuários entre os serviços. Outra estratégia é a constituição de espaços de reunião regulares, envolvendo trabalhadores e gestores da atenção básica e dos serviços de urgência típicos, nos quais sejam discutidos casos reais (para além da queixa ou denúncia) e pactuados fluxos e responsabilidades entre serviços.

Para essas e outras situações, a existência de "apoiadores institucionais" que deem suporte aos trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde é essencial, na medida em que isso possibilita a identificação e expressão de demandas e dificuldades/problemas das equipes, bem como a construção conjunta de soluções ou o oferecimento de saídas, de alternativas aos desafios enfrentados. A presença de um ator com esse papel (de apoiador) aumenta as chances de os trabalhadores colocarem o seu próprio trabalho em análise, qualificando-o no sentido da defesa da vida dos usuários.

4.4 Diálogo com os usuários

Se o sentido do acolhimento da demanda espontânea é fortemente marcado pela perspectiva de incorporação de novas formas de escutar e receber os usuários, não basta conduzir esse processo entre os trabalhadores e gestores. Eis algumas razões:

- Se os usuários compreenderem os objetivos do acolhimento e, nas situações concretas, se sentirem de fato acolhidos, escutados, cuidados, isso pode facilitar o entendimento de outros e diminuir algumas tensões;

- É comum que usuários agendados fiquem irritados com o fato de alguns pacientes de demanda espontânea serem priorizados, assim como acontece de aqueles com risco baixo exigirem atendimento médico imediato. Essas situações evidenciam a necessidade de haver conversas entre trabalhadores e usuários sobre o modo de funcionamento da unidade, em diferentes ocasiões, tais como: nas consultas, na sala de espera, durante as visitas domiciliares, nas atividades coletivas comunitárias, nas reuniões dos conselhos locais de saúde, nos grupos. Acolher a irritação e ansiedade dos usuários, nesses casos (em vez de reagir), escutar o conteúdo expresso nesses ruídos e problematizá-los (sem deslegitimar a manifestação deles) são atitudes que podem facilitar a construção de consensos e entendimentos a esse respeito;

- As conversas com os usuários e, sobretudo, as experiências de acolhimento vividas por eles podem facilitar a construção de vínculos com os trabalhadores, bem como ampliar a capacidade de autocuidado, na medida em que se veem capazes de reconhecer sua situação (fatores e sinais de risco e de proteção) e seguros quanto à possibilidade de serem acolhidos na unidade de saúde;

- Não podemos esquecer que, mesmo quando o acesso se dá de forma burocratizada, é relativamente comum a existência de fluxos "paralelos" e "privilégios" de acesso, por diferentes motivos. Os usuários que tinham acesso facilitado poderão sentir que estão menos "empoderados" ou que perderam espaço, apresentando resistência ao acolhimento. Devemos dialogar com todos os profissionais que atuam na unidade de saúde e com o conjunto dos usuários sobre as resistências ao acolhimento, seja para agregar pessoas inicialmente reticentes, para reconhecer limites no modo de implementar o acolhimento ou para se fortalecer a proposta diante da maioria que passa a ter um acesso mais democratizado e justo ao serviço.

Para operar nessa perspectiva, além de espaços formais de participação popular, tais como a implantação e constante interação com o conselho local de saúde, é muito importante que as equipes estejam atentas a outras maneiras não institucionalizadas de expressão popular, tais como as redes de apoio social, os movimentos reivindicatórios, as ouvidorias coletivas, as rádios comunitárias, entre outras (VALLA, 1999; LACERDA e cols., 2006).

Cabe lembrar, uma vez mais, que as experiências de acolhimento de fato vividas, sentidas ou percebidas pelos usuários são mais efetivas do que o discurso ou a argumentação racional, ainda que isso seja necessário. Se a existência do acolhimento for produtora de cuidado e inclusão para os usuários, com o tempo, provavelmente, eles irão defender mais esse dispositivo, aumentando suas chances de sustentabilidade e, consequentemente, a legitimidade da atenção básica.

REFERÊNCIAS

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Seção 1, 24 out. 2011, p. 48-55

CAMARGO JR., K. R. Das necessidades de saúde à demanda socialmente constituída. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005.

CAMPOS, G. W. S. Efeitos paradoxais da descentralização do Sistema Único de Saúde no Brasil. *In*: FLEURY, S. (Org.). **Democracia, descentralização e desenvolvimento**: Brasil e Espanha. Editora FGV, 2006.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). *In*: O TRABALHO em saúde: olhando e experenciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2004.

GOMES, L. B.; MELO, E. A.; PINTO, H. A. **Análise das modelagens do acolhimento em Aracaju-SE** (Mimeo.), 2005.

LACERDA, A. et al. As redes participativas da sociedade civil no enfrentamento dos problemas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006, p. 445-458.

LUZ, M. T. Demanda em Saúde: construção social no campo multidisciplinar da saúde coletiva. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006.

MALTA et al. Acolhimento: uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrada. *In*: REIS, Afonso Teixeira dos et al. (Orgs.) **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. 390 p.

MERHY, E. E.; CHAKOUR, M. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo o trabalho em saúde. *In*: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2006.

SILVA JR., A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. *In*: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2004. 320 p.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 15, suplemento 3, 2010.

VALLA, V.V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cad. de Saúde Pública.** v. 15, sup. 2, p. 7-14, 1999.

ANEXO A

Estrutura física, ambiência e insumos necessários à realização do acolhimento à demanda espontânea na atenção básica

Para acolher a demanda espontânea, é importante que as unidades de atenção básica tenham estrutura física e ambiência adequadas, como sala de espera (para que os usuários possam aguardar confortavelmente, atenuando seus sofrimentos), sala de acolhimento multiprofissional (para realização do acolhimento individual da demanda espontânea, por meio da escuta qualificada), consultórios (para qualificar as condições de escuta e respeitar a intimidade dos pacientes) e sala de observação (para permitir o adequado manejo de algumas situações mais críticas ou que requerem período maior de intervenção ou acompanhamento).

Além disso, para viabilizar adequada atenção à demanda espontânea, sugerimos que as unidades de atenção básica sejam equipadas com os seguintes materiais e medicamentos:

1. Materiais para atendimento às urgências:

- Torpedo de oxigênio de 1 m^3, com válvula, fluxômetro, umidificador de 250 ml e 2 m de tubo de intermediário de silicone;
- Maleta tipo de ferramentas de 16” com alça para carregar;
- Caixa organizadora com pelo menos oito divisórias;
- Pacotes de gazes estéreis;
- Ampolas de água destilada de 10 ml;
- Seringas de 5 ml sem agulha;
- Seringas de 10 ml sem agulha;
- Agulhas 40 x 12;
- Cateter para punção periférica tipo Abocath® tamanho 14 g;
- Cateter para punção periférica tipo Abocath® tamanho 16 g;
- Cateter para punção periférica tipo Abocath® tamanho 18 g;
- Cateter para punção periférica tipo Abocath® tamanho 20 g;
- Cateter para punção periférica tipo Abocath® tamanho 22 g;
- Cateter para punção periférica tipo Abocath® tamanho 24 g;
- Rolo de esparadrapo comum;
- Garrote;
- Equipos para soro simples;
- Conexões de duas vias;
- Frascos de soro fisiológico 0,9% de 500 ml;
- Sistema bolsa-máscara autoinflável adulto com máscara transparente (AMBU);
- Sistema bolsa-máscara autoinflável pediátrico com máscara transparente (AMBU);
- Sistema bolsa-máscara autoinflável neonatal com máscara transparente (AMBU);
- Máscaras de nebulização adulta;
- Máscaras de nebulização pediátrica;

- Cateteres para oxigênio tipo óculos;
- Aparelho para nebulização;
- Medidores de pico de fluxo (*Peak Flow)* reutilizáveis;
- Colar cervical adulto e 1 colar infantil.

2. Medicamentos que devem estar à disposição nas Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família/postos de saúde utilizados para o atendimento às urgências clínicas:

- Ampolas de adrenalina;
- Ampolas de atropina;
- Frasco de hidrocortisona de 100 mg;
- Frasco de hidrocortisona de 500 mg;
- Ampolas de glicose 50%;
- Ampolas de soro fisiológico 0,9%;
- Frascos de soro fisiológico 0,9% e soro glicosado 5%;
- Ampolas de terbutalina;
- Frascos de prometazina;
- Ampolas de diazepam;
- Ampola de haloperidol;
- Frasco de ipratrópio;
- Frasco de fenoterol;
- Cartela de dinitrato de isossorbida 5 mg, via sublingual;
- Cartela de ácido acetilsalicílico;
- Ampolas de tiamina;
- Medicamentos anti-hipertensivos, hipoglicemiantes e insulina;
- Antibióticos (para administrar a primeira dose na própria UBS nos casos de pneumonia em crianças);
- Analgésicos (enteral e parenteral);
- Antitérmicos (enteral e parenteral).

3. Equipamento de proteção individual:

- Máscaras descartáveis;
- Luvas de procedimentos e estéreis descartáveis;
- Óculos;
- Avental.

Ministério da Saúde

ISBN 978-85-334-1843-1

Acolhimento à demanda espontânea

CADERNOS de ATENÇÃO BÁSICA

DISQUE SAÚDE
136
Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs

SUS

Ministério da Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

28

Informação CADERNO DE ATENÇÃO BASICA

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPOS DO JORDÃO

Campos do Jordão, 07 de maio de 2026.

Ofício nº 0294/26 – (Favor usar este número para eventual resposta)

ASSUNTO: RESPOSTA AO OFÍCIO 0517/26 – PEDIDO DE INFORMAÇÃO Nº 0904/26.

Senhor Presidente,

Em atenção ao Pedido de Informação acima mencionado, de autoria dessa Presidência e do Vereador Waldemir de Faria Bandeira, protocolado nesta Prefeitura sob nº do processo SEI 3509700.406.00012057/2026-80, encaminhamos resposta da Secretaria Municipal de Saúde, para conhecimento.

Atenciosamente,

Carlos Eduardo Pereira da Silva

Prefeito Municipal

Senhor

Vereador Luiz Filipe Costa Cintra

Presidente da Egrégia Câmara Municipal

Nesta

Documento assinado eletronicamente por **Carlos Eduardo Pereira da Silva**, **Prefeito Municipal**, em 07/05/2026, às 17:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no Decreto Estadual nº 67.641, de 10 de abril de 2023 e Decreto Municipal de regulamentação do processo eletrônico.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://cidades.sei.sp.gov.br/sjcampos/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0 , informando o código verificador **1128708** e o código CRC **0E32CD36**.

Referência: Processo nº 3509700.406.00012057/2026-80 SEI nº 1128708