

Acolhimento à demanda espontânea na Atenção Primária à Saúde: uma proposta de intervenção

Reception of spontaneous demand in Primary Health Care: an intervention proposal

Ariane Cardozo Bueno, Érika Andrade e Silva

Autoria

Metadados

RESUMO

Introdução: A Atenção Primária à Saúde (APS) atende problemas de saúde dos mais simples até os mais complexos e utiliza o acolhimento como um ato tecnoassistencial que é parte dos processos de trabalho em saúde, com o intuito de atender todos que buscam os serviços de saúde. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi construir uma proposta de acolhimento à demanda espontânea, tomando os trabalhadores da saúde como sujeitos deste processo. **Metodologia:** Trata-se de um projeto de intervenção não controlado, qualitativo, a partir do Método do Arco de Charles Maguerez realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada num município mineiro. **Resultados e discussão:** Com auxílio do Arco de Maguerez foi possível identificar problemas relacionados à comunicação, orientações quanto ao fluxo de atendimentos, atendimentos em tempo oportuno, ausência de perguntas relacionadas a avaliação de risco e vulnerabilidade, melhorias em relação à evolução de enfermagem, e ausência de autonomia e responsabilidade do usuário com sua saúde. **Conclusão:** A metodologia, por meio de encontros que possibilitaram discussões e mudanças no processo de trabalho, permitiu ao serviço incorporar em seu cotidiano o acolhimento à demanda espontânea com classificação de risco e vulnerabilidade a partir da elaboração de um Protocolo Operacional Padrão (POP).

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Acolhimento. Acessibilidade aos Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Primary Health Care (PHC) addresses health problems ranging from the simplest to the most complex, utilizing reception as a techno-assistive act that encompasses health work processes with the aim of attending to all who seek health services. **Objective:** The objective of this study was to construct a proposal for reception of spontaneous demand, taking health workers as subjects of this process. **Methodology:** This is an uncontrolled qualitative intervention project, based on the Charles Maguerez Arch Method, carried out in a Basic Health Unit (BHU) located in a city in the state of Minas Gerais. **Results and discussion:** With the assistance of the Maguerez Arch, it was possible to identify problems related to communication, guidance on the flow of care, timely care, absence of questions related to risk and vulnerability assessment, improvements in nursing evolution, and absence of user autonomy and responsibility for their health. **Conclusion:** The methodology, through meetings that enabled discussions and changes in the work process, allowed the service to incorporate into its routine the reception of spontaneous demand with risk and vulnerability classification through the development of a Standard Operating Protocol (SOP).

Keywords: Primary Health Care. User Embrace. Health Services Accessibility.

INTRODUÇÃO

No Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde (APS) é caracterizada como primeiro nível de atenção à saúde, visando fortalecer esse tipo de atenção ao ofertar ações de saúde individuais e coletivas, voltadas à promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde¹. Ela surge com o intuito de converter o foco hospitalar, curativo e individual habitualmente operado nos serviços de saúde em um sistema coletivo, preventivo e adscrito².

Por ser a porta de entrada dos usuários no SUS, a APS é incumbida de ser resolutiva, capaz de reconhecer os riscos, necessidades e demandas em saúde. Operando por meio de diferentes tecnologias, ela deve coordenar o cuidado, configurando-se como centro de comunicação entre os vários pontos de atenção por meio de um contato horizontal, contínuo e integrado. Além disso, deve ordenar as redes, identificando as necessidades da população assistida e organizando-se em relação a outros pontos de atenção à saúde³.

Para isso, são necessários dispositivos que permitam a melhoria do cuidado. Essa é a proposta do acolhimento em saúde, ferramenta direcionadora neste processo. Em 2003, foi lançada a Política Nacional de Humanização (PNH), conhecida também como HumanizaSUS, com o objetivo de colocar em prática os princípios do SUS, além de propor mudanças no modo de gerir e cuidar⁴.

De acordo com a PNH, que tem como um dos seus pilares o acolhimento, o conceito de acolher é reconhecer o que o usuário traz como genuína e singular necessidade de saúde. Requer compromisso e vínculo entre os envolvidos, que devem dar importância aos sentimentos, exercendo uma escuta qualificada que permita avaliar a demanda, aplicando limitações se necessário, certificando que a atenção oferecida é integral, resolutiva e responsável, e mobilizando e articulando as redes dos serviços⁴.

Neste sentido, a partir da PNH, o acolhimento surge como instrumento para reorganizar o sistema e o processo de trabalho⁴. É por isso que deve acontecer em qualquer momento e lugar, por intermédio da escuta ativa dos usuários por todos os profissionais de saúde. Assim, vínculos são estabelecidos e busca-se resolver as questões apresentadas, proporcionando uma ampliação efetiva do acesso à atenção primária e aos demais níveis de cuidado. Pretende-se que, a partir desta ferramenta, o acolhimento promova a redução de filas e organize os atendimentos com base nos critérios de riscos e vulnerabilidades, e em conformidade com a capacidade resolutiva⁵.

O fato é que, na maioria das vezes, as demandas que surgem na APS têm potencial para serem acolhidas e resolvidas a partir das tecnologias em saúde classificadas em leve, leve-dura e dura. A tecnologia leve consiste nas relações, por exemplo, o acolhimento; a leve-dura

corresponde aos saberes; e a dura, à estrutura organizacional⁶. Além disso, uma administração qualificada é crucial para o exercício dos serviços de saúde, sobretudo para a APS, sendo imperativo planejar adequadamente e desobstruir o fluxo de atendimento dos usuários⁷.

No entanto e infelizmente, o foco do modelo de saúde hegemônico está na demanda espontânea, descrita como o comparecimento do cidadão a uma unidade de saúde de modo atípico por motivos que, ele acredita, tornam sua ida indispensável. Isto significa que o atendimento em saúde inclui ações pontuais, geralmente com foco nas queixas referidas pelos usuários, levando a uma assistência à saúde fragmentada e sem planejamento, com um pequeno número de ações de prevenção de doenças e promoção à saúde. Assim, torna-se impossível a valorização dos princípios e diretrizes da atenção básica e das redes de atenção à saúde⁵.

Sendo o objetivo da Estratégia Saúde da Família (ESF) a reorganização da atenção, e considerando que o atendimento à demanda espontânea da população é o primeiro e mais acessado serviço de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), deve-se considerar ações que superem estes desafios, como o acolhimento se propõe a fazer⁸. O Acolhimento com Classificação de Risco objetiva organizar os atendimentos em concordância com riscos, agravos à saúde ou grau de sofrimento, dando prioridade a casos mais graves. Tem início após escuta inicial da queixa manifestada ou referida pelos cidadãos e/ou acompanhantes. Além disso, norteia a anamnese e o exame físico, para que se realize uma estratificação de risco e defina-se em quanto tempo o atendimento deve ocorrer⁹.

A classificação de risco também permite a organização das demandas de acordo com a gravidade e a necessidade de intervenção. Esse sistema geralmente utiliza cores para representar o nível de prioridade para o atendimento. Um exemplo comum é o uso de quatro cores, a saber: vermelha, atendimento imediato, com alto risco de vida; amarela, atendimento prioritário, risco moderado; verde, atendimento no dia, baixo risco ou nenhuma vulnerabilidade importante; azul, situação não aguda, passível de orientação ou outras formas de atendimento, agendamento e/ou adiamento conforme protocolos¹⁰. Para a operacionalização desta prática, há de se considerar o conhecimento clínico, epidemiológico, e os riscos e vulnerabilidades subjetivos⁹.

Contudo, o que se percebe na prática está em dissonância com a proposta de acolhimento. Atribui-se isso a fatores relacionados à infraestrutura das unidades de saúde, a compreensão da população sobre os serviços ofertados, escassez profissional, falta de responsabilidade com o serviço, conhecimento defasado, dúvidas na tomada de decisão e desvalorização da APS⁹.

Frente ao exposto, o objetivo geral deste estudo é propor a implantação do acolhimento à demanda espontânea com classificação de risco e vulnerabilidade em uma UBS de um município

mineiro da Zona da Mata. Os objetivos específicos são: planejar e aplicar oficinas de discussão para repensar o papel dos profissionais da UBS, na perspectiva do acolhimento à demanda espontânea com classificação de risco e vulnerabilidade na UBS e na recepção da unidade de saúde; e analisar as possibilidades e obstáculos que interferem no acolhimento dos usuários que procuram os serviços de saúde dessa unidade.

METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção não controlado, qualitativo, por meio do método de rodas de conversa, realizadas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada num município mineiro da Zona da Mata.

O projeto de intervenção pode ser controlado ou não controlado. Neste, os participantes são tratados do mesmo modo, sem a necessidade de se criar equipes distintas, visto que as ações serão efetuadas cotidianamente. Além disso, neste tipo de estudo, o pesquisador influencia nas intervenções, possibilitando mudanças propositais¹¹.

Este tipo de projeto tem o intuito de favorecer a organização das ações em saúde para conquistar um objetivo. Após identificarem-se situações passíveis de modificação por meio de um diagnóstico situacional, é estruturada uma proposta de ação a partir dos motivos referidos de modo crítico e elencados conforme prioridade¹². As intervenções visam diminuir os riscos, prevenir, tratar, resolver ou administrar um obstáculo de saúde. A conclusão pode diferir do objetivo esperado e compreender absenteísmo, solução, gerenciamento exitoso do problema ou afastamento de complicações¹³.

Foram realizadas rodas de conversa por uma hora, durante o horário protegido da UBS, às quintas-feiras, semanalmente. As Rodas de Conversa consistem em uma metodologia democrática e participativa, que favorece a comunicação, a autonomia profissional e o pensamento compartilhado, visto que os participantes manifestam evidências e pareceres sobre o tema, que podem ser incorporados ao processo¹⁴.

As rodas de conversa são também momentos destinados ao debate sobre um tema específico, nos quais os participantes se sentam em círculo e têm a oportunidade de se expressar, seguindo uma ordem previamente estabelecida pelo facilitador, que é o responsável por organizar e conduzir a discussão. Essas rodas promovem um ambiente de escuta atenta e respeito mútuo, sendo importante evitar uso de celulares, conversas paralelas e outras distrações. O essencial é que, durante o encontro, seja preservado o respeito entre todos, para que cada participante se sinta seguro e à vontade para falar. Para garantir que cada pessoa tenha seu momento de fala, o mediador pode utilizar um "objeto da palavra", que é passado de um participante para o outro, ajudando a regular o fluxo da conversa¹⁵.

Neste tipo de metodologia, é importante destacar a exigência de uma fase de planejamento, na qual o organizador determinará o tema a ser discutido, escolherá o local, definirá a data e o horário e enviará convites aos participantes, além de preparar o ambiente e os materiais necessários. Também é essencial elaborar um roteiro, que servirá como guia para o mediador, contendo um planejamento das atividades relacionadas ao tema selecionado. Esse roteiro deve contemplar três fases da roda: Abertura, que dá início ao encontro; o Desenvolvimento, com as atividades propostas; e o Fechamento, momento para que os participantes reflitam sobre as discussões realizadas

Para o desenvolvimento da roda de conversa, foi utilizada a metodologia do Arco de Maguerez, uma estratégia da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP). O método do arco foi desenvolvido por Charles Maguerez e é constituído pelas seguintes etapas: observação da realidade, pontos-chave, teorização, hipóteses de solução, e aplicação à realidade¹⁴, cada etapa será descrita a seguir, no caminho da intervenção.

O referencial teórico utilizado incluiu o material intitulado Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, do Ministério da Saúde (2004); os Cadernos de Atenção Básica, nº 28, Volume I e II, do Ministério da Saúde (2013); o Protocolo das Ações dos Enfermeiros nos Serviços de Atenção Primária, da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora (2013); e projetos de intervenção encontrados nas bases científicas.

Ainda, pode-se mencionar a aplicação da Metodologia da Problematização, empregada principalmente em contextos referentes à vida em sociedade e dispondo do Arco de Maguerez para orientação. Essa metodologia, baseada no aprendizado acerca dos problemas, permite a problematização de determinada temática, de modo que os envolvidos tenham conhecimento prévio sobre determinada situação.

Cenário de Intervenção

O projeto foi realizado em uma UBS com equipe de Saúde da Família (eSF), localizada no município mineiro em questão. O seu horário de funcionamento é ininterrupto das 07:00h às 20:00h de segunda a sexta-feira, com atividades eventuais programadas aos sábados. A unidade encontra-se dividida em quatro equipes e assiste a três bairros, somando entre quinze e dezesseis mil habitantes.

A UBS conta com os seguintes servidores em atuação: um supervisor, cinco enfermeiras, cinco auxiliares de enfermagem, quatro médicos, um farmacêutico, treze agentes comunitários de saúde, duas recepcionistas, três auxiliares de serviços gerais e um porteiro. Ainda, uma vez que é local de atividades de ensino/estágio, conta com uma acadêmica de medicina e um estudante do curso técnico para auxiliar de enfermagem.

Quanto aos serviços disponíveis, a unidade oferta atendimento habitual de enfermagem, como consultas, vacinação, curativos, aferição de pressão arterial, administração de medicamentos, entre outros, além de consultas médicas. Estas têm seu foco nas consultas programadas para hipertensão, diabetes, pré-natal, saúde mental, puericultura, etc., realizadas de maneira intercalada por médicos (as) e enfermeiros (as). As demandas são preferencialmente divididas em agudas, atendidas no turno da manhã, e programadas (consultas de controle) atendidas no turno da tarde.

O perfil da população assistida nesta unidade é predominantemente de mulheres e idosos, que demandam ações programadas para hipertensos e diabéticos, além de pessoas em acompanhamento de saúde mental.

O estabelecimento possui estrutura física condizente para um conjunto de ações e serviços, incluindo sala de vacina; sala de procedimentos; serviço de marcação de consultas, exames e Cartão Nacional de Saúde (CNS); além de consultórios médicos e de enfermagem para cada profissional e de uma sala de reunião. O equipamento de saúde utiliza o e-SUS, módulo Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), como sistema de informação em todos os setores.

Sujeitos do Estudo

Participaram do estudo 11 indivíduos, sendo 5 da equipe de enfermagem, 4 da equipe médica, 1 supervisor e 1 recepcionista da UBS, todos diretamente atuantes no acolhimento à demanda espontânea. Quanto à caracterização dos participantes, 8 se declararam do gênero feminino e 3 do masculino. Com exceção de uma participante, todos os demais possuem ensino superior completo. Em relação à etnia, 7 participantes se declararam brancos, 2 se identificaram como pardos e 2 como negros. Quanto à experiência na Atenção Primária à Saúde (APS), 5 participantes possuem menos de 1 ano de experiência, 2 têm entre 1 e 5 anos, e 5 têm mais de 5 anos de experiência.

O caminho da Intervenção

Apresentação do projeto de intervenção à gestão municipal de saúde e à equipe da UBS

O projeto de intervenção foi apresentado à Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora e, posteriormente, aos profissionais da eSF, em dezembro de 2023. Solicitou-se que as intervenções acontecessem durante o horário protegido da UBS – ou seja, às quintas-feiras – no período de dezembro de 2023 a janeiro de 2024.

O processo de implementação das oficinas foi estabelecido após a anuência da Prefeitura Municipal e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF (parecer n.º 6.284.999; CAAE n.º 71274523.5.0000.5147). Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Proposta de Intervenção: Utilização do Arco de Maguerez

O Método do Arco de Charles Maguerez, difundido inicialmente em 1982 por Bordenave e Pereira, consiste em um direcionamento que torna possível uma concepção crítica e criativa. A aplicabilidade do Arco de Maguerez como metodologia de concretização do acolhimento, incluindo avaliação e classificação de risco na UBS, permite a elaboração dos problemas a partir da observação do contexto em que os profissionais estão inseridos, o reconhecimento das causas e provocadores do problema, a escolha de como trabalhar cada ponto-chave, e os pressupostos para a resolução do problema, além de elencar as opções aplicáveis à realidade¹⁴.

O Arco de Maguerez é composto por cinco etapas: 1 - Observação da Realidade: reconhecimento do problema; 2 - Identificação dos Pontos-Chave: identifica possíveis fatores e determinantes do problema; 3 - Teorização dos Conceitos: elege a forma de estudar cada ponto-chave; 4 - Hipóteses de Solução: elabora hipóteses de solução para o problema; e 5 - Aplicação à Realidade: elege as hipóteses que possam ser aplicadas na prática.

A opção pela utilização de uma metodologia ativa, permite que o sujeito seja protagonista, favorecendo a construção de pessoas críticas e reflexivas, coparticipantes no processo de conhecimento¹⁴.

Compreensão da realidade vivida/observada

Ao entrar na UBS, a população é atendida pela recepcionista. Ela indaga aos usuários que tipo de serviço buscam e insere seus dados pessoais no sistema de informação e-SUS PEC de maneira rápida e pontual, direcionando-os para o profissional de referência e o tipo de atendimento que necessitam.

É importante mencionar que, na recepção, não são garantidos sigilo e privacidade à população, e há pouco espaço para a acomodação dos usuários, fazendo com que os mesmos fiquem aglomerados. Além disso, é apropriado expor a não compreensão dos usuários sobre o significado de “acolhimento”, visto que eles entendem essa prática como uma pré-consulta médica ou até mesmo triagem.

Na sequência, os usuários são chamados pelos profissionais enfermeiros (as) e pelo supervisor da UBS em suas respectivas salas para uma escuta inicial, de modo que cada profissional acolha os pacientes da sua área de abrangência, e o supervisor, aqueles da equipe do horário estendido. O cidadão é chamado de acordo com o horário em que foi adicionado ao sistema de informação, desconsiderando critérios de prioridade como idade, comorbidades, etc.

Neste momento, como o usuário já se encontra inserido no sistema de informação, o profissional habilita o campo de escuta inicial e inicia as anotações, questionando-o quanto ao motivo pelo qual procura “acolhimento”. Na maior parte dos casos, tais anotações são direcionadas à queixa do paciente e ao tempo de início.

Durante a escuta inicial, frequentemente, notou-se a ausência de perguntas relacionadas a avaliação de risco, vulnerabilidade, e até mesmo a falta de aferição de sinais vitais. Ou seja, configura-se como uma consulta de enfermagem sem critérios ou rigor. Assim, torna-se um impasse para uma resolução da demanda com clareza, objetividade, e em tempo oportuno, não contando com esclarecimentos quanto ao processo de trabalho do serviço e de outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Observou-se que, na maioria das vezes, os usuários procuram por atendimento médico para demandas que poderiam ser programadas, como a atualização de receituário e a solicitação ou avaliação de exames laboratoriais. Isso demonstra uma ausência de co-responsabilidade por parte do usuário em relação à sua saúde.

Também existem quadros agudos que demandam uma consulta espontânea com a maior rapidez possível. A depender da clínica e do início dos sintomas, pacientes com tais casos serão atendidos no dia, se houver disponibilidade médica, ou agendados para momento oportuno, ainda na mesma semana. Depois de esclarecidas as dúvidas, o cidadão é direcionado conforme sua necessidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Etapas do Arco de Maguerez – Observação da Realidade

De início, conforme a primeira etapa do Método de Maguerez, a pesquisadora se colocou no contexto para realizar a observação. Na ocasião, observou a recepcionista acolhendo os usuários de maneira rápida e sem muitos detalhes, inserindo-os no sistema de informação utilizado. Em seguida, os usuários eram chamados pelo enfermeiro(a) da equipe de referência, que ouvia com cuidado e atenção as queixas trazidas pelos cidadãos e, dependendo da demanda, os encaminhava para uma consulta médica.

Foi observado o processo de acolhimento de três profissionais enfermeiros (as), sendo que dois casos eram passíveis de resolução por parte desses profissionais. Verificou-se, a princípio, que o usuário não recebia uma explicação clara sobre o fluxo de atendimento, havia dificuldade por parte de um profissional em explicar sua conduta, reforçando-a em todo momento, sendo perceptível o não entendimento do usuário. Também observou-se a presença do responsável com uma adolescente queixando-se de sintomas vaginais, dificultando

uma melhor compreensão do ocorrido (percebeu-se que a adolescente ficou constrangida e não quis revelar mais informações que poderiam ser importantes para o caso).

Na sequência da observação, foi realizada a primeira reunião com os profissionais enfermeiros, médicos e estagiários de enfermagem, além do gerente do serviço de saúde e a recepcionista. Num primeiro momento, foi esclarecido o propósito pelo qual a equipe estava reunida, fomentando a discussão sobre seu processo de trabalho em relação ao “acolhimento”. Em seguida, foi solicitado aos profissionais que expressassem com clareza seus conhecimentos sobre o tema e a diferenciação entre os termos “acolhimento” e “triagem”, reforçando sua necessidade de um conhecimento mais aprofundado quanto à temática.

Mais adiante, iniciou-se uma discussão entre os profissionais sobre: tempo médio de atendimento; tempo de espera; capacidade de resolutividade dos casos; limitação de atendimentos e quais demandas clínicas poderiam ser aguardadas; possibilidades de atuação da enfermagem de acordo com o Protocolo de Enfermagem Municipal; e aplicabilidade do Protocolo de Manchester na APS¹⁶.

Etapas do Arco de Maguerez – Identificação dos Pontos-Chave

Depois de observada a realidade e em consenso com os profissionais participantes do estudo, definiu-se como pontos-chave: melhora na comunicação entre os profissionais; falta de orientação quanto ao fluxo de atendimento; linguagem clara e objetiva com o usuário; pré-atendimento de enfermagem em tempo oportuno; ausência de perguntas relacionadas a avaliação de risco e vulnerabilidade e de aferição de sinais vitais (anamnese incompleta) para atendimento imediato daqueles que disso tem necessidade; melhorias em relação a evolução de enfermagem e ausência da autonomia e responsabilidade do usuário com sua saúde, por exemplo, alta demanda em busca de prescrição médica.

Etapas do Arco de Maguerez – Teorização

A terceira etapa iniciou-se com uma discussão sobre Acolhimento e Classificação de Risco, por meio de uma aula expositiva utilizando como referências materiais referentes à temática, sendo eles: Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, do Ministério da Saúde (2004); Cadernos de Atenção Básica, nº 28, Volumes I e II, do Ministério da Saúde (2013); e o Protocolo das Ações dos Enfermeiros nos Serviços de Atenção Primária, da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora (2013).

Foi reforçado que o acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros entre trabalhadores de saúde e usuários e nos atos de receber e escutar as

peças, podendo acontecer de formas variadas – por isso, é considerado um ato de aproximação, inclusão e humanização. O profissional acolhe, escuta e dá respostas/orientações adequadas aos usuários, com resolutividade e responsabilização. Promove escuta qualificada, construção de vínculo e garante acesso, continuidade da assistência e articulação entre os serviços¹⁰.

Ainda, foi expresso que o atendimento à demanda espontânea e, em especial, às urgências e emergências envolve ações que devem ser realizadas em todos os pontos de atenção à saúde, entre eles, os serviços de atenção básica. Essas ações incluem aspectos organizativos da equipe e seu processo de trabalho, e também aspectos resolutivos de cuidado e condutas¹⁶. É válido ressaltar, ainda, que o acolhimento aos usuários do serviço na APS, muitas vezes, é organizado de forma burocrática, por ordem de chegada, pelo profissional responsável, sem que haja priorização do atendimento ao paciente com maior gravidade. Logo, destaca-se a relevância do acolhimento com avaliação da classificação de risco, que consiste em um atendimento centrado no nível de complexidade, com a identificação do indivíduo que necessita de atenção imediata, levando em consideração os agravos à saúde e o potencial de risco¹⁷.

No que tange à avaliação de risco e vulnerabilidade, foi apontado que, por meio desta, ocorre a garantia de acesso com equidade, possibilitando a identificação das diferentes gradações de risco, das situações de maior urgência e, com isso, a devida priorização. Já na recepção, profissionais podem identificar situações que apresentam maior risco ou que geram sofrimento intenso, como por exemplo, crianças com febre alta, usuários agitados, pessoas com dificuldade de respirar e idosos com dor no peito¹⁰.

A estratificação de risco e a avaliação de vulnerabilidades orientarão não só o tipo de intervenção (ou oferta de cuidado) necessária, como também o tempo em que isso deve ocorrer. Na Atenção Básica (AB), diferentemente de um pronto-socorro, não é necessário adotar limites rígidos de tempo para que o atendimento após a primeira escuta ocorra. Por outro lado, é importante priorizar o atendimento de alguns casos, sob pena de manter a pessoa em sofrimento por tempo prolongado. Por isso, a estratificação de risco e a avaliação de vulnerabilidades podem ser bastantes úteis¹⁰.

Ressaltou-se também a importância de se olhar não somente os riscos biológicos, sendo essencial lembrar que certas condições aumentam a vulnerabilidade das pessoas. O acolhimento é uma oportunidade de incluí-las, de inseri-las em planos de cuidado – pois é um momento em que o usuário está buscando ajuda e, em geral, está mais aberto e com a intenção de criar algum diálogo com a equipe de saúde¹⁰.

Como exemplo, foram citados: 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 o exame citopatológico há quatro anos), que trabalha como diarista (sem carteira assinada) e cuida sozinha de três filhos menores de idade¹⁰.

Um dos profissionais disse que tinha dúvidas em relação à prioridade de um homem de 50 anos que não tem boa adesão à UBS. Foi reforçado que, ao exemplificar esse caso, pensou-se justamente naqueles que não retornam para dar continuidade a seu cuidado na UBS, mas apenas em necessidades pontuais. Evidenciou-se, também, a questão dos trabalhadores que, devido aos horários e outras questões, não vêm com frequência à UBS, reforçando a oportunidade de atendimento a partir dos critérios de risco e vulnerabilidade.

Ressalta-se que, para o exemplo acima, é importante fazer uma anamnese mais detalhada, associada à aferição de sinais vitais, visto que caso alterados deverão ser atendidos no mesmo dia. Além disso, deu-se ênfase ao fato de o paciente já sair com um cuidado programado.

Discutiu-se também sobre a importância da escuta inicial do usuário, para avaliar a necessidade de cuidados imediatos, prestar ou facilitar os primeiros cuidados, identificar vulnerabilidades individuais e coletivas, classificar o risco para definir prioridades de cuidado, organizar a disposição dos pacientes no serviço de modo a acomodar os que necessitam de observação ou administração de medicamentos, ou que estejam esperando remoção para outro serviço, ou que sejam suspeitos de portar doenças infectocontagiosas de transmissão aérea (meningite, por exemplo) e encaminhar para o cuidado de acordo com sua classificação.

Sabe-se que, a depender da demanda, a própria pessoa que realiza a escuta pode ser a responsável por realizar intervenções (em maior ou menor grau). Por exemplo, se uma usuária se refere a atraso menstrual ou tosse (sem sinais de gravidade) há mais de três semanas, e se a escuta e avaliação está sendo realizada por um enfermeiro, por exemplo, 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 (MS)¹⁰.

Além disso, enfatizou-se que a classificação de risco na UBS tem como objetivos a agilidade no atendimento, utilizando para isso um protocolo pré-estabelecido, que analisa a necessidade do usuário e proporciona um atendimento centrado no grau de complexidade, e não somente na ordem de chegada. Além disso, esse tipo de classificação tem relevância na qualidade do atendimento, uma vez que orienta o tipo de intervenção necessário, indicando quanto tempo ela demandará (os casos de maior gravidade tem prioridade no atendimento, mas é necessário informar aos usuários as prioridades no atendimento e tranquilizá-los quanto ao tempo de espera).

Também abordou-se a condição crônica, sendo a UBS responsável por orientar o usuário em sua área de abrangência quanto aos serviços de saúde de que a unidade disponibiliza, ou

incluí-lo em ações programáticas, agendamento de consultas (enfermagem, médica, odontológica e outras), discutir o caso em reuniões de equipe, encaminhá-lo para ações intersetoriais ou outros pontos de atenção ao usuário. Quanto à condição aguda, deve ser classificada em: atendimento imediato - alto risco de vida, intervenção imediata da equipe; atendimento prioritário - risco moderado, necessita intervenção rápida da equipe, podendo interferir na ordem de atendimento; atendimento no dia - risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade, mas a demanda do usuário precisa ser resolvida no mesmo dia.

Vale lembrar que, de acordo com a Portaria nº 1.600, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS, o atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, incluindo a APS. Assim, torna-se possível assistência integral e resolutiva para o usuário, e sua transferência para um serviço de maior complexidade, se necessário¹⁶.

Foi tratado também o conceito de triagem, para diferenciação do acolhimento. Este é um método de categorização baseada em uma série de preocupações, incluindo a gravidade da doença ou lesão, priorização de pacientes para o tratamento e fazer o máximo para o paciente, e, ainda, deve-se ressaltar que a função do profissional de saúde, em relação à triagem, é utilizar um protocolo determinado na instituição de saúde¹⁸.

Na APS o Sistema de Triagem de Manchester (STM) possui como aspecto negativo: dada a necessidade de se atender a usuários em quadro agudo, torna-se essencial que os profissionais se atentem para que o atendimento a casos urgentes não prejudique a atenção prestada aos casos crônicos ou de cunho social, que necessitam de recursos e acompanhamento por todos os envolvidos no processo de cuidar. Aspectos positivos incluem: contribui com o rompimento do atendimento por ordem de chegada e com a garantia de acesso ao serviço, possibilitando a prática da equidade, a promoção de acesso ao sistema e a garantia de assistência¹⁹.

Quanto a suas fragilidades, é necessário notar que engessa o acesso do usuário ao serviço; falta acolhimento e profissionais demonstram indiferença quanto ao sofrimento dos usuários, ao tratar de forma objetiva aspectos subjetivos; coloca em jogo a autonomia do sujeito em seu processo saúde/doença/cuidado; e, quando utilizado como fonte única de resposta às necessidades do usuário, o STM se torna insuficiente por não abranger aspectos subjetivos, afetivos, sociais e culturais¹⁹. Também discutiu-se sobre a oferta de cuidado por parte dos profissionais de enfermagem, que podem iniciar medidas de conforto até que o profissional médico realize a avaliação, conduzindo reflexões acerca do Protocolo de Enfermagem do município.

O Protocolo de Enfermagem do município foi elaborado em 2003 por uma comissão estabelecida pelo Departamento de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento de Atenção

Primária à Saúde. Foi atualizado 2013 por profissionais de enfermagem do serviço municipal de saúde e docentes da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (FACENF - UFJF), sendo também avaliado e aprovado em momento oportuno por enfermeiros durante o Programa de Educação Permanente da Enfermagem (PEP - Enfermagem).

A versão de 2013 do documento não aborda todos os ciclos vitais, embora reconheça sua importância. Expõe também que o foco deverá ser a atenção à saúde da criança de 0 a 10 anos, saúde sexual e reprodutiva, e saúde do adulto, com destaque para doenças não transmissíveis, hipertensão arterial, diabetes mellitus e obesidade. O documento reflete avanços em relação à assistência à saúde da criança, que, no protocolo anterior era efetuada até os 02 anos, a inserção do homem nas questões referentes à saúde sexual e reprodutiva, e discussões em relação à obesidade.

O manuscrito orienta, ainda, que o protocolo seja atualizado quando se fizer necessário, a partir de atualizações dos manuais elaborados pelo Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde, e após determinações legais relacionadas à atuação profissional, aliadas às necessidades de saúde da população. Enfatiza-se também a importância de se criar uma Comissão Permanente de Revisão de Protocolos com a presença de componentes da FACENF - UFJF e de outras instituições de ensino do município.

Salienta-se que a elaboração do protocolo objetiva orientar os (as) profissionais enfermeiros (as) sobre: “o que fazer”, “quando”, “por quem”, e “para quem” na assistência à saúde dos públicos mencionados. Reforça-se também a importância de os (as) profissionais manterem-se atualizados (as), consultando os Manuais e Cadernos da Atenção Básica do Ministério da Saúde e as Linhas Guias da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais.

Etapas do Arco de Maguerez – Hipóteses de Solução

Após intensas discussões nas Rodas de Conversa, começamos a delinear as possíveis hipóteses de solução para os desafios encontrados no processo de acolhimento na UBS. Uma das soluções propostas foi o oferecimento de educação em saúde para os usuários por meio de atividades informativas na sala de espera. Esse espaço se mostraria como parte importante de uma estratégia para conscientizar a população sobre os serviços oferecidos pela UBS e o fluxo de atendimento, com ênfase nas demandas espontâneas. A sala de espera é uma ferramenta poderosa, pois proporciona uma interação entre os profissionais de saúde e os usuários, que, por sua vez, pertencem a diferentes faixas etárias, classes sociais e culturais, com vivências e demandas diversas²⁰.

A partir dessa premissa, foi acordado que, embora cada profissional de enfermagem e de medicina atenda aos usuários da sua área de abrangência, em situações de alta demanda os

casos poderiam ser redirecionados para outros profissionais disponíveis, sempre com comunicação prévia entre as equipes. Este ponto foi fundamental para garantir a continuidade do atendimento sem sobrecarregar um único profissional. Outro acordo firmado foi a necessidade de manter uma linguagem clara, única e objetiva ao interagir com os usuários. Decidiu-se também que, caso um profissional chamasse um paciente e este não respondesse, o ocorrido deveria ser registrado no sistema de informação para que a equipe estivesse ciente da situação.

A padronização do fluxo de atendimento foi discutida e considerada essencial para a organização do processo na UBS. O foco principal recaiu sobre as demandas mais recorrentes, que foram classificadas em três categorias de risco: alto, intermediário e baixo. As situações que não se enquadravam nas duas primeiras categorias foram automaticamente classificadas como de baixo risco. Com base nisso, ficou acordada a elaboração de um Protocolo Operacional Padrão (POP) para o acolhimento, visando uniformizar as ações e otimizar o atendimento.

Além disso, foi criado um cartaz lúdico, com o objetivo de informar a população sobre os atendimentos prioritários, a importância do chamamento e a distinção entre as demandas espontâneas e agendadas. A definição clara dessas categorias de risco também foi crucial para garantir maior eficiência no atendimento. O atendimento imediato foi reservado para situações de alto risco de vida, que demandam intervenção urgente, enquanto o atendimento prioritário foi destinado aos casos de risco moderado, que precisam ser resolvidos em breve. Por fim, o atendimento no dia foi estabelecido para os casos de baixo risco, que, embora não exijam urgência, precisam ser resolvidos ainda no mesmo dia. Essas classificações visam garantir agilidade, organização e eficiência no atendimento, contribuindo para a melhoria da qualidade do serviço prestado.

Em conjunto com os profissionais da UBS, elaboramos o POP do Acolhimento e do Pré-Atendimento de Enfermagem. O POP do Acolhimento deverá ser praticado por todos os profissionais da UBS, embora saiba-se que o responsável pela recepção, no geral, é quem realiza o primeiro contato com o usuário. Dito isso, cabe ao mesmo, organizar e direcionar adequadamente o atendimento antes do acolhimento pelo enfermeiro (a), evitando esperas desnecessárias com potencial de confusão na recepção, assegurando o acesso equitativo aos serviços, dando as orientações necessárias, criando vínculos cliente/profissional, e avaliando a necessidade de cuidados imediatos.

Ao atender o usuário, os profissionais devem considerar a importância da ambiência e da privacidade, pois permitem e promovem o diálogo necessário para identificar a demanda e oferecer uma solução imediata, dentro da autonomia do profissional sempre que possível. Quando não for possível solucionar a demanda, o profissional deve encaminhar o usuário para o atendimento adequado por um profissional específico, registrando no sistema de informação

todas as informações pertinentes para que, de maneira oportuna, as necessidades humanas básicas afetadas sejam resolvidas.

No que se refere ao POP do Pré-Atendimento de Enfermagem, a principal proposta foi garantir um atendimento equitativo, permitindo a identificação das diferentes gradações de risco e priorizando os casos mais urgentes. A partir dessa classificação, os profissionais seriam orientados a estratificar os riscos e avaliar as vulnerabilidades dos usuários, a fim de direcionar a intervenção necessária e o tempo adequado para cada caso. A pessoa responsável pela escuta inicial tem a função crucial de avaliar a necessidade de cuidados imediatos, podendo, se necessário, realizar intervenções de forma gradual, priorizando os atendimentos conforme a gravidade e evitando que o usuário sofra desnecessariamente enquanto aguarda o atendimento adequado.

Aos profissionais de enfermagem cabe uma série de responsabilidades, incluindo o acolhimento do paciente e/ou acompanhante, a conferência dos dados pessoais, o registro das condições de chegada (como a necessidade de cadeira de rodas), e a realização de aferições de sinais vitais; devem também identificar vulnerabilidades e avaliar a necessidade de cuidados imediatos. Além disso, é sua função classificar o risco e definir as prioridades de cuidado, organizando a disposição dos pacientes no serviço, acomodando-os de acordo com a necessidade de observação, medicação, remoção para outros serviços ou precauções quanto a doenças infectocontagiosas.

Os profissionais devem registrar todas as orientações fornecidas ao paciente no sistema de informação e encaminhá-lo para aguardar o atendimento, se necessário. Ainda, ficou acordado que, ao conferir os dados do paciente, os profissionais devem verificar e atualizar, se necessário, as informações cadastrais do usuário no sistema, orientando-o a procurar um Agente Comunitário de Saúde (ACS) caso haja necessidade de atualização.

Em relação ao atendimento de pacientes com infecções contagiosas, a equipe concordou em garantir o uso de máscara e registrar todas as orientações fornecidas, a fim de respaldar as ações tomadas. Outras questões comuns, como solicitação de exames laboratoriais, renovação de prescrições médicas e laudos para fisioterapia, também foram abordadas, com a definição de procedimentos claros sobre como essas demandas devem ser tratadas de forma adequada e conforme os parâmetros estabelecidos pelos protocolos.

Outra questão bastante comum na UBS é a solicitação de renovação de prescrição médica. Pode-se afirmar que, diariamente, ao menos metade dos acolhimentos são para esse fim. Pensando nisso, foi considerada a necessidade de se avaliar individualmente cada caso. No entanto, quando os usuários relatarem perda da receita, será necessário apresentar um boletim de ocorrência para que a renovação seja autorizada. Durante o estudo, um dos médicos se

ausentou da UBS, e foi acordado que as receitas dos pacientes assistidos por ele seriam distribuídas entre as demais profissionais presentes na unidade.

Sugeriu-se que os (as) enfermeiros (as) solicitassem exames laboratoriais, desde que sejam respaldados legalmente e após capacitação, visto que é uma das demandas prevalentes no acolhimento de enfermagem. Também foi acordado que eles avaliarão inicialmente os exames laboratoriais tragos pelos usuários, e, quando presente alguma alteração, o paciente será atendido no mesmo dia pelos (as) profissionais médicos (as). Estes, por sua vez, deixarão anotado no sistema de informação quando orientarem os pacientes a comparecerem para avaliação de exame laboratorial na demanda espontânea.

Ademais, foi instituído que os laudos médicos para fisioterapia e aptidão física serão produzidos mediante consultas agendadas, salvo alguns casos; nestes, os enfermeiros poderão agilizar o processo solicitando o eletrocardiograma (ECG). Convém lembrar que esse exame pode ser realizado por profissionais de Enfermagem desde que devidamente habilitados por meio de capacitação específica, embora não caiba a esse profissional laudos de exames²³.

Durante as discussões, também surgiram dúvidas quanto à codificação dos atendimentos no sistema de informação, especialmente sobre a utilização do Código 46 para consultas no sistema de Atenção Primária à Saúde. De acordo com o Manual e-SUS APS, a escuta inicial é o primeiro atendimento realizado ao usuário em demanda espontânea na UBS, com o objetivo de acolher, obter informações sobre sua saúde e direcioná-lo para o atendimento mais adequado. Assim, deve ser registrada conforme as queixas do usuário, utilizando o código mais específico possível²¹.

Esses ajustes e protocolos são essenciais para a garantia de um atendimento eficiente e de qualidade, priorizando as necessidades mais urgentes e respeitando as particularidades de cada caso, sempre com foco na humanização e no cuidado integral ao usuário.

Etapas do Arco de Maguerez – Aplicação à Realidade

Durante a 5ª etapa, foi possível observar pontos que já foram modificados, sendo eles: a realização de atividades nas salas de espera; a disponibilidade de agendamento em tempo oportuno; uma melhor diferenciação entre queixas agudas e crônicas; a solicitação de encaminhamentos e exames por meio de consultas programadas (sendo que, dependendo do caso, os exames são solicitados por enfermeiros(as)); a compreensão dos pacientes sobre os fluxos e direcionamentos; e orientações dos (as) profissionais médicos (as) para casos específicos, que necessitam da demanda espontânea para a avaliação de exames.

Em relação aos pontos que podem ser melhorados, destacam-se: explorar mais os casos, realizando perguntas sobre os fatores determinantes e condicionantes de saúde, para que sejam

avaliados o risco e a vulnerabilidade; enfatizar nas salas de espera a importância de o usuário estar portando o CNS; elucidar melhor a RAS; co-responsabilizar o usuário pela sua saúde, uma vez que muitos pacientes procuram a UBS apenas para renovação de prescrição médica; atender aos casos com objetividade e resolutividade; e chamar os pacientes pelo nome completo.

A sala de espera abordou os seguintes temas: o que é demanda espontânea e demanda agendada; quando procurar a UBS e qual direcionamento será dado, reforçando a diferença entre os atendimentos nas UBS, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Hospitais de Pronto Socorro; classificação de prioridades (cordão de girassol, maiores de 80 anos, seguidos pelos maiores de 60 anos, gestantes, recém-nascidos, e aqueles cuja correlação entre idade e clínica for considerada pertinente); a importância do silêncio e da atenção quanto ao chamado; e o método de atendimento das demandas (dependendo do caso, o paciente não necessariamente será atendido pelo (a) médico (a) de sua área para o tratamento de demandas agudas).

Inicialmente, em 2021, a Prefeitura Municipal aprovou e sancionou a Lei nº 14.239, que dispõe sobre o desenvolvimento e distribuição gratuita do “Cordão de Girassol” àqueles que tenham doenças, deficiências e/ou transtornos considerados ocultos, com o objetivo de conhecê-los nos estabelecimentos públicos e privados²⁶. Ressalta-se que a sala de espera estimula os usuários a fornecerem informações verdadeiras ao profissional responsável pela escuta inicial, a fim de que os direcionamentos sejam resolutivos. Sua importância é notável, pois, ao longo dos atendimentos, os usuários conseguem reconhecer o tipo de demanda e o encaminhamento necessário.

Foi observada negligência por parte dos usuários quanto à apresentação do CNS e de outros documentos de identificação pessoal. Nesse contexto, por meio da sala de espera, é indispensável esclarecer que esses documentos garantem o acesso e a integração dos usuários às ações e serviços de saúde públicos. A atenção adequada aos dados dos pacientes também possibilita evitar erros nos chamamentos. Dessa forma, sugere-se que os profissionais chamem os pacientes pelo nome completo.

Na sala de espera, pôde-se elucidar melhor o fluxo do serviço de saúde em todos os níveis de atenção, pois observou-se que os pacientes não compreendiam a rede por trás das suas solicitações, julgando ser simples o encaminhamento para o serviço de especialidades, por exemplo. Conjuntamente, deve-se aproveitar a oportunidade para co-responsabilizar os usuários pela sua saúde, principalmente em relação a receituário médico.

Na UBS em questão verificou-se com frequência que os cidadãos procuram o acolhimento à demanda espontânea para atualização da prescrição medicamentosa quando a mesma já se encontra fora da data de validade, apressando o processo. Convém mencionar, como um dos princípios da PNH, o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos.

Isto é, cada usuário tem seu papel em relação aos direitos, bem como, na produção da sua saúde¹⁰.

A respeito dos atendimentos, foi possível perceber a compreensão por parte dos profissionais da situação não aguda, que tem como possíveis condutas a orientação inerente sobre o que é ofertado na unidade; a antecipação de ações previstas em protocolos como teste de gravidez e imunização; e consultas agendadas/programadas. Assim, dá-se importância à história, vulnerabilidade e clínica do usuário. As situações aguda ou crônica agudizada, por sua vez, são classificadas e direcionadas para atendimento de acordo com a prioridade.

Em relação a essa demanda, foi possível observar que ao realizar uma escuta atenta, qualificada e objetiva, correlacionada à organização do processo de trabalho e fluxo de atendimento, é possível agendar em tempo oportuno as consultas programadas, visto que alguns casos eram agendados para o mesmo dia ou para a mesma semana. É apropriado salientar e envolver o usuário na tomada de decisão, para que ele compreenda e conheça como se dá a oferta de serviço na UBS.

Aconselha-se aos profissionais que adquiram maior conhecimento teórico no que tange a diferenciação de queixas agudas daquelas que são programadas – por exemplo, um paciente hipertenso e/ou diabético com sintomatologia respiratória. Nessa situação, convém lembrar que por mais que o usuário possua comorbidades e deva ser incluído no cuidado programado, está passando por um quadro agudo que demanda atenção.

É preciso explorar mais os casos para garantir a equidade e a estratificação de risco e vulnerabilidade, com vistas a oferecer assistência ao usuário a partir da sua demanda. Por isso, aconselha-se atenção ao indivíduo como um todo, não somente aos fatores biológicos¹⁰. Destaca-se assim a aplicação da anamnese e a avaliação dos sinais vitais como ferramentas oportunas para a criação de vínculo e reconhecimento de modificações nos fatores determinantes e condicionantes da saúde²⁴.

Em contrapartida, foi possível, embora menos que o esperado, observar profissionais realizando tal estratificação e classificando os pacientes, priorizando atendimentos e evitando que a pessoa fique em sofrimento por longo período de tempo. Isso só é factível ao se observar fatores que aumentam a vulnerabilidade das pessoas com objetividade e resolutividade e em tempo oportuno, o que varia para cada profissional.

Em relação à solicitação de encaminhamento, observou-se o acolhimento e direcionamento de usuários a consultas programadas com profissionais médicos (as), para uma avaliação mais detalhada de cada caso. Além disso, profissionais de enfermagem solicitaram exames laboratoriais quando pertinente, com vistas a adiantar o fluxo do paciente no serviço. Outro fato testemunhado foi a emissão de orientação a pacientes que precisam de uma demanda espontânea para mostrar exames, visto que alguns casos requerem intervenção imediata.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Estratégia Saúde da Família (eSF) é a base para a expansão, consolidação e qualificação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a partir de um atendimento inclusivo e acessível, baseado nas necessidades de saúde da comunidade, com alto potencial de resolutividade. Observa-se, por meio do acolhimento, a universalização do acesso, o fortalecimento do trabalho multiprofissional e intersetorial, a qualificação da assistência à saúde e a humanização das práticas em saúde²⁵. Por isso, este estudo tem grande relevância para transformar a realidade da assistência à saúde.

A aplicação do Método do Arco de Maguerez permitiu ao serviço de saúde a construção participativa de uma proposta de acolhimento à demanda espontânea com classificação de risco e vulnerabilidade, alinhada às especificidades do serviço, da comunidade assistida e dos profissionais. Isso foi possível após encontros periódicos com os profissionais, que fomentaram reflexões sobre seus papéis na Atenção Primária à Saúde (APS), promoveram discussões para melhorias no processo de trabalho e a construção do POP (Procedimento Operacional Padrão) para melhor conduzir o fluxo de atendimento ao usuário, especialmente no acolhimento à demanda espontânea.

Além disso, destaca-se o protagonismo dos profissionais de enfermagem no acolhimento à demanda espontânea. No entanto, percebeu-se que suas consultas e orientações ainda não são amplamente difundidas e respeitadas. Sugere-se que este método seja aplicado em toda a APS do município, e que os profissionais atuantes possam contribuir para a elaboração de um Protocolo de Enfermagem com fluxos mais claros, orientando sobre as competências do enfermeiro no acolhimento e explicitando os limites de sua atuação.

Nesse sentido, aconselha-se a realização de capacitações com horários protegidos para a Educação Permanente, para que os profissionais compreendam suas atribuições nesse contexto e os aspectos éticos e legais que norteiam a profissão. Além disso, é notória a importância de realizar atividades educativas com o intuito de informar a população sobre os serviços oferecidos na APS e a responsabilidade dos usuários sobre sua própria saúde. Da mesma forma, é indispensável promover discussões frequentes sobre os processos de trabalho da equipe, como forma de garantir a operacionalização do acolhimento e, por conseguinte, o acesso universal e equânime ao serviço de saúde.

O presente estudo apresentou algumas limitações importantes. Entre elas, destaca-se a resistência à mudança por parte dos profissionais, acostumados a práticas tradicionais, o que pode ter prejudicado a adesão à intervenção. Além disso, a ausência de uma avaliação objetiva e de longo prazo comprometeu a mensuração precisa dos efeitos da intervenção. A avaliação

do impacto foi restrita à equipe de saúde, sem considerar o efeito direto da intervenção no acolhimento aos usuários, o que impediu uma compreensão completa dos resultados.

Em muitas unidades de saúde, o processo de trabalho, sobretudo o acolhimento à demanda espontânea com classificação de risco e vulnerabilidade, pode ser moroso devido à escassez de profissionais, uma infraestrutura inadequada que dificulta a privacidade dos usuários, e a ausência de comprometimento profissional. Além disso, para que o processo seja resolutivo, é necessária a presença de equipes multiprofissionais na APS, em conformidade com a Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023, visto que esse processo não se refere apenas à equipe de enfermagem²⁷. Por isso, é fundamental garantir a implementação desta proposta de intervenção em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município.

Propõe-se que o estudo seja aplicado e discutido com todos os profissionais da APS no município, para que o acolhimento com classificação de risco seja implementado em todas as UBS, levando em consideração suas particularidades. A proposta visa permitir uma discussão sobre a temática na Estratégia Saúde da Família (eSF), implementando os ajustes necessários para melhorar o acolhimento frente às demandas não programadas, e envolvendo nesse processo os profissionais de saúde e a comunidade assistida, qualificando ainda mais a assistência.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretariado de Atenção Primária à Saúde. [acesso em 2023 abr. 11]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps>.
2. Alves PMS, Oliveira ARS, Oliveira YKF, Henrique NMG, Farias DAAF, Farias DN. Integração ensino, serviço e comunidade na Atenção Básica: a importância na formação em fisioterapia. In: Anais do 13º Congresso Internacional Rede Unida; 2018 [acesso em 2024 jan. 19]. Disponível em: <http://conferencia2018.redeunida.org.br/ocs2/index.php/13CRU/13CRU/paper/view/5137>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretariado de Atenção Primária à Saúde [acesso em 2023, abr.11]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 2023 abr. 11]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf
5. Garuzi M, Achitti MCO, Sato CA, Rocha SA, Spagnuolo RS. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. Rev Panam Salud Publica. 2014 [acesso em 2023 mai. 16];35(2):144-149.. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/v35n2/a09v35n2.pdf>.
6. Rodrigues VES, Oliveira FGL, Ribeiro SJS, Júnior DNV, Bastos SNMAN. Welfare as light technology in basic attention: integration review. In: Anais do I Congresso Norte Nordeste de Tecnologias em Saúde; 2018 [acesso em 2024 jan. 19]. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/connts/article/view/7950>.

7. Passos TS. Proposta de melhoria do acolhimento da demanda espontânea utilizando ferramentas de gestão da qualidade: estudo de caso em uma unidade básica de saúde do agreste sergipano. *Rev Adm Saúde*. 2023 [acesso em 2024 jan. 19];23(91). Disponível em: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/349>.
8. Mendes MS. Demanda espontânea X demanda programada na equipe de Saúde da Família Saúde e Esperança no município de São João do Pacuí/MG. Montes Claros (MG); 2017 [acesso em 2023 mai. 17]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/MONICA-SILVA-MENDES.pdf>.
9. Morelato CS, Dorneles LL, Martins VP, Góes FSN, Lettiere Viana A, Brunello MEF, et al. Receiving spontaneous demand in Primary Care: nurses' learning needs. *Rev Bras Enferm*. 2021 .[acesso em 2024 jan. 19]. ;74(2):e20200317. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0317> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/rsHFg736xfJhrMGwRsdvCjq/?lang=pt>.
10. Ministério da Saúde (BR). Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. 2ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009 [acesso em 2024 jan. 19]. 120 p. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns_cab28v2.pdf.
11. Rodrigues KJMR. Oficinas pedagógicas para implantação do acolhimento à demanda espontânea em uma equipe de saúde da família de uma capital da Amazônia Ocidental. Porto Velho (RO); 2019 [acesso em 2023 mai. 30]. Disponível em: https://profsaude-abrasco.fiocruz.br/sites/default/files/karley_jose_monteiro_rodrigues.pdf.
12. Faria HP, Campos FCC, Santos MA. Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde. Belo Horizonte: NESCON/UFMG; 2017 [acesso em 2023 mai. 30]. 97 p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/modulo-planejamento-avaliacao-saude.pdf>.
13. Dutra HS, Reis VN. Desenhos de estudos experimentais e quase-experimentais: definições e desafios na pesquisa em enfermagem. *Rev Enferm UFPE Online*. 2016 [acesso em 2023 mai. 30];10(Suppl 4):2230-2241. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11238>.
14. Prado ML, Velho MB, Espíndola DS, Sobrinho SH, Backes VMS. Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. *Esc Anna Nery*. 2012 [acesso em 2023 jun. 06]; 16:172-177. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/89NXfW4dC7vWdXwdKffmf4N/?format=pdf&lang=pt>.
15. Boyes-Watson C, Pranis K. No coração da esperança: guia de práticas circulares: o uso de círculos de construção da paz para desenvolver a inteligência emocional, promover a cura e construir relacionamentos saudáveis. Tradução: Fátima De Bastiani. Porto Alegre: Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, Departamento de Artes Gráficas; 2011 [acesso em 2024 dez. 06]. Disponível em: [https://sistemas.vilavelha.es.gov.br/cursos/Content/material/No%20cora%C3%A7%C3%A3o%20da%20esperan%C3%A7a%20-%20Pr%C3%A1ticas%20circulares%20Kay%20Pranis%20\(1\).pdf](https://sistemas.vilavelha.es.gov.br/cursos/Content/material/No%20cora%C3%A7%C3%A3o%20da%20esperan%C3%A7a%20-%20Pr%C3%A1ticas%20circulares%20Kay%20Pranis%20(1).pdf).
16. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Diário Oficial da União [periódico na internet]. 07 jul. 2011; Seção 1 [acesso em 2024 jan. 21]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html.
17. Rossato K, Real VR, Oliveira GB, Araujo CDC. Acolhimento com classificação de risco na Estratégia de Saúde da Família: percepção da equipe de enfermagem. *Revista De Enfermagem Da UFSM*. 2018 [acesso em 2024 jan. 19]; 8(1), 144–156. <https://doi.org/10.5902/2179769226655>. Disponível em:

<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/26655>.

18. Oliveira LR. Acolhimento com classificação de risco na Atenção Primária à Saúde. 2015 [acesso em 2024 jan. 31]. Disponível em: <https://bdtd.ufsm.edu.br/bitstream/tede/225/5/Dissert%20Lis%20R%20Oliveira.pdf>.
19. Moreira DA, Tibães HB, Batista RCR, Cardoso CML, Brito MJM. O Sistema de Triagem de Manchester na atenção primária à saúde: Ambiguidades e desafios relacionados ao acesso. *Texto Contexto Enferm.* 2017 [acesso em 2024 jan. 21];26:e5970015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/FtRpkGgTBYSFn4Bj7J5VYvn/abstract/?lang=pt>.
20. Rodrigues LP, Nicodemos FT, Escoura C, Lopes PFG, Ferreira MA, Santos AS. Sala de espera: espaço para educação em saúde. *Rev Fam Ciclos Vida Saúde Context Soc.* 2018 [acesso em 2024 jan. 16];6(3):500-507. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4979/497956691013/497956691013.pdf>.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. e-SUS Atenção Primária à Saúde: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 5.1 [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde; 2023 [acesso em 2024 jan. 16]. Disponível em: https://saps-ms.github.io/Manual-eSUS_APS/.
22. World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. *Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2)*. 2ª ed. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2009 [acesso em 2024 jan. 16]. Disponível em: https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/file/CIAP%20/CIAP%20Brasil_atualizado.pdf.
23. Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais (COREN-MG). *Manual de Perguntas e Respostas Frequentes 2020*. Belo Horizonte: COREN-MG; 2020 [acesso em 2024 jan. 17]. Disponível em: <https://www.corenmg.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/MANUAL-DE-PERGUNTAS-E-RESPOSTAS-FREQUENTES-2020.pdf>.
24. Santos N, Veiga P, Andrade R. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. *Rev Bras Enferm.* 2011 [acesso em 2024 jan. 21];64:355-358. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/dgpS47vnDqfq7T7XLdj68RC/>
25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União*. 22 set. 2017 [acesso em 2024 jan. 21]; Seção 1, p. 54. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
26. Câmara Municipal de Juiz de Fora. Lei nº 14.239, de 2021. Dispõe sobre o desenvolvimento e distribuição gratuita do "Cordão de Girassol" àqueles que tenham doenças, deficiências e/ou transtornos considerados ocultos [acesso em 2023 mai. 23]. Disponível em: <https://www.camarajf.mg.gov.br/sal/norma.php?njt=LEI&njn=14239&njc=>.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 23 mai. 2023 [acesso em 2024 jan. 21]; Seção 1, p. 45. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0635_22_05_2023.html

Autoria			
Nome	Afiliação institucional	ORCID 	CV Lattes 
Ariane Cardozo Bueno	Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)	https://orcid.org/0000-0003-0968-7024	http://lattes.cnpq.br/1777961420169314
Érika Andrade e Silva	Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)	https://orcid.org/0000-0002-5752-7829	http://lattes.cnpq.br/7647094518058138
Autor correspondente	Ariane Cardozo Bueno  enfarianne@gmail.com		

Metadados		
Submissão: 12 de julho de 2024	Aprovação: 10 de dezembro de 2024	Publicação: 21 de janeiro de 2025
Como citar	Bueno AC, Silva EA. Acolhimento à demanda espontânea na Atenção Primária à Saúde: uma proposta de intervenção. Rev.APS [Internet]. 2024; 27 (único): e272444537. DOI: https://doi.org/10.34019/1809-8363.2024.v27.44537	
Cessão de Primeira Publicação à Revista de APS	As autoras mantêm todos os direitos autorais sobre a publicação, sem restrições, e concedem à Revista de APS o direito de primeira publicação, com o trabalho licenciado sob a Licença <i>Creative Commons Attribution</i> (CC-BY), que permite o compartilhamento irrestrito do trabalho, com reconhecimento da autoria e crédito pela citação de publicação inicial nesta revista, referenciando inclusive seu DOI e/ou a página do artigo.	
Conflito de interesses	Sem conflitos de interesses.	
Financiamento	Sem financiamento.	
Contribuições dos autores	Concepção e planejamento do estudo: ACB. Análise e interpretação dos dados: ACB, EAS. Elaboração do rascunho: ACB. Revisão crítica do conteúdo: ACB, EAS. As autoras aprovaram a versão final e concordaram com prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho.	

Início