



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA-UnB
FACULDADE DE CEILÂNDIA - FCE
GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

VICTÓRIA VALENTYNNE AMORIM OLIVEIRA

**O acolhimento no contexto da atenção primária: uma
análise descritiva dos dados de atendimentos de
uma Unidade Básica de Saúde**

BRASÍLIA, DF

2023

VICTÓRIA VALENTYNNE AMORIM OLIVEIRA

**O acolhimento no contexto da atenção primária: uma
análise descritiva dos dados de atendimentos de
uma Unidade Básica de Saúde**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Ceilândia, da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Patrícia Maria Fonseca Escalda.

BRASÍLIA

2023

VICTÓRIA VALENTYNNE AMORIM OLIVEIRA

**O acolhimento no contexto da atenção primária: uma
análise descritiva dos dados de atendimentos de uma
Unidade Básica de Saúde**

Aprovado em 18/12/2023

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Saúde Coletiva, da Faculdade de
Ceilândia, da Universidade de Brasília
como requisito parcial para a obtenção do
título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Banca Examinadora:

Prof^a. Patrícia Maria Fonseca Escalda
Universidade de Brasília

Prof. Sérgio Ricardo Schierholt
Universidade de Brasília

Prof. Breitner Luiz Tavares
Universidade de Brasília

BRASÍLIA

2023

AGRADECIMENTOS

Com uma imensa gratidão em meu coração, que agradeço a Deus por todas as bênçãos e oportunidades que tem proporcionado ao longo da minha vida, sua sabedoria e bondade são como um farol que guia e ilumina o meu caminho.

À minha querida mãe, gostaria de expressar a minha enorme gratidão por ser sua filha. A sua presença amorosa e o seu apoio me moldaram e me tornaram quem sou hoje, você é uma luz na minha vida. Obrigada por ser meu porto seguro, pelos seus conselhos, pela sua dedicação e por todo amor depositado em mim. Sua força e seus sacrifícios são exemplos que me inspiram e me motivam diariamente.

Agradeço aos meus irmãos, João Victor e Aurora, vocês são anjos enviados por Deus, que vieram para trazer alegria aos meus dias, poder cuidar e ver vocês crescerem foi como uma dádiva de Deus.

Aos meus queridos avós, a dona Maria da Paz, só tenho a agradecer pelo seu cuidado e carinho inabaláveis, sua presença gentil e amável sempre me consolaram nos maus momentos. A minha mãezinha Olinda, que cuidou de mim com tanto carinho e zelo, a sua risada sempre está em minhas memórias, a sua humildade é um grande presente de Deus, lhe admiro e amo imensamente.

Ao meu querido vózinho Wilson, que me acolheu com tanto amor, guardo em meu coração as suas sábias palavras e conselhos. Agradeço por compartilhar sua história inspiradora e por me transmitir valores essenciais da vida. Sua generosidade, humor e força são lições valiosas que levarei eternamente comigo.

A todos os meus amigos da Universidade de Brasília, que estiveram presentes ao longo desta graduação, mas em especial a Alanis de Sousa, minha companheira de todas as horas, que fez tudo se tornar mais leve e alegre durante esses anos, agradeço por todo apoio e lealdade.

À minha professora e orientadora Patrícia Escalda, por sua paciência e incentivo, que foram essenciais para a conclusão deste trabalho.

Agradeço as minhas queridas amigas, Evelin, Mariah, Sabrina, richelly, por todos os momentos vividos juntas, por todas as viagens que fizemos, pela amizade e carinho que carrego por cada uma.

Agradeço a todos que estiveram junto a mim nesta caminhada, que direta ou indiretamente contribuíram para a concretização dessa etapa da minha vida.

Muito obrigada a todos!!

EPÍGRAFE

“Porque estou absolutamente convencido de que os nossos sofrimentos do presente não podem ser comparados com a glória que em nós há de ser revelada.”

Romanos 8-18

RESUMO

O acolhimento como um dos pilares da PNH, enfatiza a necessidade de humanizar o máximo possível os atendimentos e a recepção dos usuários que estão a procura dos serviços de saúde, sendo recomendado que seja realizado, com uma escuta qualificada, classificação de risco e com uma equipe multiprofissional. O acolhimento tem se destacado como uma estratégia indispensável para que ocorra a construção da humanização e a continuidade ao cuidado, baseando-se no estabelecimento de relações sólidas e de confiança entre os profissionais e os usuários que procuram as unidades, e desse modo contribuem para a resolução do problema em questão. Considerando isto, o presente estudo tem por objetivo descrever a demanda dos usuários de uma Unidade Básica de Saúde. Sendo uma pesquisa de caráter descritivo, utilizando dados secundários obtidos por meio do sistema de informação e-SUS de uma unidade básica de saúde localizada na Ceilândia- Região Oeste do Distrito Federal. Foi possível concluir que o acolhimento desempenha um papel fundamental na redução das demandas da unidade, pois a partir da identificação das necessidades de saúde do usuário, no qual possibilita a resolução imediata de questões simples sem a necessidade de encaminhamento, dessa forma reduzindo o número de consultas e permitindo um atendimento mais rápido. Além do mais, poder reconhecer quais são os problemas de saúde que mais são frequentes no território é primordial, pois é a partir dessa compreensão que é capaz de identificar os problemas individuais e coletivos, dessa forma ajudando a subsidiar a tomada de decisão.

Palavras-chave: Acolhimento, SUS, Atenção Básica

ABSTRACT

Reception as one of the pillars of the PNH, emphasizes the need to humanize care and reception of users who are looking for health services as much as possible, and it is recommended that it be carried out with qualified listening, risk classification and with a multidisciplinary team. Reception has stood out as an indispensable strategy for the construction of humanization and continuity of care, based on the establishment of solid and trusting relationships between professionals and users who seek the units, and in this way contribute to the resolution of the problem in question. Considering this, the present study aims to describe the demand of users of a Basic Health Unit. Being a descriptive research, using secondary data obtained through the e-SUS information system of a basic health unit located in Ceilândia - Western Region of the Federal District. It was possible to conclude that reception plays a fundamental role in reducing the unit's demands, as by identifying the user's health needs, which enables the immediate resolution of simple issues without the need for referral, thus reducing the number of consultations and allowing faster service. Furthermore, being able to recognize which health problems are most common in the territory is essential, as it is from this understanding that one is able to identify individual and collective problems, thus helping to support decision-making.

Key words: Reception, SUS, Basic Care

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fluxo de Atendimento na UBS.....	32
---	-----------

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. Número de atendimentos realizados na UBS, setembro de 2022 a setembro de 2023.....	34
GRÁFICO 2. Distribuição de atendimentos por sexo, setembro de 2022 a setembro de 2023.....	35
GRÁFICO 3. Distribuição por tipos de atendimentos na UBS.....	38
GRÁFICO 3. Distribuição por tipos de atendimentos na UBS (continuação).....	38

LISTA DE TABELA

TABELA 1. Distribuição dos atendimentos realizados na Unidade de Saúde da Família, segundo faixa etária dos demandantes, de setembro de 2022 a setembro de 2023.....	36
---	-----------

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

APS – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

ESF – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

UBS – UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

PAB – PISO DE ATENÇÃO BÁSICA

MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE

NASF – NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

PMAQ – PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

EMULTI – EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS

PSF – PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

PACS – PROGRAMA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

PNH – POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

SIS – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

SCNES – SISTEMA DO CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

SAI/SUS – SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS

SINASC – SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS

SIH/SUS – SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES

SINAN – SISTEMA NACIONAL DE AGRAVO DE NOTIFICAÇÃO

SIM – SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE

CDS-AB – COLETA DE DADOS SIMPLIFICADA

PEC – PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO CIDADÃO

SISAB – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA

SUMÁRIO

1. Introdução.....	13
2. Justificativa	15
3. Objetivo.....	16
3.1 Geral.....	16
3.2. Específico.....	16
4. Referencial Teórico.....	17
4.1. O Sistema de Saúde no Brasil: evolução histórica e princípios.....	17
4.2. Atenção Básica: princípios.....	20
4.3. Processo de Territorialização.....	22
4.4. Estratégia Saúde da Família.	24
4.5. Trabalho em Equipe.....	25
4.6. Acolhimento: estratégia do cuidado.....	26
4.7. SIS: descrever a situação de saúde e subsidiar o planejamento das ações de saúde.....	28
5. Metodologia	31
5.1. Tipo de estudo	31
5.2. Fonte de dados.....	31
5.3. Período e local do estudo.....	31
5.4. Variáveis do estudo	31
5.5. Análise dos dados	31
5.6. Aspectos éticos.....	31
6. Resultados e discussão.....	33
6.1. O acolhimento na unidade básica de saúde.....	35
6.2. Atendimentos da unidade básica de saúde.....	36
7. Considerações Finais.....	43
8. Referências Bibliográficas.....	44

1. INTRODUÇÃO

Estabelecido pela Constituição Federal (Brasil, 1988), o Sistema Único de Saúde (SUS) é caracterizado como um conjunto de iniciativas e serviços de saúde, oferecidos por entidades públicas em âmbito federal, estadual e municipal, com os princípios fundamentais da universalidade, integralidade e equidade (MARTINS et al., 2019). Com o intuito de aprimorar o acesso aos serviços de saúde, foi concebida a Atenção Primária à Saúde (APS), uma estratégia recomendada para promover o bem-estar da população em geral e, assim, contribuir para a melhoria da qualidade de vida (GIOVANELLA, 2020).

A atenção primária é considerada como o cuidado essencial à saúde, baseado em métodos acessíveis, com o objetivo de levar os serviços de saúde o mais próximo possível dos locais onde as pessoas residem, e desse modo, representando o primeiro ponto de contato com o SUS e estabelecendo o processo contínuo de cuidados de saúde (MARTINS et al., 2019). Segundo Campos et al. (2014), a APS exerce o papel de porta de entrada do SUS, desempenhando um papel central na coordenação dos demais níveis de assistência médica.

Como principal mecanismo de reestruturação da Atenção Primária à Saúde no Brasil, em 1994 foi estabelecida a Estratégia Saúde da Família (ESF). Ela se orienta fortemente pela diretriz da integralidade, com uma perspectiva ampla de saúde e de cidadania. Segundo a definição de Andrade (2006), a APS concentra seus esforços na família e no seu contexto socioeconômico e cultural, reconhecendo-a como o epicentro dos cuidados de saúde e, ao mesmo tempo, identificando os riscos sociais e epidemiológicos no âmbito de sua área de atuação territorial. Ainda de acordo com Andrade (2006), para que houvesse conexões entre profissionais de saúde e pacientes, a diretriz do acolhimento foi introduzida nos serviços do Sistema Único de Saúde no final da década de 1990, no contexto da Política de Humanização do Ministério da Saúde (Humaniza SUS) (Brasil, 2004). Esta abordagem considera a atenção à saúde desde o momento da entrada do paciente na APS. O atendimento é concebido como um ato caloroso e humanizado, adaptado às necessidades específicas de cada paciente

(Hennington, 2005). O acolhimento tem como objetivo ampliar o acesso aos serviços, representando a principal porta de entrada para assistência, possibilitando a avaliação de riscos, vulnerabilidades e a seleção de prioridades em termos epidemiológicos, psicossociais e clínico-biológicos, ao mesmo tempo mantendo uma abordagem ética e humanizada na prestação de cuidados (Starfield, 2002).

Sendo um dos pilares da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004), o acolhimento é entendido como a necessidade de humanizar o mais possível o atendimento e a recepção daqueles que estão procurando os serviços de saúde, com ênfase na resolução dos casos por meio de uma escuta qualificada (MACHADO, 2023). Sem o acolhimento é impossível realizar um atendimento com qualidade, em consequência, a ESF incorporou como base em seus processos, segundo Martins (2019), são diversas as formas como o acolhimento pode ser realizado, com a; “inclusão do usuário de forma que promova a otimização dos serviços, o fim das filas de espera, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis de assistência”. À vista disso, acolher de forma adequada e manter esse vínculo, fortalece a eficácia e a continuidade das ações de saúde.

Apesar do acolhimento ser vital para a Atenção Primária à Saúde, apenas recentemente ganhou destaque nas práticas das Equipes de Saúde da Família, mesmo sendo crucial para a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços de saúde. Exposto isso, esse estudo visa descrever a demanda dos usuários que passaram pelo acolhimento, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

2. JUSTIFICATIVA

A importância do acolhimento nas Estratégias de Saúde da Família não deve ser subestimada, já que se deve ao fato de que o acolhimento vai muito além do ato de receber os pacientes nas unidades básicas de saúde, ela representa uma peça fundamental no sentido de facilitar o acesso e a humanização dos atendimentos a todos que estão procurando as unidades de saúde (MELO, 2022). Quando o acolhimento é realizado entre os profissionais e os usuários, cria-se uma conexão que resulta em uma melhor adesão ao tratamento, além dos pacientes se sentirem verdadeiramente ouvidos e valorizados, e assim fortalecendo os laços entre a comunidade e os serviços de saúde (MARTINS et al., 2019).

O acolhimento ainda desempenha um papel importante na prevenção e promoção da saúde, dessa forma fornece orientações preventivas, e desenvolve ações que sejam mais eficazes. A construção do acolhimento humanizado leva em conta parceria entre a equipe de saúde, a gestão, o usuário e a comunidade, o acolhimento é indicado como uma forma para possibilitar ao usuário acesso a um atendimento justo e integral (MACHADO, 2023).

A prática do acolhimento no âmbito da saúde é imprescindível, constituindo um pilar fundamental para a construção de relações mais humanizadas e eficazes entre os profissionais e pacientes. Cada indivíduo que busca por assistência à saúde merece e deve ser atendido com empatia e respeito, já que por trás de cada um existe uma história de vida, cheia de expectativas e medos que devem ser reconhecidos e compreendidos. Esse ato de acolher de maneira atenciosa, traz benefícios para os dois lados, além de tornar o paciente mais confiante na relação com os sistemas de saúde, e conseqüentemente dar continuidade ao cuidado estabelecido pela equipe de saúde, proporcionando a sua recuperação.

3. OBJETIVO DO TRABALHO

3.1 GERAL

Analisar a demanda atendida dos usuários de uma Unidade Básica de Saúde, à luz do acolhimento.

3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

Descrever a demanda dos usuários de uma Unidade Básica de Saúde.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 O Sistema de Saúde no Brasil: evolução histórica e princípios.

A criação do SUS foi tencionada a partir do Movimento da Reforma Sanitária brasileira, que ocorreu no início da década de 70, entre as suas lutas estavam a democratização da saúde e a melhoria das condições de vida da população. As discussões políticas daquele período foram discutidas por pesquisadores, trabalhadores da saúde e movimentos populares, que apontaram a necessidade de ações políticas para a criação de um sistema de saúde que atendesse a população de forma universal, integral e gratuita (SALES, 2019). A partir dessas discussões, pela primeira vez a população teve participação na 8ª Conferência Nacional de Saúde, tornando-a um marco na história das políticas públicas brasileiras (SOUTO; OLIVEIRA, 2016).

Logo a Constituição Federal em 1988 (BRASIL, 1988), reconheceu a saúde como um direito de todo cidadão, além de este ser um compromisso primordial do SUS, conforme o art. 196 da CF:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (art. 196, CF/1988).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 e é regulamentado com as Leis Orgânicas da Saúde – Lei n. 8.080/1990 e Lei n. 8.142/1990 – que determinam os critérios organizativos tais como: os objetivos e atribuições, os princípios e diretrizes, planejamento, financiamento, orçamento, e as competências de cada ente federado: União, Estado e Município (BRASIL, 2009). O SUS tem como princípios doutrinários, a universalidade, a equidade, a integralidade; e como princípios organizativos, a regionalização e hierarquização, a descentralização, comando único, e a participação popular.

O SUS tem inúmeras competências e atribuições direcionadas para o controle, fiscalização, execução de ações de saúde, formação de recursos humanos, proteção do meio ambiente e do trabalho, entre outras. Além de ter

como objetivos, identificar os fatores condicionantes e determinantes da saúde e formular políticas para erradicar as desigualdades no campo econômicas e sociais que interferem na saúde (BRASIL, 1998). Em 1948 a Organização Mundial de Saúde definiu a saúde “não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social” (SEGRE; FERRAZ, 1997, p. 539), no Brasil logo foi ampliado o conceito de saúde no art. 3º da Lei 8.080/1990:

“A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social” (BRASIL, 1990, p. 20).

A partir disso, a saúde passa a ter um conceito abrangente em diferentes fatores determinantes e condicionantes das condições de vida da população, com o intuito principal de alterar situações de desigualdade na assistência à saúde, com ações que devam ser desenvolvidas sobre o ambiente e os indivíduos, tendo seu foco na proteção, promoção e recuperação da saúde, e conseqüentemente na erradicação das causas que interferem na saúde dos indivíduos (SALES, 2019).

Ao longo das três décadas do Sistema Único de Saúde, no Brasil, foi possível observar inovações no modelo de financiamento do sistema de saúde e na organização dos serviços de saúde. A trajetória da política de atenção primária à saúde também é caracterizada por mudanças na sua direção, tornando-a uma APS resolutiva, abrangente, de base territorial e orientação comunitária. Durante os anos a ESF tornou-se um modelo bem-sucedido da APS no SUS (Massuda, 2020). Sua implementação em larga escala em 1998 contribuiu para avanços significativos em expandir a oferta de serviços da atenção primária à saúde, com sua abordagem territorial e orientação comunitária, de maneira que resultou para a melhoria de condições de saúde da população (BARBOSA; TASCA, 2022).

O programa Previne Brasil, lançado em 2019, como instrumento de gestão, marcou o fim da vigência do Piso de Atenção Básica (PAB), criado em 1996, e instituiu a captação ponderada, o pagamento por desempenho e o incentivo para

ações estratégicas como critérios para a transferência de recursos federais para os municípios brasileiros (BARBOSA; TASCA, 2022). Ao invés de se basear na população e no número de equipes que estão na ESF, as transferências intergovernamentais passarão a ser calculadas a partir do número de pessoas registradas nos serviços de APS, e nos resultados alcançados em relação ao conjunto de indicadores, sendo eles as ações de Saúde da Mulher, Saúde Bucal, Pré-Natal, Saúde da Criança e Doenças Crônicas (Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus) (PAULINO, 2021). Essas mudanças aplicadas terão diversos impactos no SUS e na saúde da população, dessa forma, precisam ser monitorados e identificados (MASSUDA, 2020).

Para apoiar as ESF foi instituído o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) de acordo com a Portaria GM/ MS nº 154 de 24 de junho de 2008 (BRASIL, 2011), constituído por uma equipe multidisciplinar, para atuar juntamente com as equipes de saúde da família, com a intenção de auxiliar e aperfeiçoar as ações de saúde, potencializar as ofertas de serviços e compartilhando as práticas e saberes em saúde (BRASIL, 2008).

Historicamente o financiamento do NASF, por meio da Portaria nº 154/08 referia-se a parte da fração variável do Piso de Atenção Básica (PAB variável) (BRASIL, 2008). A seguir o NASF foi incluído no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que realiza parcerias com instituições de ensino e pesquisa para avaliar e monitorar a Atenção Básica, considerando a infraestrutura da UBS, os profissionais de saúde e os usuários. Aqueles municípios que aderiram ao PMAQ recebem incentivo financeiro para implantação de ESF e Nasf-AB (BROCADO et al., 2018).

Logo após a implementação do Previne Brasil em 2019 o Nasf-AB foi excluído das estratégias, ações e programas da AB que seriam custeados pelo MS. Esta ação resultou na publicação da Nota Técnica (NT) nº 3 de 2020, que se refere ao não credenciamento de equipes Nasf-AB a partir daquela data (BRASIL, 2020), a partir disso obteve-se uma desmotivação por parte do MS com o NASF, deixando a escolha do gestor local se mantém os profissionais e a existência dessas equipes.

O MS recentemente anunciou a Portaria nº 635, de 22 de maio de 2023, onde institui o incentivo financeiro federal de implantação e custeio para as

equipes multiprofissionais (eMulti) na atenção primária à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023). Esta nova proposta tem como uma das suas diretrizes a interprofissionalidade, esse formato mantém algumas semelhanças com as atividades desenvolvidas pelo NASF e apresenta novos mecanismos organizativos e estruturais. As eMulti são equipes formadas por diferentes profissionais de saúde em diversas áreas, assim atuando de maneira complementar e integrada à APS, tendo sua principal atuação na população e no seu território (BISPO JUNIOR; ALMEIDA, 2023). Foram estipuladas 3 modalidades de equipes: eMulti Ampliada, com a carga mínima de 300 horas sendo vinculada a 10 a 12 equipes de APS; eMulti Complementar, que atende de 5 a 9 equipes, com a carga horária mínima de 200 horas; e eMulti Estratégia, essa que presta atendimento até 4 equipes de APS, com uma carga mínima de 100 horas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023). Vale destacar as diversas atividades que podem ser desenvolvidas pela eMulti, algumas ações ofertadas são: atividades coletivas; discussões de casos; atendimento individual, em grupo e domiciliar; oferta de ações de saúde a distância; projetos terapêuticos e intervenções no território; além de práticas intersetoriais. Esse vasto leque de atividades e a eficácia destes, pode variar a depender de como são organizados e oferecidos, atender a estas demandas é o principal propósito das eMulti, além de aprimorar a resolutividade da APS (BISPO JUNIOR; ALMEIDA, 2023).

.4.2 Atenção Básica: princípios

Desde a Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978) a atenção básica é entendida como uma atenção à saúde indispensável, pois tem como competência estratégica para alcançar a equidade e ganhos equitativos em saúde e no desenvolvimento humano. Assim afirmando-se a responsabilidade dos governos acerca da saúde de sua população, por meio de medidas sociais e sanitárias, logo a conferência de Alma-Ata definiu a APS como:

“Cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação e a um custo suportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e

autodeterminação” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF, 1979).

A atenção básica é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, seja no âmbito individual ou coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, sendo o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde (BRASIL, 1999). É notório a importância que a Atenção primária possui para que tenha uma boa coordenação e organização dos serviços de saúde e para a integração dos aspectos desses serviços. Desse modo a representação da APS como o nível primário do sistema de atenção à saúde conceitua-a a forma de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, evidenciando a função resolutiva dos serviços sobre os problemas ali postos. A APS traz como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde compreendê-la como uma forma singular de apropriar, recombina e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades e suas respectivas demandas. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (FAUST, et al., 2007). No Brasil, a APS é referida também como atenção básica, visto que “básico tem o sentido de essencial, primordial, fundamental, distinto de primário, que pode significar primitivo, simples, fácil, rude” Paim (2006).

A APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde necessita de desempenhar certos atributos. Só poderá existir uma APS de qualidade quando os sete atributos passam a ser operacionalizados, de maneira correta. Atributos estes: Primeiro Contato se dá pela acessibilidade e o uso dos serviços para resolução dos problemas, sendo de fácil acesso para aqueles que procuram atendimento; a Longitudinalidade está ligada a atender o paciente não só no momento da doença, mas sim promover a saúde além de prevenir futuros problemas, assegurando dessa forma a atenção básica ao longo do tempo; a Integralidade é a prestação de serviços pela equipe de saúde, dessa forma atendendo às necessidades da população adscrita, assim sabendo lidar com toda

e qualquer necessidade que o paciente possa trazer, e estar apta para orientá-lo da melhor forma; a Coordenação é a capacidade da equipe de continuar e garantir com a continuidade da Atenção ao paciente, de maneira clara tudo que envolve sua saúde; sendo estes atributos essenciais. Focalização na família, Orientação comunitária, Competência cultural são os atributos derivados, estes que qualificam as ações dos serviços da APS. Portanto a presença destes atributos é de importância para a garantia dos resultados positivos e da qualidade da atenção (STARFIELD, 2002).

Pode-se dizer que a Atenção primária teve uma história singular no Brasil, pois foi marcada de vários ciclos de desenvolvimento, logo após a instituição dos SUS que se concretizou por meio da municipalização das unidades de APS dos estados passando a gestão aos municípios, acarretando a expansão dos cuidados primários (MENDES, 2001). Um desses ciclos foi a implementação do Programa Saúde da Família (PSF), mas com avanços logo se transformou em Estratégia de Saúde da Família.

A Atenção Básica vem para desempenhar um papel crucial no sistema de saúde, já que é o único nível de atenção que se estende por todo o território nacional. Por meio dela, das colaborações entre os municípios e os sistemas regionais, a população pode ter acessos aos demais níveis de cuidado, sendo secundário ou terciário. Posto isso, é importante a criação de uma base sólida que atue como a porta de entrada e o centro de coordenação do sistema de saúde como um todo (GIOVANELLA, 2020).

4.3 Processo de Territorialização.

A territorialização da Atenção Básica à Saúde é um processo social e político importante para a realização dos princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde no Brasil. Ele pode ser considerado um elemento de síntese de indicadores utilizados para identificar a situação de saúde dos grupos populacionais, tratando-se do conhecimento do território e da realidade em que os sujeitos estão inseridos, bem como de possíveis problemas, demandas e necessidades em saúde que a população a ser atendida apresenta. O procedimento de organização

considera as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, atividades produtivas existentes, disponibilidade de serviços de saúde e articulação entre as regiões administrativas e municípios de fronteiras. A territorialização representa importante instrumento de organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, posto que as ações de saúde são implementadas sobre uma base territorial detentora de uma delimitação espacial previamente determinada (MONKEN; BARCELLO, 2005).

As equipes de Saúde da Família possuem responsabilidades sobre a saúde da população em uma certa área geográfica, isto é, em seu território de atuação. No tocante território, refere-se não apenas a uma área geográfica, Santos (2003) a define como:

“território usado pelos homens, tal qual ele é, isto é, o espaço vivido pelos homens, sendo também, o teatro da ação de todas as empresas, de todas as instituições”.

Tal definição do território, evidencia que engloba as relações humanas que se constroem sobre uma base geográfica, movida por fatores econômicos, sociais, culturais, políticos e epidemiológicos. Estes fatores e as suas inter-relações são os determinantes do processo saúde-doença sobre os quais tanto a equipe de saúde e a população tem corresponsabilidade, juntamente com o apoio de outros setores afins ao sistema de serviços de saúde. A delimitação do território-área de atuação das equipes deve ser realizada de forma conjunta pela população, levando em consideração os seus aspectos geográficos que possam limitar ou facilitar o acesso à unidade básica de saúde. A partir dessa delimitação que se dá início ao processo de territorialização. Essa descrição dos usuários e de seu território é base para as organizações dos sistemas, sendo elemento fundamental para a vinculação dos usuários às equipes de APS (CONASS, 2011). Uma das ferramentas para auxiliar nesse processo de planejamento são os mapas de território, que são representações gráficas das áreas de responsabilidades das equipes de saúde, que assim permite a visualização e o conhecimento do território, para que assim, os profissionais de saúde possam intervir e contribuir de maneira mais efetiva na saúde da população. O processo de territorialização precisa ser feito junto com a comunidade de um determinado território para que haja um impacto positivo na vida e saúde dessas pessoas.

4.4 Estratégia Saúde da Família.

O Brasil adotou em 1991 programas como estratégia para contribuir na construção de um novo modelo de atenção integral à saúde das famílias, um chamado Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e o Programa Saúde da Família (PSF), transformando-se algum tempo depois em Estratégia Saúde da Família (ESF). Esses dois programas foram dispositivos essenciais de reorganização das ações da atenção básica, segundo Viana e Dal Poz (1998), a ESF é um instrumento de reorganização e reestruturação do sistema público de saúde, em seu processo de municipalização.

A Estratégia Saúde da Família é caracterizada como um modelo alternativo que tem por objetivo combinar a prática do cuidado individual à abordagem populacional, por meio da perspectiva da vigilância em saúde, envolvendo a vigilância epidemiológica e sanitária, territorialização, atenção clínica e políticas intersetoriais, ações programáticas e reorganização do atendimento à demanda espontânea com acolhimento centrado no usuário. Tal enfoque visa consolidar as diretrizes e princípios do SUS como universalidade, integralidade e equidade (BARBOSA; TASCA, 2022).

Com o fortalecimento da APS, definiu-se a ESF como a principal estratégia organizativa, reafirmando a necessidade de tornar a prática da atenção na Saúde da Família integral, por intermédio de responsabilização clínica e territorial, ou seja, exercendo uma prática integral na atenção às necessidades em saúde do cidadão, a ESF se baseia no trabalho em equipe multiprofissional, tendo como referência para atuação o território de abrangência, adscrição de clientela, o cadastramento e acompanhamento dos indivíduos que residem na área (FACCHINI et al., 2018). As equipes da ESF tem na sua composição médico generalista, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, desse modo é recomendado que cada equipe fique responsável por uma parte da população adscrita da área delimitada, reconhecendo as famílias de seu território, identificando os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade, além de desenvolver programação de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, e criar ações educativas e

intersetoriais associadas aos problemas de saúde identificados no território, desta forma o profissional amplia sua visão acerca do processo saúde/doença, sendo assim capaz de efetuar intervenções mais efetivas para melhorar a qualidade de vida da população (BEZERRA et al., 2019).

4.5 Trabalho em Equipe.

No contexto da ESF, o trabalho em equipe deve priorizar a comunicação efetiva entre seus integrantes e profissionais, de modo que seus membros possam ter uma atuação conjunta e continuamente na realização das tarefas diárias. O desenvolvimento desse trabalho em equipe é considerado imprescindível, para que possa estimular um processo de construção de novas práticas nas ESF, desse modo, um dos elementos-chaves para o avanço dessas práticas é o estabelecimento de equipes multiprofissionais (PERUZZO et al., 2019). Outras características como a valorização do diagnóstico das reais necessidades da população, o planejamento conjunto de ações, o compartilhamento nas decisões, a participação sincronizada de todos e o estímulo ao exercício do controle social, são empregados a fim de garantir a qualidade da assistência do trabalho em equipe. Assim, é necessária a construção em equipe de um projeto comum, de maneira que exista uma complementaridade entre os trabalhos especializados dos diferentes profissionais, bem como a interação entre os trabalhadores e os usuários (GARCIA et al., 2015).

A integração das diversas perspectivas dos profissionais da ESF, possibilita o desenvolvimento de ações que vão além da racionalidade da assistência curativa imediata, entretanto, mesmo reconhecendo a importância desta ação, ela tem se mostrado insuficiente para modificar os níveis de saúde da população. A atuação de profissionais de diferentes classes na composição da ESF possibilita um avanço nos conhecimentos e na oferta de um cuidado interdisciplinar integral e resolutivo, voltado para as necessidades de saúde da população local (BEZERRA et al., 2019). Nesse contexto, as rotinas de trabalho podem contribuir na organização da assistência em toda rede da Atenção Básica, promovendo o alinhamento técnico, aquisição de novas habilidades e incentivo para os

profissionais, na busca permanente da qualidade da atenção à saúde. Além disso, é importante ressaltar que os profissionais necessitam ser qualificados para essa atenção, quando não têm experiência anterior, e ter a educação permanente instituída no seu dia-a-dia. Dessa forma, o trabalho em equipe deve promover um diálogo constante entre as práticas profissionais e as necessidades dos usuários e da população atendida. Apesar de cada um ter sua própria história, formação, e desenvolvimento de habilidades, é fundamental a junção desses conhecimentos para a construção de modelos de atenção e cuidados em saúde eficientes e centrado no paciente (BARBOSA; TASCA, 2022).

4.6 Acolhimento: estratégia do cuidado.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde é fundamentado na Atenção Primária à Saúde, que corresponde aos cuidados essenciais à saúde, baseados em tecnologias acessíveis, que podem levar os serviços de saúde para mais perto dos lugares de vida e trabalho das pessoas, sendo direcionado às necessidades de saúde da população, desta forma, criando o primeiro nível de contato com o SUS, a partir disso, é ela quem estabelece o trabalho dos demais níveis de atenção. A fim de reorganizar o modelo da APS utilizado no Brasil, foi criada a Estratégia de Saúde da Família, tendo como princípio a integralidade do cuidado que, por sua vez, melhorou o acesso das pessoas aos serviços de saúde. É importante que os profissionais desenvolvam processos de trabalho que visem estabelecer uma relação de vínculo entre a comunidade e eles, constituídas por ações humanizadas, sendo assim, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2004) como uma estratégia para melhorar a qualidade dos serviços de saúde que são prestados à população. A PNH enfatiza que a maneira como os procedimentos de trabalho em saúde são organizados podem facilitar o enfrentamento de problemas e melhorar a sua resolução (MELO; MILENA VIEIRA DA SILVA et al., 2022). Dentre as diretrizes que orientam e norteiam a política, está o acolhimento.

“Assim, o acolhimento se compreende em propor melhorias nas relações e oferecer o serviço aos usuários; dessa maneira, o acolher pode ser expresso como necessidade de possibilitar diante do outro um cuidado humanizado, escuta qualificada e

responsabilização pelas necessidades de saúde do usuário” (DOS REIS PEREIRA, 2022).

O acolhimento surgiu por meio de discussões acerca da reorientação da atenção em saúde, para que haja um atendimento de qualidade, a realização do acolhimento é indispensável, assim, constituiu-se como base no processo de trabalho da ESF.

Há diversas formas de como o acolhimento deve ser realizado, por meio de uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, que garante o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde e assegurando que cada um seja atendido com prioridade a partir da sua vulnerabilidade, gravidade e risco (BRASIL, 2013). O acolhimento baseia-se no estabelecimento das relações sólidas e de confiança entre os profissionais e os usuários que vão à procura dos serviços e, que contribuem para a resolução do problema em questão. Essas relações constroem interações interpessoais sustentadas por uma escuta comprometida e interessada no outro, partindo de todos os profissionais envolvidos no trabalho (MARTINS et al., 2019). Por meio do acolhimento, é possível identificar de forma precisa as demandas e as necessidades individuais e coletivas de saúde da população, desse modo, é possível desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde que sejam mais eficazes, diminuindo assim os agravos.

O acolhimento além de desempenhar um papel central na construção da relação entre profissionais e usuários, e ser a porta de entrada para o cuidado, onde os usuários terão suas necessidades individuais ouvidas e registradas de uma maneira atenta e respeitosa por todos, ele não se limita apenas à simples recepção das pessoas, ela está intrinsecamente ligada ao processo de documentação por meio dos registros nos prontuários, e são esses que desempenham um papel fundamental na continuidade do cuidado, na sua segurança e nas tomadas de decisões. O registro preenchido corretamente e a codificação do motivo da consulta são essenciais, pois permitem que as equipes identifiquem as principais demandas dos usuários e planejem o acesso das pessoas à APS (BARBOSA, 2022).

O acolhimento garante que o usuário tenha uma atenção resolutiva, ou seja, os profissionais indo a fundo na causa das principais queixas do paciente a fim de resolvê-la ou a encaminhar para a assistência se for necessário. Conforme Natal (2022) o cuidado realizado de modo humanizado é visto como a maneira mais eficaz para um atendimento adequado e ético nos serviços de saúde, porém quando não é prestado adequadamente “resultará na insatisfação do paciente e perda dos seus direitos, à não aderência ao tratamento, à ausência de vínculo entre profissional-paciente, impactando de modo negativo para sua saúde”.

Contudo existem alguns desafios que tornam a eficácia do acolhimento baixa, algumas delas está associada à sobrecarga dos profissionais com jornadas duplas de trabalho, a ausência de um local adequado para a realização do acolhimento, expondo assim tanto o usuário quanto o profissional, tal situação dificulta o compartilhamento de informações importantes, no qual afeta diretamente a comunicação e continuidade no cuidado, a demora nos atendimentos é um dos desafios enfrentados pelos pacientes, essa grande espera ocasiona insatisfação e gera um sentimento de receio em relação a ir à procura dos serviços de saúde (MARTINS et al., 2019). Portanto o acolhimento se torna uma ferramenta mais que essencial para que a humanização na atenção básica seja efetuada corretamente.

4.7 SIS: descrever a situação de saúde e subsidiar o planejamento das ações de saúde.

Os sistemas de informação em saúde (SIS) representam ferramentas padronizadas de coleta de dados e monitoramento, cuja finalidade é fornecer informações destinadas à análise da saúde, com o intuito de aprimorar a compreensão dos problemas de saúde da população e subsidiar a tomada de decisões no contexto das políticas públicas (CIELO, 2022).

O diagnóstico situacional é o resultado de um processo de coleta, análise e tratamento de dados obtidos. Esse diagnóstico pode ser considerado uma das ferramentas de gestão mais cruciais, consistindo na investigação das condições de saúde e riscos de uma população específica, visando a elaboração de ações

(DA SILVA, 2016). Para compreender os problemas e necessidades sociais, sejam eles demandas de saúde, educação, saneamento, segurança, transporte e habitação, o diagnóstico é uma ótima ferramenta, pois traz informações sobre a estrutura dos serviços de saúde.

No Brasil, os sistemas que têm uma abrangência nacional, podem ser chamados de fontes de dados nacionais sob a gestão do Sistema Único de Saúde, onde a custódia dos dados e a manutenção destes, são geralmente responsabilidade do Ministério da Saúde (COELHO et al., 2021). Em consequência, a baixa integração dos sistemas exige que os mesmo dados sejam preenchidos em diversas interfaces, causando o aumento de trabalho e custos, já que desta forma se torna fundamental manter inúmeras soluções tecnológicas com funcionalidade, esse acúmulo de registros traz impactos na própria qualidade das bases de dados, gerando dificuldade nas análises e na confiabilidade da informação (COELHO et al., 2021).

São diversos os SIS utilizados na saúde, todos inseridos com o intuito de diminuir os custos e aumentar a qualidade dos serviços que estão sendo ofertados a população, os principais sistemas utilizados são: Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), Sistema de Informações Ambulatoriais (SAI/SUS), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), Sistema Nacional de Agravo de Notificação (SINAN), Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) (SARAIVA et al., 2021). Na APS alguns SIS são usados diariamente, sendo eles SINAN, SISREG e o e-SUS. Atualmente o sistema que está em grande parte dos municípios e estados é o e-SUS (BITTAR, 2018).

A estratégia e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) instituído pela portaria nº 1.412 de 10 de julho de 2013 (BRASIL, 2013A), tem como por objetivo promover a integração dos SIS nas UBS, tal sistema substituiu o uso das informações contidas no SIAB direcionadas para gestores, profissionais e cidadãos, as unidades que adotaram essa estratégia utilizam o sistemas de captação de dados, Coleta de Dados Simplificada (CDS-AB) e o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) para alimentar o Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB) (COELHO et al., 2021). O sistema em questão, registra as

informações em saúde dos pacientes individualmente, assim permite o acompanhamento destes em todos os acessos de atendimento, desse modo, é possível acessar dados do acolhimento dos usuários e seus históricos de atendimentos anteriores. Além disso, as informações colhidas ali, são primordiais para o planejamento, a implementação e para a avaliação dos serviços e ações em saúde, e por fim permitindo reconhecer problemas individuais e coletivos (SARAIVA et al., 2021). Portanto, esse sistema desempenha um papel importante ao disponibilizar relatórios acerca do acolhimento, possibilitando ter uma visão ampla dos atendimentos desta demanda.

Para que as ações de saúde sejam mais eficazes, é fundamental ter um conhecimento abrangente da realidade e dos riscos que afetam a população em questão, além de compreender como os serviços de saúde e as equipes de Estratégia Saúde da Família estão estruturados. Dessa maneira a participação tanto da população como de todos da equipe é de suma importância. Contudo, deve-se destacar que, devido à presença de múltiplas fontes de dados, a coleta de informações frequentemente resulta em dados consolidados de qualidade inferior, e essa apresentação dos dados muitas vezes dificulta a compreensão e utilização por parte dos gestores de saúde. A partir disso, o monitoramento da qualidade dos dados destinados ao atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser rigoroso (CIELO, 2022).

5. METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

O presente estudo caracteriza-se como um estudo epidemiológico de natureza descritiva que segundo Lima Costa & Barreto (2003), os estudos com abordagens descritivas têm por objetivo determinar a distribuição de doenças ou as condições relacionadas à saúde, em um determinado tempo, lugar ou através de características dos indivíduos.

5.2 Fonte de dados

As fontes de dados foram de natureza secundária, obtidos por meio do sistema de informação e-SUS de uma UBS, no formato de planilhas e gráficos, sem identificação dos sujeitos.

5.3 Período e local do estudo

O período analisado foi de um ano, de setembro de 2022 a setembro de 2023, de uma Unidade Básica de Saúde da Ceilândia- Região Oeste do Distrito Federal. Ceilândia é a IX Região Administrativa do Distrito Federal, surgiu em 1971 a partir da Campanha de Erradicação de Ceilândia, com uma área de 19.265,69 hectares, a sua população urbana de Ceilândia é de 350.347 pessoa, sendo que a maior é do sexo feminino (52,6%). Esta região tem uma idade média de 34,3 anos. Ceilândia é considerada a região mais populosa do lado oeste do Distrito Federal, ela é dividida em diversos bairros, sendo eles: Ceilândia Norte e Sul, Ceilândia Centro, P Norte, P Sul, Setor O, Setor Privê, Setor, Habitacional Sol Nascente e Setor Habitacional Pôr do Sol. No que diz respeito à raça dos moradores da região, há uma predominância de 48,8% que se consideram pardos. A RA conta com 12 unidades básicas de saúde e 1 Hospital Regional de Ceilândia sendo de referência da região (CODEPLAN, 2021).

5.4 Variáveis do estudo:

As variáveis utilizadas foram as faixa etaria, sexo, período e as demandas da população que chegaram na UBS.

5.5 Análise dos dados

Os dados analisados corresponderam às demandas que chegaram no acolhimento por meio do consolidado emitido pelo sistema e-SUS. A análise estatística foi realizada por meio das frequências absolutas e relativas.

5.6 Aspectos Éticos

O presente estudo não precisou ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), pois se trata de um estudo que envolve dados secundários, assim, atende a Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012, onde aborda as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas com seres humanos, o qual não se aplica a este estudo.

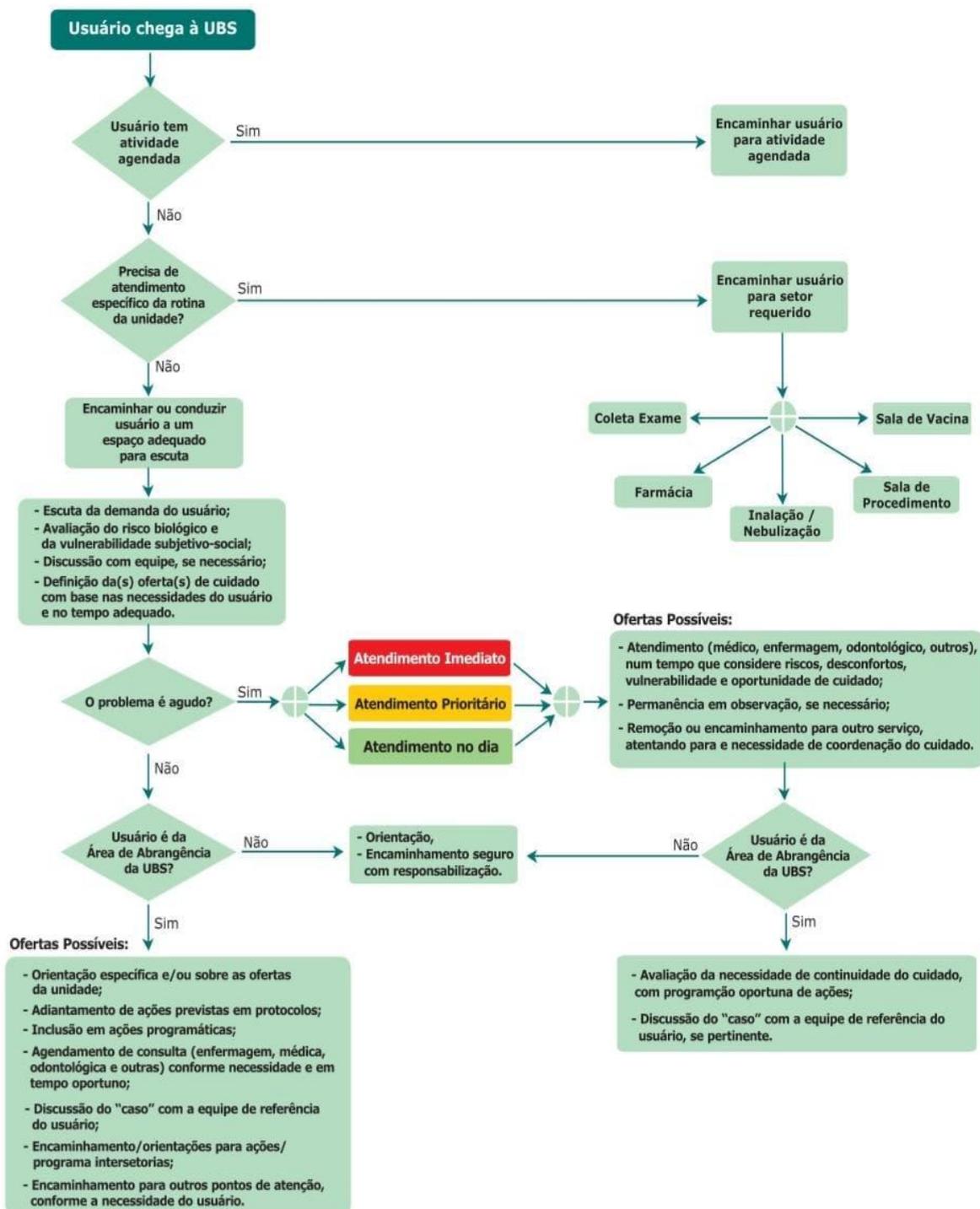
7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo de acolhimento aos usuários na UBS se inicia logo na chegada à unidade, em que é recebido pelos profissionais de saúde, sendo uma etapa crucial para que se possa criar um ambiente acolhedor e agradável. Neste momento é importante que se tenha uma abordagem humanizada com os pacientes, visando entender as demandas de cada um de maneira integral, o que de certa forma, influencia diretamente na qualidade dos atendimentos e conseqüentemente na satisfação e bem-estar dos usuários.

De acordo com o Ministério da Saúde (2013) a escuta e a análise das necessidades dos usuários nas unidades básicas de saúde, deve ser realizada em um espaço adequado. É importante que se tenha um local para que esses usuários sejam recebidos e devidamente direcionados, impedindo as grandes filas e esperas desnecessárias na recepção, além disso, os profissionais que recebem essas demandas devem ter a capacidade de identificar os riscos e as vulnerabilidade expostas ali, possibilitando um diálogo direto com os usuários (BRASIL, 2013).

De acordo com o fluxograma de atendimento na UBS proposto pelo MS (2013), deve-se ter em conta que sempre que necessário deve ser adaptado e ajustado, considerando a singularidade e demanda de cada unidade, para que possa facilitar o acesso, o atendimento e proporcionar uma escuta qualificada aos que estão a procura de atendimento.

Figura 1. Fluxo de Atendimento na UBS



Fonte: BRASIL (2013).

6.1 O Acolhimento na unidade básica de saúde

O acolhimento aos usuários ocorre pelas ESF, que na UBS estudada possui quatro equipes diferenciadas por cores (azul, verde, rosa, lilás), fazendo a cobertura de aproximadamente 18 mil habitantes. Os/as profissionais responsáveis por esta atividade são os/as técnicos/as de enfermagem que recebem os pacientes para uma primeira avaliação das suas necessidades e toma a decisão sobre qual deve ser o encaminhamento, para o médico ou enfermeiro.

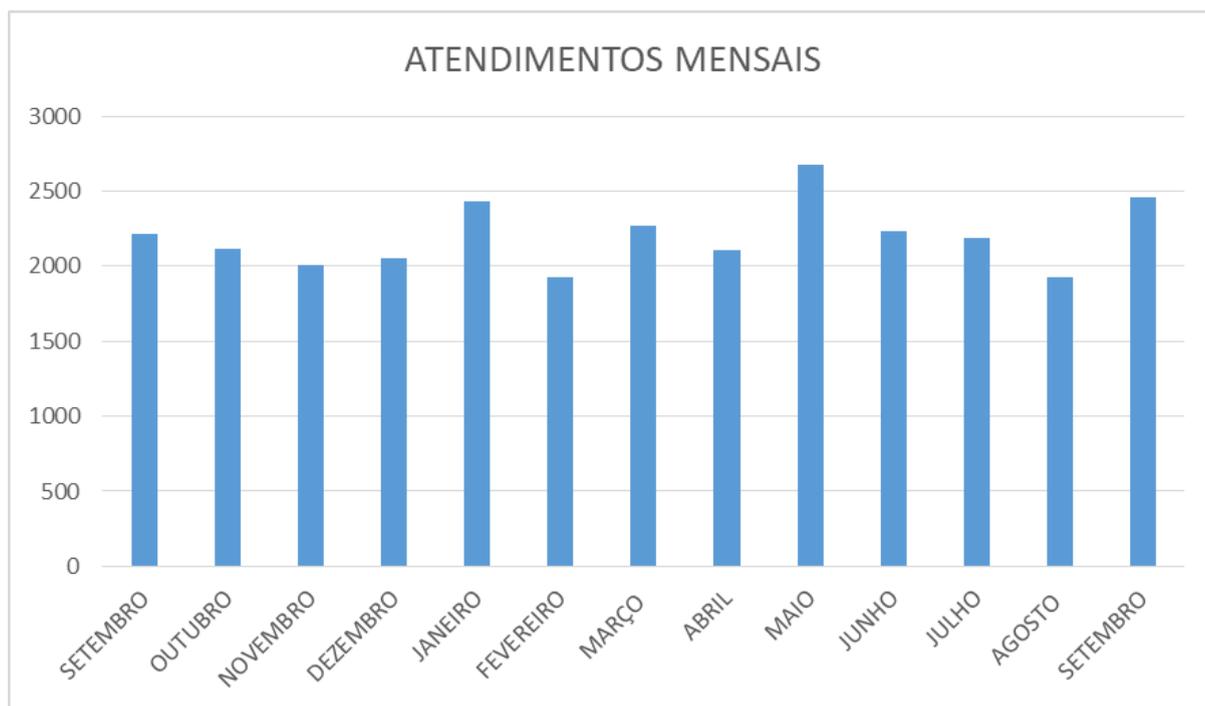
Muitos casos já são resolvidos no próprio acolhimento o que contribui para a redução do número de consultas e permite um atendimento mais rápido. O acolhimento na unidade em questão, ocorre nos turnos manhã e tarde, de segunda a sábado.

O acolhimento desempenha um papel fundamental na redução das demandas da unidade, com a identificação das necessidades de saúde do usuário, possibilitando a resolução imediata de questões simples que podem ser solucionadas sem necessariamente de uma consulta posterior. Parte das demandas espontâneas refere-se a situações que podem ser facilmente esclarecidas no momento do acolhimento, essas orientações também contribuem e estimulam o autocuidado dos pacientes, e desta maneira reduzindo as demandas relacionadas a condições evitáveis.

6.2 Atendimentos da unidade básica de saúde

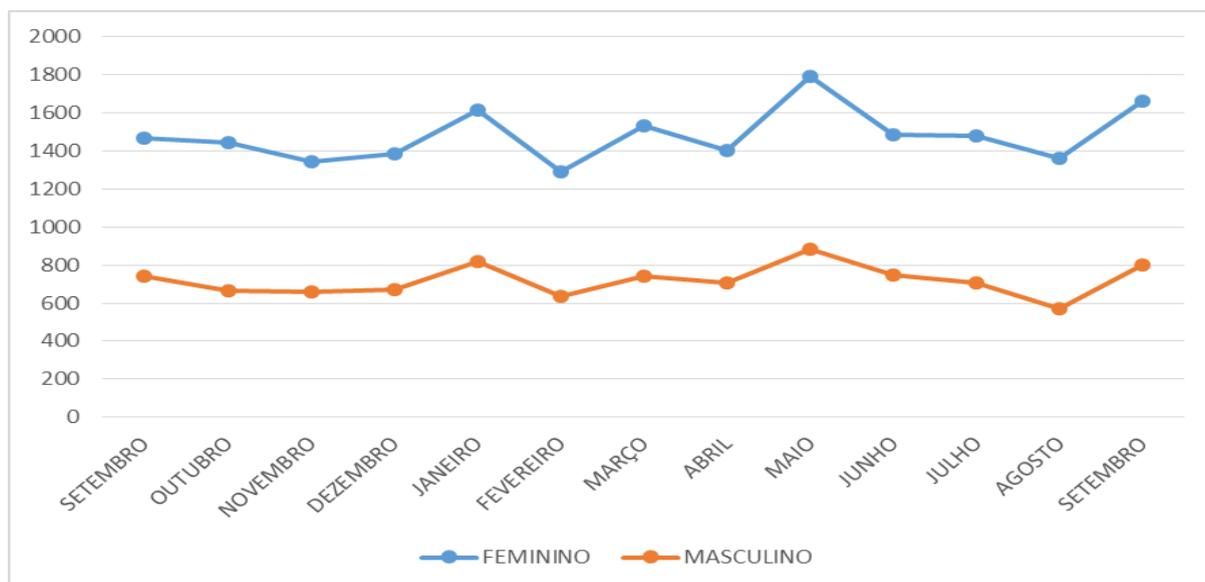
A partir dos dados coletados no e-SUS, no período de setembro de 2022 a setembro de 2023, é possível identificar os atendimentos proporcionados no acolhimento da unidade.

GRÁFICO 1- Número de atendimentos realizados na UBS, setembro de 2022 a setembro de 2023.



FONTE: e-SUS

De acordo com o gráfico 1, a unidade básica de saúde demonstrou uma alta frequência de atendimentos durante o período estudado. A partir de uma análise mensal, obteve-se variações na procura por atendimentos, podendo destacar que o mês de maio de 2023 foi aquele que apresentou maior frequência.

GRÁFICO 2 – Distribuição de atendimentos por sexo, setembro de 2022 a setembro de 2023

FONTE: e-SUS

O gráfico 2, descreve a distribuição de atendimentos por sexo e demonstra que o sexo feminino apresenta uma maior procura pelos serviços básicos de saúde do que o sexo masculino durante o período analisado. Este fato pode ser explicado por diversos fatores, como por exemplo as mulheres serem mais preocupadas e consciente com a própria saúde, enquanto que os homens apenas procuram a unidade em situações graves, já que o autocuidado e a prevenção de doenças são pouco valorizadas neste caso (GUTMANN, 2022).

Esse dado mostra que a distribuição da demanda por necessidade de sexo, é uma importante condição a ser considerada nos planejamentos de gestão, pois compreender essa distribuição destaca as disparidades.

TABELA 1 - Distribuição dos atendimentos realizados na Unidade de Saúde da Família, segundo faixa etária dos demandantes, de setembro de 2022 a setembro de 2023.

FAIXA ETÁRIA	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA
MENOS DE 1 ANO	1.422	4,9%
1 ANO	644	2,2%
2 ANOS	444	1,5%
3 ANOS	415	1,4%
4 ANOS	379	1,3%
5 a 9 anos	1.612	5,6%
10 a 14 anos	981	3,4%
15 a 19 anos	1.703	5,9%
20 a 24 anos	2.301	8,0%
25 a 29 anos	1.994	6,9%
30 a 34 anos	1.459	5,0%
35 a 39 anos	1.604	5,6%
40 a 44 anos	2.133	7,4%
45 a 49 anos	2.224	7,7%
50 a 54 anos	2.245	7,8%
55 a 59 anos	1.815	6,3%
60 a 64 anos	1.498	5,2%
65 a 69 anos	1.188	4,1%

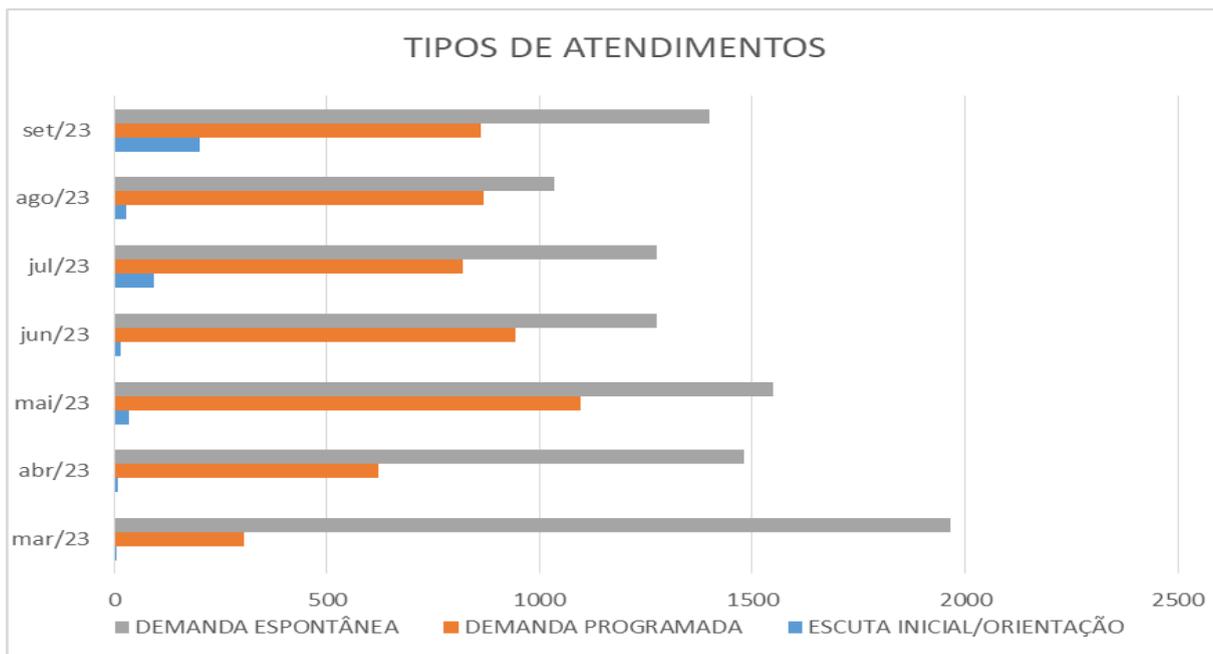
70 a 74 anos	966	3,3%
75 a 79 anos	728	2,5%
80 anos ou mais	782	2,7%
Total	28.632	100

FONTE: e-SUS

No que se refere a faixa etária, a Tabela 1 destaca uma notável concentração de atendimentos nos jovens adultos, na classe dos 20 a 24 anos (8,0%). Essa predominância pode estar relacionada a busca por cuidados preventivos, exames de rotina, consultas ginecológicas, alguns cuidados relacionados à saúde reprodutiva, especialmente por mulheres, além de buscas por tratamento e prevenção de doenças sazonais. A concentração desses indivíduos nas atividades de prevenção e promoção da saúde, enfatiza a importância dessa estratégia nas unidades básicas de saúde, este investimento contribui para melhores condições de vida dos usuários na idade adulta, e conseqüentemente na idade avançada (MARTINS, 2019).

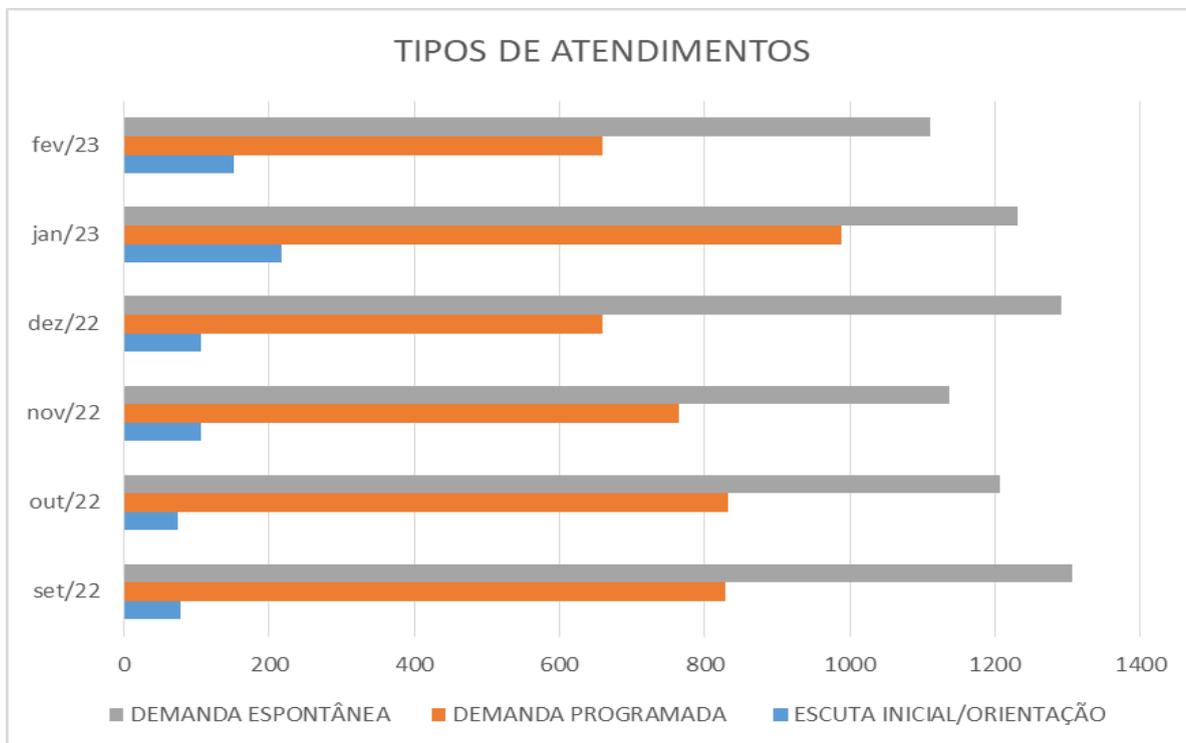
Portanto, dada uma procura excessiva nesta faixa etária, as unidades podem considerar o desenvolvimento de estratégias e mecanismos com o foco na prevenção de doenças que afetam diretamente os jovens adultos.

GRÁFICO 3 - Distribuição por tipos de atendimentos na UBS



FONTE: e-SUS

GRÁFICO 3 - Distribuição por tipos de atendimentos na UBS (CONTINUAÇÃO)



FONTE: e-SUS

Os gráficos 3 e 4, revelam uma representação dos tipos de atendimentos que são realizados na unidade, evidenciando as demandas programadas, demandas espontâneas e as orientações que passaram pelo acolhimento. A demanda espontânea é considerada aquela onde o indivíduo chega à unidade de saúde inesperadamente, sendo por eventos agudos, emergência médica ou alguma situação considerada de saúde pelo usuário, já a demanda programada é caracterizada por solicitações de atendimentos com agendamentos, muitas das vezes sendo relacionada a consultas médicas, exames, ou algum procedimento que exija planejamento prévio (CHAVEZ, 2021). As orientações que os usuários recebem no acolhimento, consistem em dar informações, esclarecimentos ou instruções para os indivíduos sem que tenham que passar por uma consulta médica. Essas orientações podem ter variedades, como por exemplo o esclarecimento sobre alguma medicação ou oferta da unidade, cuidados básicos de saúde. É importante que as orientações possam resolver dúvidas ou questões de forma eficiente e rápida (BRASIL, 2013).

É possível ver uma clara predominância nos atendimentos da demanda espontânea, no qual indica uma parcela significativa de usuários que busca por assistência de maneira inesperada, que pode ser dada por fatores como por exemplo sintomas inesperados ou emergências médicas. Ainda que essa demanda espontânea seja predominante, pode-se observar alterações nos atendimentos entre a demanda programada e as orientações durante o período estudado. Com base no gráfico, é evidente a importância de que a unidade crie estratégias para lidar com o excessivo volume de atendimentos da demanda espontânea, e assim garantir soluções em situações imprevistas.

A análise destaca também a relevância de estratégias para os atendimentos que são programados, para que visem a eficiência e a garantia da continuidade do cuidado dessas demandas.

Apesar das orientações refletirem em uma parcela menor nos atendimentos, elas desempenham um papel essencial na promoção da saúde, orientando os usuários a adotar mais medidas preventivas e assim manter um estilo de vida saudável. Os investimentos em atendimentos de orientações contribuem para uma

procura menor de demandas futuras, desta maneira reprimindo a progressão de condições de saúde mais graves.

É importante frisar que os dados não têm informações relacionadas à descrição de raça. Mesmo a caracterização racial sendo um fator relevante em diversos contextos na saúde pública, a falta dessa variável impacta na capacidade das realizações de análises acerca das disparidades ou determinantes sociais que são relacionados a raça. Apesar da Portaria nº 344, de 2017 (BRASIL, 2017), do Ministério da Saúde, no qual determina a coleta obrigatória do quesito raça/cor, esse quesito coletado pelos serviços de saúde, contribui para a identificação de determinantes do processo saúde-doença, desigualdades em saúde, além do impacto de ações e programas que ajudam a diminuir a inequidade (GERALDO, 2022).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acolhimento é tido como uma estratégia para mudar os processos de trabalho nos serviços de saúde, além de ser uma ferramenta para humanizar o máximo possível o atendimento e a recepção dos usuários nas unidades, pois é nesse momento em que o profissional cria uma relação de confiança com o paciente, sem este ato de acolhimento, dificilmente acarretará em um atendimento com qualidade, portanto o acolhimento se torna fundamental para os atendimentos nas unidades básicas de saúde.

É essencial a identificação das principais demandas e prioridades da população, para que as unidades sejam capazes de se reorganizar, respondendo às necessidades dos usuários, e dessa forma garantindo que a população tenha acesso aos serviços e ações quando necessário, de forma ampliada e consistentes, minimizando as desigualdades e conseqüentemente proporcionando melhorias nas condições de saúde de toda a população.

A partir disso, reconhecer quais são os problemas de saúde mais frequentes na população é primordial, pois é por meio dessa compreensão que é permitido identificar os problemas tanto individuais quanto coletivos, e desse modo subsidiar a tomada de decisão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: Campos GWS, organizador. Tratado de saúde coletiva. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC/FIOCRUZ; 2006. p. 783 - 836.

BARBOSA, Samara Frantheisca Almeida et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família em uma cidade do norte de Minas Gerais: um estudo descritivo, 2019-2020. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 31, 2022.

BARBOSA, Allan Claudius Queiroz; TASCA, Renato. Bases para uma Atenção Primária à Saúde integral, resolutiva, territorial e comunitária no SUS: aspectos críticos e proposições. APS EM REVISTA, v. 4, n. 3, p. 233-239, 2022.

BEZERRA, Raíra Kirily Cavalcante; ALVES, A. M. C. V. A importância do trabalho da equipe multiprofissional na estratégia saúde da família e seus principais desafios. Rev. Expr. Catól. Saúde, v. 4, n. 2, p. 7-15, 2019.

BISPO JÚNIOR, José Patrício; ALMEIDA, Erika Rodrigues de. Equipes multiprofissionais (eMulti): potencialidades e desafios para a ampliação da atenção primária à saúde no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 39, p. e00120123, 2023.

BITTAR, Olímpio J. Nogueira et al. Sistemas de informação em saúde e sua complexidade. Revista de Administração em Saúde, v. 18, n. 70, 2018.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. 16. ed. Organização de Alexandre de Moraes. São Paulo: Atlas, 2000.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Ministério da Saúde. 1. ed.; n. 28, v. 1. Brasília, 2013. Disponível em:<

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf>

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família -NASF. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em: 31 de outubro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização - PNH. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaus_2004.pdf>. Acesso em: 31 outubro de 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégia eSus Atenção Básica Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica – SISAB /BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília:Ministério da Saúde, 2013A. Disponível em:<<http://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2013/01/NT-07-2013-e-SUS-e-SISAB.pdf>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Nota Técnica Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previ-ne-Brasil-1.pdf>. Acesso em: 14ago. 2020.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria no 344, de 1o de fevereiro de 2017. Diário Oficial da União 2017; 2 fev.

BRASIL. Portaria nº 2.488, 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 União, n. 204, p. 55-55, 2011.

BROCARD D. et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. Saúde em debate. Rio de Janeiro, v. 42, nº 1, p. 130-144, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2018.v42nspe1/130-144/pt>. Acesso em: 31 de outubro de 2023

CHÁVEZ, Giannina Marcela et al. Teorização da demanda por profissionais e usuários da estratégia saúde da família: espontânea, programada, reprimida. Texto & Contexto-Enfermagem, v. 29, 2021.

CIELO, Ana Claudia et al. Implantação da Estratégia e-SUS Atenção Básica: uma análise fundamentada em dados oficiais. Revista de Saúde Pública, v. 56, 2022.

CODEPLAN–COMPANHIA, DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO. FEDERAL. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD) 2021. 2021.

COELHO NETO, Giliate Cardoso; ANDREAZZA, Rosemarie; CHIORO, Arthur. Integração entre os sistemas nacionais de informação em saúde: o caso do e-SUS Atenção Básica. Revista de Saúde Pública, v. 55, p. 93, 2021.

COELHO NETO, Giliate Cardoso; CHIORO, Arthur. Afinal, quantos Sistemas de Informação em Saúde de base nacional existem no Brasil?. Cadernos de Saúde Pública, v. 37, p. e00182119, 2021.

DA SILVA, C. S. S. L.; KOOPMANS, Fabiana Ferreira; DAHER, Donizete Vago. O Diagnóstico Situacional como ferramenta para o planejamento de ações na Atenção Primária a Saúde. Revista Pró-UniverSUS, v. 7, n. 2, p. 30-33, 2016.

DOS REIS PEREIRA, Hálaf Eusébio et al. Acolhimento em serviços de saúde mental: a atuação psicológica na perspectiva levinasiana. Semina: Ciências Sociais e Humanas, v. 43, n. 1, p. 99-112, 2022.

FACCHINI, Luiz Augusto; TOMASI, Elaine; DILÉLIO, Alitéia Santiago. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. Saúde em Debate, v. 42, p. 208-223, 2018.

Fausto, Márcia Cristina Rodrigues, and Gustavo Corrêa Matta. "Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas." EPSJV, 2007.

GARCIA, Ana Claudia Pinheiro et al. O trabalho em equipe na estratégia saúde da família. Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção, v. 5, n. 1, p. 31-36, 2015.

GERALDO, Rafael Marques et al. Preenchimento do quesito raça/cor na identificação dos pacientes: aspectos da implementação em um hospital universitário. Ciência & Saúde Coletiva, v. 27, p. 3871-3880, 2022.

GIOVANELLA L.; MENDONÇA M. H. M. de et. al. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella, L. (org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 575-625. Disponível em: <https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2021/04/cap16-APS-Giovanella-Mendonca.pdf>. Acesso em: 31 out. 2023.

GIOVANELLA, Ligia; FRANCO, Cassiano Mendes; ALMEIDA, Patty Fidelis de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?. Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, p. 1475-1482, 2020.

GUTMANN, Victoria Leslyê Rocha et al. Motivos que levam mulheres e homens a buscar as unidades básicas de saúde/Reasons that take women and men to seek the basic health units. Journal of Nursing and Health, v. 12, n. 2, 2022.

Hennington, E. A. (2005). Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, p. 256-265. <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/p6vvLB8N6CbmLZFF4SXdxXS/?lang=pt&format=pdf>.

LIMA-COSTA, M.; BARRETO, S. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 12, n. 4, p. 189-201, dez. 2003.

MACHADO, Michael Ferreira et al. CAMINHOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA NO NORDESTE. 2023

MARTINS, BÁRBARA EDUARDA PANELLI; PASSOS, Caroline Santos. DESAFIOS À PRÁTICA DO ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO BRASIL. Revista Integrativa em Inovações Tecnológicas nas Ciências da Saúde, v. 2, n. fluxocontinuo, 2019.

MARTINS, Maísa Mônica Flores et al. Acesso aos serviços de atenção primária à saúde por adolescentes e jovens em um município do Estado da Bahia, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 35, p. e00044718, 2019

MASSUDA, Adriano. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, p. 1181-1188, 2020.

MELO, Milena Vieira da Silva et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: análise de sua implantação em município de grande porte do nordeste brasileiro. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 26, p. e220358, 2022.

MENDES, E.V. Os Dilemas do SUS: Tomo II. Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora, 2001.

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 2023;

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p.898-906, maio-jun. 2005.

NATAL, Heloísa Furlan Montana Galvão et al. Humanização nos serviços de saúde: perspectivas de profissionais atuantes na atenção primária à saúde. Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, v. 26, n. 3, 2022.

PAULINO, Keytli Cardoso et al. Reflexões sobre o novo financiamento da atenção básica e as práticas multiprofissionais. Brazilian Journal of Development, v. 7, n. 1, p. 5362-5372, 2021.

PERUZZO, Hellen Emília et al. Clima organizacional e trabalho em equipe na estratégia saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 72, p. 721-727, 2019.

SALES, Orcélia Pereira et al. O Sistema Único de Saúde: desafios, avanços e debates em 30 anos de história. *Humanidades & Inovação*, v. 6, n. 17, p. 54-65, 2019.

SANTOS, M. Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, p. 309-314, 2003.

SARAIVA, Lucas Iago Marques et al. Sistemas de informação em saúde, o instrumento de apoio à gestão do SUS: aplicabilidade e desafios. *Revista Eletrônica Acervo Enfermagem*, v. 9, p. e6418-e6418, 2021.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. *Rev. Saúde Pública*, v. 31, n. 5, p. 538 - 542, Oct. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n5/2334.pdf>

SOUTO, L. R. F.; OLIVEIRA, M. H. B. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. *Saúde em Debate*, v. 40, p. 204-218, 2016. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-1104201600100204

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Tradução de Fidelity Translations. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002. 1.1

WA, NLM. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. 291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1). 2011.