



Protocolo de Atenção à Saúde

Protocolo do Acesso na Atenção Primária à Saúde do DF

Área(s): Atenção Primária à Saúde

Portaria SES-DF Nº 1274 de 22 de Novembro de 2018 , publicada no DODF Nº 238 de 17.12.2018 .

1- Metodologia de Busca da Literatura

1.1 Bases de dados consultadas

Foram consultadas, publicações do Ministério da Saúde, publicações de outros Estados da Federação, textos, publicações técnicas relevantes para o tema.

1.2 Palavra(s) chaves(s)

Atenção Primária à Saúde, Acesso, Acolhimento, Demanda Espontânea, Classificação de Risco, Avaliação de vulnerabilidade e Escuta Qualificada.

1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

Para seleção do material, utilizaram-se como período referenciado publicações de 2004 a 2017. Em resumo, foram consultados para elaboração deste protocolo os seguintes documentos: 08 Publicações e Portarias do Ministério da Saúde, 06 documentos de Secretarias de Saúde Municipais e do Distrito Federal, 02 livros e 05 artigos ou publicações de outros órgãos.

2- Introdução

O atendimento da demanda espontânea com equidade é um dos desafios para os profissionais que atuam na atenção primária, assim como para os gestores públicos. Para auxiliar nesse processo de reflexão destaca-se dois dos principais objetivos da APS: a ampliação do acesso e a continuidade do cuidado. Uma APS forte e resolutiva depende principalmente de um acesso facilitado, em que a pessoa vinculada àquela equipe consiga um atendimento quando precisar, no horário **compatível com a disponibilidade da equipe e do paciente** e com a forma de agendamento viável.

Há necessidade da busca pelo equilíbrio entre demanda e oferta de serviço, regulando o tempo de espera de forma a reduzir o absenteísmo do usuário, aumentar a resolutividade e proporcionar a longitudinalidade e conseqüentemente a organização da demanda.

Se a UBS hoje tem uma agenda com vaga somente para dois meses e dificuldade para atender as pessoas que procuram diariamente a unidade de saúde, há necessidade de reorganização do processo de trabalho e das formas de agendamento. Precisa-se romper barreiras e escutar o usuário em sua queixa, seus medos e suas expectativas; desta forma o profissional identificará riscos e vulnerabilidades, acolhendo também a avaliação do próprio usuário, respondendo a demanda daquele momento.

Esse é o modelo assistencial que se busca. Baseia-se na Estratégia de Saúde da Família (ESF) com ênfase na abordagem familiar e comunitária tendo como base a Política Nacional de Atenção Básica/MS₁ e a Política de Atenção Primária à Saúde do DF₂.

A existência de mais de uma modalidade de atenção no mesmo serviço, assim como a variedade na conformação das equipes geravam dificuldade na atuação dos profissionais, assim como no entendimento da população de como funcionam os serviços da APS no DF e quais serviços são ofertados.

A cobertura de ESF deve estar baseada em 3.750 (três mil setecentos e cinquenta) habitantes por equipe₃ (sendo no máximo 4.000 habitantes), com área delimitada. A necessidade de adscrição dos usuários é imprescindível para entre outras atividades a realização de diagnóstico de área e proposição de ações condizentes com as necessidades da população, organizando o acesso aos serviços de forma mais adequada.

O propósito da APS do Distrito Federal é que as equipes tenham os mesmos princípios de trabalho, onde o usuário, a família e a comunidade sejam o foco da atuação dos profissionais.

Como exemplo cita-se situações relacionadas ao acesso, que surgiram durante discussões técnicas realizadas em UBS do Distrito Federal e que foi um dos estímulos para a elaboração deste documento:

- Agendamento de consultas que ultrapassavam tempo de espera superior à um ou dois meses (quando estes usuários não fizerem parte dos programas da ESF);
- Dificuldade para atender as pessoas que procuram a UBS sem agendamento prévio independentemente da situação clínica e vulnerabilidade do indivíduo, mesmo tendo sobrado carga horária do profissional naquele período, com alegação de agenda completa (número de pacientes para o turno);
- Oferta de serviços desordenada e desconectada com o território e a necessidade da população;
- Atuação profissional direcionada a doença, sendo o usuário um mero espectador de seu próprio cuidado;
- Pacientes sem atendimento pela sua equipe no momento que necessita, buscando outros serviços de atenção primária, emergências dos hospitais ou UPAS;
- Absenteísmo elevado dos usuários as consultas pré-agendadas;
- Falta de integração entre os profissionais das próprias UBS;
- Falta de integração da APS com os serviços da atenção especializada, com os serviços de apoio diagnóstico e demais setores da rede, aumentando ainda mais a fragmentação.

Todas essas situações geram dificuldades e barreiras de acesso dos usuários aos serviços da atenção primária.

Diante disso faz-se necessário discutir a reorganização do processo de trabalho dos profissionais, as formas de acesso dos usuários e a organização da agenda das equipes da atenção primária em saúde e os fluxos dentro da rede de atenção.

As equipes precisam estar abertas para perceber as peculiaridades de cada situação que se apresenta, buscando junto a população: aliviar o sofrimento, melhorar e prolongar a vida, evitar ou reduzir danos, (re) construir a autonomia, melhorar as condições de vida, favorecer a criação de vínculos positivos, diminuir o isolamento e abandono⁴.

Para isso a SESDF está reestruturando a APS com ênfase na Estratégia Saúde da Família - ESF promovendo a conversão dos modelos tradicionais para equipes de ESF, conforme publicado nas Portarias do Distrito Federal nº 77 e 78 de fevereiro de 2017¹.

Tendo em vista que não há uma única forma dos serviços se organizarem, uma vez que temos comunidades com características e necessidades distintas, este documento se

¹ Disponíveis no DODF de 15 de fevereiro de 2017, páginas 4 a 8.

propõe a apresentar os princípios e diretrizes para nortear os profissionais e gestores na organização do acesso aos serviços de atenção primária.

3- Justificativa

Como a APS é o principal ponto de entrada do usuário ao Sistema de Saúde considera-se necessário subsidiar os profissionais quanto ao acesso aos serviços da APS; Este documento justifica-se por não existir Protocolo de Acesso e Acolhimento da Instituição para as Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal e pela necessidade de reorganização dos processos de trabalho das equipes de Estratégias de Saúde da Família, com as publicações da PORTARIA Nº 77, DE 14 DE FEVEREIRO DE 2017 que Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal² e PORTARIA Nº 78, DE 14 DE FEVEREIRO DE 2017 que Regulamenta o art. 51 da Portaria nº 77, de 2017, para disciplinar o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família⁵.

4- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)

Não se aplica

5- Diagnóstico Clínico ou Situacional

Para o diagnóstico situacional é necessário realizar, territorialização em saúde, identificação das necessidades da população adscrita, das vulnerabilidades e das potencialidades, análise de indicadores, revisão do processo de trabalho da equipe de saúde.

6- Critérios de Inclusão

Todas as equipes de atenção primária à saúde do Distrito Federal.

7- Critérios de Exclusão

Não se aplica

8- Conduta

A ampliação do acesso requer que ele ocorra em tempo oportuno e seja resolutivo. É imprescindível uma postura acolhedora, desburocratizada de todos os profissionais que atuam na unidade e que permeie qualquer atendimento realizado na UBS, no domicílio ou nos espaços comunitários.

É fundamental que os profissionais da APS estejam preparados para acolher o usuário que chegar a UBS, incluindo as demandas que não foram programadas, ou seja, as

eventualidades e os imprevistos. Esta ação poderá ser realizada por qualquer trabalhador da UBS. O modelo de distribuição de senhas por ordem de chegada deve ser totalmente eliminado.

Ao otimizar as práticas em saúde fortalecemos o vínculo com a população e entre os profissionais, melhoramos a resolução do atendimento e favorecemos à integralidade da atenção.

“A presença de diferentes formações profissionais, assim como um alto grau de articulação entre os profissionais, é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica; ”¹

Se olharmos para uma pessoa/um usuário para além da doença/queixa trazida perceberemos que as pessoas têm características diferentes, vivem em contextos familiares, sociais e econômicos diferentes, sendo assim as suas necessidades também são diferentes. O **acesso com equidade** deve ser uma preocupação constante no acolhimento da demanda espontânea.

“As necessidades das pessoas são diferentes, portanto, os tempos de consulta precisam ser diferentes.”⁶

“É prudente oferecer consultas mais rápidas para quem procura com problemas pontuais, e mais longas para casos mais difíceis, procedimentos ou visitas domiciliares. Ao oferecer uma consulta rápida, a UBS não está se transformando numa UPA, pois conhece o paciente e pode revê-lo brevemente, diferente do que acontece na UPA, na qual é atendido sem continuidade do cuidado”.⁶

Para a ampliação do acesso é necessário a mudança de postura e das práticas profissionais, além da participação da comunidade local (na identificação das necessidades e do que será ofertado pela UBS), o aprimoramento na gestão dos insumos e recursos, sejam eles materiais, humanos ou de estrutura física. O objetivo deve ser comum, o de prestar um atendimento resolutivo que impacte na saúde da população.

Segundo o Caderno de Atenção Primária à Saúde nº 28, publicado pelo Ministério da Saúde em 2011⁴:

“Não existe uma única e melhor forma de dar acesso a demanda espontânea para todos os contextos, ao contrário, há diferentes possibilidades de modelagens que podem permitir um acolhimento eficiente, principalmente ao propiciar

vinculação e responsabilização. [...] Vale salientar que a maioria das modelagens tem limites e potencialidades, a depender de fatores como o número de equipes da unidade, os profissionais que participam do acolhimento, as particularidades de cada população adscrita, a estrutura física e ambiência da unidade, entre outros”.

A Coordenação de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal apresenta como diretrizes², para o acesso dos serviços de APS do DF:

- Facilitar o acesso, a escuta e estimular uma postura acolhedora a todos os usuários e fornecer resposta adequada para cada caso;
- Planejar a organização do atendimento a partir da necessidade da população;
- Garantir que todos os profissionais conheçam o fluxo e as atividades desenvolvidas nas UBS;
- Atender a demanda espontânea durante todo o horário de funcionamento da UBS;
- Acolher os usuários independentemente de serem da área de atuação da UBS. No acolhimento considerar também as condições de vulnerabilidade individual, familiar e social para a definição da conduta;
- Fazer a **classificação de risco** e definir condutas baseada nos protocolos da SESDF;
- Realizar o primeiro atendimento às urgências e caso necessário encaminhar a outro ponto de atenção de acordo com as referências pactuadas;
- Estimular o usuário a ser protagonista em sua saúde e conhecer as ofertas da Unidade;
- Ter momentos para atendimento à demanda espontânea sem divisão da agenda de trabalho por programas. O restante do período para as consultas programadas podendo ou não ser organizada por linhas de cuidado sempre com horário marcado;
- Implantar o sistema de monitoramento de satisfação dos usuários;
- Mensurar a capacidade resolutiva das equipes, com base na análise de demanda do território e ofertas das equipes.

I. ANÁLISE DE DEMANDA DO TERRITÓRIO E OFERTAS DA UBS

² Conceito de Diretrizes: **Diretrizes** são **orientações, guias, rumos**. São **linhas** que **definem e regulam** um traçado ou um caminho a seguir. Diretrizes são **instruções ou indicações** para se estabelecer um plano, uma ação.

Sabe-se que a demanda na APS é complexa, tanto quantitativamente quanto qualitativamente, mas em geral não há uma avaliação mais sistematizada sobre as questões que o território apresenta.

A partir da análise do território pode-se construir um Projeto de Saúde no Território⁷ que deve iniciar-se pela identificação de uma área e/ou população vulnerável ou em risco. Tal identificação pode acontecer a partir de um “caso clínico” que chame a atenção da equipe.

Deve ser baseado na promoção da saúde, na participação social e na intersetorialidade, bem como na existência de demanda e na criação de espaços coletivos de discussão.

É no espaço coletivo em que comunidade, outros sujeitos estratégicos (lideranças locais, representantes de associações e/ou grupos religiosos, entre outros) e membros de outras políticas e/ou serviços públicos presentes no território poderão se apropriar, reformular, estabelecer responsabilidades e pactuar o projeto de saúde para a comunidade. É assim que o projeto terá sua finalidade e seu processo de implementação avaliados. O PST funciona como catalisador de ações locais para a melhoria da qualidade de vida e redução das vulnerabilidades num território determinado. O projeto de saúde do território busca estabelecer redes de cogestão e corresponsabilidade, instaurando um processo de cooperação e parceria entre os diversos atores sociais do território.

Um dos primeiros passos para organização do acesso facilitado nas UBS é realizar uma avaliação de quais os tipos de demanda e qual o percentual destas que chegam a unidade de saúde.

Para auxiliar nessa reflexão é crucial saber responder as seguintes perguntas:

- Qual é o número total de pacientes acolhidos no mês e desses quantos são de fora do território?;
- Quais os problemas de saúde mais frequentes?
- Quais as porcentagens de atendimentos de usuários portadores de condições crônicas, de condições agudas, de condições crônicas agudizadas e outros tipos de demanda?
- A demanda está concentrada em enfermidades³ ou doenças⁴?

³ Enfermidade é uma condição de sentir-se mal ou de sofrer difusamente, referindo-se, portanto, às percepções subjetivas das pessoas diante de uma situação de sentir-se doente (CONASS,2015).

⁴ Doença é uma condição do organismo e de parte dele que promove distúrbios em suas funções (CONASS,2015).

Segundo Mendes, 2014, apud BRASIL,2015⁸ os diferentes tipos de demanda identificados na APS podem ser agrupados em nove grupos, conforme as singularidades que suscitam na estruturação das respostas sociais a elas pela APS:

- demanda por condições agudas;
- demanda por condições crônicas agudizadas;
- demanda por condições gerais e inespecíficas;
- demanda por condições crônicas não agudizadas;
- demanda por enfermidades;
- demanda por pessoas hiperutilizadoras;
- demandas administrativas;
- demandas por atenção preventiva;
- demandas por atenção domiciliar;
- demandas por autocuidado apoiado.

Dependendo de como a APS está organizada (tipo de oferta e forma de organização de serviços), ela pode não ser capaz de dar respostas as demandas que surgirem.

Para isso são necessárias mudanças em processos básicos de organização dos cuidados redesenhando ou introduzindo novos processos como mostra o exemplo abaixo:

Tabela 01: Comparação entre as ações comumente ofertadas em UBS e as novas possibilidades de ofertas para ampliação do acesso⁵.

DEMANDA	OFERTAS EM UBS COM ACESSO RESTRITO	POSSIBILIDADES DE NOVAS OFERTAS QUE CONTRIBUEM PARA AMPLIAÇÃO DO ACESSO
<ul style="list-style-type: none"> • Por eventos agudos • Por condições crônicas não agudizadas • Por condições gerais e inespecíficas • Por enfermidades • De pessoas hiperutilizadoras • Demandas administrativas • Por atenção preventiva 	<ul style="list-style-type: none"> • Triagem • Consultas médicas • Consultas de enfermagem • Consulta odontológica • Trabalhos em grupo (frequentemente palestras) • Vacinação • Procedimentos em geral • Visitas domiciliares em algumas UBS 	<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento com escuta qualificada e ampliada • Avaliação/estratificação de risco e de vulnerabilidades • Consultas médicas • Consultas de enfermagem • Consulta odontológica • Grupos terapêuticos⁶ • Educação popular • Educação em saúde com estímulo ao autocuidado

⁵ Este quadro foi adaptado pelas autoras baseado em Mendes 2014, APUD BRASIL, 2015.

⁶ Grupos Terapêuticos: atividade profissional executada por profissional de nível superior em grupo de pacientes (grupo operativo; terapêutico), composto por no mínimo 05 (cinco) e no máximo 15 (quinze) pacientes, com duração média de 60 (sessenta) minutos, realizado por profissional com formação para utilizar esta modalidade de atendimento.

<ul style="list-style-type: none"> • Por atenção domiciliar • Por autocuidado apoiado 	<ul style="list-style-type: none"> • Dispensação de medicamentos • Solicitação, coleta ou realização de exames • Fornecimento de atestados de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Vacinação • Rastreamento de doenças • Atenção domiciliar⁷ • Dispensação de medicamentos • Solicitação, coleta ou realização de exames • Fornecimento de atestados de saúde • atendimentos compartilhados • Matriciamento de especialistas e generalistas • Atendimentos de outros profissionais • Práticas Integrativas em Saúde - PIS
---	--	--

II. SERVIÇOS DE LIVRE ACESSO

Considerando a Política Distrital da APS (Portaria nº77 de 14/02/17) e as diretrizes citadas acima, será livre o acesso aos serviços da APS independente de território, as seguintes situações:

- Situações agudas ou crônicas agudizadas: terá seu primeiro atendimento em qualquer UBS e por meio de encaminhamento responsável deverá dar continuidade na UBS próxima a sua residência;
- Procedimentos em geral, tais como: vacinação, nebulização, sutura;
- Medicações injetáveis, desde que apresentada a receita;
- Entrega de medicamentos: exceto medicamentos estratégicos e medicamentos sujeitos a controle especial, dispensados em unidades de referências indicados pelas regiões de saúde;
- Curativos que não necessitem de continuidade. O primeiro curativo poderá ser realizado em qualquer UBS, caso necessite ser repetido, o usuário será referenciado a UBS a qual está cadastrada e/ou vinculado;

O propósito da definição de diretrizes para acesso e das mudanças propostas na portaria nº77 para o funcionamento da UBS (ampliação do horário de funcionamento, definição da ESF como modelo de atenção da APS), é resolver a maior parte das necessidades em saúde na atenção primária.

Ao abrir mão de uma agenda fragmentada por faixas etárias ou programas, possibilita a inclusão de usuários que poderiam não ter acesso ao serviço por não se encaixar nos grupos específicos.

⁷ Atenção domiciliar: inclui assistência domiciliar, visita domiciliar, acompanhamento domiciliar, vigilância domiciliar e internação domiciliar.

Dentre as vantagens da ampliação do acesso temos:

- Agendar de acordo com a necessidade, respeitando a situação clínica e o tempo pertinente para espera, evitando sofrimento prolongado;
- Atender no horário agendado, diminuindo o tempo de espera e possibilidade de tumulto;
- Diminuir o prazo de espera por uma consulta agendada com a organização do acesso;
- Diminuir absenteísmo dos usuários, evitando desperdício de tempo do profissional;
- Possibilitar maior interação entre os profissionais;
- Organizar os fluxos de atendimento objetivando melhor acesso e uma melhor relação entre os usuários e os profissionais;
- Aumentar o grau de satisfação do profissional por intervir em situações que promovam o alívio do sofrimento do usuário.

III. ACOLHIMENTO

Considerando que a Atenção Primária deve ser capaz de resolver 85% das demandas apresentadas no território, utilizando-se de conhecimentos, protocolos, materiais e equipamentos que podem e devem estar disponíveis nesse tipo de serviço, as Unidades Básicas de Saúde e as equipes precisam estar preparadas para programar o acompanhamento das pessoas nas agendas dos profissionais e estarem abertas e preparadas para acolher o que não pode ser programado, as eventualidades, os imprevistos³.

Segundo Mendes (2011)⁹ uma mudança fundamental para se alcançarem interações produtivas entre as equipes de saúde e as pessoas usuárias dos sistemas de atenção está na busca de um equilíbrio entre a atenção à saúde não programada e a atenção à saúde programada.

Nesse sentido a proposta de mudança na forma de acolher o usuário constitui um elemento da mudança no processo de trabalho em saúde, com potencial de ampliar as práticas de cuidado. Momentos de necessidades dos usuários são fundamentais para a criação e fortalecimento de vínculos³.

O acolhimento em saúde se caracteriza pela forma de conduzir os processos de trabalho de modo a acolher, ouvir e dar respostas mais diretivas ao usuário, estabelecendo vínculo, por meio da prática da escuta qualificada, da responsabilização pela saúde do indivíduo e da articulação com outros pontos da rede¹⁰.

O acolhimento é uma forma de inclusão dos usuários, na medida em que pressupõe que não apenas determinados grupos populacionais (portadores de agravos mais prevalentes/ou recortados a partir de ciclos de vida) são objeto privilegiado do trabalho das equipes, mas também as pessoas que apresentam necessidades de saúde que não estão contempladas nesses critérios. Contempla adequadamente tanto a agenda programada quanto a demanda espontânea, abordando-se cada uma dessas situações segundo as especificidades de cada usuário.

i. Objetivos do acolhimento:

- Garantir acesso, avaliação e cuidado resolutivo;
- Organizar o atendimento à demanda espontânea por meio de definição de critérios clínicos e de vulnerabilidade;
- Desenvolver a escuta qualificada e ampliada centrada no usuário e família.

ii. Questões norteadoras para reflexão sobre processo de trabalho e para definição do modelo de acolhimento mais adequado a UBS:

Propõe-se algumas questões norteadoras, são elas³:

- Como realizamos o acolhimento em nossa unidade?
- Qual o caminho que o usuário faz até ser atendido?
- Que profissionais estão na “linha de frente” do acolhimento? Eles mudam em diferentes horários?
- O que ofertamos no acolhimento?
- O acolhimento é seguido de escuta qualificada? Quem faz?
- Como são as ofertas na UBS?
- Qual a distribuição das ofertas da UBS ao longo do dia e no decorrer da semana?
- Qual o perfil da demanda espontânea?
- O que as pessoas que estão cedo na UBS estão demandando?
- Quantas são em cada grupo de demandas?

- Essa distribuição varia ao longo do dia ou certos padrões de demandas se concentram em determinados horários?
- São demandas passíveis de serem negociadas para outros horários de menor movimento?
- O que não é atendido na UBS e por quê?
- Como é feito o encaminhamento dos casos não atendidos na UBS? (É feita a orientação verbal e encaminhado para outro serviço? É formalizado o encaminhamento por escrito e entregue ao usuário? É feito contato prévio com o serviço a qual o usuário será encaminhado?).
- Há articulação com a rede de serviços de saúde (sistema de referência e contra referência? Como funciona?

iii. Resultados esperados com o acolhimento:

- Ampliação da resolutividade da APS;
- Qualificação do atendimento;
- Detecção precoce de usuário com potencial de agravamento de sua condição clínica;
- Organização do processo de trabalho;
- Mudança no perfil da demanda, no decorrer do tempo;
- Aumento do grau de satisfação dos usuários e profissionais de saúde.

Ressalta-se que as Unidades Básicas de Saúde deverão assegurar o acolhimento e escuta ativa e qualificada dos usuários que a procuram de modo universal e sem exclusões, mesmo que não sejam da área de abrangência da unidade, com classificação de risco e encaminhamento responsável de acordo com as necessidades apresentadas, articulando-se com outros serviços de forma resolutiva sempre que necessário.

Dependendo da forma como o serviço será organizado ou de quem faça o acolhimento poderá ocorrer do mesmo servidor realizar o acolhimento e a classificação de risco.

Quando o usuário chegar a unidade com a consulta já agendada e por algum motivo, esta não puder ser realizada, o usuário deverá ser acolhido e sua consulta remarcada de acordo com a situação.

iv. Diretrizes para o acolhimento:

- O acolhimento ao usuário deverá ocorrer durante todo o período de funcionamento da UBS por qualquer profissional, sempre buscando otimizar as agendas dos profissionais.

- Os profissionais de saúde deverão realizar o acolhimento por meio de escuta ampliada e qualificada, que inclui reconhecer riscos e vulnerabilidades buscando facilitar o acesso, realizar ou acionar intervenções necessárias, conforme protocolos clínicos vigentes.
- A equipe deverá definir o modo como os diferentes profissionais participarão do acolhimento.
- O Agente Comunitário de Saúde (ACS) tem um papel importante no acolhimento por ser membro da equipe e pela sua inserção na comunidade em razão da sua prática profissional.
- As necessidades de saúde bucal também precisam ser apreciadas no acolhimento, podendo os profissionais que atuam no cuidado à saúde bucal também serem inseridos no processo de escuta qualificada, bem como os outros profissionais que realizam a primeira escuta precisam estar atentos para eventuais queixas que podem ter relação com a saúde bucal e necessitarem de uma avaliação específica.
- A realização da escuta qualificada não é prerrogativa exclusiva de nenhum profissional, devendo ser prática corrente de toda a equipe. Na definição do papel de cada membro da equipe no acolhimento deve-se considerar as atribuições de cada um dos profissionais da equipe de atenção primária conforme disposições legais que regulamentam o exercício de cada uma das profissões, salientando-se as atribuições comuns a todos os profissionais;
- A definição da conduta deverá seguir as diretrizes clínicas e os protocolos assistenciais da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e do Ministério da Saúde;
- Os profissionais deverão acolher e atender durante seu horário de trabalho independentemente da quantidade de atendimentos já realizados;
- A modalidade adequada para se desenvolver o acolhimento em uma unidade pode variar, de acordo com a quantidade de equipes que atuam em uma mesma unidade e de acordo com as características do território numa perspectiva populacional.

As informações obtidas no acolhimento, na classificação ou estratificação de risco e em cada atendimento deverão ser registradas em prontuário.

Encontra-se no anexo 01 uma planilha para gerenciamento do acolhimento, que deverá ser implantada pelas UBS para monitoramento de informações e organização do processo de trabalho.

v. Modelos de Acolhimento

Segue as possibilidades de organização do acolhimento que deverá ser avaliada pelos profissionais considerando o número de equipes na unidade, a realidade de cada território e a gestão de base populacional.

Possibilidades:

1) o enfermeiro de cada equipe realiza a primeira escuta, atendendo à demanda espontânea da população residente na sua área de abrangência e também os seus usuários agendados. Nessa situação o enfermeiro faz acolhimento e classificação de risco no mesmo momento; o médico faz a retaguarda para os casos agudos da sua área e também atende os usuários agendados;

2) mais de um profissional está simultaneamente realizando a primeira escuta dos usuários de sua área de abrangência organizando o acesso dos usuários num determinado momento e posteriormente assumindo suas demais atribuições;

3) o enfermeiro realiza a primeira escuta do acolhimento até determinada hora, momento em que também acolhe e classifica risco, a partir da qual desempenha outras atribuições, passando a primeira escuta do acolhimento a ser realizada pelo técnico de enfermagem, estando o enfermeiro e o médico na retaguarda.

4) em unidades com mais de uma equipe, o enfermeiro e/ou técnico de enfermagem de determinada equipe ficam na linha de frente do acolhimento, durante um turno ou o dia inteiro, atendendo os usuários que chegam por demanda espontânea de todas as áreas/equipes da unidade. O médico da equipe responsável pelo acolhimento do dia ou turno fica na retaguarda. Todos os profissionais da equipe de acolhimento ficam com suas agendas voltadas exclusivamente para isso. Os profissionais das outras equipes da unidade atendem os casos agudos em situações excepcionais em que a quantidade de pessoas com tal necessidade exceder a capacidade de atendimento da equipe do acolhimento do dia ou do turno.

5) em unidades com mais de uma equipe também é possível o enfermeiro acolher todos os usuários independente da área, e encaminha o usuário para o médico da equipe correspondente.

6) em unidades com mais de uma equipe também é possível a equipe de acolhimento ser composta por profissionais das diversas equipes; exemplo: técnico de enfermagem da equipe A, enfermeiro da equipe B e médico na retaguarda da equipe C. Essa escala pode ser alterada a cada turno ou dia.

7) cada enfermeiro acolhe os usuários de sua área adscrita em horário predeterminado, no momento seguinte um dos enfermeiros continua fazendo acolhimento de

todos os usuários que chegam a UBS e os demais enfermeiros assumem outras atividades junto a sua equipe. Assim cada dia um dos enfermeiros da UBS ficará sem atendimento agendado. Haverá na retaguarda um médico para atender os casos agudos independentemente da área de abrangência da equipe. Esta forma de organização exige uma comunicação mais intensa entre os membros da equipe e incorporação de ferramentas para facilitar a gestão das agendas.

8) em unidades com quatro ou mais equipes, pode-se formar “duplas” de equipes em que uma apoia a outra. Alterna-se os horários dos profissionais de modo a uma dar cobertura para a outra. Por exemplo: O médico da equipe A pode ser escalado no mesmo horário do enfermeiro da equipe B e vice-versa. Esse modelo possibilita preservação do vínculo do usuário com algum profissional da sua equipe de referência.

IV. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E AVALIAÇÃO VULNERABILIDADE

A estratégia para atender várias pessoas que tenham necessidades distintas é a adoção da classificação de risco e avaliação de vulnerabilidades³, pois possibilita identificar as diferentes gradações de risco, as situações de maior urgência e, com isso, realizar as devidas prioridades.

A classificação de risco e a avaliação de vulnerabilidades orientarão não só o tipo de intervenção (ou oferta de cuidado) necessário, como também o tempo em que a ação deve ocorrer.

Diferentemente de outros pontos de atenção à saúde, os protocolos de classificação de risco na APS devem ser ajustados para atender a seus princípios, exigindo um olhar diferenciado por parte dos profissionais, o qual leve em consideração algumas observações:

- Há possibilidade de mudança no grau de risco de um usuário por isso a classificação precisa ser dinâmica.

- Pessoas que comparecem a UBS com problemas clinicamente simples, de baixo risco é adequado ofertar ou programar outras possibilidades de cuidado. Ou seja, não basta olhar o risco biológico, uma vez que há condições que aumentam a vulnerabilidade das pessoas.

- Pode haver necessidade de mais de um tipo de intervenção (oferta de cuidado) no mesmo dia ou de programar outra (s) intervenção (ões) em dia posterior.

- Existindo condições de grande vulnerabilidade avaliar a possibilidade de as intervenções serem realizadas no mesmo dia, agendadas para data próxima ou deve ser construído um projeto terapêutico singular, em curto prazo, mesmo com risco biológico baixo.

– As situações não previstas fazem parte da rotina. Como por exemplo no dia em que a quantidade de atendimentos for abaixo do esperado, os profissionais podem atender pessoas que, em outros momentos de maior demanda, seriam agendadas para atendimento posterior. Essa atitude otimiza a agenda, responde mais rapidamente às necessidades e pode aumentar a vinculação.

É oportuno lembrar ainda que, em qualquer situação, a vulnerabilidade deve ser considerada, com o cuidado de perceber se isso deve ser focado de imediato ou num momento posterior (se há alto risco de vida, a prioridade é a preservação da vida)³.

No momento do acolhimento o profissional de saúde deve ter um olhar ampliado, atento à realidade e ao contexto de sua população, sabendo identificar as particularidades e singularidades a fim de adotar a conduta necessária e adequada a cada caso específico. **Se forem considerados apenas os fatores biológicos no acolhimento, não será possível garantir a saúde em sua complexidade e o acesso de acordo com a real necessidade do sujeito.**

Apesar disso, dentro da classificação de risco na APS os fatores biológicos são considerados em primeiro plano, definindo a prioridade do atendimento. Contudo, é necessário que o profissional tenha tato, bom senso, competência técnica e sensibilidade para reconhecer situações que exijam uma abordagem para além daquelas ações determinadas nos protocolos estabelecidos, com vistas à garantia do princípio da equidade.

O acesso de indivíduos e grupos aos serviços de saúde pode ser dificultado devido ao contexto social, vulnerabilidades e riscos sociais, que compõe parte dos determinantes sociais de saúde. Segundo a Política Nacional de Assistência Social¹¹, algumas particularidades devem ser consideradas, tais como:

- famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade (ex.: pessoa em situação de rua, imigrantes);
- ciclos de vida⁸ (ex.: crianças, adolescentes, idosos);
- identidades estigmatizadas em termos étnico, cultural e sexual (ex.: negros, ciganos, indígenas, homossexuais, transexuais, travestis);
- desvantagem pessoal resultante de deficiências (ex.: deficiente visual, deficiente auditivo, deficiente físico, deficiente cognitivo);

- exclusão pela pobreza e, ou, no acesso às demais políticas públicas (ex.: insegurança alimentar e nutricional, moradia precária, ausência de saneamento básico, baixa escolaridade);
- uso de substâncias psicoativas (ex.: usuário de drogas, alcoolista);
- diferentes formas de violência advinda do núcleo familiar, grupos e indivíduos (ex.: violência doméstica, violência contra criança e adolescente, homofobia, racismo, tentativa de suicídio);
- inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal e informal (ex.: vendedores ambulantes, trabalhadores domésticos informais, autônomos, desempregados);
- estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social (ex.: profissionais do sexo, catadores de lixo).

Segundo a Política Nacional de Assistência Social (2004) determinados ciclos de vida já são considerados vulneráveis por si. Para a saúde apenas o fato de um indivíduo estar na faixa etária de determinado ciclo de vida não significa que ele será vulnerável. Há necessidade de avaliar a situação clínica e de vulnerabilidade que possa agravar a saúde do indivíduo independente do ciclo de vida.

Além disso, há outros determinantes sociais e de saúde que implicam na avaliação da vulnerabilidade, tais como:

- Crise familiar: como exemplo: desemprego, analfabetismo, nascimento de filho, divórcio, síndrome do ninho vazio, situação de extrema pobreza e não ter transferência de renda;
- Fatores de risco familiar: família uniparental, doença crônica incapacitante, membro da família acamado, abuso sexual;
 - Desnutrição;
 - Beneficiários do bolsa família;
 - Faltas consecutivas (ausências) às consultas programadas;
 - Mulheres em idade fértil que não realizam exames preventivos há anos;
 - Adolescente ativo sexualmente sem uso de preservativo;
 - Pessoas que trabalham durante todo o horário de funcionamento UBS e “aproveitam” uma folga para comparecer. Nesse caso podem ser oferecidos ou programados outros serviços além daquele que motivou a procura.

A forma de organização do acolhimento será definida pelos profissionais das equipes (entende-se eSF e eSB) e deverá ter uma abordagem integral do usuário.

Os profissionais de saúde da UBS devem ficar atentos às necessidades de saúde bucal dos usuários e ter ciência da classificação de risco das urgências odontológicas e do fluxo do usuário para a odontologia. Do mesmo modo, os profissionais da Equipe de Saúde Bucal devem estar envolvidos no processo de acolhimento não somente no que diz respeito às questões da odontologia.

As reuniões estruturadas de equipe são imprescindíveis para planejamento, organização e avaliação de como está funcionando o processo de trabalho, incluindo o acolhimento, assim como momentos para a pactuação dos critérios e sinais que sirvam de subsídios para a classificação de risco e vulnerabilidade.

O acolhimento assim como a realização da classificação de risco na APS implica numa mudança do modo de organizar as agendas de trabalho e o fluxo na UBS. Precisa-se de planejamento e gestão das agendas de forma a contemplar as diferentes situações e garantir a retaguarda à demanda classificada como “do dia”.

Ainda assim, pode haver dificuldades na classificação do risco, que pode ser por uma fragilidade técnica, por falta de aceitação ou suporte dos colegas de trabalho (falta de retaguarda). Por isso a importância de monitorar as formas de acesso aos serviços da UBS, as formas de agendamento e os demais processos. Ajustes são necessários e sempre serão, uma vez que o território é dinâmico assim como a população com suas características e necessidades. Cabe então aos serviços se ajustarem as novas necessidades. Nas reuniões de equipes pode-se realizar o planejamento estratégico, aplicar a matriz de intervenção do PMAQ ou outro instrumento de intervenção, avaliar a implantação e qualificação das ações previstas na Carteira de Serviço do DF, além de pactuar capacitações seguindo as orientações técnicas dos protocolos da Instituição.

Segundo a portaria nº 77 a classificação de risco deverá ser realizada preferencialmente pelo profissional Enfermeiro⁹ e, na sua ausência, outro profissional de nível superior, seguindo normas e protocolos vigentes, buscando ambiente reservado para escuta e atendimento.

Os casos de urgências médicas e odontológicas deverão ter seu primeiro atendimento garantido na UBS, independentemente do número de consultas agendadas e realizadas no período, e caberá à UBS, o contato imediato com outro ponto de atenção a fim de prover atendimento adequado à situação.

⁹ O enfermeiro está habilitado para atender a demanda espontânea embasado pela lei do exercício profissional 7498/86 federal, PNAB, resoluções do COFEN 195/97 e 153/93.

Para fins de classificação dos casos de demanda espontânea na atenção primária seguiremos o modelo elaborado pelo Ministério da Saúde e publicado no Caderno de Atenção Básica (CAB) Acolhimento a demanda espontânea, volume II¹² que aborda as queixas mais comuns na Atenção Primária.

V. CLASSIFICAÇÃO DOS CASOS DE DEMANDA ESPONTÂNEA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Em relação à definição de intervenções segundo a classificação da necessidade do usuário (mediante avaliação de risco e vulnerabilidades), sugere-se classificá-las em “Não Agudo” (intervenções que podem ser programadas) e “Agudo” (intervenções onde o atendimento precisa ser imediato, atendimento prioritário ou no dia).

Tabela 2: Classificação da demanda espontânea na atenção primária

DEMANDA ESPONTÂNEA	SITUAÇÕES ENCONTRADAS	EXEMPLO DE NECESSIDADES DOS USUÁRIOS	CONDUTAS POSSÍVEIS
SITUAÇÃO NÃO AGUDA	Necessidades assistenciais sem queixa clínica	Renovação de receitas, solicitação de exames, atestado de saúde, mostrar exames, solicitação de relatório médico, agendamento de consulta de rotina.	Orientação específica e/ou sobre ofertas da UBS. Realização de ações previstas em protocolos. Agendamento e programação de intervenções ¹⁰ .
	Prevenção e promoção à saúde	Orientação sobre ações de promoção e prevenção à saúde – grupos, práticas integrativas, higiene bucal.	
	Questões administrativas	Cadastramento e atualização de cadastro, cartão SUS, bolsa família, retirada de medicamentos.	
	Procedimentos em geral	Vacinação, curativo, injetáveis, retirada de pontos.	
SITUAÇÃO AGUDA OU CRÔNICA AGUDIZADA	Queixas agudas	Infecções respiratórias, infecções urinárias, traumas, abscesso, dor de dente, dor de ouvido, RISCO DE SUICÍDIO.	Atendimento imediato , necessita de intervenção imediata da equipe, com a presença do médico. Alto Risco
	Agudização de condições crônicas	Dor severa, Pressão sanguínea elevada, Parada cardiorrespiratória, crise asmática	
	Sofrimento agudo	Crise asmática leve e moderada, crise de	

¹⁰ Vale salientar que a conduta e o tempo para agendamento devem considerar a história do usuário, a vulnerabilidade e o quadro clínico.

		ansiedade, suspeita de doenças transmissíveis, suspeita de violência	Atendimento prioritário Risco Moderado Necessita intervenção breve da equipe. Influencia na ordem do atendimento.
	Queixas crônicas	Disúria, tosse sem sinais de risco, dor lombar leve	Atendimento no dia Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante. Manejo no mesmo dia. A escolha do profissional para atendimento dependerá da situação e dos protocolos locais.

Fonte: BRASIL, 2013a.

VI. FLUXO DO USUÁRIO NA UBS

Os usuários que procurarem a UBS serão acolhidos e orientados quanto ao fluxo na UBS de acordo com a sua demanda; e dependendo da situação direcionados para avaliação de risco e vulnerabilidade. Após a escuta qualificada, será definida a conduta adequada que poderá ser atendimento imediato, agendamento e/ou encaminhamento responsável à UBS de referência. A marcação de consultas por demanda programada ou espontânea deverá estar disponível diariamente, durante todo o período de funcionamento da UBS.

i. Fatores que interferem no fluxo dos usuários na UBS:

- Estrutura física da UBS;
- Número de equipes na UBS;
- Perfil do Profissional que realiza o acolhimento e a classificação de risco;
- Situação de risco e vulnerabilidade da população;
- Pressão assistencial da população.

Os fluxogramas a seguir buscam representar o fluxo dos usuários na UBS, partindo do pressuposto de que esta estará aberta para o acolhimento com espaço adequado para

escuta, análise, definição de oferta de cuidado com base na necessidade de saúde e, em alguns casos, intervenções.

O espaço destinado para a escuta não precisa ser necessariamente uma sala exclusiva para esse fim.

Como todo padrão recomendado, faz-se necessário ajuste para adequação a realidade com características singulares. Independentemente do local e de quem atue na escuta qualificada e ampliada tem que ser assegurado que:

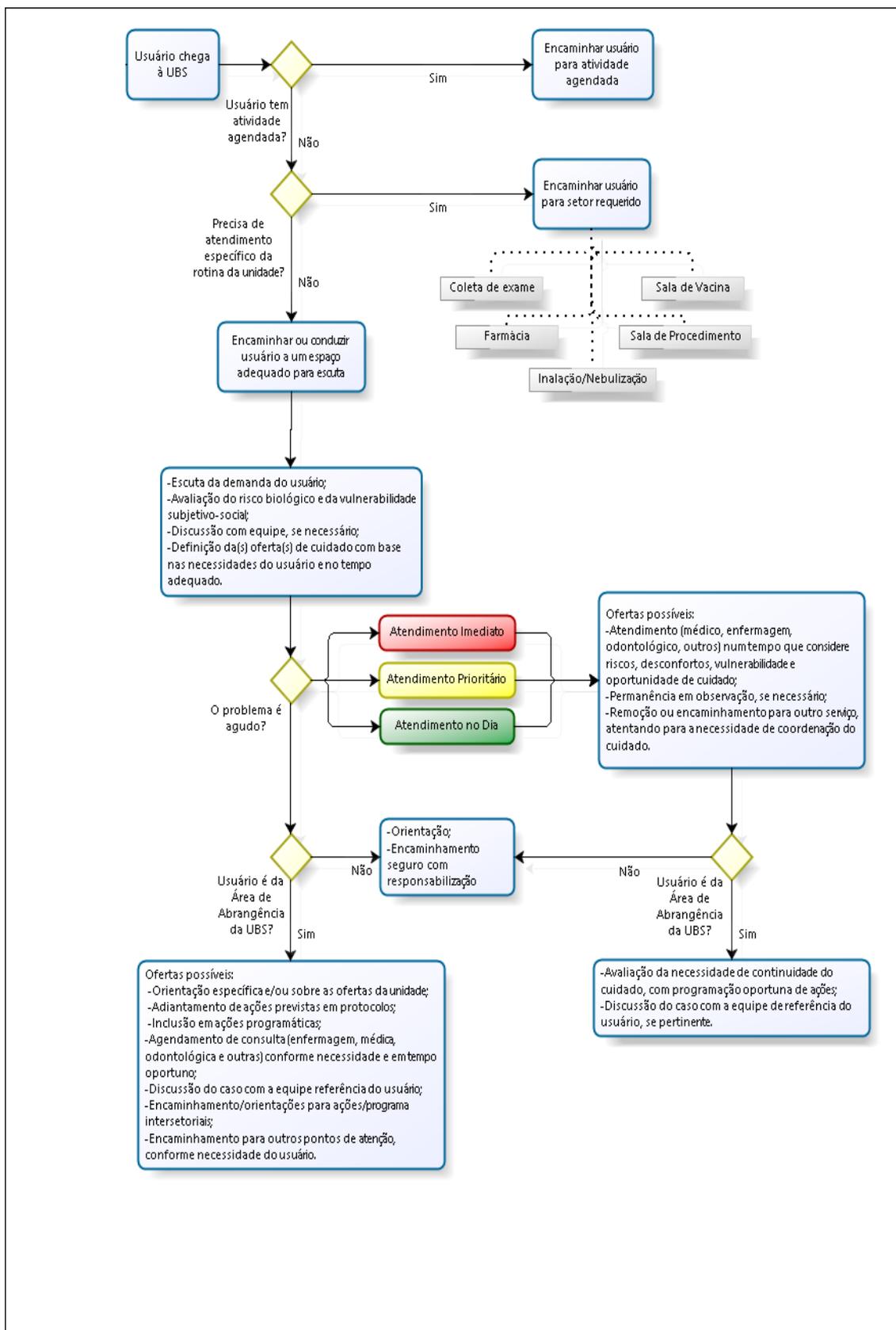
1) usuários com atividades agendadas ou da rotina da unidade devem ser recebidos e direcionados corretamente; por isso a importância de todos que trabalham na UBS conhecerem o funcionamento da unidade;

2) situações imprevistas sejam acolhidas e dado o devido encaminhamento;

3) profissionais encarregados de escutar as demandas que cheguem espontaneamente (sem agendamento prévio) devem ter:

- capacidade de analisá-las (identificando riscos e analisando vulnerabilidade),
- clareza das ofertas de cuidado existentes na UBS,
- possibilidade de diálogo com outros colegas,
- algum grau de resolutividade e
- respaldo para acionar as ofertas de cuidado em tempos e modos que considerem a necessidade dos usuários.

Figura 1: Fluxo do usuário na UBS

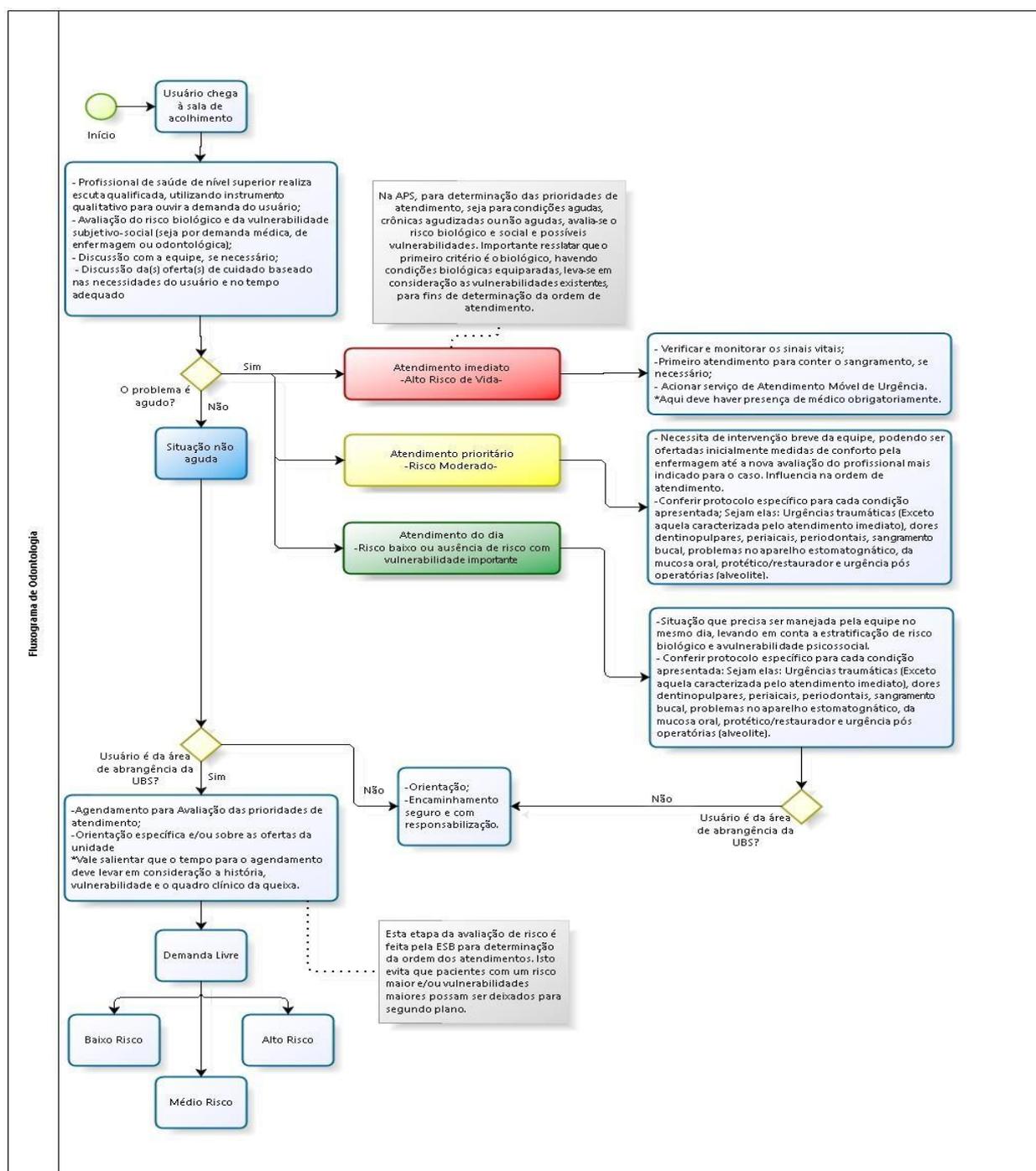


Fonte: BRASIL, 2013.

Com o propósito de auxiliar os profissionais na organização do fluxo dos usuários na UBS, descrevemos com mais detalhes o diagrama anterior:

- O usuário chega a UBS para uma atividade agendada ou da rotina da unidade (ex. vacina, curativo). Qualquer profissional de saúde pode acolhe-lo e direcionar para o local correto. Deve-se evitar esperas desnecessárias pois tente a ser potencial para conflito.
- Quando o usuário chega a UBS sem atendimento agendado (demanda espontânea) deverá ser acolhido por qualquer profissional da área de saúde e direcionado ao profissional que estiver realizando a classificação de risco (qualquer profissional de saúde que tenham sido capacitado para esta atividade) identificando as vulnerabilidades onde será definida a prioridade do atendimento, para realização dos primeiros cuidados e ofertas possíveis.
- Se na classificação de risco for detectado uma situação aguda o usuário seguirá para atendimento específico (imediato, prioritário ou no turno seguinte) independentemente do local de moradia. Sendo o usuário da área de abrangência será avaliado a necessidade de continuidade do cuidado (longitudinalidade); se não for da área, fazer orientações dos cuidados em saúde e encaminhar a UBS de referência.

Figura 2: Fluxo do usuário na UBS para queixas odontológicas



Fonte: Quadro elaborado pelas colaboradoras alunas da especialização multiprofissional, ESCS, 2017.

VII. CONSTRUÇÃO DA AGENDA

A ampliação do acesso, a implantação do acolhimento e da classificação de riscos e avaliação de vulnerabilidades são ferramentas utilizadas na APS com o objetivo de aumentar a resolutividade clínica e a capacidade de cuidado com um escopo diversificado

de ofertas de cuidado, tendo como propósitos: a diminuição do sofrimento e da dependência dos usuários, a (re) construção de graus progressivos de autonomia, a capacidade dos usuários de gerir a própria vida (com apoio e suporte dos profissionais de saúde e das redes de cuidado sociais e comunitárias).

Para tal é importante associar práticas tradicionais a outras estratégias, incluindo grupos educativos variados, oficinas, práticas corporais e de autocuidado, atividades lúdicas e laborais.

Existem várias formas de se organizar uma agenda, mas a escolha do modelo requer o entendimento da demanda e das características da população adstrita.

Além disso é importante que se defina a oferta, desconstruindo a lógica do modelo medicocentrado e levando em conta as atribuições, fragilidades e potencialidades de cada membro da equipe, além da visão dos representantes dos usuários. É importante observar também o papel da APS nas situações agudas e crônicas agudizadas. A forma como cada equipe se organiza interfere no funcionamento da UBS, por isso a necessidade de articulação e pactuações entre as equipes.

A construção da agenda de trabalho pela equipe fortalece sua autonomia e favorece a capacidade de pensar e atuar sobre seus processos de trabalho. Para auxiliar na construção dessa agenda pode-se realizar um levantamento de dados dos sistemas de informação, colher dados junto aos Agentes Comunitários de Saúde, ter conhecimento das linhas de cuidado propostas pelo DF, conhecer as principais queixas e necessidades dos usuários, rever a frequência de retornos dos usuários, se dispôr a observar e ouvir as necessidades relatadas durante as visitas domiciliares e atividades de grupo – tudo isso pode ser usado como subsídio para o planejamento da equipe e organização da agenda de trabalho de todos.

O usuário que apresentar doença crônica deverá ter o seu risco estratificado considerando os fatores de risco adicionais, aspectos sócio econômicos, características do estilo de vida dentre outras questões pontuadas em protocolos específicos. A presença de riscos adicionais aumenta o potencial de risco do paciente. Como exemplo pode-se citar: uma equipe identifica 250 pessoas como hipertensas, dessas 100 estão em uso de medicamentos da forma adequada, exames dentro dos padrões de normalidade, realizam atividade física e alimentação adequada, as demais 150 apresentam comorbidades, dessas 50 com lesão de órgão alvo e com dificuldade na adesão ao tratamento. Fica claro que as necessidades de acompanhamento da equipe de saúde são diferentes, portanto a frequência e tempo de atendimento para as consultas serão diferentes. A partir da estratificação será possível avaliar as necessidades em saúde e as ofertas possíveis para o acompanhamento adequado a cada caso.

A partir do momento que a equipe passar a incorporar novas formas de organização, algumas informações serão necessárias para adequar as demandas provenientes da população usuária. Para isso será necessário o monitoramento de algumas ações:

I - Quais as atividades presentes na Carteira de Serviços da APS₁₃ que são oferecidos na unidade?

II – Número total de pacientes acolhidos no mês e desses quantos são de fora do território;

III – Número total de pacientes que passaram pela classificação de risco no mês;

IV - Intervalo médio entre a demanda espontânea por consulta ou procedimento e a data agendada (tempo médio de espera para agendamento e realização de consulta);

V - Proporção de faltosos às consultas previamente agendadas;

VII – Qual o horário de maior demanda: concentração de demanda na UBS ou maior demanda para consultas na UBS?

VIII – Número de usuários encaminhados para outros pontos da rede, qual o motivo e o ponto da rede que o usuário foi encaminhado.

Os usuários serão atendidos preferencialmente por sua própria equipe com o objetivo de estimular a formação do vínculo e de proporcionar uma atenção integral e longitudinal ao usuário. A construção do vínculo favorece uma maior adesão aos tratamentos e obtêm-se melhores resultados terapêuticos, mas na impossibilidade de esta atender e se a situação não puder aguardar, outra equipe atenderá.

A organização da agenda deverá contemplar atendimentos individuais, atenção/visitas domiciliares, reuniões de equipe, atividade de matriciamento e de educação em saúde e outras atividades que a equipe considere necessária. Desses atendimentos alguns serão pré-agendados e outros virão por demanda espontânea. Deve haver um equilíbrio entre essas duas, sendo recomendado um percentual mínimo de 50% dos horários de consulta, para atendimento a demanda espontânea. Proposição de agenda:

- reuniões de equipe - 2h/semanais

- atendimentos coletivos - 2h/semanais ou a cada 15 dias
- atenção domiciliar - 4h/semanais
- atividade de matriciamento e de educação em saúde - 2h/semanais
- atendimentos individuais - 30h/semanais (15h para demanda espontânea e 15h para demanda programada).

É bom salientar que a organização da agenda de trabalho e os serviços ofertados devem ser flexíveis, e que sofrem alterações à medida que ocorrem mudanças no perfil da população e do tipo de demanda que chega a UBS.

O modelo de organização do serviço por equipe e não por profissional, possibilitará o atendimento integral e avançado a saúde da população, respeitando os atributos da APS.

A gerência responsável pela unidade deve conhecer o processo de trabalho e as agendas das equipes, garantindo o atendimento mínimo recomendado conforme a portaria nº 77, de 14/02/17.

Quanto as ações que devem ser contempladas na agenda semanal dos profissionais, considera-se importante observar alguns pontos:

A) Reunião de equipe

Trabalhar questões relacionadas ao funcionamento da UBS exige uma integração e reuniões sistemáticas entre os membros da equipe para avaliação permanente do processo de trabalho e reajustes. Além de tudo que já foi exposto, segue pontos que precisam ser pensados e discutidos nas referidas reuniões para um melhor funcionamento da Unidade:

- Avaliação contínua do processo de atendimento para verificar se os objetivos estão sendo alcançados;
- Ter claramente definidas atribuições gerais da equipe técnica e específicas à cada categoria profissional;
- Educação permanente, que pode ser realizada pelos membros da equipe ou profissional externo a equipe;
- Relacionar as ofertas da UBS de acordo com o perfil da população e utilizando como documento base a Carteira de Serviço do DF¹³;
- Pactuação de fluxos internos e externos;
- Discussão de casos e elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS) e/ou coletivo;
- Monitorar o Projeto de Saúde no Território, ajustando-o se necessário.

As reuniões devem ter data, hora e pauta (s) definida (s); registradas juntamente com os nomes dos presentes, ausentes (e motivo da ausência), principais pontos discutidos e encaminhamentos.

B) Atenção Domiciliar

A atenção domiciliar (AD) é uma prática que deverá estar incorporada na rotina das equipes de saúde de forma sistematizada e regular, pois possibilita uma maior interação com o usuário e o conhecimento das condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade. Esta prática favorece o vínculo, o atendimento integral e mais humanizado, pois o usuário está inserido em seu contexto familiar; auxilia na identificação de fatores de riscos individuais e familiares; possibilita uma intervenção precoce evitando a evolução para complicações e internações hospitalares. Conhecer a realidade em que vive determinada família ajuda a equipe a trabalhar a autonomia do indivíduo e de sua família, incentivando práticas de autocuidado. Poderá ocorrer por uma demanda individual ou familiar.

Como ferramenta para auxiliar as equipes na construção da agenda no que se refere à atenção domiciliar, COELHO E SAVASSI¹⁴ elaboraram uma escala de risco familiar baseada na ficha de cadastramento com o objetivo de estabelecer prioridades para a realização das visitas domiciliares. Na chamada Escala de Coelho a equipe define quais os eventos serão pontuados como sentinela de risco de acordo com a realidade do território. A partir disso as famílias são classificadas em risco 1 (risco menor), 2 ou 3 (risco maior). Após a classificação é possível estabelecer estratégias para priorizar as visitas domiciliares. Trata-se de um instrumento simples (Anexo 02) que pode classificar risco de maneira clara, facilitando a tomada de decisões e os resultados.

C) atendimentos individuais:

O tempo necessário para os atendimentos individuais podem variar de acordo com o perfil do território, usuário ou família. A medida que a equipe conhece a população usuária os tempos de consulta podem variar de acordo com a demanda apresentada. Verificação de resultados de exames, renovação de receitas podem ser consultas mais rápidas.

Sugestão de uso do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) e seu respectivo registro clínico, o SOAP (Subjetivo Objetivo Avaliação e Plano)¹⁵.

D) Atividade de matriciamento:

O matriciamento, ou apoio matricial, é uma metodologia que orienta o trabalho interdisciplinar de forma horizontal e dialógica. Especialistas de núcleos de saberes diferentes se apoiam, prestando assistência mútua em conhecimentos específicos, com o

objetivo de ampliação da clínica e atuação mais eficaz. Proporciona assim a desfragmentação do usuário, de maneira a enxergá-lo integralmente e não de forma compartimentalizada.

Entendido como um processo de educação permanente entre os profissionais, pode ocorrer durante: uma discussão de processo de trabalho, discussão de caso, a construção de projeto terapêutico singular, por meio de ações clínicas compartilhadas no atendimento individual, familiar ou atividade coletiva. A incorporação de novos saberes colabora para uma abordagem mais ampliada e resolutiva do usuário.

E) Educação em Saúde

A educação em saúde trata-se de um conjunto de práticas que envolvem questões do contexto biopsicossocial da vida cotidiana das pessoas, exige um envolvimento de diferentes atores, como profissionais de saúde, representações de outros pontos da rede de atenção e usuários de serviços de saúde. Inclui propostas pedagógicas centradas na melhoria da qualidade de vida e na promoção do sujeito.

Essas práticas podem se desenvolver de forma individual ou coletiva, de modo sistemático, contínuo e permanente, a fim de estimular o autocuidado e a participação coletiva na mudança de fatos da realidade. Assim, a educação em saúde objetiva formar sujeitos com capacidade crítica relativas à sua saúde, tornando-o protagonista dentro desse processo¹⁶.

F) Abordagem familiar e comunitária

Sugere-se o uso de instrumento de abordagem como genograma, ecomapa, Firo e Pratices, apgar familiar¹⁷.

CONCLUSÃO

Ao considerarmos a APS como ordenadora do cuidado, discutir a questão do acesso à Atenção Primária significa discutir o acesso à Rede de Atenção à Saúde como um todo, minimizando as barreiras para a utilização de seus serviços. Assim, a porta de entrada preferencial ao sistema de saúde deve ser facilitadora para que o usuário seja inserido na rede. A APS representa o alicerce dessa e deve ter a capacidade de resolução em 85% das demandas do território.

Para que nesse novo modelo o acesso possa apresentar-se de forma efetiva, é necessário que haja uma articulação com outros pontos e serviços de atenção à saúde e que os profissionais estejam aptos a adotar práticas em conformidade com as diretrizes da APS.

Com a adoção das diretrizes apresentadas no presente documento, é possível organizar os processos de trabalho dentro da UBS e dentro das equipes a fim de que esses possibilitem o acolhimento de forma adequada. A postura acolhedora, a escuta qualificada, a

classificação e estratificação de risco, a construção de uma agenda baseada nas reais demandas no território bem como a noção de responsabilização por ele, e o monitoramento dos processos são ações que se implementadas na prática das UBS possuem potencial para modificação e ampliação do acesso aos serviços de saúde.

Dessa forma a organização da APS e dos demais pontos de atenção que constituem a Rede de serviços de saúde são estratégias para que o acesso universal seja possível e para que o Sistema trabalhe em prol do usuário e seja orientado de acordo com as reais necessidades da população.

8.1 Conduta Preventiva

Não se aplica

8.2 Tratamento Não Farmacológico

Não se aplica

8.3 Tratamento Farmacológico

Não se aplica

8.3.1 Fármaco(s)

Não se aplica

8.3.2 Esquema de Administração

Não se aplica

8.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção

Não se aplica

9- Benefícios Esperados

O objetivo de implantar as diretrizes para acesso, acolhimento e classificação de riscos e avaliação de vulnerabilidades é auxiliar a APS para que ela se torne capaz de aumentar a resolutividade clínica e a capacidade de cuidado com opções diversificadas de ofertas de cuidado, tendo como propósitos: a diminuição do sofrimento e da dependência dos usuários, a (re) construção de graus progressivos de autonomia, a capacidade dos usuários de gerir a própria vida (com apoio e suporte dos profissionais de saúde e das redes de cuidado sociais e comunitárias).

10- Monitorização

O monitoramento dos resultados será realizado mensalmente pelas equipes e trimestralmente pelas Gerências e Diretorias da Atenção Primária das Regiões de Saúde em

conjunto com as suas equipes por meio do instrumento de avaliação específico para este protocolo.

Os critérios definidos para monitorar a implantação deste protocolo terão como base o consolidado da planilha de gerenciamento do acolhimento (anexo 1). Que deverá ser alimentada diariamente pelo profissional que estiver no acolhimento.

11- Acompanhamento Pós-tratamento

Não se aplica

12- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER

Não se aplica

13- Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor

A avaliação qualitativa será realizada em cada região com os gestores locais e regionais, com objetivo a efetividade bem como sugestões para adequações.

14- Referências Bibliográficas

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011. Política Nacional de Atenção Básica. Publicada no Diário Oficial da União, Seção 1 de 24 outubro de 2011.

2. DISTRITO FEDERAL. Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Publicada no Diário Oficial do Distrito Federal de 15 de fevereiro de 2017, páginas 4 a 7.

3. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Brasília Saudável. Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/programas.html>. Acesso em: 18/10/2016.

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

5. DISTRITO FEDERAL. Portaria nº 78, de 14 de fevereiro de 2017. Regulamenta o art. 51 da Portaria nº 77, de 2017, para disciplinar o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família. Publicada no Diário Oficial do Distrito Federal de 15 de fevereiro de 2017, páginas 7 e 8.

6. PREFEITURA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA. Novas Possibilidades de organizar o acesso e a agenda na Atenção Primária à Saúde. Curitiba.

7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 152 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27)
8. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015.
9. MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
10. BARRA, Sabrina Alves Ribeiro. O acolhimento no processo de trabalho em saúde. SERV. SOC. REV., LONDRINA, V. 13, N.2, P. 119-142, jan. /jun. 2011
11. BRASIL. Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004; Norma Operacional Básica – NOB/Suas. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – Secretaria Nacional de Assistência Social, 2005.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 290 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II).
13. DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Carteira de Serviços da Atenção Primária de Saúde/DF. Aprovada pela deliberação nº 25 – DODF de 18/11/2016. Brasília, 2016.
14. COELHO, Flavio Lúcio G; SAVASSI, Leonardo CM. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Volume 1, n. 2, 2004.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar Volume 2, Brasília, 2012
16. BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base - documento I/Fundação Nacional de Saúde - Brasília: Funasa, 2007.
17. Lopes, José Mauro Ceratti. Capítulo 40: Registro de saúde orientado por problemas. Tratado Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, Editora Artmed, volume I, 2012.
18. HINO, P. et al. Necessidades em saúde e atenção básica: validação de instrumentos de capacitação. Rev. esc. enferm. USP vol.43 nº 2 São Paulo Dez. 2009.

19. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. e-SUS Atenção Básica: manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria-Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

20. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

21. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) ISBN 978-85-334-1337-5

22. MENDES, Eugênio Vilaça A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

23. Prefeitura Municipal de Saúde de Belo Horizonte. DEMANDA ESPONTÂNEA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM BELO HORIZONTE: Recomendações para a organização do processo de trabalho no nível local. Belo Horizonte / 2014.

ANEXO 01

PLANILHA DE GERENCIAMENTO DO ACOLHIMENTO

PLANILHA DE GERENCIAMENTO DO ACOLHIMENTO						
Nº	DATA	TURNO*	FAIXA ETÁRIA	MOTIVO DA PROCURA	TIPO DE ATENÇÃO PRESTADA**	CLASSIFICAÇÃO***

Fonte: Utilizado como base para elaboração o site acessado em 06/06/17:

https://docs.google.com/document/d/1YpMbVZ0cv6WtcYxrv_LQnJ9BH0eF0GdVoBBXQJ6reSo/edit?hl=en

LEGENDA

***TURNO:**

M = MANHÃ

T=TARDE

****TIPO DE ATENÇÃO PRESTADA:**

A=ACOLHIDO E ATENDIDO NO MOMENTO (RESOLVIDO NO ACOLHIMENTO)

B= ACOLHIDO E AGENDADO PARA CONSULTA NO DIA

C= ACOLHIDO E AGENDADO PARA CONSULTA EM ATE 7 DIAS

D= ACOLHIDO E AGENDADO PARA CONSULTA APÓS 7 DIAS

E= ACOLHIDO E ENCAMINHADO PARA UBS DE REFERÊNCIA

F= ACOLHIDO ENCAMINHADO PARA UPA

G= ACOLHIDO ENCAMINHADO PARA O PS DO HOSPITAL

*****CLASSIFICAÇÃO – SEGUIR AS ORIENTAÇÕES QUE ESTÃO NO FLUXO DO USUÁRIO**

SR = SEM RISCO

BR = BAIXO RISCO

MR = MÉDIO RISCO

AR = ALTO RISCO

ANEXO 02

Escala de Coelho Savassi Sentinelas de Risco, Definições das Sentinelas e Escore de Risco.

Dados da Ficha A (Sentinelas de Risco)	Definições das Sentinelas de Risco	Escore de Risco
Acamado	Toda pessoa restrita ao seu domicílio, por falta de habilidade e/ou incapacidade de locomoção por si só a qualquer unidade de saúde.	3
Deficiência Física	Defeito ou condição física de longa duração ou permanente que dificulta ou impede a realização de determinadas atividades cotidianas, escolares, de trabalho ou de lazer.	3
Deficiência Mental	Defeito ou condição mental de longa duração ou permanente que dificulta ou impede a realização de determinadas atividades cotidianas, escolares, de trabalho ou de lazer.	3
Baixas Condições de Saneamento	Saneamento implica no controle dos fatores do meio físico do homem que podem exercer efeitos prejudiciais à sua saúde.	3
Desnutrição (Grave)	Percentil menor que 0,1 e peso muito baixo para a idade.	3
Drogadição	Utilização compulsiva de drogas lícitas ou ilícitas que apresentem potencial para causar dependência química (álcool, tabaco, benzodiazepínicos, barbitúricos, e drogas ilícitas).	2
Desemprego	Situação na qual a pessoa não esteja exercendo nenhuma ocupação (não incluir na avaliação férias, licenças ou afastamentos temporários). A realização de tarefas domésticas é considerada ocupação (trabalho doméstico),	2

	mesmo que não seja remunerado.	
Analfabetismo	Pessoa que, a partir da idade escolar, não sabe ler nem escrever no mínimo um bilhete, e/ou que sabe apenas assinar o nome.	1
Menor de 06 Meses	Lactente com idade até 5 meses e 29 dias.	1
Maior 70 anos	Toda pessoa com mais de 70 anos completos.	1
HAS	Pressão arterial sistólica maior ou igual a 140mmHg e pressão arterial diastólica maior ou igual a 90mmHg, em indivíduos que não usam medicação anti-hipertensiva.	1
Diabetes Mellitus	Grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos.	1
Relação Morador/Cômodo Nº cômodos Nº moradores	Número de cômodos na residência dividido pelo número de moradores do domicílio. São considerados cômodos todos os compartimentos integrantes do domicílio, inclusive banheiro e cozinha, separados por paredes, e os existentes na parte externa do prédio, desde que constituam parte integrante do domicílio, com exceção de corredores, alpendres, varandas abertas, garagens, depósitos.	>que 1 3 Igual a 1 2 <que 1..... 1

Cálculo do risco familiar

Escore Total	Risco Familiar
5 ou 6	R1 – Risco menor
7 ou 8	R2 – Risco médio
Acima de 9	R3 – Risco máximo

Fonte: Coelho et al (2004).

ANEXO 03

SIGLAS

- APS: Atenção Primária à Saúde;
- ESF: Estratégia Saúde da Família;
- PNAB: Política Nacional da Atenção Básica;
- UBS: Unidade Básica de Saúde
- SUS: Sistema Único de Saúde
- UPA: Unidade de Pronto Atendimento
- PNH: Política Nacional de Humanização;
- PIS: Práticas Integrativas em Saúde;
- PTS: Projeto Terapêutico Singular;
- PST: Projeto de Saúde no Território
- VD: Visita Domiciliar
- AD: Atenção domiciliar.

ANEXO 04

CONCEITOS

Necessidade em saúde: Diz respeito tanto às necessidades médicas, doenças, sofrimentos e riscos, como também às carências ou vulnerabilidades que expressam modos de vida e identidades, que envolvem condições indispensáveis para se ter saúde e para o gozo da vida¹⁸.

Demanda: Procura, pedido ou exigência do usuário pelos serviços de saúde, seja de forma programada ou espontânea.

Demanda espontânea: Busca por serviços de saúde pelo usuário, de forma não programada, independente do motivo ou do tempo de evolução do problema. Pode ser caracterizada como: demanda espontânea sem queixa clínica e demanda espontânea com queixa clínica.

Acolhimento: prática presente nas relações de cuidado, entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, sendo um mecanismo de ampliação e facilitação do acesso.

Classificação de Risco na APS: processo de priorização dos atendimentos por meio da avaliação da gravidade de uma situação apresentada utilizando critérios clínicos e de vulnerabilidade.

Estratificação de risco na APS: processo de avaliação dos usuários com doença crônica, considerando critérios clínicos e de vulnerabilidade. Para estratificação do risco deverão ser observados os protocolos clínicos vigentes.

Emergência: situação clínica de falência declarada ou iminente de uma função vital. Há risco iminente de morte que está relacionado à ausência ou instabilidade de sinais vitais. É necessária intervenção imediata.

Urgente: situação clínica que se persistir poderá causar falência de órgãos ou sinais e sintomas de alerta, porém, sem risco iminente de morte.

Não urgente: situação clínica estável sem sinais ou sintomas de risco, normalmente de longa data com sinais vitais normais. Pode ser categorizado como problema que permite atendimento eletivo.

Vulnerabilidade: conjunto de aspectos sociais, culturais e políticos que relacionados a determinado contexto social do indivíduo ou grupo podem provocar maior ou menor exposição a doenças e agravos.

Agenda aberta: espaço flexível na agenda que fica disponível para realizar atendimentos no mesmo dia aos usuários que buscam a unidade com demanda espontânea (com ou sem queixa clínica).

Escuta Qualificada: modo de escuta utilizado com o objetivo de ouvir com atenção e tempo, as necessidades e dúvidas trazidas pelo usuário.

Acesso: Os serviços devem ser conhecidos pela população e percebidos pelos usuários, como disponíveis para todos que necessitem, de forma a estimular sua utilização como primeiro e principal contato com o sistema de saúde.

Atenção Domiciliar: Conjunto de atividades realizadas no domicílio de forma programada e continuada, segundo a necessidade das pessoas e das famílias atendidas. Envolve ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras. A atenção domiciliar pode ser prestada por diferentes modalidades de cuidados, como a assistência domiciliar, a visita domiciliar, a internação domiciliar, o acompanhamento domiciliar e a vigilância domiciliar⁷.

Visita Domiciliar: o conceito de visita domiciliar foi redefinido considerando agora apenas de competência do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente de Combate às Endemias (ACE). Para todos os outros profissionais de saúde, nível médio e nível superior, a visita domiciliar é definida como atendimento no domicílio¹⁹.

Territorialização em saúde: metodologia utilizada para definir territórios de atuação dos serviços com objetivo de adequar o modelo assistencial ao perfil populacional. Baseia-se no reconhecimento do território segundo a lógica das relações entre ambiente, condições de vida, situação de saúde e acesso às ações e serviços de saúde.

Projeto Terapêutico Singular (PTS): são propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um indivíduo ou para o coletivo, resultado da discussão de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. Pode ser considerado uma variação da discussão de “caso clínico”.

Projeto de Saúde no Território (PST)⁷: é uma estratégia para desenvolver ações efetivas na produção da saúde em um território que tenham foco na articulação dos serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e comunidades.

Gestão de Base Populacional: consiste em estabelecer necessidades de saúde de uma população no contexto de sua realidade, cultura e preferências. A partir disso prover cuidado, implementar e monitorar as intervenções sanitárias relativas a essa população com parâmetros de necessidades e não com parâmetros de oferta construídos a partir de séries históricas.