



EFETUAÇÃO SOBRE O ACOLHIMENTO AVANÇADO EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE LIDANDO COM ARCO DE MAGUEREZ

Ana Luiza Rilko Mattar, Alline Gabrielle de Souza Malta, Lidiane Pereira de Sousa Santos, Jefferson Almeida Pereira, Letícia Ferreira Rocha, Camila Eduarda Barbosa Gomes, Andréia Monteiro Pereira Ribeiro, Maria Alanne Borba, Vitória Caroline Ramos Fonseca, Amanda de Moura Borba, Tamiris Pereira da Silva, Ruann Couto Pinheiro

RELATO DE EXPERIÊNCIA

RESUMO: Introdução: O acesso aos cuidados de saúde é essencial para uma boa qualidade de serviço, sendo a gestão clínica um dos pilares para garantir esse objetivo. Neste contexto, o acolhimento surge como uma ferramenta para triar, ouvir, gerir situações e facilitar a introdução do utilizador ao serviço de forma organizada. Entre os vários métodos Na estruturação da agenda o programa Advanced Access, com sede nos estadosunidosdaamérica destaca-se como uma estratégia baseada em princípios. "Trabalhar hoje!" Objectivo: Relatar o impacto do acesso ao aconselhamento após a implementação da estratégia da Nova Agenda nos cuidados de saúde primários. métodos: Trata-se de um relato de experiência de um médico que atua na área de medicina de família e comunidade utilizando o arco de Magueréz para acolhimento e melhoria de acesso na unidade básica de saúde do município de PB Conceição. Resultados: Após a implementação de uma estratégia de acesso acolhedor e pactuado, o número de consultas agendadas aumentou, garantindo melhor acesso e qualidade dos serviços prestados. Isso ajudou a construir vínculos entre a equipe e os usuários e a fortalecer a continuidade do cuidado. Conclusão: Pode-se afirmar que a estratégia de recrutamento e divulgação alinha a agenda da agência e os processos de trabalho da equipe. Espera-se contribuir e estimular controvérsias sobre o uso dessas estratégias para melhorar o acesso à atenção primária.

PALAVRAS-CHAVE: Acolhimento, Estratégia Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde.



PERFORMANCE ON ADVANCED RECEPTION IN A BASIC HEALTH UNIT DEALING WITH ARCO DE MAGUERZ

ABSTRACT: Introduction: Access to healthcare is essential for good quality of service, with clinical management being one of the pillars to guarantee this objective. In this context, reception appears as a tool to screen, listen, manage situations and facilitate the user's introduction to the service in an organized way. Among the various methods in structuring the agenda, the Advanced Access program, based in the United States of America, stands out as a strategy based on principles. "Work today!" Objective: To report the impact of access to counseling following the implementation of the New Agenda strategy in primary health care. methods: This is an experience report from a doctor who works in the area of family and community medicine using the Maguerz arch for reception and improving access in the basic health unit in the city of PB Conceição. Results: After implementing a welcoming and agreed access strategy, the number of scheduled appointments increased, ensuring better access and quality of services provided. This helped to build bonds between the team and users and strengthen continuity of care. Conclusion: It can be said that the recruitment and dissemination strategy aligns the agency's agenda and the team's work processes. It is expected to contribute and stimulate controversies about the use of these strategies to improve access to primary care.

KEYWORDS: Reception, Family Health Strategy, Primary Health Care.

Dados da publicação: Artigo recebido em 21 de Novembro e publicado em 01 de Janeiro de 2024.

DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v6n1p42-56>

Autor correspondente: Ana Luiza Rilko Mattar

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).





Introdução

O acolhimento é uma forma de inclusão dos usuários, independente de estratificação por patologias prevalentes ou ciclos vitais. Enquadra-se como tecnologia leve, pautada nas relações entre trabalhadores e usuários, incluindo modos de escuta, filtros, manejo de situações não previstas e construção de vínculos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Faz parte da Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS) como um dos constituintes das práticas de produção e promoção de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Sendo uma tecnologia essencial para a reorganização dos serviços, como elemento chave na promoção do acesso ampliado à Atenção Básica (AB) e aos demais níveis do sistema (GUERRERO *et al.*, 2013). Sousa e Shimizu (2021) Definimos este acesso como a existência do serviço em quantidade suficiente, localizado num espaço geográfico que favoreça a circulação e entrada dos utentes ao serviço com um acolhimento e uma prestação adaptada às suas necessidades, o mais rapidamente possível, no respeito pelas condições sociais. -Condições económicas. aspectos econômicos. natureza cultural. O acesso oportuno é um dos maiores desafios enfrentados pelos sistemas de saúde pública no Brasil e em outros lugares.(ROCHA;BOCCHI; GODOY, 2016).

Logo, visando a otimização deste tempo, foi criado o Modelo de Acesso Avançado (AA), em 1990 na Califórnia, Estados Unidos da América (EUA), sendo disseminado nos anos 2000 para alguns países europeus e 2007 para o Brasil, sendo em Florianópolis (SC) sua implantação pioneira. Somente adentrando em São Paulo e no Rio de Janeiro entre os anos de 2013 e 2014, mesmo período que a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (PR) adotou o AA como forma de organizar e qualificar o acesso em toda sua rede básica de saúde. (CIRINO *et al.*, 2020).



No AA não há classificação da demanda em rotina e urgência. Os usuários que procuram a sua equipe nas unidades da Atenção Primária à Saúde (APS) são agendados para o mesmo dia, em que aproximadamente 65% das vagas da agenda estão disponíveis para o atendimento no mesmo dia, e 35% estão reservadas para agendamentos (CANUTO *et al.*, 2021).

Esse modelo tem como lema: “Faça hoje, o trabalho de hoje”, permitindo que o usuário seja atendido pelo seu médico no mesmo dia ou em até 2 dias em que solicita o atendimento de qualquer natureza: eventos agudos, condições crônicas não agudizadas, cuidados preventivos e outros. Isso reduz o tempo de espera e aumenta a satisfação da equipe de atenção primária à saúde e das pessoas usuárias. Bem como, favorece a continuidade do cuidado, reduz o absenteísmo e diminui significativamente as filas, sem recursos adicionais (CIRINO *et al.* 2020).

A finalidade deste relatório é apresentar o impacto no acesso às consultas em uma das unidades básicas de saúde de Conceição (PB), a partir da implantação do acolhimento e do acesso avançado como estratégia de gestão da demanda. Desempenha um papel importante na difusão de novas formas de organização da agenda na saúde primária e no mundo científico, bem como na melhoria do acesso, resolutividade e qualificação dos cuidados.

- **Métodos**

Estudo descritivo do tipo relato de experiência desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde de Conceição, estado da Paraíba, durante os meses de maio a outubro de 2021. Esta unidade é vinculada ao Programa de Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade do Centro Universitário de Patos (UNIFIP). Ademais, teve a problematização com o Arco de Maguerez como método norteador para estruturação do estudo.

- **Macrorregião da Experiência**



Conceição é um município brasileiro do interior da Paraíba, com área territorial de 580,650 km², população estimada em 19.030 pessoas, conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020; 2021). Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM): 0,59; Escolarização (6- 14 anos): 95,7% Faz parte da Região Metropolitana do Vale do Piancó, constituída por outros 16 municípios (IBGE, 2010). Em setembro de 2021, o município possuía 9 UBS distribuídas em seu território, sendo 5 em zona predominantemente urbana e 4 em zona rural.

- Microrregião da Experiência

A UBS São José tem sua sede situada em zona urbana, mas abrange 4 micro áreas urbanas e 3 rurais, totalizando 3.525 pessoas e 1008 famílias, sendo 915 domicílios urbanos e 336 rurais assistidos pela Equipe (E-SUS, 2021).

Tem 1.191 domicílios com algum tipo de tratamento da água, 37 sem nenhum tratamento e 23 não foram informados. Com cobertura de energia elétrica em 1.178 domicílios e ausência em 69. Em 4 domicílios não foram informados. A coleta de lixo é predominante na zona urbana e na zona rural predomina lixo com processo de incineração e aterro. Possui ainda oito escolas, seis igrejas, uma crechemunicipal e cinco áreas de lazer comunitária na área adstrita (ESUS, 2021).

A equipe da ESF é composta por médica residente, enfermeira, técnica de enfermagem, atendente, dentista, técnica em saúde bucal, copeira e sete agentes comunitários de saúde (ACS) (E-SUS, 2021).

- Método de Problematização

O Arco de Magueréz percorre cinco etapas que envolvem: 1) observação da realidade e identificação do problema; 2) levantamento dos pontos-chave; 3) teorização; 4) proposição de hipóteses de solução; e 5) aplicação à realidade.



É um instrumento adequado para estudantes da área da saúde, pois induz reflexões sobre práticas de cuidado apoiadas na compreensão da realidade, fomentando a sua autonomia (SILVA *et al.*, 2020).

- **Relato de Experiência**

A fim de aplicar de maneira mais coerente o método do Arco de Maguerz, foi inicialmente realizado um momento com toda a equipe (atendente, copeira, enfermeira, dentista, técnica em saúde bucal, todos os ACS e a relatora deste trabalho/médica residente), para identificar e discutir de maneira conjunta as fragilidades da unidade em questão, contribuindo assim para as etapas subsequentes do percurso do arco.

Assim, na 1ª fase do arco (observação da realidade e identificação do problema, dificuldades de aceitação e falta de acolhimento por parte dos profissionais, desorganização do aplicativo da referida UBS, que continuou a utilizar o aplicativo gratuito e os termos de serviço esquema. tokens limitados que são distribuídos pelo funcionário no início do turno.

A agenda da unidade era dividida da seguinte forma: 100% de demanda espontânea na agenda médica, média de 40 atendimentos por turno, 30% de demanda espontânea e 70% programada (pré-natal, citológicos e puericultura) na agenda da enfermagem, 100% demanda espontânea na agenda do dentista. Boa parte dos atendimentos se destinavam a renovação de receitas de uso contínuo ou condições agudizadas, sem envolvimento nos processos de saúde-doença e seus determinantes.

A falta de uma organização clara da demanda tem gerado inúmeros conflitos entre profissionais e usuários que não conseguem ser atendidos, gerando um fluxo maior de pessoas na unidade (que possui uma estrutura limitada no que diz respeito ao espaço físico), que por vezes buscam simples informação., mas eles abandonam. o atendimento sem resolução por falta de formações



adequadas na recepção ou que tiveram que retornar a uma nova fila para obter o atendimento, cansando o usuário. Em segundo lugar, foi realizada observação passiva pelo médico / residente relator durante 1 mês, observando nesta fase dinâmicas cotidianas e irregularidades que não poder ter sido percebidas pelos demais membros da equipe outro fator danoso ao acolhimento e continuidade. de atendimento, o hábito da população de receber atendimento fora de sua área de abrangência, sem ter liame claro com sua equipe de saúde da família.

Desta forma, na etapa 2 foram elencados os seguintes pontos chaves:

- Falta de acolhimento.
- Dificuldade no acesso do usuário.
- Desorganização da demanda da UBS.
- Falta de vinculação do usuário com sua Equipe de Saúde da Família.

Um terceiro momento instrutivo (fase 3) com a equipe completa, organizado pela médica residente, foi realizado para discussão sobre o acolhimento preconizado pelo MS, de acordo com o Caderno de Atenção Básica, nº 28 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). (FOTO 1). Conforme o documento, o acolhimento é papel de todos os que compõem a equipe e, não somente, responsabilidade do médico e enfermeiro. É fator essencial para o bom funcionamento diário da unidade e do processo de vínculo e identidade da população com o serviço de saúde.

Foto 1: Reunião com a equipe sobre o acolhimento



Tomasi et al. (2017) em seu estudo ratifica que os processos organizacionais e práticas profissionais são essenciais para a oferta de cuidados de saúde na rede básica e, particularmente, na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Tendo como os principais desafios para a aumentar a efetividade da ESF, aqueles relacionados a melhoria da estrutura dos serviços, a qualificação de processos de organização e gestão do cuidado por equipe multiprofissional.

Dessa forma, o acolhimento pode ser uma ferramenta reorganizadora do atendimento (FERREIRA *et al.*, 2016). Se não houver o acolhimento no processo de cuidado, não haverá a responsabilização do serviço e dos trabalhadores com o usuário, o que pode desencadear práticas pouco resolutivas que, conseqüentemente, impactam menos nos processos sociais e nas questões de saúde e doença (OLIVEIRA; CONSTANTINIDIS, 2019).

Embora o modelo de acesso expandido garanta que a satisfação das necessidades espontâneas seja igualmente importante. com operações programáticas. Organização do trabalho de acordo com o território e a população específica, incluindo ações de prevenção / promoção e cuidados clínicos, com dupla responsabilidade pelo cuidado individual e pela saúde pública. (CIRINO *et. al.*, 2020). Porque pensar a saúde em termos de produção de vida envolve uma lógica diferente. A conversa é uma ótima ferramenta

para estimular a reflexão e liberar a criatividade na resolução de problemas dentro e com as comunidades.(MOTA *et. al*, 2019).

Em um quarto momento (fase 4), foi apresentado à equipe interna (enfermeira, técnica de enfermagem, atendente, dentista e técnica em saúde bucal) o conceito de acesso avançado como meio de organização da agenda e otimização do acesso por parte dos usuários.

Na ocasião foram propostas as seguintes hipóteses de solução para a reorganização da demanda: a implementação do acolhimento, do acesso avançado, formulação de novo cronograma, instituição do atendimento noturno e recadastramento de todos os usuários da área (Foto 2).

Foto 2: reunião com equipe interna e organização do cronograma



A implementação do acolhimento e do acesso avançado na UBS São José (fase 5) durou cerca de dois meses após as capacitações da equipe. Foi inicialmente montado conjuntamente o cronograma, com dias fixos de atendimento externo (visitas domiciliares) e turnos de pré-natal, citológico e puericultura, em dias separados, visto que são demandas programadas. Deixando assim, vagas para atendimentos que se façam necessários naquele dia específico. (FIGURA 1).



FIGURA 1: CRONOGRAMA DA UNIDADE APÓS REFORMULAÇÃO

	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
MANHÃ (8-12H)	ACOLHIMENTO	ACOLHIMENTO	ACOLHIMENTO	VISITAS DOMICILIARES	ACOLHIMENTO
	DEMANDA ESPONTÂNEA (DE)+AGENDADOS	PRÉ-NATAL (ENFERMEIRA)	PUERICULTURA DEMANDA ESPONTÂNEA		DE+AGENDADOS
		ATENDIMENTO MÉDICO			
TARDE (13-17)	ACOLHIMENTO	ACOLHIMENTO DE+AGENDADOS	ACOLHIMENTO PRÉ-NATAL	ACOLHIMENTO	ÁREA VERDE

	DE+AGENDADOS		(MÉDICA) DEMANDA ESPONTÂNEA	EXAMES PREVENTIVOS E SAÚDE DAMULHER (ENFERMAGEM)	
				ATENDIMENTO MÉDICO DE +AGENDADOS	
NOITE (18-20H)	-----	..	SAÚDE DO TRABALHADOR (DE + AGENDADOS)	----	

O serviço foi reorganizado, estipulando um valor médio diário de serviços (15 / turno), para gestão de tempo, mas com abertura de agendamentos se necessário, e para os que não dispor ser atribuídos no mesmo dia, o processo de planejamento em 48 horas no máximo. Foi instituído sem necessidade de revisitação da unidade evitando desgastes desnecessários. O horário noturno estendido, uma vez por semana, também foi implementado para aumentar a acessibilidade dos usuários que trabalham. Todos os pacientes da área foram cadastrados, para garantir que apenas os usuários da área adstrita sejam atendidos na UBS, exceto em situações de emergência, promovendo assim a vinculação e desonerando o sistema. Utilizando-se dos dados do prontuário eletrônico (PEC), foi visto aumento dos atendimentos individuais agendados,



após implementação do acolhimento e AA, baseado no comparativo do último mês no modelo padrão e nos meses subsequentes à implantação das estratégias de gestão da clínica(Tabela 1).

Tabela 1 – Atendimentos (maio-dez 2021)

Tipo de atendimento	Atendimento compartilhado	Tipo de consulta	Mês									Totais
			Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro		
Atendimento de Urgência	Sim	Atendimento Individual	-	-	-	1	-	1	-	-	2	
Consulta Agendada	Não	Atendimento Individual	35	90	32	65	71	54	96	113	556	
	Sim	Atendimento Individual	-	-	-	-	-	5	-	-	5	
Consulta Agendada Programada / Cuidado Continuado	Sim	Atendimento Individual	2	-	-	-	-	10	9	-	21	
Consulta no Dia	Não	Atendimento Individual	282	228	120	317	243	229	145	73	1637	
	Sim	Atendimento Individual	-	-	-	1	-	-	-	-	1	
Totais			319	318	152	384	314	299	250	186	2222	

Fonte: Saúde eSUS (PEC)

Disponível em: <<https://conceicao.pecsus.com.br/>>.

Acesso em: 15 jan. 2022

Em maio de 2021, foram realizadas 319 consultas (incluindo atendimento médico, odontológico e da enfermagem), aonde 35 foram consultas agendadas e 284 de demanda espontânea, sendo este o último mês de organização da demanda no modelo padrão.

No mês de junho de 2021, o número de consultas foram 318, mas a quantidade de consultas agendadas subiu para 90 e as demanda espontânea totalizaram 228. Em julho, a média de consultas foi menor, totalizando somente 152 atendimentos (32 agendados e 120 demanda espontânea), visto que só há registro de 15 dias úteis, devido às férias coletivas da saúde no município.

O número médio de consultas teve um ligeiro aumento em alguns meses e uma ligeira diminuição nos outros, mas as consultas agendadas acrescentaram significativamente ao longo do ano, tornando a procura mais organizada e determinada, pois através do agendamento foi possível garantir a continuidade do acesso e do atendimento para pacientes que buscaram o serviço principalmente por demanda espontânea, garantindo os retornos necessários, bem como garantia de atendimento nas próximas 48 horas para aqueles que não conseguiram se enquadrar no dia por questão de gerenciamento de tempo.

Essa estrutura de organização diminuiu a taxa de absenteísmo como descrito no estudo de Bonilla e Wollmann (2020), e fortaleceu a importância do acolhimento prestado por todos os profissionais da UBS, aumentando o vínculo com a população. (FOTO 3).

Foto 3: acolhimento realizado pela médica residente no início do turno



• Conclusão

Foi possível observar a melhoria dos processos de trabalho e da organização da agenda da unidade a redução dos atritos com os usuários, a superlotação da unidade e a pequena análise diária, bem como o reforço da melhoria do



acesso e da continuidade do cuidado. A principal limitação deste estudo é a falta de dados quantitativos de longo prazo até maio de 2021 para avaliações comparativas mais detalhadas, como avaliação de indicadores específicos. Além disso, falta interesse e parceria da prefeitura municipal de Conceição em introduzir esse tipo de organização da demanda em outros serviços do município.

Diante do exposto, espera-se poder contribuir para ampliação da discussão sobre a implementação do AA na atenção básica como forma de gestão da clínica. Com a utilização do Arco de Maguerez na construção desse estudo, fica claro e didático os passos propostos para implementação do AA, servindo como material para as demais equipes que se interessem pela implementação do mesmo em suas unidades.

Referências

BONILLA, PPG; WOLLMANN L. Avaliação da implantação do acesso avançado nos indicadores de qualidade de uma unidade de saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2020;15(42):2360.

CANUTO LE et al. Estudo da demanda de uma equipe da Estratégia Saúde da Família que utiliza o acesso avançado como modelo de organização da agenda. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2021;16(43):2378.

CIRINO FMSB et al. O Acesso Avançado como estratégia de organização da agenda e de ampliação do acesso em uma Unidade Básica de Saúde de Estratégia Saúde da Família, município de Diadema, São Paulo. *Rev Bras MedFam Comunidade*. 2020;15(42):2111.

FERREIRA EB et al. Acolhimento com classificação de risco nos serviços de urgência e emergência hospitalar. *Revista Interdisciplinar em Saúde*. 2016;3(1):148-178.

GUERRERO, Patricia et al. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. *Texto & Contexto: Enfermagem, Florianópolis*, v. 22, n. 1, p. 132- 140, jan./mar. 2013.



- TOMASI, E. et al. Diabetes Care in Brazil: Program to Improve Primary Care Access and Quality — PMAQ. The Journal of ambulatory care management. v. 12, supl. 2, p. 12-22, mai. 2017.
- OLIVEIRA, M. C. M.; CONSTANTINIDIS, T. C. Práticas de acolhimento na perspectiva de profissionais da atenção básica em saúde. Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup. Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, p. 494-507, set. 2019.
- ALVES, Mariana Mota et al. O acolhimento na relação entre usuários da atenção primária e serviços de saúde/ Accommodation in the relationship between primary care users and health services, 2019. Braz. J. Hea. Rev., Curitiba, v. 2, n. 5, p. 4445-4453 sep./out. 2019. ISSN 2595-6825
- ROCHA AS; BOCCHI SCM; GODOY MF. Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. Physis. 2016 Mar;26(1):87-111.
- SILVA NA et al. O uso de metodologia ativa no campo das Ciências Sociais em Saúde: relato de experiência de produção audiovisual por estudantes. Interface (Botucatu). 2020; 24: e190231
- SOUSA, Allan Nuno Alves; SHIMIZU, Helena Eri. Como os brasileiros acessam a Atenção Básica em Saúde: evolução e adversidades no período recente (2012-2018). Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2021, v. 26, n. 08.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 56 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1)
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília, DF: MS; 2010