



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE-MS  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL  
EM SAÚDE DA FAMÍLIA SESAU / FIOCRUZ**

**MARIA EUGÊNIA MARQUES PISSIN**

**PROJETO INTERVENÇÃO**

**ACOLHIMENTO E O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE:  
ATUANDO SOBRE FRAGILIDADES E POTENCIALIDADES**

**CAMPO GRANDE - MS**

**2022**

**MARIA EUGÊNIA MARQUES PISSIN**

**PROJETO INTERVENÇÃO**

**ACOLHIMENTO E O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE:  
ATUANDO SOBRE FRAGILIDADES E POTENCIALIDADES**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado  
como requisito parcial para conclusão da Residência  
Multiprofissional em Saúde da Família  
SESAU/FIOCRUZ, de Mato Grosso do Sul.

Orientadora: Maria Alice Pessanha de Carvalho

**Residência Multiprofissional  
em Saúde da Família**

**SESAU/FIOCRUZ**

**CAMPO GRANDE - MS**

**2022**



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE-MS  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL  
EM SAÚDE DA FAMÍLIA SESAUFIOCRUZ**

**TERMO DE APROVAÇÃO**

**PROJETO INTERVENÇÃO**

**ACOLHIMENTO E O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE:  
ATUANDO SOBRE FRAGILIDADES E POTENCIALIDADES**

**por**

**MARIA EUGÊNIA MARQUES PISSIN**

Este Trabalho de Conclusão de Residência foi apresentado no dia 03 de Fevereiro de 2022, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAUFIOCRUZ. A candidata foi arguida pela Banca Examinadora composta pelos professores abaixo assinados. Após deliberação, a Banca Examinadora considerou o trabalho APROVADO.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Maria Alice Pessanha de Carvalho  
Professora Orientadora

---

Gabriela da Silva Crespi Alécio

---

Cyro Leonardo de Albuquerque Mendes

A Folha de Aprovação assinada eletronicamente encontra-se na Secretaria Acadêmica da Coordenação do Programa.

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, em momento de tantas provações fortaleceu meu coração em amor e fé para continuar e deste modo me aperfeiçoar profissionalmente e por todo crescimento pessoal até aqui, a Ele toda honra.

À minha querida amiga Aliane Joana Both por me incentivar a ser uma profissional atuante em Saúde da Família apoiando meus desejos desde o início.

À equipe de saúde da família Itatiaia e todos os agentes comunitários de saúde participantes do projeto que se empenharam de modo empático e colaborativo durante sua aplicação, além de me estimularem a produzir conhecimento, visando a qualificação no processo de trabalho deste serviço.

Aos meus familiares que sempre me apoiaram e colaboraram de diferentes maneiras ao meu desenvolvimento profissional com amor e compreensão.

Em especial minha orientadora Maria Alice Pessanha de Carvalho que de modo tão generoso compreendeu minhas necessidades e buscou a todo momento evidenciar minha capacidade e me guiou à realização deste sonho e à elaboração deste projeto.

## RESUMO

PISSIN, Maria Eugênia. Acolhimento e o agente comunitário de saúde: atuando sobre suas fragilidades e potencialidades. 2022. 52. Trabalho de Conclusão de Residência - Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAU/FIOCRUZ. Campo Grande/MS, 2022.

Compondo a menor parte da equipe de saúde no âmbito da Unidade de Saúde da Família, o agente comunitário de saúde é responsável por desenvolver ações facilitadoras do vínculo entre a equipe de saúde junto à comunidade. As suas atribuições possibilitam identificar os principais problemas de saúde nos territórios, podendo dessa forma realizar o planejamento estratégico de intervenção clínica e sanitária, alcançando a solução do problema. O objetivo desse Projeto de Intervenção é desenvolver educação permanente com os agentes comunitários de saúde, estimulando o processo de acolhimento junto ao usuário, utilizando análise de vulnerabilidade como uma das atividades a serem desenvolvidas. Trata-se de um plano de intervenção num estudo de caso, cujo o delineamento metodológico utiliza a revisão narrativa da literatura, a coleta de dados nas bases de dados: Biblioteca Científica Eletrônica On-line (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde e Biomédica (MEDLINE). Como Resultados, foi realizado um momento de educação permanente junto aos agentes comunitários de saúde, com o intuito de melhorar seu desempenho, compreender conceitos e otimizar o processo de trabalho frente às necessidades do serviço e da comunidade. O encontro contou com 11 agentes comunitários de saúde lotados no serviço de diferentes equipes de 35 profissionais ativos na unidade básica de saúde, por meio de reuniões visando a metodologia de intervenção, os objetivos foram abordados seguindo a Cartilha de Acolhimento: Escala de Vulnerabilidade. Como discussão fica evidente que apesar de haver claro entendimento acerca do tema proposto, alguns profissionais demonstram resistência quanto à mudança no processo de trabalho em relação ao acolhimento e dificuldade de compreensão dos direitos e deveres da sua categoria, dificultando a implantação do projeto. Conclui-se que o momento realizado foi importante para avaliar e destacar algumas situações rotineiras impactantes da unidade associado ao modo de acolhimento, escuta qualificada, educação permanente e resolução dos problemas enfrentados pela população e colaboradores. A cartilha foi entendida como instrumento de qualificação dos profissionais.

**Palavras chaves:** Agente Comunitário de Saúde 1. Educação Permanente 2. Acolhimento 3

## ABSTRACT

PISSIN, Maria Eugênia. Welcoming and the community health agent: acting on their weaknesses and potential. 2022. 52. Trabalho de Conclusão de Residência - Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAU/FIOCRUZ. Campo Grande/MS, 2022.

Comprising the smallest part of the health team within the Family Health Unit, the community health agent is responsible for developing actions that facilitate the bond between the health team and the community. Its attributions make it possible to identify the main health problems in the territories, thus being able to carry out the strategic planning of clinical and sanitary intervention, reaching the solution of the problem. The objective of this Intervention Project is to develop permanent education with community health agents, stimulating the user embracement process, using vulnerability analysis as one of the activities to be developed. It is an intervention plan in a case study, whose methodological design uses the narrative review of the literature, the collection of data in the databases: Online Scientific Electronic Library (SciELO), Virtual Health Library (BVS) and International Literature in Health and Biomedical Sciences (MEDLINE). As a result, a moment of permanent education was carried out with community health agents, with the aim of improving their performance, understanding concepts and optimizing the work process in view of the needs of the service and the community. The meeting had 11 community health agents working in the service of different teams of 35 professionals active in the basic health unit, through meetings aimed at the intervention methodology, the objectives were addressed following the Reception Booklet: Vulnerability Scale. As Discussion, it is evident that despite having a clear understanding of the proposed theme, some professionals demonstrate resistance to changes in the work process in relation to the reception and difficulty in understanding the rights and duties of their category, making it difficult to implement the project. It is concluded that the moment was important to evaluate and highlight some routine situations that impact the unit associated with the way of welcoming, qualified listening, permanent education and solving the problems faced by the population and employees. The booklet was understood as a professional qualification instrument.

**Keywords:** Community Health Agent 1. Permanent Education 2. Host 3

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ABS	Atenção Básica em Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CEP	Comitês de Ética em Pesquisa
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INOVAAPS	Laboratório de Inovação na Atenção Primária à Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
OPAS	Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan-Americana da Saúde
PI	Projeto de Intervenção
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. OBJETIVOS.....	10
3. CONTEXTO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	11
3.1. Descrição da Situação Problema .....	11
3.1. Análise da Situação Problema .....	12
4. REFERENCIAL TEORICO.....	14
4.1. Agente Comunitário de Saúde.....	14
4.2. Acolhimento na Estratégia de Saúde da Família.....	15
4.3. Risco e vulnerabilidade .....	16
1.1 Educação Permanente.....	18
5. PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES.....	21
6. PLANEJANDO A INTERVENÇÃO: CAMINHO METODOLÓGICO .....	23
6.1. Gestão do Projeto .....	23
6.2. Análise dos Dados .....	24
6.3. Aspectos Éticos .....	24
7. DISCUSSÃO E RESULTADOS .....	26
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	28
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	30
ANEXOS.....	33
Anexo A - Cartilha de Acolhimento: Escala de Vulnerabilidade.....	33
Anexo B – Acolhimento.....	37

## 1. INTRODUÇÃO

Compondo a menor parte da equipe de saúde no âmbito da Unidade de Saúde da Família (USF), o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é descrito na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), como o profissional responsável por desenvolver ações facilitadoras na criação de vínculo entre a equipe de saúde junto à comunidade. As suas atribuições possibilitam identificar os principais problemas de saúde nos territórios, podendo dessa forma realizar o planejamento estratégico de intervenção clínica e sanitária, alcançando a solução do problema (BRASIL, 2017a).

O enfermeiro juntamente ao ACS exerce papel fundamental ao atuar diretamente ao usuário, tanto nas atividades da atenção básica, quanto nas atividades extramuros, tais como visitas domiciliares, mutirões, ações educativas e as demais práticas de cuidado (KEBIAN; OLIVEIRA, 2015). A profissão do ACS é determinante para as engrenagens do Sistema Único de Saúde (SUS), atuando diretamente na Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo fundamentais no acolhimento, já que por sua vez, além de serem parte da equipe, são também parte da comunidade. Devido a esse fato, a criação de vínculos é mais fácil, pois conhecem a comunidade e as famílias (BRASIL, 2017b)

Atualmente, estudos comprovam que o profissional da saúde graduado tem competência para promover mudanças na prática assistencial ao ser inserido em uma unidade de saúde. Perante tal informação é crucial que o enfermeiro busque por meio de ferramentas educativas a desenvoltura profissional do agente comunitário de saúde na prática, visando o aperfeiçoamento para o acolhimento do cidadão, proporcionando acesso aos programas de saúde, fortalecendo vínculo entre a comunidade (LANZONI; MEIRELLES, 2013).

Portanto, é de suma importância a formação desses profissionais para atuarem em favor da prevenção, promoção e cuidados continuados às famílias residentes do território adscrito, a fim de obter organização e assim resultados diários. Os conhecimentos e experiências profissionais e complementares, são ferramentas norteadas pelos princípios e diretrizes da Atenção Primária de Saúde (APS), contribuindo para a evolução da equipe (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

O acolhimento é a primeira ferramenta, e pode-se dizer, que a mais importante no estreitamento vincular entre usuário e equipe, sendo considerada uma prática inovadora responsável por fortalecer cuidados em saúde, consolidar a integralidade e prever o acesso. É descrita como uma tecnologia leve que ocasiona grande impacto na promoção à saúde atuando diretamente na construção e consolidação dos princípios do SUS (SANTOS E SANTOS, 2011).

A partir da observação do acolhimento desenvolvido na USF Tiradentes, pode-se inferir que tem havido dificuldades na prática tornando-se uma problematização cotidiana para seus trabalhadores. Esta dificuldade pode ser evidenciada pela baixa frequência da comunidade aos serviços de saúde. Também, pode-se identificar um conhecimento pouco qualificado dos profissionais de saúde quanto às necessidades do território e dos usuários. Neste sentido, a qualificação dos ACS e por meio deles as estratégias de acessibilidade materializadas em um acolhimento que possa dialogar com as necessidades dos usuários, identificar vulnerabilidades do território pode ser importante para a unidade de saúde e ampliação do cuidado.

Esse projeto baseia-se no reconhecimento da experiência dos ACS na prática do acolhimento na USF Tiradentes. Para tanto, visa o desenvolvimento de ações de educação permanente em saúde operacionalizadas em um projeto de intervenção com vistas a enriquecer o conhecimento sobre o acolhimento, fortalecer o acesso, fomentando essa ferramenta como uma potencialidade a mais da categoria dos ACS, com base nos princípios do SUS e nas diretrizes da APS.

## **2. OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral**

Desenvolver educação permanente com os agentes comunitários de saúde, estimulando o processo de acolhimento junto ao usuário, utilizando análise de vulnerabilidade como uma das atividades a serem desenvolvidas.

### **Objetivos Específicos**

Descrever as diretrizes da atenção primária à saúde, quanto a criação de vínculo, promoção da qualidade e bem-estar à saúde do usuário;

Identificar as principais potencialidades e dificuldades do agente comunitário de saúde no desenvolvimento do acolhimento;

Introduzir o acolhimento como uma ferramenta de produção de cuidado, narrando de forma argumentativa aos agentes comunitários de saúde os obstáculos encontrados;

Utilizar ferramentas de educação permanente em saúde aos profissionais envolvidos no acolhimento na unidade de saúde baseados em análise de risco e vulnerabilidade.

### **3. CONTEXTO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO**

O município de Campo Grande é dividido entre sete distritos sanitários. Abrange uma população estimada em 906.092 pessoas, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2020. O presente projeto ocorreu na Unidade de Saúde da Família (USF) Tiradentes Dr. Antônio Pereira localizado no Distrito Sanitário Região do Bandeira, área central da cidade, com perfil populacional diverso entre as equipes de saúde e prevê cerca de 750 indivíduos no cadastro individual por Agente Comunitário de Saúde (ACS). O Projeto Integrado (PI) foi conduzido juntamente aos profissionais de saúde da USF Tiradentes, principalmente os ACS com abordagem ao Acolhimento. Ao se basear na condição proposta à melhora acerca desse tema, esse PI corrobora no favorecimento evolutivo da equipe. Visando contribuir com a transição do teórico à prática, a atuação diária dos mesmos, de forma organizada e planejada. Desta forma, será possível alcançar a qualidade e bem estar da comunidade.

O cenário é composto por oito equipes de saúde da família e uma unidade com incremento do projeto denominado Laboratório de Inovação na Atenção Primária à Saúde (INOVAAPS), que conta com uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade. Acomoda profissionais graduados, totalizando quinze enfermeiros, vinte médicos, duas assistentes sociais, quatro profissionais de educação física, dois fisioterapeutas, oito odontólogos e o total de trinta e cinco agentes comunitários de saúde atuantes, estes últimos, possuem vínculo estatutário. O atendimento à população ocorre a partir da divisão no território com fundamentação na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017).

O público alvo da equipe de saúde são os ACS atuantes da USF Tiradentes, objetivando aplicar o planejamento do estudo no percorrer diário de segunda a sexta feira, entre os turnos matutinos e vespertinos.

#### **3.1. Descrição da Situação Problema**

A escala do acolhimento é realizada sem fluxo ou ordenamento, onde o ACS recepciona o usuário na porta de entrada da unidade. Por vezes, a escala de trabalho não é cumprida, preenchendo em torno de 1 vez a cada 15 dias na escala de acolhimento da unidade. Devido à ausência de acolhimento na comunidade, há uma dificuldade enfrentada pelos usuários diariamente que ao frequentar a unidade, onde se deparam com profissionais sem treinamento

para o auxílio e orientação aos pacientes quanto aos serviços e fluxos estabelecidos. O que pode acarretar em usuários insatisfeitos e mal orientados sobre os serviços e programas que podem participar, gerando dificuldades no acesso e baixa procura aos cuidados a serem produzidos.

### **3.1. Análise da Situação Problema**

A falta de capacitação e falha no preenchimento da escala de acolhimento é evidente, ocasionando uma rotina falha e problemática, causando transtornos na qualidade da saúde comunitária, além de impactar diretamente no acesso dos usuários. Esse fato é percebido principalmente devido à falta de conhecimento necessário sobre acolhimento do caderno de atenção básica número 28, que orienta os tipos de acolhimento a serem utilizados para cada realidade.

O tema do acolhimento tem sido objeto de discussão e reflexões nas unidades de saúde de Campo Grande. Foi elencado como proposta de mudança a partir de votação em plenário da VII Conferência Municipal de Saúde e Audiência pública acerca do tema: gestão do SUS e modelos de atenção à saúde (BRASIL, 2021a). Essa problemática está descrita no plano municipal de saúde 2018-2021 e apresenta como alinhamento da proposta: Implementar dispositivos da Política de Humanização do SUS, com votos calculados apresentando nível de aceitação e urgência com resultado: muito alto, dados descritos no material de consulta pública (BRASIL, 2017b). Essa questão se reflete nos serviços e se torna uma problematização cotidiana e se expressa na falta de procura da comunidade pelos serviços de saúde ofertados, agravando o conhecimento do profissional de saúde quanto ao bem estar e convívio da população comunitária e suas famílias.

Por ser mediador entre os saberes técnicos e populares, entre equipe de saúde e comunidade, o ACS desempenha importantes funções a favor das famílias da região onde vive e exerce seu trabalho. Dessa forma, pode-se dizer que esse profissional da saúde ao mesmo tempo que faz parte da equipe de saúde, também faz parte da comunidade, como afirma Maciazeki-Gomes *et al.* (2016).

Uma das potencialidades inerentes ao trabalho do ACS está na possibilidade de superação da dicotomia existente entre os saberes técnicos e os saberes da população, em direção a construção de discursos que promovam compreensões e vivências ampliadas do conceito de saúde. Dessa forma, ele se destaca como agenciador de ações e práticas emancipadoras em saúde. (Maciazeki-Gomes *et al.*, 2016, p.1638.)"

Portanto, é fundamental realizar um projeto de ação, visando melhorar a comunicação e convivência entre ACS e comunidade para que haja melhora na procura aos serviços de saúde ofertados na USF Tiradentes.

No que se refere à saúde das pessoas, no realizar das visitas domiciliares e fazer uso de uma linguagem mais acessível, o ACS é o profissional mais capacitado e que apresenta condições de promover uma atenção diferenciada, pois é o único que se qualifica na interação entre profissionais de saúde e população ao estabelecer o diálogo apropriado (MACIAZEKI-GOMES *et al.*, 2016).

## **4. REFERENCIAL TEORICO**

Desde os primórdios, sabe-se que o cuidado faz parte e da humanidade às pessoas, tornando essencial o cuidar e ser cuidado. Por sua vez, a enfermagem é fundamentada no cuidar. No entanto, as práticas de cuidado estão além dos conhecimentos científicos e técnicos, exigindo que o profissional dê valor ao toque, ao olhar e à escuta. Dessa forma, o ACS também é responsável na arte do cuidar e utiliza dessa prática diariamente enquanto atua. Por esse motivo, a sua função é primordial no acolhimento, a fim de promover saúde e prevenir as doenças (KEBIAN; OLIVEIRA, 2015).

A Atenção Primária à Saúde (APS), sendo organizada e fundamentada nos princípios do SUS, que enfatiza sobre o trabalho em equipe, a territorialização e a corresponsabilidade sanitária. Contudo é considerado um serviço complexo, devido às constantes mudanças paradigmáticas do processo de gestão e do trabalho em saúde, o que tem gerado distintos atributos à atenção básica, promovendo desafios às estratégias quanto ao cuidado (ALENCAR *et al.*, 2020).

### **4.1. Agente Comunitário de Saúde**

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), foi implantado no sistema de saúde na década de 90, a fim de atuar nas unidades básicas e construir elo entre as famílias da comunidade e os serviços de saúde. Portanto, é possível afirmar que o ACS é peça fundamental na APS, devido aos atributos de seu trabalho, tais como a competência cultural, a orientação comunitária e a construção de vínculo, tendo relação direta com as famílias do seu território e transitando entre os saberes técnicos e populares (MACIEL *et al.*, 2020).

Como principais funções e atribuições, é papel do ACS realizar diagnóstico demográfico e sociocultural; relatar as coletas e registros coletados nas visitas domiciliares, para que haja controle e planejamento das ações de saúde, além do estímulo a participação dos programas voltados a comunidade (PINHEIRO *et al.*, 2019).

Diante disto, as legislações preconizam a inserção e integração do ACS como membro da equipe multiprofissional, redirecionou seu processo de trabalho, visando as famílias atendidas, conservando a “promoção, proteção e recuperação de saúde, fomentada de forma integral e continuada”, envolvendo a “longitudinalidade, integração e coordenação do cuidado” (MACIEL *et al.*, 2020).

De acordo com Alencar *et al.*, (2020), o ACS é assinalado no contexto da APS, por desempenhar uma posição singular entre a comunicação popular e o saber científico, sendo considerada uma profissão diferenciada das demais. É uma das profissões mais estudadas pelas universidades brasileiras, pois transitam nos espaços governamentais e comunidade, sendo responsáveis na intermediação dessa interlocução (BRASIL, 2017a).

A partir da prática da ESF, surgem ações responsáveis por aproximar a relação entre o sistema de saúde e as equipes de saúde e comunidade, mediante visitas em domicílio e territórios. Portanto, o ACS é encarregado em organizar o trabalho e produção do cuidado através da primeira aproximação com as famílias, o acompanhamento e encaminhamento. Por ser primário no acolhimento, enfrenta as mais diversas situações na comunidade, desde a problemas de relacionamento familiar até problemas de ordem social, tornando-os vulneráveis, pois encontram dificuldades no cumprimento dos preceitos do SUS, principalmente da integralidade, equidade, intersetorialidade e participação social, dificultando a rotina cotidiana (SILVA *et al.*, 2014).

#### **4.2. Acolhimento na Estratégia de Saúde da Família**

Pensando na condição de saúde da comunidade e como melhorar, surge em 1991, o serviço dos ACS, através do PACS. A primeira iniciativa ocorreu em algumas áreas do Nordeste, Distrito Federal e São Paulo (BRASIL, 2017a).

Surge então, em 1994 a ESF, por intermédio do Ministério da Saúde, que determina a reorganização da atenção básica, pois é primordial na estratégia de expansão e melhor qualidade nos serviços, fortalecendo a tese de ofertar saúde e ser a porta de entrada nos serviços (KEBIAN; OLIVEIRA, 2015).

Em 2003, a fim de firmar os princípios do SUS, nasce a Política Nacional de Humanização (PNH), que intervém “no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários”, se tornando presente e estabelecido nas políticas e programas do SUS. A humanização acontece não somente no atendimento ao paciente, mas sim a partir do conjunto de valorização entre usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção da saúde. Ao realizar a humanização num todo, se obtém autonomia para modificar evolutivamente a realidade em que vivem, daí cria-se o vínculo e conseqüentemente as mudanças no modo de gerir e cuidar, havendo a promoção da saúde (BRASIL, 2017b).

A promoção da saúde é o resultado do conjunto de ações e projetos em saúde nos mais diversos níveis de complexidade da gestão. Tem como propósito o olhar e escuta qualificada, buscando incentivar a autonomia no cuidado à saúde, conforme afirma Alencar *et al.*, (2020)

No contexto brasileiro entende-se que a promoção da saúde apresenta-se como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, objetivando dialogar em diversas áreas do setor saúde, com outros setores do governo, setor privado, órgãos não governamentais e a sociedade, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população com valorização da participação popular na proteção e no cuidado com a vida (Alencar *et al.*, 2020, p. 644).

As diretrizes do humanizaSUS dizem que o acolhimento é o reconhecimento do que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. Alicerçado nessa afirmação, tem como principal objetivo a construção de relações de confiança e compromisso, afirma Brasil (2017b).

Portanto, o acolhimento é uma diretriz da PNH, que impõem como “uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, ou seja, é o compromisso de obter respostas conforme às necessidades da população (BRASIL, 2017b).

### **4.3. Risco e vulnerabilidade**

O termo Vulnerabilidade abrange diferentes campos temáticos, tais como Bioética, Saúde Mental, Saúde Ambiental, Epidemiologia, remetendo ao sentido de fragilidade. Diante da necessidade de evoluir cada vez mais, o processo de viver humano está marcado com as incertezas e fragilidades causadas cotidianamente pelos fatores de risco e vulnerabilidade, na qual todos estão expostos. Contudo, o profissional de saúde é ainda mais exposto devido aos variados riscos rotineiros (Santos *et al.*, 2012).

Esse é um conceito novo e estratégico no âmbito da Saúde Pública, visando aprimorar o cuidar através da análise de contexto, está associada às condições de um determinado grupo que potencializam e aumentam a chance de ser acometido por uma doença ou agravo (AYRES *et al.*, 2009a, p. 127).

Vulnerabilidade, na área da saúde, está diretamente vinculado ao risco, visando os meios de prevenção e superação do mesmo. Diante a esta afirmação, é entendível que há variados tipos de vulnerabilidades, tais como as dimensões individuais, sociais e programáticas.

(MUSIAL; MARCOLINO-GALLI, 2019).

A partir da visão de Ayres (2009), o conceito de vulnerabilidade na área da saúde ganha importante proporção e a partir daí surgem três dimensões interconectadas que compõem esse conceito, sendo denominados individual, social e programática.

Para analisar vulnerabilidade individual deve-se compreender aspectos que envolvem o indivíduo de modos intrínsecos ou extrínsecos relacionados com diferentes fatores e relacionamentos intersubjetivos, atitudes e comportamentos. Todos os sujeitos estão susceptíveis e devem ser considerados de forma fundamental (OVIEDO; CZERESNIA, 2015).

De acordo com Benedetto e Silveira (2013), a dimensão individual é entendida como o comportamento particular de cada indivíduo frente ao processo de saúde-doença, ou seja, a partir da forma do modo de vida, as informações obtidas desse processo e como lidar nesse momento, são principais pontos que ajudam na avaliação de dimensão individual da vulnerabilidade de cada um.

Vulnerabilidade social abrange o processos saúde-doença e processos sociais, circunstâncias vinculadas a aspectos contextuais como: emprego, relações de gênero, discriminação, educação, acesso à informação, suporte social, liberdade de pensamento e expressão, etc, exigem a explicação da mesma (OVIEDO; CZERESNIA, 2015).

A dimensão social, segundo Benedetto e Silveira (2013), está relacionado com o convívio social, sendo os principais elementos citados e estudados as relações de poder, normas, possibilidades de acesso à vida material, à cultura, à política. Dessa forma, a situação de cada indivíduo no conjunto social é determinante para o acesso a bens de consumo, serviços, conhecimento e direitos sociais, como a saúde.

O entendimento de vulnerabilidade programática pode ser interposto à vulnerabilidade institucional visto que está relacionado a ausência de suporte dos serviços a necessidades individuais ou sociais que precisam ser focados na redução de agravos, por meio de planejamento, promoção, prevenção, organização, assistência e outros (OVIEDO; CZERESNIA, 2015).

Segundo Benedetto e Silveira (2013), a dimensão programática compreende a mediação que as instituições desempenham na rotina da sociedade a fim de proteger de adoecimentos e promover a saúde.

As ações programáticas dizem respeito a definições de políticas específicas para o setor saúde, além da coalizão destas com as demais políticas públicas no sentido intersetorial. A dimensão programática da vulnerabilidade avalia, inclusive, a integralidade e a equidade das ações, bem como o acesso aos serviços, a qualidade destes e a existência de equipes multidisciplinares, dialogando harmoniosamente com

Quadro 1 - Exemplos a serem considerados nas dimensões de vulnerabilidade

<b>INDIVIDUAL</b>	<b>SOCIAL</b>	<b>PROGRAMÁTICA</b>
Relações afetivo-sexuais	Acesso à educação	Organização do setor de saúde
Comportamento	Salário	Controle social
Abuso de tabaco	Ter dificuldade de acessar serviço de saúde	Não receber informações quanto programas de controle ao tabagismo.

Fonte: Autoria Própria, 2021.

As dimensões de vulnerabilidade são conceituadas como um conjunto de fatores que podem aumentar ou diminuir o risco, se tratando de saúde, é a forma de avaliar as chances que cada pessoa tem de contrair doenças (Santos *et al.*, 2012).

Risco é uma probabilidade de um usuário vir a sofrer de um determinado evento, doença ou agravo à sua saúde. Pode-se identificar fatores que associados possam aumentar o risco de se desenvolver uma doença. Por conseguinte, a epidemiologia relaciona uma série de fatores de riscos que podem ser associados e aumentar a probabilidade de um risco acontecer (AYRES *et al.*, 2009b).

A vulnerabilidade é definida a partir do momento de um perigo ou um conjunto deles, em dado contexto geográfico e social, onde são configurados os riscos (JUNIOR e HOGAN, 2006).

Os riscos e perigos ambientais passam a ser considerados como produtos do sistema, intrincados na trama social e fruto da modernização ecológica da modernidade tardia e de processos de segregação e desigualdade sociais. A partir desta delimitação é possível identificar os fatores que podem promover a diminuição da vulnerabilidade, bem como as situações ou elementos que aumentam o risco (MARANDOLA JR.; HOGAN, 2006, p. 36)

É caracterizado principalmente como algo negativo e indesejável, retratando um perigo ou mal. No cotidiano é oculto devido à falta de conhecimento ou falta de atenção (MUSIAL; MARCOLINO-GALLI, 2019).

## **1.1 Educação Permanente**

O conceito da Educação Permanente (EP) surgiu na América Latina tendo foco

principalmente o desenvolvimento das técnicas e as habilidades adquiridas no processo de trabalho (FERREIRA *et al.*, 2019). O principal ponto é a discussão da educação, visando a melhoria e transformação na aprendizagem, o que é configurado como campo do saber e de prática na área da saúde (CAMPOS; SENA e SILVA, 2017).

No Brasil, a EP surgiu na década de 80, através do Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), objetivando a qualidade do serviço prestado por meio de um novo referencial pedagógico, diante da relação do processo de trabalho e profissional, para transformação das práticas de saúde (FERREIRA *et al.*, 2019).

A inserção desse conceito no setor saúde, tem sido de extrema importância, devido a necessidade permanente para a qualificação dos profissionais, visando à formação crítica e reflexiva para lidar com a realidade e transformá-la (CAMPOS; SENA e SILVA, 2017).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) parte do pressuposto da aprendizagem significativa e problematizadora, propondo estratégias que possibilitam a construção coletiva, além de nortear caminhos para uma relação dialógica e horizontal, em que cada protagonista do SUS (trabalhadores, usuários e gestores) possa compartilhar, ensinar e aprender, construir e desconstruir concepções, ideias e conceitos acerca da saúde, de sua produção e operação e de seus papéis (MACHADO e WANDERLEY, 2012).

A Educação Permanente em Saúde (EPS), foi inserida pelo Ministério da Saúde como uma política de saúde no Brasil por meio das Portarias nº 198/2004 e nº 1.996/2007, a fim de conduzir a formação e a qualificação dos profissionais nos serviços públicos de saúde e tem por objetivo central fomentar as diretrizes operacionais e regulamento do Pacto pela Saúde, visando valorizar as ações de saúde prestadas à comunidade, fortalecendo a consolidação dos SUS (FERREIRA *et al.*, 2019).

Para tanto, além de ser considerada estratégia de mudança é também uma ferramenta de grande valia que promove a criação de espaços de coletividade, onde é possível notar cada indivíduo em seu processo de trabalho (MACHADO; WANDERLEY, 2012).

A política nacional de EPS constitui-se, portanto, em uma ferramenta importante para o trabalho da equipe multidisciplinar com projeções relevantes para a efetivação da interdisciplinaridade, a partir de ações integralizadas e humanizadas, ampliando a liberdade dos trabalhadores e criando espaços coletivos comprometidos com os interesses e as necessidades dos usuários (MACHADO; WANDERLEY, 2012, p.5).

O SUS, visando o desenvolvimento da formação dos profissionais da saúde, adotou a estratégia da EPS, visando transformar o processo de trabalho, em busca de ofertar qualidade

nos serviços prestados e alcançar a correção perante o cuidado e acesso aos serviços (FRANÇA *et al.*, 2017).

De acordo com Almeida *et al.* (2016), a educação permanente favorece o processo de ensino-aprendizagem no decorrer do cotidiano laboral do trabalhador, pautando as necessidades da população, da gestão e do controle social para que haja resoluções das problematizações.

Portanto, ao mencionar a EPS e formação profissional atuantes no SUS, abrange desafios, limites e possibilidades em todas as áreas e categorias que compõem os diferentes níveis de Atenção à Saúde (MACHADO; WANDERLEY, 2012).

## 5. PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES

O projeto de intervenção foi estruturado para desenvolver 5 ações.

Primeira: Coleta de dados para levantamento dos problemas e das necessidades de conhecimento por parte dos agentes comunitários de saúde. A partir desta problematização foram desenvolvidas atividades de educação permanente.

Segunda: Organização do material educativo para explanação da importância de realizar o acolhimento com qualidade, a fim de manter uma relação entre equipe de saúde e comunidade.

Terceira: Educação Permanente utilizando-se material de educação como cartilhas de acolhimento e aplicação de uma escala de vulnerabilidade (Guerra, 2011),

Quarta: Análise dos dados coletados através das reuniões com os ACS da unidade, averiguando o desenvolvimento do atendimento às famílias da comunidade.

Quinta: Apresentar resultados obtidos explicando as potencialidades e fragilidades encontradas no decorrer do pi.

Quadro 2 - Matriz de Programação das Ações

<b>Ação</b>	<b>Recursos Necessários</b>	<b>Produtos a Serem alcançados</b>	<b>Impacto/ Resultado</b>	<b>Meta</b>	<b>Prazo</b>	<b>Responsável</b>
Coleta de Dados	Conversa com os ACS para identificar suas necessidades e conhecimentos	Problematização	Alcançar a comunicação entre usuário e profissional	aumentar a procura dos serviços na USF	Ago/Nov 2021	Enfermeira Maria Eugênia
Organização do material educativo	Materiais educativos; Oficinas e Palestras.	Entender a importância no acolher; Criar vínculo com a comunidade.	Acompanhar a saúde comunitária. Busca do usuário à saúde	Promoção e bem-estar da comunidade.	Set/ Nov 2021	Enfermeira Maria Eugênia
Educação Permanente	Ações educativas	Aprendizado	Fortalecimento do acolhimento	Educar e Treinar	Dez 2021	Enfermeira Maria Eugênia

---

ao usuário;

---

Análise dos Dados coletados	Reuniões com os ACS; Analisar o desenvolver por meio dos materiais elaborados;	Usuário participativo e frequente à USF.	Descrever potencialidades;	Expor a solução do problema.	Dez. 2021	Enfermeira Maria Eugênia
Apresentar Resultados Obtidos	Projeto finalizado.	Acolhimento saudável ao usuário.	Promoção da saúde.	Comunidade de ativa.	Fev. 2022	Enfermeira Maria Eugênia

---

## **6. PLANEJANDO A INTERVENÇÃO: CAMINHO METODOLÓGICO**

Projeto de intervenção em um estudo de caso, cujo delineamento metodológico trata-se de um trabalho de caráter qualitativo. Nesta perspectiva, a estruturação da temática contemplou o questionamento norteador: Como obter progresso por meio de atividades em educação permanente aos profissionais ACS e estimular prática ao acolhimento?

As etapas realizadas, como já descritas anteriormente, foram divididas em: identificação do problema; coleta e análise dos dados; plano de intervenção; elaboração de materiais educativos; monitoramento do planejamento, e descrição dos resultados obtidos.

A coleta de dados foi realizada no segundo semestre de 2021, na USF Tiradentes utilizando as bases de dados: Biblioteca Científica Eletrônica On-line (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde e Biomédica (MEDLINE). Foram utilizados os descritores: Agente Comunitário de Saúde; Educação Permanente; Acolhimento.

A tabulação se deu no gerenciador de referências Zotero, facilitando o encontro de coleta dos dados, materiais elaborados juntamente ao referencial teórico, objetivando aprimorar e adequar os serviços diários da equipe de enfermagem na USF Tiradentes.

### **6.1. Gestão do Projeto**

A EP foi realizada por meio de oficinas em reuniões de equipe. Essa estratégia possibilitou o fortalecimento das reuniões e o estímulo para a discussão dos materiais educativos apresentados. Tais como as cartilhas inseridos como Anexo A e B. Para ajudar na execução desta ação foi utilizado, também, o caderno de atenção básica número 28, visando fornecer conhecimento sobre os métodos de execução, além dos direitos e deveres da população sobre os programas de saúde. As reuniões de equipe foram espaços potentes para a identificação do melhor tipo de acolhimento e fluxo de agendamentos que objetivam seguir após o desenvolvimento do PI.

O anexo A aborda sobre a Cartilha de Acolhimento: Escala de Vulnerabilidade, onde será pontuado as fragilidades, de acordo com a necessidade familiar. Já o anexo B contempla informações aos ACS sobre Acolhimento, explicando o que é essa ferramenta e como utilizá-la de forma apropriada.

Foi produzida uma Cartilha sobre acolhimento e a outra foi uma reprodução de uma Escala de Vulnerabilidade desenvolvida por Guerra *et al.* (2011). Essas cartilhas foram utilizadas, objetivando alcançar as metas elaboradas, de forma prática, tornando o atendimento eficaz e com resultados positivos.

Não existe qualquer banco de dados sobre o tema e persistência do funcionamento deste modelo. Dessa forma o plano de ações foi realizado por meio da utilização de um material elaborado que pode se transformar em uma cartilha para ser entregue aos ACS.

## **6.2. Análise dos Dados**

Após a coleta e análise dos dados adquiridos no decorrer do processo, as fragilidades foram estudadas, descritas e narradas aos profissionais ACS, assim como as possíveis potencialidades. Podendo dessa forma, executar ferramentas de intervenção, a fim de adquirir vínculos com a comunidade, obtendo evoluções gradualmente da promoção na qualidade de vida e bem-estar na saúde comunitária.

## **6.3. Aspectos Éticos**

Relacionado com o comportamento moral do ser humano e sua postura no meio social é definido a partir de como o indivíduo se comporta diante a sociedade e seus valores morais (BRASIL, 2017b). A ética está casada com a moralidade, uma vez que a ética tenta compreender a natureza da moralidade, enquanto a moralidade é uma questão de consulta à razão (BUB, 2009).

A humanização, de acordo com Santos Filho, Barros e Gomes (2009), é efetivada através das práticas diárias em saúde, a partir da postura adotada no cotidiano dos serviços, sendo composta por pessoas comuns que compõe o SUS, podendo ou não ser trabalhadores do campo que habitam o dia a dia dos serviços de saúde. Pensando de tal forma, pode-se dizer que a política de humanização ocorre a partir do encontro desses sujeitos. No caso do acolhimento, acontece em face da escuta qualificada ao usuário, além do acesso adequado que promovem sanar as suas necessidades, atendimento objetivo e eficaz.

A Resolução 510/2016, de acordo com Brasil (2016), circunscreve que a ética é uma

construção humana, portanto histórica, social e cultural, devendo ser mantido o respeito pela dignidade humana e a proteção devida aos participantes das pesquisas científicas. Reconhece a existência do sistema dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), além da Resolução 466/12, que predispõe sobre as especificidades éticas das pesquisas nas Ciências Humanas e Sociais e de outras que se utilizam de metodologias próprias dessas áreas, dadas suas particularidades. Essa resolução prevê que a produção científica beneficia a comunidade e o cidadão, de forma a promover qualidade de vida a partir do respeito aos direitos civis, sociais e culturais. Sendo descrito que não é necessário haver registro no sistema CEP/CONEP:

Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução.

Parágrafo único. Não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP: VIII – atividade realizada com o intuito exclusivamente de educação, ensino ou treinamento sem finalidade de pesquisa científica, de alunos de graduação, de curso técnico, ou de profissionais em especialização.

§ 1º Não se enquadram no inciso antecedente os Trabalhos de Conclusão de Curso, monografias e similares, devendo-se, nestes casos, apresentar o protocolo de pesquisa ao sistema CEP/CONEP;

Portanto, este projeto de intervenção se enquadra e está de acordo com as normas da Resolução 510/2016, mantendo a ética com o cidadão e a comunidade onde se encontra inserido, a fim de manter a discrição da sua identificação e promover melhoria na qualidade de saúde ofertada.

## 7. DISCUSSÃO E RESULTADOS

A idealização do projeto de intervenção está inclusa no cenário de prática assistencial no contexto de uma residência multiprofissional e médica. É importante destacar ações e atividades realizadas anteriormente a este projeto que buscaram fomentar o acolhimento como parte do serviço prestado, visto que o cenário onde o projeto foi concebido foi modificado com inserção do projeto de inovação INOVAAPS. Também considerar que aconteceram iniciativas de reorganização do modelo de assistência prestado pela Unidade Básica de Saúde para Estratégia de Saúde da Família em direção a qualificação, expansão e consolidação da Atenção Primária na capital. Este modelo de trabalho possui características, legislações e modo de funcionamento particular em relação à outros e para ampliar estas singularidades junto aos profissionais lotados no serviço fez-se necessário desde o início das atividades do trabalho do programa de residência inserir orientações, ações e demais atividades de educação permanente e continuada para os trabalhadores, o que corrobora para que este trabalho tenha a visibilidade e entendimento por parte dos participantes.

Uma das atividades realizadas foi a aplicação da Matriz Swot (também conhecida como F.O.F.A) com os agentes comunitários de saúde em maio/2020, esta ferramenta prevê um planejamento estratégico que auxilia na organização a partir da identificação de fatores internos e externos que são favoráveis e desfavoráveis para obter os objetivos de determinado assunto ou seguimento. Esta experiência somada aos demais cursos e oficinas de educação permanente com o tema agregaram conhecimentos aos profissionais que até então tinham outro entendimento sobre o tema. Ainda em reuniões de equipe conforme necessidade particular de cada equipe o assunto foi retomado e continuamente esta categoria tem apoio de todos os profissionais de nível superior para questões que tenham dúvidas ou necessidades.

A partir da aprovação deste projeto de intervenção junto à secretaria de saúde do município e das atividades para o levantamento dos problemas e necessidades da Unidade de Saúde, foi realizado a sistematização das necessidades levantadas acerca dos problemas identificados na USF Tiradentes e instituído um momento de educação permanente junto aos agentes comunitários de saúde. Esses ACS se disponibilizaram a estar presentes com o intuito de melhorar seu desempenho, compreender conceitos e otimizar o processo de trabalho frente às necessidades do serviço e da comunidade.

O encontro contou com onze (11) agentes comunitários de saúde lotados no serviço de diferentes equipes de 35 profissionais ativos no momento, destas 10 mulheres e 1 homem de idades entre 33 e 59 anos. Foi utilizado roda de conversa como metodologia de intervenção e

os objetivos foram abordados seguindo o material educativo elaborado para este projeto (Cartilha de Acolhimento: Escala de Vulnerabilidade), trazendo tópico a tópico os assuntos tratados no instrumento e as discussões foram sendo abordadas de modo colaborativo entre todos. Para o tema "Trabalho em equipe" foi possível associar questões particulares de cada equipe de saúde e organização de agenda, como a demanda e características populacional e territorial de cada equipe e foi demonstrado que questões relacionadas com modelo de agenda é um fator determinante para prover o acesso. Com abordagem aos "Tipos de acolhimento" os ACS puderam compreender a aplicação prática do modelo de acolhimento proposto no caderno de atenção básica 28 e neste momento propuseram diferentes modelos de acolhimento e analisaram o exercício destes na atual conjuntura das equipes. A análise das legislações existentes acerca das competências e atribuições da categoria geraram grande debate. Experiências vivenciadas no serviço e situações de conhecimento público foram relacionadas ao tema "Comunicação". Para tratar o tema "Classificação de risco e vulnerabilidade", houve a necessidade de retomar o ponto de "Escuta qualificada" que por rotina é verbalizada e entendida por muitos de modo equivocado, além de esclarecer singularidades da classificação de risco feita na atenção primária que favorecem a aplicação da "Escala de Vulnerabilidade".

O desenvolvimento da proposta abarcou a visão dos profissionais presentes para promoção de avaliação e análise do trabalho em desenvolvimento na unidade e sugestões de intervenções à implantação de acolhimento a partir dos conhecimentos prévios sobre o tema e abordados no encontro, além de experiências exitosas de outros serviços de saúde. Em suma os pontos potenciais sobressaem as fragilidades, visto que um fator de grande impacto para o acolhimento seja a estrutura física do serviço, ao longo das atividades realizadas foi possível observar ausência de profissionais ACS que a partir de estratégias de vinculação e gestão local podem ser solucionadas.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A equipe de saúde da atenção básica é responsável pela promoção da saúde na comunidade. No entanto, é por meio do ACS que o trabalho se inicia, pois é o primeiro dos profissionais de saúde que terá contato com a família. Atribuído de realizar o acolhimento, havendo dessa forma a criação de vínculos, e posteriormente, o contato direto com os demais profissionais da equipe.

Outro fator importante na criação de vínculos entre o ACS e comunidade, se dá ao fato de residir na área em que atua o serviço. Dessa forma, é possível criar uma relação de boa vizinhança e promover a saúde, através de ações educativas incentivadoras do cuidado.

O serviço de saúde é dirigente do acolher ao oferecer olhar e escuta qualificada, objetivando obter a solução para a grande maioria dos problemas de saúde da população, buscando minorar danos e sofrimentos. Não é função somente do ACS obter a proximidade por meio do acolhimento. Para que haja resolução é necessária vinculação no contexto geral, comunidade e equipe, tornando possível a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial.

O acolhimento não é prerrogativa exclusiva de nenhum profissional, sendo assim, essa prática deve ser recorrente entre toda a equipe.

Nota-se que alguns profissionais demonstram resistência quanto à mudança no processo de trabalho em relação ao acolhimento e dificuldade de compreensão dos direitos e deveres da sua categoria profissional. Porém, existe claro entendimento acerca do tema visto que já foi tratado com os mesmos anteriormente, contudo a fala "desvio de função" é recorrente no discurso entre os participantes. Outro ponto relevante foi o relativo à taxa de absenteísmo para implantação e desenvolvimento do projeto de intervenção, que corrobora como obstáculo para o desfecho do trabalho e continuidade dos processos.

O momento realizado foi de grande valia é possível destacar situações da rotina que impactam nos atendimentos da unidade associado ao modo de acolhimento atual desenvolvido e estabelecimento de prioridades de atendimento, escuta qualificada, educação permanente e resolução dos problemas enfrentados pela população e colaboradores. O material educativo foi entendido como instrumento de qualificação dos profissionais e apoio à possível transformação sugerida por este projeto de intervenção. Outro ponto a ser destacado é que o projeto de intervenção necessita de suporte dos demais integrantes da equipe para saúde para sua efetividade e adequação do fluxo proposto em conjunto a todos colaboradores com reuniões para avaliação do fluxo a ser implantado.

A fim de otimizar o processo de trabalho e definitivamente instituir ordenamento relacionado ao acolhimento na USF Tiradentes a continuidade das atividades de educação permanentes fazem-se necessárias, assim como treinamento dos colaboradores agentes de serviço de saúde e demais cargos administrativos para operacionalizar e compreender as questões relacionadas à acesso e acolhimento.

A despeito de reconhecer que ainda há muito que se fazer e principalmente o projeto de intervenção não deva se restringir a este momento e sim ser o ponto inicial para avançar e aprimorar o quanto antes o processo de acolhimento na USF Tiradentes

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALENCAR, O.M. *et al.* **Conocimiento y prácticas de los agentes de salud comunitarios en el contexto de la promoción de la salud: una revisión integradora.** *Enferm. glob.* v. 19,n. 59, p. 626-657, 2020. Disponível em:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412020000300626&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000300626&lng=es&nrm=iso). Acesso em: Jun. 2021. DOI: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.411151>.

ALMEIDA, J. R. S. *et al.* **Educação Permanente em Saúde: uma estratégia para refletir sobre o processo de trabalho.** *Rev. ABENO.* v.16, n.2, Londrina. Abr./Jun. 2016.

Disponível em: [http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-59542016000200003](http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-59542016000200003). Acesso em: Ago 2021.

AYRES, J.R.C.M; França J.I.; Calazans G.J e Saletti H.C. **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios.** In: Czeresnia D, Freitas C.M, (org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.* 2ª Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009a. p.121-143.

AYRES, J.R.C.M.; CALAZANS, G.J.; SALETTI FILHO, H.C. e FRANCA JUNIOR, I. **Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde.** In: *Tratado de saúde coletiva*[S.l: s.n.], 2009b. Disponível em:

[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/347426/mod\\_resource/content/1/risco\\_vulnerabilidade%20Ayres%20e%20cols.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/347426/mod_resource/content/1/risco_vulnerabilidade%20Ayres%20e%20cols.pdf). Acesso em: Dez. 2021.

BENEDETTO, E.S.; SILVEIRA, E. **Solo e raízes das dimensões individual, social e programática da vulnerabilidade e as sementes no processo de saúde da criança.** *Textos & Contextos.* v. 12, n. 1, p. 68 - 84, Jan./Jun. 2013. Disponível em:

<file:///C:/Users/damar/Downloads/13240-Texto%20do%20artigo-55411-1-10-20130719.pdf>. Acesso em: Nov. 2021.

BRASIL. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. **Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais.** *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 24 maio 2016. Disponível em:

[https://cep.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/reso510\\_2016\\_chs.pdf](https://cep.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/reso510_2016_chs.pdf). Acesso em: Jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.** Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf). Acesso em Mai 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSUS\\_politica\\_nacional\\_humanizacao.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSUS_politica_nacional_humanizacao.pdf). Acesso em: Jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Oficina de financiamento da Atenção Primária reúne 194 gestores no Mato Grosso do Sul**. Secretaria de Atenção Primária à Saúde [online]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021a. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/14457>. Acesso em: Nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agentes Comunitários de saúde**. Ministério da Saúde. Brasília – DF, 2017c. Disponível em: <https://brasil.campusvirtualsp.org/node/324241>. Acesso em: Mai. 2021.

BUB, M.B.C. **Ética e prática profissional em saúde**. Texto & Contexto - Enfermagem. v. 14, n. 1, pp. 65-74. Mar.2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000100009>. Acesso em: Jun 2021. ISSN 1980-265X.

CAMPOS, K.F.C.; SENA, R.R.; SILVA, K.L. **Educação permanente nos serviços de saúde**. Esc Anna Nery, v.21, n.4, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/9vD6Ww7FyM9qHFKqgrRkT3c/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: Set. 2021.

FERREIRA, L. *et al.* **Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura**. Saúde em Debate [online]. 2019, v. 43, n. 120, p. 223-239. Maio, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017>. Acesso em: Set. 2021.

FRANÇA, T. *et al.* **Limites e possibilidades das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço: percepções dos gestores**. Saúde em Debate [online]. v. 41, spe 3, p. 144-154, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S311>. Acesso em: Nov. 2021.

GUERRA, C.A. *et al.* **Escala de vulnerabilidade: Uma proposta de instrumento do cuidado na Estratégia de Saúde da Família**. Trabalho de Conclusão de Curso. RMSF ENSP/Fiocruz 134 p. 2011.

JUNIOR, E.M.; HOGAN, D.J. **As dimensões da vulnerabilidade. São Paulo em Perspectiva**. v. 20, n. 1, p. 33-43, jan./mar. 2006. Disponível em: [http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v20n01/v20n01\\_03.pdf](http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v20n01/v20n01_03.pdf). Acesso em: Nov. 2021.

KEBIAN, L.V.A.; OLIVEIRA, S.A. **Práticas de cuidado de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da estratégia saúde da família**. CiencCuid Saude.v.14, n.1, p.893-900. Rio de Janeiro, RJ. Jan./Mar. 2015. Disponível em: [https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/22466/pdf\\_307](https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/22466/pdf_307). Acesso em: Jun. 2021.

LANZONI, G.M.M.; MEIRELLES, B.H.S. **Liderança do enfermeiro: elemento interveniente na rede de relações do agente comunitário de saúde**. Revista Brasileira de Enfermagem. v. 66, n. 4, pp. 557-563. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000400014>. Acesso em: Jun.2021.

MACIEL, F.B.M. *et al.* **Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19.** *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2020, v. 25, s. 2, p. 4185-4195. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.28102020>. Acesso em: Ago. 2021.

MACHADO, A.G.M.; WANDERLEY, L.C.S. **Contextualizando a educação permanente em saúde na prática das equipes de saúde da família.** UNIFESP, 2012. Disponível em: [https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/2/unidades\\_conteudos/unidade09/p\\_05.htm](https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade09/p_05.htm). Acesso em: Dez. 2021.

MUSIAL, D.C.; MARCOLINO-GALLI, J.F. **Seção livre: Vulnerabilidade e risco: apontamentos teóricos e aplicabilidade na Política Nacional de Assistência Social.** *O Social em Questão*, v. 21, n. 44, p. 291-306, 2019. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/5522/552264340012/html/>. Acesso em: Ago. 2021.

OVIEDO, R.A.M.; CZERESNIA, D. **O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial.** *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. v. 19, n. 53, p. 237-250, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0436>. Acesso em: Dez. 2021.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H.F. **Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. A versão inicial deste artigo foi apresentada na mesa redonda “Atenção Primária à Saúde nos Grandes Centros”, em comemoração aos quarenta anos do Centro de Saúde Escola Prof. Samuel B. Pessoa, do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paul, em 30 de agosto de 2017.** *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. v. 22, n. 2, pp. 1525-1534. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>. Acesso em: Mai 2021.

PINHEIRO L.S.; MEDEIROS T.C.S.; VALENÇA C.N.; DANTAS D.K.F; SANTOS M.A.P. **Quality of life and work improvement sac cording to community health agents.** *Rev Bras Med Trab*. v.17, n.2, p.180-187. 2019. Disponível em: <https://www.rbmt.org.br/details/449/pt-BR/melhorias-para-a-qualidade-de-vida-e-trabalho-na-visao-dos-agentes-comunitarios-de-saude>. Acesso em: Ago.2021.

SANTOS FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B.; GOMES, R.S. **The National Humanization Policy as a policy produced within the healthcare labor process.** *Interface - Comunic., Saúde, Educ*. v.13, supl.1, p.603-13, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2009.v13suppl1/603-613/pt>. Acesso em: Jun. 2021.

SANTOS, J.L.G. *et al.* **Risco e vulnerabilidade nas práticas dos profissionais de saúde.** *Revista Gaúcha de Enfermagem* [online]., v. 33, n. 2, p. 205-212, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000200028>. Acesso em: Jul 2021.

SILVA, C.R.C. *et al.* **Extensão universitária e prática dos agentes comunitários de saúde: acolhimento e aprendizado cidadão.** *Saúde e Sociedade* [online]. 2014, v. 23, n. 2, p. 677-688. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000200026>. Acesso em: Maio 2021.

## ANEXOS

As cartilhas anexas em A e B foram elaboradas a partir do Trabalho de Conclusão de Curso da RMSF ENSP/Fiocruz Escala de vulnerabilidade: Uma proposta de instrumento do cuidado na Estratégia de Saúde da Família elaborado por GUERRA, C. A e et al. em 2011. As cartilhas foram desenvolvidas visando alcançar as metas propostas de forma sucinta e eficaz, a fim de obter promoção de resultados positivos.

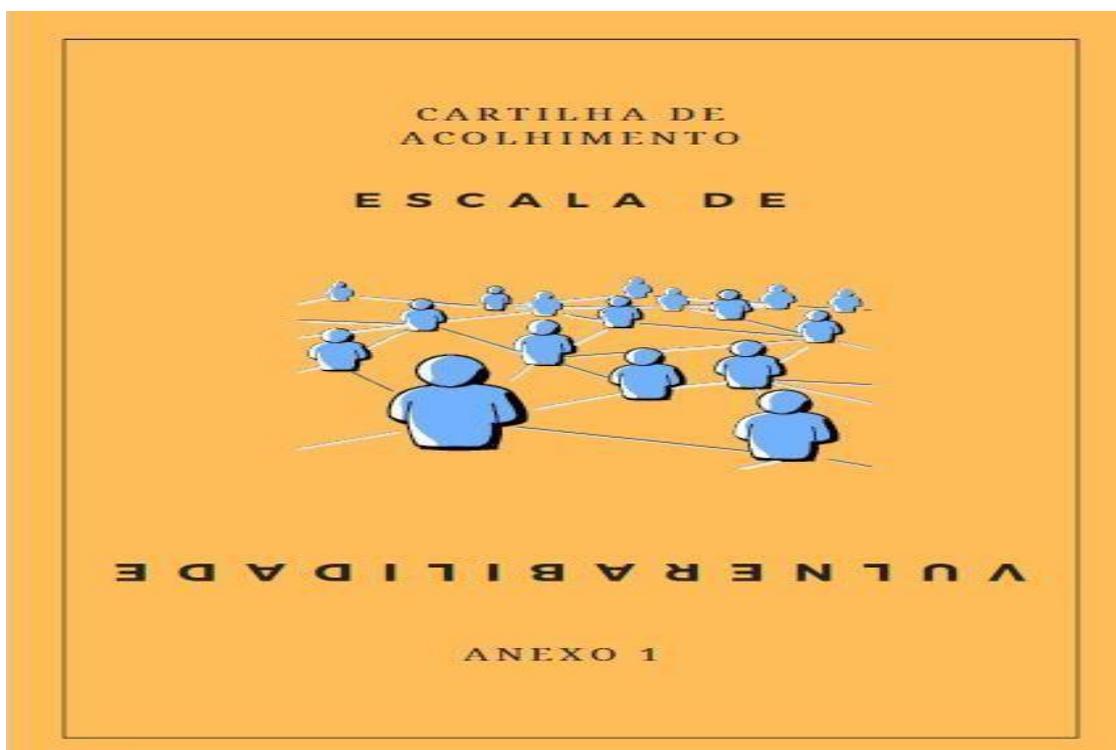
Anexo A - Cartilha de Acolhimento: Escala de Vulnerabilidade, pontua sobre as fragilidades, visando as necessidades de cada família.

Anexo B – Acolhimento, apresenta informações aos profissionais ACS sobre o tema Acolhimento, explanando o uso dessa ferramenta e a utilização correta no momento apropriado.

### Anexo A - Cartilha de Acolhimento: Escala de Vulnerabilidade



CARTILHA A.pdf



## ESCALA

	QUESTÕES	PONTUAÇÃO	ESTE MOTIVO SE RELACIONA COM A CONDIÇÃO DE SAÚDE DE SUA FAMÍLIA? Sim (0) Não (1)	TOTAL PONTUAÇÃO FAMILIAR
01	Participa de algum grupo na comunidade? Sim(0) Não(2)	(Sim) (Não)	(Sim) (Não)	
02	Sofreu algum tipo de preconceito na vida? Sim(3) Não(0)	(Sim) (Não)	(Sim) (Não)	
03	Frequenta atividades de lazer e cultura? Sim(0) Não(2)	(Sim) (Não)	(Sim) (Não)	
04	Frequenta atividades de esporte? Sim(0) Não(1)	(Sim) (Não)	(Sim) (Não)	
05	Sabe ler e escrever? Sim(0) Não(2)	(Sim) (Não)	(Sim) (Não)	
06	Há alguém desempregado na família? Sim(2) Não(0)	(Sim) (Não)	(Sim) (Não)	
07	Recebe ou necessita Bolsa-Família? Sim(2) Não(0)	(Sim) (Não)	(Sim) (Não)	
08	Possui acesso a meios de informação? Sim(0) Não(2)	(Sim) (Não)	(Sim) (Não)	
09	Votou nas duas últimas eleições? Sim(0) Não(2)	(Sim) (Não)	(Sim) (Não)	
10	Nos últimos 3 meses a sua família deixou de fazer alguma refeição por não ter comida em casa? Sim(2) Não(0)	(Sim) (Não)	(Sim) (Não)	
11	Possui acesso aos serviços de saúde? Sim(0) Não(2)	(Sim) (Não)	(Sim) (Não)	
12	Há boa condição de saneamento e/ou Destino adequado do lixo? Sim (0) Não (3)	(Sim) (Não)	(Sim) (Não)	
Na sua família há alguém*				
13	Acamado? Sim(3) Não(0)	(Sim) (Não)	Sim (0) Não (2)	
14	Com deficiência Física? Sim(3) Não(0)	(Sim) (Não)	Sim (0) Não (2)	
15	Com deficiência Mental? Sim(3) Não(0)	(Sim) (Não)	Sim (0) Não (2)	
16	Com alguma Doença Crônica? Sim(3) Não(0)	(Sim) (Não)	Sim (0) Não (1)	
17	Fazendo uso abusivo de drogas? Sim(3) Não(0)	(Sim) (Não)	Sim (0) Não (1)	
18	Menor que 6 meses? Sim(2) Não(0)	(Sim) (Não)	Sim (0) Não (1)	
19	Maior que 70 anos? Sim(2) Não(0)	(Sim) (Não)	Sim (0) Não (1)	

\*Incluir mais um ponto na questão, quando houver mais de um indivíduo na mesma situação

**TOTAL DA PONTUAÇÃO FAMILIAR: \_\_\_\_\_**

## Escala de vulnerabilidade divida por dimensão e seus significados

Quadro 1: Bloco de questões que atendem à dimensão social.

01	<i>Participa de algum grupo na comunidade?</i> <b>Entende-se como grupos os seguintes espaços coletivos: igreja, associação de moradores, centro espírita, grupo de promoção da saúde na ESF.</b>
02	<i>Sofreu algum tipo de preconceito na vida?</i> <b>Considera-se preconceito as situações que causaram algum tipo de constrangimento ao indivíduo.</b>
03	<i>Frequenta atividades de lazer e cultura?</i> <b>Refere-se a realização de alguma atividade de lazer e cultura ainda que fora de instituições formais, tais como: bailes, bares, botecos, festas de rua, cinema, etc.</b>
04	<i>Frequenta atividades de esporte?</i> <b>Se refere à qualquer prática esportiva ou recreativa que envolva atividade física.</b>
05	<i>Sabe ler e escrever?</i> <b>Diz respeito à indivíduos que sabem ler e/ou escrever no mínimo um bilhete.</b>
06	<i>Há alguém desempregado na família?</i> <b>Considera-se qualquer atividade de trabalho remunerada, seja ela, formal ou informal.</b>
07	<i>Recebe ou necessita Bolsa-Família?</i> <b>É todo caso que o indivíduo receba ou reconheça a necessidade de receber este benefício</b>
08	<i>Possui acesso a meios de informação?</i> <b>Ter acesso a algum veículo de informação tais como: rádio, TV, jornal, internet, folhetim, etc</b>
09	<i>Votou nas duas últimas eleições?</i> <b>Nesse caso deve-se incluir na resposta a votação no primeiro e segundo turno.</b>
10	<i>Nos últimos 3 meses a sua família deixou de fazer alguma refeição por não ter comida em casa?</i> <b>Considera-se como refeição tudo aquilo que o indivíduo compreende como tal.</b>

Quadro 2: Bloco de questões referentes à dimensão ambiental

11	<i>Possui acesso aos serviços de saúde?</i> <b>Refere a acessar o serviço para acompanhamento periódico de saúde, exceto em emergências.</b>
12	<i>Há boa condição de saneamento e/ou Destino adequado do lixo?</i> <b>Entende-se como boa condição de saneamento e destino adequado do lixo as seguintes condições: água tratada no domicílio, esgoto canalizado e lixo com recolhimento regular.</b>



Quadro 3: Bloco de questões referentes à dimensão biológica

13	<i>Acamado?</i> <b>Define-se como toda pessoa restrita ao leito ou domicílio, por qualquer inabilidade e/ou incapacidade de locomover-se por si só a qualquer centro de atenção à saúde</b>
14	<i>Com deficiência Física?</i> <b>Diz respeito à pessoa com qualquer deficiência física que comprometa sei ir e vir</b>
15	<i>Com deficiência Mental?</i> <b>Refere-se ao estado de redução notável do funcionamento intelectual inferior à média, associado a limitações pelo menos em dois aspectos do funcionamento adaptativo: comunicação, cuidados pessoais, competências domésticas, habilidades sociais, utilização dos recursos comunitários, autonomia, saúde e segurança, aptidões escolares, lazer e trabalho</b>
16	<i>Com alguma Doença Crônica?</i> <b>Refere-se a indivíduo que tenha recebido diagnóstico estando em tratamento ou não, das seguintes doenças: Diabetes, Hipertensão, Tuberculose, Câncer, HIV, Distúrbio Mental (sofrimento mental – depressão, síndrome do pânico, transtorno bipolar, bulimia etc.)</b>
17	<i>Fazendo uso abusivo de drogas?</i> <b>Diz respeito a qualquer pessoa em utilização compulsiva de drogas lícitas e /ou ilícitas, que apresentem potencial para causar dependência química. Neste grupo inclui-se o álcool, tabaco, benzodiazepínicos, barbitúricos e drogas ilícitas</b>
18	<i>Menor que 06 meses?</i> <b>Considera-se indivíduos com idade maior ou igual a cinco meses e vinte e nove dias</b>
19	<i>Maior que 70 anos?</i> <b>Considera-se indivíduos com idade maior ou igual a sessenta e nove anos e vinte e nove dias</b>

#### CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE VULNERABILIDADE FAMILIAR

PONTUAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO
Menor que 13	Vulnerabilidade mínima
Entre 14 e 26	Vulnerabilidade menor
Entre 27 e 39	Vulnerabilidade
Entre 40 e 52	Vulnerabilidade maior
Maior que 53	Vulnerabilidade máxima

## Anexo B – Acolhimento



CARTILHA B.pdf

# ACOLHIMENTO

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

# 02

## ACOLHIMENTO

### ÍNDICE

APRESENTAÇÃO  
FERRAMENTA DE ACESSO A POPULAÇÃO  
TRABALHO EM EQUIPE  
TIPOS DE ACOLHIMENTO  
O ACS COMO PROTAGONISTA DO ACOLHIMENTO  
COMUNICAÇÃO  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE VULNERABILIDADE  
ESCALA DE VULNERABILIDADE

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



## APRESENTAÇÃO

A presente cartilha é uma proposta de instrumento para o desenvolvimento do acolhimento no contexto de unidade de saúde da família, visando construir um trabalho com fortalecimento dos princípios da atenção primária, afim de desburocratizar o processo e o fluxo do usuário, ampliar a resolutividade, capacidade de cuidado e servir de suporte para que profissionais consigam reconhecer situações de risco e vulnerabilidade, com foco na categoria profissional: ACS.



RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

## 04

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

# FERRAMENTA DE ACESSO A POPULAÇÃO

### O acolhimento é

um processo de trabalho com finalidade de garantir acesso ao usuário, a partir de uma escuta qualificada, avaliação de vulnerabilidade e estratificação de risco, garantindo a classificação de risco na Atenção Primária, com compromisso de ofertar resposta efetiva à demanda trazida.

### Escuta qualificada

é a capacidade de entender o usuário, por meio do estabelecimento de uma conversa efetiva que predispõe uma relação horizontal, fundamentada no respeito mútuo e ética, estabelecendo a construção de vínculo, baseado no reconhecimento o outro como sujeito protagonista do cuidado.

### Classificação de risco na APS

Modo de organizar o fluxo e a demanda espontânea, pressupõe a priorização dos casos mais graves e agendando os demais de acordo com cada caso, apoiado pela escuta qualificada e a avaliação de risco e vulnerabilidade.

## 05

## QUEM PODE ATUAR?

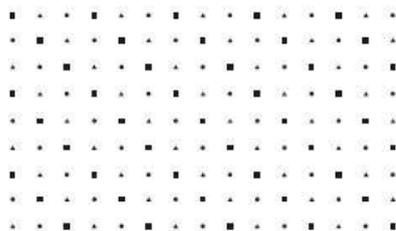
A realização do acolhimento não é prerrogativa exclusiva de nenhum profissional, devendo ser prática corrente de toda a equipe.

**4.1 Atribuições Comuns a todos os membros das Equipes que atuam na Atenção Básica:**

**VI. Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;"**

PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017

## TRABALHO EM EQUIPE

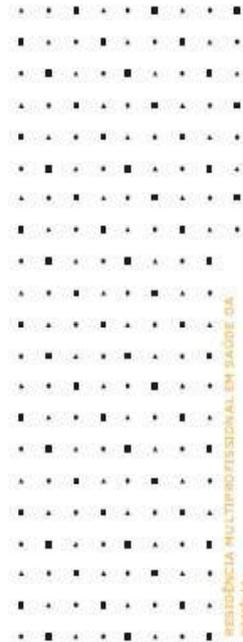


RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

O acolhimento é uma tecnologia leve que implica em postura ética de escuta, onde os profissionais conheçam os usuários e suas histórias, o que propicia o vínculo, facilita a identificação do problema, a tomada de decisão compartilhada e o seguimento da situação. As equipes precisam de um esforço mútuo para sua operacionalização, os trabalhadores que realizam a escuta inicial da demanda espontânea devem ter: capacidade analítica (identificando riscos e vulnerabilidade), clareza das ofertas de cuidado existentes na ESF, possibilidade de acionar e discutir casos com colegas, algum grau de resolutividade e respaldo para acionar as ofertas de cuidado necessárias ao usuário, e em tempo oportuno.

# ORGANIZANDO

- A ideia de propor um fluxo de usuários dentro da ESF deve-se à preocupação com a organização do processo de trabalho, facilitação do acesso, redução da demora e incremento da equidade.
- Usuários com atividades agendadas (consultas, participação em atendimento coletivo) e que buscam procedimentos de rotina bem estruturados (vacinas) devem ser recebidos e já direcionados aos locais de atendimento
- O profissional responsável pelo acolhimento pode adiantar procedimentos protocolados.
- Não existe uma forma padrão de acolhimento da demanda espontânea, portanto, torna-se importante experimentar e adaptar diferentes modelagens, desde que as tentativas sejam pactuadas e seus efeitos analisados por trabalhadores, usuários e gestores.



# TIPOS DE ACOLHIMENTO

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

09

## Acolhimento pela equipe de referência do usuário

Cada usuário é acolhido pelos profissionais de sua equipe de referência, de modo que um ou mais profissionais de cada equipe realizam a primeira escuta, este modelo firma o conceito de longitudinalidade do cuidado e corresponsabilidade, onde o usuário define qual a melhor maneira de resolver suas demandas a partir da oferta da equipe.

**Dificuldade:** conciliar demais atividades da equipe fora da unidade e agendamento programado em dia de maior fluxo.

## 10

## Equipe de acolhimento do dia

O enfermeiro e/ou técnico de enfermagem de determinada equipe ficam na linha de frente do acolhimento, atendendo os usuários que chegam por demanda espontânea de todas as áreas/equipes da unidade. O médico da equipe do acolhimento do dia fica na retaguarda do acolhimento.

Menor  
responsabilização e  
vínculo entre a  
equipe e sua  
população adscrita

Dias de maior fluxo:  
sobrecarga da equipe  
que está no  
acolhimento do dia.

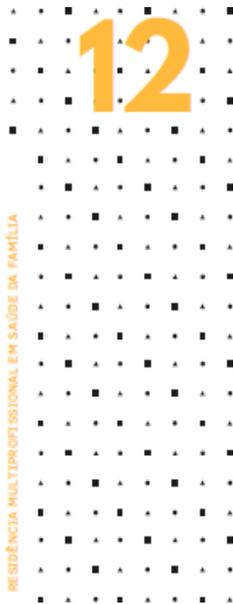
## Acolhimento misto (equipe de referência do usuário + equipe de acolhimento do dia)

Estipula-se determinada quantidade de usuários ou horário até onde o enfermeiro de cada equipe acolhe a demanda espontânea da sua área, bem como uma quantidade de casos agudos encaminhados pelo acolhimento que o médico irá atender de pacientes de sua área durante o turno. Ambos profissionais ficam com suas agendas fechadas para tal.

*Gestão da agenda* ✓

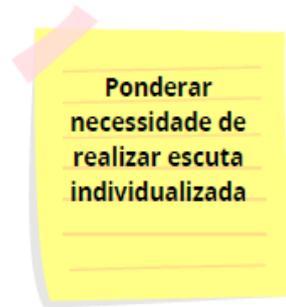
*Comunicação entre equipes* ✓

## 11



## Acolhimento coletivo

Toda a equipe se reúne com os usuários que vieram à unidade de saúde por demanda espontânea no primeiro momento do funcionamento da unidade e nesse espaço fazem-se escutas e conversas com eles (se necessário ou mais apropriado, essa escuta é feita num consultório).



## **A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) publicada em 2017, pelo Ministério da Saúde apresenta como atribuições:**

**Dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate a Endemias (ACE):** Conhecer o funcionamento das ações e serviços do seu território e orientar as pessoas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

**Dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS):** Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades; Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados; Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados; Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

# **Além de...**

O agente comunitário de saúde é o principal elo entre o usuário e a equipe de saúde, visto que é um membro da equipe que faz parte da comunidade e suas atribuições profissionais remetem aos atributos da atenção primária, ser inserido no contexto do acolhimento vai de encontro com melhoria da assistência prestada e este cenário deve ser orquestrado sem prejudicar demais atividades que já são desenvolvidas pela categoria e pode ser constituída a partir de uma escala de serviço, por exemplo.



## DICAS PARA UMA BOA COMUNICAÇÃO

- Dar tempo suficiente ao usuário para descrever a situação;
- Adaptar a linguagem à situação do usuário;
- Explicar a decisão sobre a classificação de risco de maneira clara e efetiva;
- Garantir que o usuário concorde com a classificação definida; utilizar conversa estruturada;
- Usar técnicas de questionamento que explicitem melhor a situação; reconhecer suas concepções, responder suas dúvidas;
- Ser resolutivo;
- Resumir e devolver a fala ao usuário, para confirmação de entendimento;
- Dar atenção à experiência do paciente;
- Usar tom amigável e não verbal (posturas e gestos acolhedores: olhar nos olhos, chamar pelo nome, cumprimentar)

# CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE VULNERABILIDADE

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Para realizar a estratificação de risco de um usuário é importante considerar aspectos subjetivos e por vezes não referidos.

Iremos elencar algumas condições que devem ser observados:

## Risco socioeconômico

- Reside em área de risco de desabamento, enchente, com alto índice de violência;
- Relação morador/cômodo maior que um;
- Condições de saneamento precárias.
- Renda menor ou igual a meio salário mínimo per capita;
- Baixa escolaridade (de um a três anos de estudo);
- Imigrante;
- Beneficiário de programas de transferência de renda, entre outros;

18

## Rede de Apoio Ausente ou Frágil

- Usuários que não tem ou não podem contar com família, amigos, vizinhos e outras relações comunitárias;

## Baixa adesão terapêutica

- Persistência dos sintomas;
- Tratamento ineficaz; faltas usuais;
- Longas ausências da unidade;

Idoso acima de 70 anos;  
Criança até 3 anos;  
Pessoa com deficiência;  
Pessoas em situação de rua.



## Hiperutilizadores de serviços de saúde

- Usuários consultam mais de seis vezes ao ano;
- Que são submetidos à maior quantidade de exames;
- Que usam mais medicações;
- Com maior probabilidade de internação hospitalar por causas não declaradas;

## Sofrimento Psíquico

- Uso problemático de álcool e outras drogas;
- Transtornos mentais;



# ESCALA DE VULNERABILIDADE

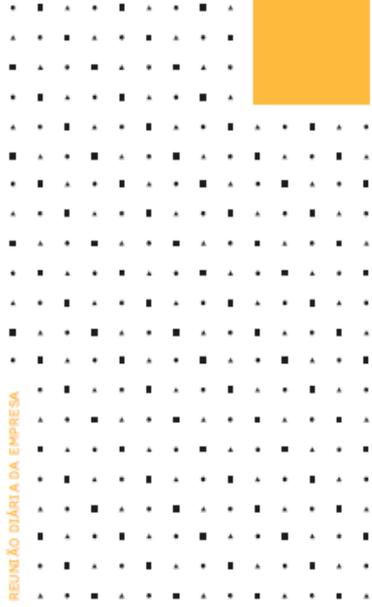
## ANEXO I

Um instrumento criado para facilitar a avaliação dos usuários, visando a identificação de diferentes graus de vulnerabilidade para ampliação do cuidado.

Ao identificar vulnerabilidade, deve ser avaliado se é o momento oportuno para a intervenção direta ou se é preferível criar ou reforçar vínculos antes de ofertar o cuidado.



RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



# AGRADECIMENTO

A atenção primária precisa de profissionais como você e  
estamos aqui para te apoiar!

## Referências

Ministério da Saúde. Disponível em:

<[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>. Acesso em: 4 jan. 2021.

acolhimento\_demanda\_espontanea\_cab28v1.pdf. , [s.d.]. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_demanda\\_espontanea\\_cab28v1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf)>. Acesso em: 20 abr. 2021



Elaboração da cartilha:

Maria Eugênia Marques Pissin -  
Enfermeira residente em Saúde da Família