

## Evaluación de la capacidad de acogida de la demanda espontánea en los servicios de atención primaria

## Avaliação da capacidade de acolhimento da demanda espontânea nos serviços de atenção básica

## Assessment of the reception capacity of spontaneous demand in primary care services

Recibido: 09/11/2015  
Aprobado: 29/02/2016  
Publicado: 01/05/2016

Maria Cristina Traldi<sup>1</sup>  
Laís Rabesco<sup>2</sup>  
Márcia Regina Campos Costa da Fonseca<sup>3</sup>

El objetivo de este estudio fue evaluar el acogimiento en los servicios de atención primaria de salud por medio de los registros clasificados como sin urgencia según la escala Manchester. Estudio exploratorio con muestra aleatoria que consistió de 384 registros de niños y adolescentes atendidos en servicio gubernamental de emergencia y con clasificación en colores azul y verde. Por la dirección introducida en los registros se identificó la región de la unidad básica de la residencia de los pacientes. 20,6% tenían clasificación azul y 79,4% verde. El promedio fue de ocho atendimientos por unidad de atención primaria. Veinte unidades de salud (55,5%) tuvieron una puntuación igual o inferior a la mediana y fueron considerados como teniendo moderada capacidad de acogida y 16 (44,5%) por encima de la línea de corte y se consideraron con baja capacidad de acogimiento. El estudio indicó que la mayoría de los servicios de salud tenían capacidad de acogimiento moderada, con un mejor rendimiento de las unidades de trabajo en la Estrategia Salud de la Familia.

**Descriptor:** Atención primaria de salud; Accesibilidad a los servicios de salud; Humanización de la atención.

O objetivo do estudo foi avaliar o acolhimento dos serviços de atenção básica a partir das fichas classificadas como não urgência na escala de Manchester. Estudo exploratório com amostra aleatória constituída por 384 fichas azuis e verdes de crianças e adolescentes atendidos em serviço público de emergência. O endereço inscrito nas fichas possibilitou identificar a Unidade Básica da região de residência dos pacientes. 20,6% tinham classificação verde e 79,4% azul. A mediana foi igual a oito atendimentos por Unidade de Atenção Básica. Vinte Unidades (55,5%) obtiveram escore igual ou inferior à mediana, sendo considerados moderados na capacidade de acolhimento e 16 (44,5%) ficaram acima da linha de corte e foram considerados como tendo baixa capacidade de acolhimento. O estudo concluiu que a capacidade de acolhimento de crianças e adolescentes foi moderada, com melhor desempenho das unidades que atuam na Estratégia Saúde da Família.

**Descritores:** Atenção primária à saúde; Acesso aos serviços de saúde; Humanização da assistência.

This study's aim was to evaluate the receptivity of primary health care services, based on the records classified as non-urgent on the Manchester scale. This is an exploratory study with random sample consisting of 384 blue and green records of children and adolescents attended by public emergency services. The address in the records allowed the identification of the primary care service of the patients' region of residency. 20.6% were classified as blue and 79.4% as green. The median was equal to eight calls per Unit of Primary Care. Twenty units (55.5%) had a score equal to or lower than the median, and were considered moderate in terms of receptivity and 16 (44.5%) were above the limit line and were considered to have low receptivity. The study found that the receptivity of children and adolescents was considered mostly moderate, with better performance of the units working in the Family Health Strategy.

**Descriptors:** Primary health care; Health services accessibility; Humanization of assistance.

<sup>1</sup> Enfermera. Especialista en Medicina Social Preventiva. Maestra y Doctora en Educación. Profesora Adjunta del Curso de Graduación en Enfermería y del Programa de Maestría Académica en Ciências de la Salud de la Facultad de Medicina de Jundiaí (FMJ), SP, Brasil. mcistraldi@gmail.com. Brasil.

<sup>2</sup> Enfermera graduada en la Facultad de Medicina de Jundiaí, SP, Brasil. lais-rbesco@hotmail.com. Brasil.

<sup>3</sup> Enfermera. Maestra en Farmacología. Doctora en Ciencias Médicas. Profesora Adjunta en la graduación y del Programa de Maestría en Ciências de la Salud en la Facultad de Medicina de Jundiaí (FMJ), SP, Brasil y Profesora de la Facultad São Leopoldo Mandic – Campinas, SP, Brasil. fonseca100@uol.com.br. Brasil.

## INTRODUCCIÓN

**E**l Sistema Único de Salud (SUS) en Brasil fue instituido en 1990 con el objetivo de ofrecer igualdad en el acceso a la salud, y una prestación de atención a la salud de cualidad a la población brasileña. Todavía el sistema intenta realizar políticas para garantizar la igualdad en el acceso a los servicios y la universalidad de la asistencia integral a la salud<sup>1</sup>.

Una de las principales propuestas del SUS en su primera década de funcionamiento fue la necesidad de cambiar radicalmente el modelo de prestación de salud vigente. En aquél contexto, la atención primaria fue, correctamente, considerada como el camino para la universalización de la prestación de atención. Sin embargo, el foco en las acciones preventivas prevaleció, acciones centradas en el control de las enfermedades más comunes y en la atención de baja complejidad dirigida a las mujeres y niños<sup>2,3</sup>.

Para hacer frente a la concentración de las acciones, el Programa de la Salud de la Familia (PSF) fue instituido, en 1994, se presentando como una alternativa para promover el cambio que todavía no ocurriera. Esperando que ese proceso ocurriera en larga escala, el programa asumió características de estrategia. Gracias a su potencial de estructurar los sistemas de salud municipales, la Estrategia Salud de la Familia (ESF) ha provocado una importante reorganización del modelo de atención del SUS, pues busca la utilización más racional de los otros niveles asistenciales y ha generado resultados puntuales en la evaluación de los usuarios, gestores y profesionales de la salud, con respecto al ofrecimiento de acciones de salud y al acceso y uso de sus servicios<sup>1,4</sup>, incluso reduciendo la mortalidad infantil<sup>5</sup>.

Sin embargo, es desafiador mantener la eficacia de las acciones a lo largo del crecimiento de la cobertura del servicio, reduciendo el hueco entre las prácticas recomendadas y aquellas realmente implementadas, no solamente con respecto al ritmo, sino también a la proporción de los

diferentes escenarios que se presentan en las regiones del país<sup>6</sup>.

En las políticas públicas la expresión Atención Primaria es definida como un grupo de acciones destinadas a promover y proteger la salud de la población, prevenir, diagnosticar y tratar agravios, rehabilitar y mantener la salud de individuos y grupos de la población en territorios específicos, o sea, son acciones dirigidas a una población adscrita a un servicio de salud que, en general, es un centro de salud (UBS, en la sigla brasileña) o una unidad salud de la familia (USF)<sup>7</sup>.

En la perspectiva estructuradora de los sistemas locales y del cuidado a la salud, el cuidado integral a la salud de los usuarios es responsabilidad de la atención primaria, incluyendo, entre otras cosas, la primera asistencia a las urgencias y emergencias. Por lo tanto, es la conexión más cierta entre el servicio y su usuario, que, en las necesidades de su salud, busca mejorar las condiciones de su vida, haciéndola mejor y más duradora<sup>1,2,4-7</sup>.

Para presentar soluciones y disponibilidad de acceso a los usuarios, los servicios de la atención primaria deben demostrar capacidad de oír y ofrecer respuestas para la compleja demanda de problemas y necesidades de salud de las poblaciones, o sea: demostrar habilidad para acoger y responder positivamente a los usuarios, sea les insertando en una red de atención, o solicitando apoyo matricial de profesionales que puedan ayudar al equipo local. En ese modelo, se espera de la atención primaria la resolución de la mayoría de las necesidades de salud de los individuos y grupos que viven en el territorio de las unidades<sup>3,8</sup>.

El acceso universal a aquellos que realmente necesitan de ese tipo de atención aún no está consolidado en el SUS, y las justificativas para las dificultades en su implementación son muchas, pasando, necesariamente, por la capacidad de absorción de demanda local de los servicios. Esa absorción es influenciada por el nivel de la tecnología disponible, de la información sabida

por los usuarios, las influencias ejercidas en la sociedad por el complejo médico-industrial y, sobre todo, por la oferta y las capacidades de acogimiento y resolución de los servicios de la atención primaria<sup>1</sup>.

Independiente de la justificativa, la restricción al acceso a la atención primaria causa un aumento en la procura por servicios de atención de emergencia, sobrecargando un nivel de la asistencia que no fue criado, fundamentalmente, para recibir los casos generados por demanda espontánea, pero aquellos de mayor complejidad: las demandas referidas por las políticas de construcción de las redes de atención<sup>8,9</sup>.

La sobrecarga en los servicios de asistencia hospitalaria de urgencia desorganiza el sistema, sobrecarga los servicios con demandas no urgentes, y hace aumentar el tiempo que tarda la asistencia al usuario. Eso expone, sin embargo, los problemas en la implementación de la política nacional de salud. La atención primaria es el elemento que estructura la red de atención a la salud, y abordar a la familia es la principal estrategia del modelo de atención integral a la salud<sup>6</sup>.

Con el objetivo de reducir el tiempo de espera del usuario y ofrecer un servicio igualitario, se empezó a adoptar medidas de acogimiento normalizadas en un protocolo para clasificar el riesgo en los servicios públicos de urgencia. Ese protocolo trae parámetros para priorizar usuarios según sus quejas, y los signos y síntomas que presenta en el momento de su evaluación. Él divide los usuarios en cuatro niveles de urgencia, utilizando colores para identificar las prioridades de la atención. Así, a los registros de emergencias se les asigna el color rojo; a los de urgencia el amarillo; a los casos no urgentes, el verde; y a las consultas de menos complejidad, se las marca el registro con el color azul<sup>10</sup>.

Uno de los índices de la baja capacidad de acogimiento y resolución de un servicio de atención primaria es su grande demanda por asistencia a casos no clasificados como

emergencia, y por lo tanto marcados con los colores verde y azul<sup>11,12</sup>.

La procura espontánea por servicios de urgencia y emergencia con quejas más simples es, entre otras cosas, índice de que el acogimiento y la resolución de los servicios de atención primaria no están de acuerdo con las propuestas del modelo asistencial, que preconizan el vínculo y responsabilidad de los servicios por la salud en su territorio de acción, y la centralidad en la coordinación de la atención integral a la salud en el ámbito del SUS<sup>10,11</sup>.

Esa investigación fue conducida con el objetivo de analizar la capacidad que los servicios de atención primaria poseen de atender a las demandas de la población infantil y adolescente. Por lo tanto, el estudio buscó evaluar el acogimiento de los servicios de atención básica a partir de los registros de atención a niños y adolescentes clasificados como no urgencia en la escala de Manchester (verde y azul), en el servicio de emergencia de un hospital del SUS, en una ciudad del interior paulista, SP, Brasil.

## MÉTODO

Este es un estudio transversal y retrospectivo, conducido en el servicio de urgencia de un hospital ubicado en una ciudad de tamaño medio, en el interior del Estado de São Paulo, Brasil, con aproximadamente 400 mil habitantes. El hospital es una referencia para los usuarios del SUS en las especialidades materna e infantil, y atiende a la demanda espontánea en un sistema de "puertas abiertas", o sea, no exige referencia.

La muestra fue calculada con base en el número de niños y adolescentes de 0 a 14 años que viven en la ciudad, y que recibieran atención en el servicio de urgencia indicado en 2013, en días hábiles y en los horarios de trabajo. Se eligió a estos horarios y días para garantizar que la atención haya ocurrido en horarios de pleno funcionamiento de los centros de salud de la atención primaria.

La ciudad investigada está en la región Sureste del Estado de São Paulo, a

aproximadamente 60 kilómetros de la capital del estado. Su población estimada en 2015 es de 400 mil habitantes (IBGE Ciudades, 2010: [www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=352590](http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=352590)). De ellos, cerca de 4500 son niños menores que un año, 18000 tienen entre uno y cuatro años, y 59000 tienen entre cinco y 14 años, totalizando una población infantil de 81500 habitantes. El Índice de Desarrollo Humano de la ciudad es 0,822, entre aquellos de mayor nivel del país.

Se calculó la muestra suponiendo la mayor variabilidad posible, con base en la prevalencia  $p=50\%$ , el nivel de significación de  $5\%$ , y un error muestral de  $5\%$ , considerando 5500 personas atendidas/mes, generando  $n=384$ .

Para estratificar la muestra, a cada mes se le aplicó el porcentaje de  $0,6\%$ , para así se obtener el número de registros a elegir.

Se garantizó la aleatoriedad al elegir el tercero de cada tres días (3; 6; 9; 12;...), excepto sábados, domingos, y días festivos. A los registros se eligió de la misma manera, se adoptando el tercero de cada tres, según el orden creciente de su numeración, hasta que se obtuviera el número necesario para completar el porcentaje de la muestra proporcional a aquél mes.

Las siguientes variables sociodemográficas fueron interesantes a la investigación: dirección domiciliar, edad y género. Las variables para caracterizar la acogida fueron: la queja principal, la clasificación de riesgo y el resultado. Las variables de caracterización del servicio de atención primaria fueron: tipo de unidad (UBS/USF) y horario de atención al usuario.

Gracias a la diversidad de las quejas, se las categorizó según el grupo de síntomas y/o su proximidad a los principales sistemas del cuerpo humano: respiratorio, digestivo, urogenital, y tegumentario. Al servicio de urgencia se le procuró en tantas ocasiones gracias a la fiebre sin mayores especificaciones, aislada o asociada a otros síntomas, que también se la eligió como una categoría de las quejas.

Se identificó la dirección del niño o adolescente dentro del área de cobertura de las UBS/USF por medio de la lista de calles y barrios disponible en la Secretaría Municipal de Salud del local.

En este estudio, se consideró como unidades que adoptan estrategias salud de la familia no solo las USF, sino también las UBS que participan del Programa de Agentes Comunitarios de la Salud (PACS). En el período del estudio, los servicios de atención primaria eran 36 unidades, 18 de ellas USFs, y 18 UBSs, la mayoría ubicada en la periferia de la ciudad.

Los datos, colectados en 2014, fueron digitados en una hoja de cálculo en el programa Microsoft Excel y pasaron por un análisis descriptivo para que se hiciera el cálculo de las medidas de tendencia central y dispersión. Para evaluar la capacidad de acogimiento de las unidades, se elaboró una puntuación definida a partir de la mediana de la frecuencia con que se atendió a usuarios en la muestra. Unidades cuya cantidad de registros de atención fue menor que la media fueron incluidas en la categoría "capacidad moderada de acogimiento"; las que estuvieran arriba de la media, en la "baja capacidad de acogimiento".

Se clasificó la capacidad de atención como moderada o baja porque la demanda de atención fue mayor para eventos sin características de urgencia o emergencia en el servicio investigado. Según registros del Servicio de Emergencia Infantil (PSI en la sigla brasileña), en 2013, se realizó 63,569 consultas médicas a adolescentes, y de estos, 1,190 ( $1,87\%$ ) permanecieron internados. Ese porcentaje es muy inferior al porcentaje de entre  $6\%$  y  $7\%$  registrado por el Servicio de Emergencia de Pelotas-RS, producido por el Consejo Municipal de Salud del Municipio de Pelotas, RS, Brasil, en 2007, con datos de 2006 ([www.pelotas.rs.gov.br/cmspel/relatorio\\_psp.pdf](http://www.pelotas.rs.gov.br/cmspel/relatorio_psp.pdf)).

La investigación fue sometida al Comité de Ética de la Facultad de Medicina de Jundiaí, SP, Brasil, y aprobada bajo el número 045535/2014. Como este es un estudio

retrospectivo, basado en datos secundarios, no fue necesario el Formulario de Consentimiento Informado.

## RESULTADOS

Se ha obtenido la muestra para esta investigación (n=384) en los registros de los pacientes que efectivamente recibieron atención, ya que algunos usuarios llegan al servicio de emergencia, rellenan al registro, pero no aguardan la atención médica. En 2013, 1,11% (n=715) de las personas abandonaron el servicio investigado, el usuario "no aguardó por la atención".

La muestra fue compuesta por los registros de atención de 384 niños y adolescentes (0 a 14 años de edad). Según el perfil sóciodemográfico, la media de edad de los miembros de la muestra fue de  $4,47 \pm 4,13$  años, variando de 12 días a 14 años de edad, siendo más común (45,8%) la atención a los niños entre 01 y 04 años.

Los registros de la muestra indicaron el siguiente porcentaje según su clasificación de riesgo: verde 20,57% (79/384); azul 73,95% (284/384); amarillo 5,2% (20/384) y rojo 0,26% (1/384), o sea, 94,52% de los usuarios no fueron clasificados como urgencias.

Con respecto al desenlace del caso, 7,29% (28/384) permanecieron en

observación en el servicio de emergencia, sin que eso resultara en internación; a los demás (356/384) se les dispuso después de la consulta médica.

Los meses en que hubo mayor demanda por atención en los servicios de emergencia infantil fueron mayo (11,7%) y abril (10,7%). Se acredita el mayor número de usuarios en esos meses a la demanda causada por cambios en el clima, común en el otoño, cuando la temperatura tiende a caer y los ambientes reciben poca ventilación, creando un clima adecuado para la transmisión de virus por aerosoles y el consecuente aumento de las quejas de problemas respiratorios.

El momento del día en que se acogió al mayor número de usuarios fue en el principio de la tarde, entre las 14:00 h y 15:00 h, siendo el período vespertino aquél con mayor frecuencia (60,2%) de usuarios (Gráfico 1). Es importante destacar que el funcionamiento de las UBS/USF para consultas en la ciudad es de las 08:00 h a las 17:00 h, excepto aquellas que funcionan en horario extendido (3º turno).

El número medio de registros de atención realizada en el PSI para cada unidad de atención primaria fue  $10,97 \pm 9,87$  registros por servicio (2-53); una de las unidades no registró encaminamientos para el PSI-HU.

**Gráfico 1.** Distribución de la muestra por horario de atendimento, São Paulo, 2013.



Las quejas más frecuentes en los registros de atención son las de los grupos G1 y G2, incluyendo fiebre aislada o asociada, y síntomas característicos de enfermedades del

sistema respiratorio, como la tos y el coriza. Juntas, las quejas de esos dos grupos representaron 47,14% de la atención realizada

en el servicio de emergencia, en todos los grupos de edad (Tabla 1 y 2).

**Tabla 1.** Frecuencia absoluta y relativa de las quejas en los registros de atendimento, por grupo, São Paulo, 2013.

Grupo de Quejas	n	%
G1. Fiebre no específica aislada o asociada	84	21,88
G2. Tosse seca, produtiva, coriza, secreção nasal, chiado, dispneia	97	25,26
G3. Accidentes, quedas, CORPO ESTRANHO, traumas, picadas de insectos, mordedura de perro	57	14,84
G4. Dolor abdominal, diarrea, vómito	61	15,89
G5. Problemas en la piel o mucosa; alergias: picazón, prurito y manchas en la piel, forúnculo, uña enterrada	15	3,91
G6. Problemas relacionados a los ojos, garganta, oído, lesión labial/oral	36	9,38
G7 Enfermedad Infectocontagiosa: varicela	6	1,56
G8. Cólicas menstruales, edema escrotal, disuria, hematuria	8	2,08
G9. Otras: cefalea, mareo, desmayo, inapetencia, estornudo, lloro	20	5,21
Total	384	100,00

**Tabla 2.** Frecuencia absoluta y relativa de las quejas agrupadas y grupo de edad, São Paulo, 2013.

Quejas	< 1 año		1 - 4 años		5 - 9 años		10 - 14 años	
	n	%	n	%	n	%	n	%
G1	19	28,79	46	26,14	16	57,50	3	4,84
G2	26	39,39	42	23,86	18	52,50	21	33,87
G3	4	6,06	30	17,05	11	37,50	2	3,23
G4	4	6,06	24	13,64	20	30,00	13	20,97
G5	4	6,06	6	3,41	2	7,50	3	4,84
G6	5	7,58	20	11,36	6	25,00	5	8,06
G7		0,00	4	2,27	2	5,00		0,00
G8	1	1,52		0,00	1	0,00	6	9,68
G9	3	4,55	4	2,27	4	5,00	9	14,51
Total	66	100,00	176	100,00	80	100,00	62	100,00

La mediana de registros de atención clasificados en los colores verde y azul en la escala de Manchester fue ocho. En la evaluación de la capacidad de acogimiento, 20 (55,5%) Centros de Salud obtuvieron una puntuación igual o inferior a la mediana, y así fueron considerados moderados en su capacidad de acogimiento. 16 (44,5%) de ellos estuvieron arriba de la puntuación mínima y fueron considerados de baja capacidad de acogimiento. Juntos, los 14 Centros de Salud con baja capacidad de acogimiento fueron responsables por 70,6% (271/384) de la atención a casos clasificados con los colores

azul y verde en la escala de *Manchester*. Todos son UBSs, ocho de las cuales tienen el apoyo del programa de agentes comunitarios de salud (PACS), y una es identificada como UBS/ESF. Los barrios que componen su ámbito de acción son de una misma región que recibió un único nombre y no pudieron ser identificados en los registros de atención (Tabla 3).

Se destaca el hecho de que las cinco unidades que actúan en la ESF están incluidas entre las que poseen capacidad de acogimiento moderada, y todas puntuaron abajo de la mediana.

**Tabla 3.** Muestra por grupo de edad y tipo de Unidad de atención primaria, São Paulo, 2013.

Tipo de Unidad	Atendimento		Grupo de Edad							
	n	%	< 1 a.	%	1-4	%	5-9	%	10-14	%
Total	384	100	66	17,2	176	45,8	80	20,8	62	16,1
UBS	4	2,7	2	3,0	1	0,6			1	1,6
UBS	6	4		0,0	2	1,1	2	2,5	2	3,2
UBS	4	2,7	1	1,5	3	1,7		0		0,0
UBS	4	2,7		0,0	1	0,6	1	1,25	2	3,2
UBS	9	6	1	1,5	4	2,3	2	2,5	2	3,2
UBS	3	2		0,0	2	1,1	1	1,25		0,0
UBS	7	4,7	2	3,0	3	1,7	2	2,5		0,0
UBS	4	2,7		0,0	3	1,7	1	1,25		0,0
UBS	5	3,4	2	3,0	1	0,6	1	1,25	1	1,6
UBS	20	13,4	4	6,1	9	5,1	5	6,25	2	3,2
UBS	13	8,7	1	1,5	7	4,0	3	3,75	2	3,2
UBS	12	8,1		0,0	8	4,5	3	3,75	1	1,6
UBS	13	8,7	3	4,5	5	2,8	3	3,75	2	3,2
UBS	8	5,4	1	1,5	3	1,7	3	3,75	1	1,6
UBS	13	8,7	4	6,1	4	2,3	3	3,75	2	3,2
UBS	8	5,4	1	1,5	4	2,3	3	3,75		0,0
UBS	16	10,7	3	4,5	6	3,4	4	5	3	4,8
UBS+PACS	13	7,3		0,0	7	4,0	5	6,25	1	1,6
UBS+PACS	2	1,12		0,0	1	0,6	1	1,25		0,0
UBS+PACS	3	1,69		0,0	2	1,1		0	1	1,6
UBS+PACS	8	4,49	2	3,0	5	2,8		0	1	1,6
UBS+PACS	3	1,69		0,0	2	1,1		0	1	1,6
UBS+PACS	15	8,43	2	3,0	8	4,5	2	2,5	3	4,8
UBS+PACS	21	11,8	1	1,5	12	6,8	5	6,25	3	4,8
UBS+PACS	53	29,78	11	16,7	22	12,5	9	11,25	11	17,7
UBS+PACS	11	6,18	2	3,0	6	3,4	2	2,5	1	1,6
UBS+PACS		0		0,0		0,0		0		0,0
UBS+PACS	23	12,92	5	7,6	7	4,0	7	8,75	4	6,5
UBS+PACS	8	4,49	1	1,5	6	3,4		0	1	1,6
UBS+PACS	18	10,11	4	6,1	9	5,1	2	2,5	3	4,8
UBS/PSF	30	52,63	5	7,6	13	7,4	6	7,5	6	9,7
USF	7	12,28	3	4,5	4	2,3		0		0,0
USF	7	12,28	3	4,5	2	1,1		0	2	3,2
USF	6	10,53	1	1,5	1	0,6	3	3,75	1	1,6
USF	2	3,51		0,0		0,0	1	1,25	1	1,6
USF	5	8,77	1	1,5	3	1,7		0	1	1,6

**DISCUSIÓN**

Los resultados de esta investigación provocan una reflexión con respecto al impacto de la asistencia primaria, especialmente en la

Estrategia Salud de la Familia, en la reorganización del modelo asistencial a partir del acogimiento de los usuarios. Se presupone que el vínculo entre los profesionales del

equipo de salud local y la población transforma efectivamente la atención primaria en puerta de entrada para el sistema, y ella empieza a ser la principal referencia en la atención a las necesidades de salud de baja complejidad de los usuarios pertenecientes a un territorio específico.

Desde las primeras tentativas de implantar un modelo de asistencia que pudiera alterar la organización del sistema de salud a partir de la jerarquización de la atención integral, la atención a las demandas programadas es la marca de la producción en salud en la atención primaria, priorizando la asistencia prenatal, la pediatría, la inmunización, el control de la tuberculosis, de la enfermedad de Hansen y de otras enfermedades transmisibles endémicas o epidémicas<sup>15</sup>.

Los portadores de enfermedades crónicas, como hipertensión arterial, diabetes mellitus, trastornos psiquiátricos, así como la atención odontológica, fueran progresivamente integrados al cotidiano de la atención. Aún, la ampliación del espectro asistencial continúa priorizando a la atención programada, y siguiendo un modelo de producción de acciones más adecuado a un tipo de gestión basada en el control de los procesos para detrimento del resultado, lo que no está de acuerdo con las nuevas políticas de la gestión pública<sup>15</sup>.

El acogimiento de las necesidades de salud no programadas de los usuarios exige el establecimiento de un flujo de atención iniciado por la escucha de aquellos que llegan al servicio buscando una solución para su problema de salud<sup>16,17</sup>. Esa actitud del equipo es mejor para que se pueda alcanzar los resultados, pues busca atender al usuario integralmente, es un camino para la propuesta de humanización, y contribuye para el acceso al sistema por la puerta de entrada de la atención primaria.

En la ciudad investigada, 47,2% (17/36) de las unidades de salud de la Atención primaria actúan en la perspectiva de la ESF, sea como equipos de salud de la familia o como

PACS. Las USF se posicionaron entre las Unidades con capacidad moderada de acogimiento, y una de ellas no tenía registros de atención para la muestra de ese estudio.

Los resultados sugieren que los equipos que actúan en las ESF, si comparados a los de las UBS, tienen un acogimiento mejor, indicando que la política pública da ESF, adoptada en ámbito nacional, reorienta el modelo de asistencia, y mejora el acceso de la población a la atención primaria<sup>13</sup>. Corrobora otros estudios que indican el acogimiento y el vínculo los principales cambios verificados en las unidades de salud que actúan en la estrategia de salud de la familia, cuando el foco del análisis es la demanda<sup>5,17-19</sup>.

Las quejas en los registros de atención que llevaron padres y/o responsables por niños y adolescentes al servicio del PSI, sugieren que el acogimiento de la demanda espontánea en los servicios de atención primaria no vienen siendo eficiente en su totalidad, así como se verifica en otros locales<sup>20</sup>.

El acompañamiento de niños menores que un año de edad en los centros de salud, con programación para retornos periódicos al consultorio, es una oportunidad para la atención a las demandas espontáneas de ese grupo de la población, y puede explicar la menor frecuencia de procura al servicio de emergencia por el grupo, que registró un de los menores porcentajes de registros de atención realizados por quejas no urgentes. Niños entre 1 y 4 años, al contrario, son las que más buscaron los servicios de emergencia, y son precisamente las que ya no disfrutaban de la programación de retornos programados con frecuencia que beneficia a los lactantes.

Asumir de manera efectiva el acogimiento como directriz exige transformaciones intensas en la manera de pensar y actuar en la atención primaria. Exige diversas acciones articuladas, envolviendo usuarios, trabajadores, gestores, pues la implantación del acogimiento difícilmente es posible si solamente un actor aislado la desea. Realmente, múltiples aspectos técnicos,



políticos e institucionales necesitan ser movilizados para que su implementación sea exitosa<sup>18</sup>.

Las políticas públicas de salud y de humanización indican que acoger en la atención primaria es una manera objetiva de identificar, reconocer e interferir en las demandas que llegan desde el usuario, aceptando que él también define sus necesidades de salud de maneras y en grados diversos.

Según esa concepción de la humanización de la asistencia, a la acogida se debe comprender como un dispositivo poderoso para el cambio del proceso de trabajo, que provoque el vínculo entre el equipo de salud y la población, y contribuya para apoyar actitudes fundamentadas en la ética de la responsabilidad institucional y de los trabajadores, en la búsqueda por el cuidado integral de los usuarios en su territorio de acción.

En la práctica, se implementa al acogimiento desde la recepción del usuario, por medio de la escucha calificada de sus quejas, y se lo sigue garantizando la atención resolutive a sus necesidades de salud, principiando una acción local inmediata o programada en la propia unidad, según el caso, o por la articulación con los otros servicios de salud, para que la asistencia continúe<sup>10</sup>.

Algunas de las quejas que llevaron padres/responsables a buscar atención en el servicio de emergencia pueden indicar su desconocimiento de la finalidad de un servicio de emergencia, de los principios fundamentales del SUS y de la resolución esperada para los servicios de atención a la salud. Esta afirmación es verdadera para todas las quejas clasificadas con el colores verde y azul, pero especialmente para aquellas del grupo "otras", en lo que se indicó la inapetencia como razón para la búsqueda de atención en el PSI. De otra manera, eso puede indicar la descreencia en la posibilidad de se conseguir atención a una necesidad de salud identificada por el usuario.

Es importante destacar que la escucha precisa y el acogimiento eficiente de las demandas espontaneas, legitima y reconoce el problema que motivó la procura por el servicio, aunque el equipo de salud y el usuario no perciban su necesidad de la misma manera.

Se tiene que establecer con firmeza el diálogo y la comprensión, pero ya que nuestro sistema de salud no se organiza para eso, son producidos ruidos comunicacionales, como retornos repetidos y la búsqueda por otros servicios (como los de emergencia) en la tentativa de conseguir atención<sup>12</sup>. No acoger al usuario por falta de recepción o escucha adecuada, no solamente suprime el componente longitudinal del proceso de asistencia, como demuestra falta de respeto por las necesidades individuales del usuario<sup>21</sup>.

Vale notar que la atención a la demanda espontanea también es una oportunidad para que los equipos evalúen la eficacia de algunas conductas y proyectos terapéuticos, o hagan frente a situaciones que exigen la creación de nuevas estrategias de cuidado y la reorganización del proceso del trabajo. Es, por lo tanto, un importante dispositivo en la reorganización del modelo de atención, pues la red básica de servicios de salud no ha conseguido se transformar en la principal puerta de entrada para el sistema de salud<sup>12</sup>.

La evaluación de los índices de resultado ofrece a los equipos locales la oportunidad de elaborar el diagnóstico de la situación y analizar sus resultados de manera crítica, evaluando los objetivos establecidos y les comparando con otras unidades congéneres, reorientando acciones a partir de la propuesta de modelo asistencial, si necesario.

En la evaluación para el planeo del trabajo en salud, el preparo de los recursos humanos para la atención integral<sup>22</sup> no es el único aspecto importante. Otros aspectos son indicados como fragilidades que pueden comprometer el acceso de los usuarios al servicio, como la falta de articulación con los otros niveles de atención a la salud y la capacidad de la unidad con respecto a la

composición de una unidad multidisciplinaria, así como la falta de políticas intersectoriales en el ámbito del municipio, que harían posible la concreción de acciones para promover la salud de la población local, pues reducen las tentativas de actitudes voluntarias puntuales del equipo local, que muchas veces, actúa en la ausencia de la acción de los gestores municipales<sup>23-25</sup>.

Actuar en esos aspectos para alterar la perspectiva de la asistencia y reorientar el proceso de trabajo de los equipos para garantizar el acceso y perfeccionar la resolución de la atención primaria, es un desafío al cual gestores, profesionales de salud, y la sociedad en general, necesitan hacer frente.

Investigaciones indican que los cambios en el modelo de atención aún son incipientes, resultados de avances puntuales que no pueden ser atribuidos al hecho de que la Salud de la Familia fue adoptada como estrategia prioritaria y central, a nivel local<sup>13,26</sup>. Ellas destacan que, aunque ciertas políticas intenten mejorar el acceso y el acogimiento, la dificultad en incorporar el carácter substitutivo del modelo de asistencia permanece<sup>21</sup>. Y mismo en los locales en que la universalidad de acceso fue alcanzada, esto generalmente está asociado a las actividades programáticas, para detrimento del acogimiento de las demandas espontaneas<sup>18,27</sup>.

Dificultades para superar el modelo de asistencia tradicional y avanzar hacia un modelo más inclusivo fue objetivo de una investigación cualitativa con 190 profesionales de PS/AMA y UBS que concluyó que la concepción limitada del papel de las UBS, sobretodo de profesionales que actúan en la atención primaria, resulta, posiblemente, en prácticas que restringe el acceso de la población<sup>28</sup>. Esa investigación indica un aspecto importante del acceso, indicando como su causa la falta de conocimiento de los profesionales con respecto a la concepción del modelo de atención preconizado en el SUS.

Otro estudio, conducido en el interior de São Paulo, analizó factores asociados al acceso a los servicios básicos de salud y concluyó que este está asociado a las experiencias anteriores de atención en el servicio y al imaginario construido por los usuarios con respecto a la atención<sup>29</sup>.

Sea a causa de experiencias negativas de sus padres o desconocimiento con respecto al sistema, los usuarios de SUS aún buscan servicios de emergencias para intentar solucionar problemas de salud de baja complejidad clínica, y lo hacen en el período diurno, especialmente vespertino, horario en que las unidades de salud de la atención primaria funcionan.

El horario de mayor movimiento en el PSI, según esta investigación, sugiere la posibilidad de situaciones como: el intento frustrado de ser atendido en la atención primaria, el cuidado en alimentar los niños antes de buscar atención, el conocimiento previo del tiempo de espera en el servicio de emergencia, o mismo la posibilidad de recibir una comunicación de una escuela o guardería infantil, que pide a los padres que busquen el niño que manifiesta algún señal o síntoma de enfermedad.

## CONCLUSIÓN

La investigación concluyó que la capacidad de los servicios de la atención básica en acoger a niños y adolescentes fue moderada en la mayoría (55,5%), y que las unidades con mejor rendimiento fueron aquellas que actúan en la Estrategia Salud de la Familia.

Se recomienda la realización de nuevas investigaciones que se profundicen en los aspectos asociados a la baja capacidad de acogimiento, y a los principales factores que contribuyen a la no reorganización del modelo asistencial, conforme recomiendan las políticas públicas de salud.

## REFERENCIAS

1. Almeida PF, Giovanella L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(8):1727-42.
2. Tesser CD, Norman AH. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Saúde Soc*. 2014; 23(3):869-83.
3. Nascimento APS, Santos LF, Carnut L. Atenção primária à saúde via estratégia de saúde da família no Sistema Único de Saúde: introdução aos problemas inerentes à operacionalização de suas ações. *J Manag Prim Health Care*. 2011; 2(1):18-24.
4. Lentsck MH, Kluthcovsky ACGC, Kluthcovsky FA. Avaliação do Programa Saúde da Família: uma revisão. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(Supl. 3):3455-66.
5. Vanderlei MIG, Almeida MCP. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 12(2):443-53.
6. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
7. Ministério da Saúde (Br). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Secretaria de Atenção Básica; Departamento de Atenção à Saúde; 2008.
8. Ministério da Saúde (Br). Acolhimento à demanda espontânea na atenção básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011. (Cadernos de Atenção Básica, n.28, v.1).
9. Ministério da Saúde (Br). Implementação da rede de atenção às urgências/emergências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
10. Ministério da Saúde (Br). Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
11. Souza CC, Chianca LM, Diniz AS, Chianca CM. Principais queixas de pacientes de urgência segundo o protocolo de classificação de risco de Manchester. *Rev Enferm UFPE*. 2012; 6(3):540-8.
12. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(1):100-10.
13. Rocha AS, Vilar RLA, Melo RHV, França RCS. O acolhimento na atenção básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. *Saúde Debate*. 2015; 39(104):114-23.
14. Ministério da Saúde (Br). Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28; v.2).
15. Traldi MC. As Políticas públicas de saúde e os principais desafios para a administração de enfermagem em saúde coletiva. In: Santos AS, Traldi MC, organizadores. *Administração de enfermagem em saúde coletiva*. Barueri: Manole; 2015.
16. Farias DC, Celino SDM, Peixoto JBS, Mayara Lima Barbosa ML, Costa GMC. Acolhimento e resolubilidade das urgências na estratégia saúde da família. *Rev Bras Educ Med*. 2015; 39(1):79-87.
17. Silva JA. Reorganizar e humanizar o processo de trabalho através do acolhimento: relato de experiência. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2015; 39(1):174-81.
18. Silva LA, Casotti CA, Chaves SCL. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013; 18(1):221-32.
19. Camargo Junior KR, Campos EAS, Bustamante-Teixeira MT, Mascarenhas MTM, Mauad NM, Franco TB, et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(Supl.1):58-68.
20. Finkler AL, Viera CS, Tacla MT, Toso BR. O acesso e a dificuldade na resolubilidade do cuidado da criança na atenção primária à saúde. *Acta Paul Enferm*. 2014; 27(6):548-53.
21. Coutinho LRP, Barbieri AR, Santos MLM. Acolhimento na atenção primária à saúde:

revisão integrativa. Saúde Debate. 2015; 39(105):514-24.

22. Gomes GP, Moulaz ALS, Pereira DL, Sá GB, Chaveiro ND, Santos TR. A análise do acolhimento na perspectiva das equipes de saúde da família e dos usuários no Centro de Saúde da Família 04 do Riacho Fundo II. Rev APS. 2014; 17(3):325-33.

23. Lopes AS, Vilar RLA, Melo RHV, França RCS. O acolhimento na atenção básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. Saúde Debate. 2015; 39(104):114-23.

24. Mitre SM, Andrade EIG, Cotta RMM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na atenção primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2012; 17(8):2071-85.

25. Viegas APB, Carmo RF, Luz ZMP. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. Saúde Soc. 2015; 24(1):100-12.

26. Simons DA. Avaliação do perfil da demanda na unidade de emergência em Alagoas a partir da municipalização da saúde e do Programa

Saúde da Família. [Doutorado]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2008.

27. Tesser CD, Norman AH. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia de Saúde da Família. Saúde Soc. 2014; 23(3):869-83.

28. Puccini PT, Cornetta VK, Sahyom TZ, Fuentes ICP, Botta LMG, Puccini RF. Concepção de profissionais de saúde sobre o papel das unidades básicas nas redes de atenção do SUS/Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2012; 17(11):2941-52.

29. Bonello AALM, Corrêa CRS. Acesso aos serviços de saúde e fatores associados: estudo de base populacional. Ciênc Saúde Coletiva. 2014; 19(11):4397-406.

#### CONTRIBUCIONES

**Maria Cristina Traldi** fue responsable por la concepción del proyecto de investigación, análisis y discusión de los resultados, además de la elaboración del artículo. **Laís Rabesco** participo en la concepción del proyecto de investigación, en la colecta y análisis de los datos. **Márcia Regina Campos Costa da Fonseca** realizo el análisis de los datos y revisó al artículo.

#### Como citar este artículo (Vancouver):

Traldi MC, Rabesco L, Fonseca MRCC. Evaluación de la capacidad de acogida de la demanda espontánea en los servicios de atención primaria. REFACS [Online]. 2016 [citado en: (*poner día, mes, año del acceso*)]; 4(2). Disponible en: (*enlace de acceso*). DOI: 10.18554/refacs.v4i2.1641.

#### Como citar este artículo (ABNT):

TRALDI, M. C.; RABESCO, L.; FONSECA, M. R. C. C. Evaluación de la capacidad de acogida de la demanda espontánea en los servicios de atención primaria. REFACS, Uberaba, MG, v. 4, n. 2, p. 107-118, 2016. Disponible en: (*enlace de acceso*). DOI: 10.18554/refacs.v4i2.1641. Acceso en: (*poner día, mes, año del acceso*).

#### Como citar este artículo (APA):

Traldi M. C., Rabesco, L. & Fonseca, M. R. C. C. (2016). Evaluación de la capacidad de acogida de la demanda espontánea en los servicios de atención primaria. REFACS, 4(2), 107-118. Recuperado en: (*día*), (*mes*), (*año*) de (*enlace de acceso*). DOI: 10.18554/refacs.v4i2.1641.