

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

EMÍLIA OLIVEIRA ALVES

ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA ESPONTÂNEA

BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS

2013

EMÍLIA OLIVEIRA ALVES

ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA ESPONTÂNEA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Estela Aparecida Oliveira Vieira

BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS

2013

EMÍLIA OLIVEIRA ALVES

ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA ESPONTÂNEA

Banca examinadora

1- Estela Aparecida Oliveira Vieira

2-Daniele Falci de Oliveira

Aprovada em Belo horizonte, ___ / ___ / ___

AGRADECIMENTO

Agradeço os amigos do Centro de Saúde Jaqueline I em especial Luciana e Sandra por tornar a jornada mais leve. A minha filha Marina que tem me ensinado a cada dia o que significa o amor incondicional. Ao meu esposo Evandro pela dedicação e paciência.

RESUMO

Este trabalho buscou refletir sobre a importância da organização do atendimento e do acolhimento a partir do relato de experiência de um enfermeiro de uma unidade básica de saúde. A reorganização do acolhimento permitiu uma melhora nos fluxos de entrada do usuário, facilitou o acesso e qualificação do atendimento. Assim esse relato consiste na discussão da elaboração de um plano de ação definindo prioridades, estabelecendo fluxo para atendimento programado e de urgência. Podemos ressaltar a importância da atenção primária como eixo organizador do atendimento a saúde. Observamos que a discussão sobre o papel do atendimento primário abre um leque muito grande de discussões principalmente em relação ao atendimento de urgência. Muitos profissionais entendem que a atenção primária não consegue trabalhar com prevenção de agravos e ao mesmo tempo garantir o atendimento de urgência. O grande desafio é organizar atividades em tempo hábil, estabelecendo um fluxo com garantia de acesso.

Palavras chave: Demanda espontânea, Acolhimento, prevenção.

ABSTRACT

This study sought to reflect on the importance of organizing treatment and “embracement” in a report speech of nurse experience in a Primary Health Care Unit. The embracement reorganization can be improved the user’s flow, make easy the access and improve care. The development of an action plan setting priorities, establishing flow to scheduled and emergency care. It's important to observe that Primary Care is the most important to the organizing the center line of health care. It can observe that the discussion on the role of primary care opens a very wide range of discussions especially in relation to emergency care. Professionals understand that primary care cannot work with injury prevention while ensuring emergency care. The challenge is organize activities in a timely manner, establishing a flow with guaranteed access.

Keywords: spontaneous demand, embracement, prevention.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. JUSTIFICATIVA.....	15
3. OBJETIVO.....	16
4. METODOLOGIA.....	17
5. RELATO DE CASO	
5.1. O cotidiano do Atendimento.....	19
5.2. Oficina.....	20
5.3. Resultados ou mudanças depois da Oficina.....	22
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	24

1 INTRODUÇÃO

As práticas de saúde são determinadas pela forma de organização da sociedade, em cada contexto político, econômico e social. Assim, entende-se que a organização dos serviços de saúde tem como base a dinâmica social e, portanto está em permanente construção. Dessa forma, observa-se que mesmo com a ampliação do acesso com a implantação do Programa de Saúde da Família, o atendimento à demanda espontânea nessas unidades ainda acontece numa perspectiva de “uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e produção de vínculo”. (BRASIL, 2004; BRASIL, 2011)

O atendimento satisfatório foi organizado em duas “frentes” na tentativa de avançar na melhoria do processo de trabalho e na qualidade da assistência prestada. Em um primeiro momento, a Demanda Programada, que objetiva trabalhar com atendimentos de prevenção a agravo, uma das prerrogativas mais importantes do PSF, procura manter os atendimentos em dia por meio de protocolos estabelecidos. Neste tipo de demanda acredita-se ser possível prever o necessário para esse atendimento como: mão de obra, material, tempo disponível e agendas (MARQUES e LIMA, 2008; BRASIL, 2004; BRASIL, 2011).

Entretanto, a segunda frente é a Demanda Espontânea ou a procura não programada. A organização dessa demanda é considerada, atualmente, um dos maiores desafios para o atendimento em unidades básicas de saúde, sobretudo para o processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família (ESF) constituindo um nó crítico da gerencia desses serviços.

As consultas médicas, entendidas por muitos usuários, como o único atendimento possível, tem sido, ainda nos dias atuais, obtida a partir do critério de ordem de chegada com distribuição das “fichas”, sem uma priorização por risco/gravidade. Essa conduta tem sido modificada após a implantação da Política Nacional de Humanização (PNH). Essa política tem como objetivo principal que os atendimentos em saúde não sejam apenas “o repasse do problema tendo como foco a doença e o procedimento, e não o sujeito e suas necessidades” (BRASIL, 2004, p.7), mas seja também uma ferramenta de prevenção e promoção a saúde e com isso adesão as práticas saudáveis.

A política nacional de humanização causou grande impacto na organização do atendimento na unidade básica de saúde. A implantação do acolhimento é discutida como um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários (BRASIL, 2004). Essa

escuta deve ser qualificada, ocorrendo livre de julgamentos, preconceitos, sem hora marcada para acontecer.

Acolher, no sentido dicionarizado, segundo Ferreira (1986, p.15), significa “dar acolhida ou agasalho, hospedar, receber, atender, dar crédito a; dar ouvido a; admitir; aceitar; tomar em consideração”, esse sentido é divulgado por vários autores quando da discussão sobre acolhimento. Para tanto, o acolher passa do senso comum de ouvir e dar acolhida para o fato de que deve gerar a responsabilidade nos profissionais de dar crédito ao paciente e disponibilizar para esse um determinado trabalho (assistência) que possa provocar um efeito positivo sobre a situação apresentada, esse efeito nada mais é do que a resolubilidade de sua demanda.

O Acolhimento, então, é visto como uma ferramenta que pode promover mudanças no processo de trabalho cotidiano dos profissionais de saúde da Atenção Básica, possibilitando a ampliação ao acesso à assistência integral. Essa ferramenta propõe uma recepção técnica com escuta qualificada por profissionais da equipe de saúde, para atender a demanda espontânea que chega aos serviços e também objetiva potencializar o conhecimento técnico e agregar resolutividade na intervenção dos diversos profissionais de saúde, promovendo o vínculo e a responsabilização com os usuários (FRANCO, BUENO, MERHY, 1999; SÃO PAULO, 2004). É uma ação que pressupõe mudanças nas relações que se estabelecem entre os profissionais e os usuários e mudanças nesse modo predominante de operar os processos de trabalho (MALTA, 1998; FRANCO, BUENO, MERHY, 1999).

Amplamente discutido, o acolhimento enquanto postura humanizada de atendimento, vem sendo descaracterizado das primeiras ações propostas e protocolos criados ainda no final da década de 1990 em Betim-MG e São Paulo, sendo colocado na prática atual com horário estipulado, profissional específico, e outros entraves do atendimento. Dessa forma, nem todas as ações que vem sendo denominadas de acolhimento realmente são acolhimento, ou funcionam como tal. A difícil definição de acolhimento também está em deliberar como deve ser a postura do profissional naquele momento de escuta qualificada ao paciente para que ele possa se colocar no lugar do outro buscando a melhor solução as demandas. Essa busca, nesse sentido, deve facilitar o acesso, entretanto, existem dificuldades para trabalhar em um ambiente onde o acesso deve ser facilitado, mas a organização do processo de trabalho ainda é mínimo e sedento de planejamento (SANTANA, 2011). Acolher gera a responsabilidade de fazer com que a demanda desse paciente seja resolvida de forma a gerar algo positivo, assim é necessário potencializar, melhorar até mesmo o conhecimento da equipe e dos trabalhadores

da unidade como um todo (SANTANA, 2011; BRASIL, 2011).

Trabalhadores e usuários se influenciam e se afetam mutuamente nesse momento de cuidar. Ocorre uma mobilização de sentimentos e um jogo de identificações que interferem na aplicação dos conhecimentos/técnicas do trabalhador e na percepção das necessidades de atenção. Há, de um lado, uma pessoa-usuário com sua história de vida, condição social, cultura, concepções, valores, sentimentos e desejos singulares que busca alívio da sua dor, do seu sofrimento e, de outro lado, uma pessoa-trabalhador também com sua história de vida, condição social, cultura, concepções, valores, sentimentos e desejos singulares, que é portador de um conhecimento técnico que pode intervir nesse sofrimento e nessa dor (SÃO PAULO, 2004, 2002). A interação entre trabalhador e usuário é permeada pelos saberes, experiências de vida, sofrimentos e subjetividades de ambos (BRASIL, 2004).

Podemos dizer que os serviços de saúde precisam fundamentalmente de profissionais que se vinculem, se responsabilizem pela resolução do problema do usuário e se comprometam em disponibilizar o conhecimento que possuem para a oferta de uma atenção integral às necessidades do usuário. A maneira como os serviços de saúde organizam e articulam os diferentes trabalhos e ações (atendimento de enfermagem, consulta médica, curativo, inalação, atividades educativas etc.) para responder a essas necessidades de saúde, o modo como cada profissional de saúde opera seu trabalho específico, como se relaciona com os usuários e com os demais colegas de equipe caracterizam o processo de trabalho e definem a produção de cuidado (BRASIL, 2004; 2011). A maneira de atender o usuário relaciona-se muito com perfil de cada trabalhador e a grande dificuldade é encontrar trabalhadores com perfil para atendimento em unidade básica de saúde, principalmente pela dificuldade de definir o que é ou não função da equipe de saúde da família (FORTUMA, MISHIMA, MATUMOTO, 2005).

“Nesse sentido, para responder e organizar os serviços de saúde de acordo com as demandas da população de um território é importante que as pessoas tenham acesso aos profissionais de saúde, que possam ser escutadas, analisadas e que a organização e a oferta de ações e atividades do conjunto dos trabalhadores seja norteadas por essa demanda” (BRASIL, 2004, p. 14).

Ao acolher, uma escuta ampliada é particularmente importante, pois atualmente, um número cada vez maior de tensões sociais e psicológicas se expressa como um sintoma corporal e leva a procura por atendimento médico. Alguns estudos indicam que parte

significativa da demanda nos serviços de saúde (cerca de 50% a 60%), é constituída por problemas que não se encaixam em alguma entidade nosológica (doença) e exigem outros tipos de intervenções, além da consulta médica (MARQUES E LIMA, 2008; ALMEIDA, 1997).

Escutar refere imediatamente a fala e sua raiz latina o vincula ao ato de ouvir e montar guarda, situação em que o escutado, cumprindo o ofício de sentinela, vigia os sons provenientes de um campo diferente do seu próprio. Mas para escutar, faz-se necessário estar atento, conhecer a quem se escuta, ou seja, quem é que está falando, como e sobre o que se fala. Isto remete a refletir a respeito dos usuários e como estes são recebidos nas unidades de saúde. Escutar a fala do usuário é oferecer possibilidades para o surgimento de maneiras novas de convivência, entendimento e trabalho dentro dos serviços de saúde. (ALMEIDA, 1997).

O momento do acolhimento-escuta oportuniza ações de prevenção, de educação em saúde e detecção precoce de agravos como: identificação de sintomas respiratórios para o diagnóstico precoce de tuberculose, identificação de hipertensos através da medida da pressão arterial, atualização de carteira de vacinação, controle da periodicidade de realização de exame de Papanicolau para prevenção de câncer de colo uterino, entre outros. E também há a oportunidade para se vincular o usuário à unidade de saúde (SÃO PAULO, 2004; BRASIL, 2004).

O envolvimento dos profissionais com o trabalho, a sua disponibilidade em estabelecer contato, em se vincular ao usuário e o compromisso em utilizar todo o conhecimento que possuem na oferta de uma atenção integral são importantes pontos de partida. No entanto, é fundamental qualificar a escuta, ampliar as abordagens e a capacidade resolutiva de todos profissionais. Porém, ampliar as abordagens e as intervenções no cotidiano exige um processo constante de apropriação e troca de saberes entre os diversos profissionais da equipe bem como a existência de espaços nos serviços de saúde para a discussão coletiva de casos, para a análise e reflexão das práticas e do processo de trabalho (BRASIL, 2011; FRANCO, BUENO e MEHRY, 1999)

Assim, o acolhimento não deve ser entendido como um espaço ou um local, mas uma postura ética que não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, mas que implica o compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções, visando um atendimento mais humanizado (BRASIL,2004). Dessa maneira, o que o diferencia de triagem é o fato deste não se constituir como uma etapa do processo, mas como ação que

deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde (SOUZA, BASTOS, 2008; BRASIL,2012)

Nesse sentido, os princípios do Acolhimento, como uma tecnologia para a assistência em saúde são: atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo acessibilidade universal; reorganizar o processo de trabalho, de forma que esse desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional; e qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania (FRANCO, BUENO e MEHRY, 1999; BRASIL, 2012).

Em relação aos atendimentos de demanda espontânea, destaca também os casos de urgência e emergência que em várias discussões ficam paradoxalmente definida como não responsabilidade da unidade básica de saúde. Cabe ressaltar que não se pode permitir que uma unidade básica de saúde não esteja preparada para o atendimento de uma urgência, uma vez que essa não pode ser prevista e nem determinada em quais locais irão acontecer. As discussões envolvem temas como: Quem deveria se responsabilizar por atender uma crise hipertensiva, um médico de plantão na UPA que não conhece esse paciente ou o médico de equipe que já acompanha esse paciente, complicações nesse atendimento (MINAS GERAIS, 2010)

Nesse contexto de avaliação e estratificação do atendimento em unidades básicas de saúde surge a proposta de implantação da classificação de risco, em Belo Horizonte, como alternativa de organização dessa demanda. Outro ponto que vem sendo discutido entre os profissionais de saúde, que questionam essa ferramenta como um fator dificultador da formação de vínculo usuário-profissional já que mecaniza a escuta em parâmetros de classificação de risco (MINAS GERAIS, 2010).

A dificuldade organização dessa demanda espontânea se encontra também em definir os fluxos de atendimento, nesse sentido fala-se muito em escala para atendimentos a agudos, porém questiona-se sobre o vínculo de atendimento a um paciente por profissional de outra equipe, questiona-se também a falta dessa escala e o atendimento ao acaso, impedindo o andamento do atendimento programado. O fluxo encontra dificuldade também para organizar as agendas incluindo nas mesmas o atendimento de todos os protocolos além do atendimento da demanda espontânea (BRASIL, 2012; MINAS GERAIS,2010).

Outros questionamentos são realizados na discussão do atendimento a demanda espontânea, dentre eles destacamos o papel desempenhado pelo enfermeiro. Em grande parte das unidades, no atendimento, o enfermeiro realiza a primeira escuta, atendendo a demanda

espontânea de sua população residente em sua área de abrangência e também seus usuários agendados, nestas situações o médico faz a retaguarda para os casos considerados agudos (GOMES,2013). Procura-se definir ou melhorar a participação dos auxiliares de enfermagem nesses atendimentos. Encontra-se na maioria das vezes a população com vínculo efetivo com profissional médico e enfermeiro. Observa-se um desgaste do enfermeiro com uma população que somente sabe informar quem é o médico e enfermeiro da equipe com pouca responsabilização dos auxiliares.

Encontra-se como desafio do atendimento a demanda espontânea a busca por novas formas de atendimento que levem em consideração outra forma de acesso dos usuários que não se restringe simplesmente a ordem de chegada, cotas, número de vagas disponíveis no dia e outros. Uma vez que esse tipo de atendimento fere a um dos princípios do SUS: a equidade. Levando em consideração somente a ordem de chegada trata-se da mesma forma os diferentes usuários com diferentes demandas. Para definir esse fluxo de atendimento existe a necessidade de levar em consideração a vulnerabilidade dos diferentes grupos, situações de maior urgência (MINAS GERAIS, 2010; BRASIL, 2012; GOMES, 2013).

O Acolhimento começa com o olhar atento e diferenciado de toda a unidade básica de saúde. Deve começar na portaria, passando pela recepção e outros setores, que devem estar preparados para identificar situações de risco e de maior sofrimento como: Pacientes com febre, falta de ar, dor intensa e outros. Em muitos casos quando não lançamos mão de ferramentas para classificar o risco nos atendimentos nos deparamos com pacientes que aparentemente não estão em situação vulnerável, permanecerem esperando por muito tempo e, entretanto estão em situações que exigem um atendimento preferencial (GOMES, 2013). Existem ainda condições que geram grande vulnerabilidade com risco social muitas vezes subjetivo que requerem atendimento médico ou não, podem exigir além de um atendimento médico a realização de um plano de intervenção com participação do Agente comunitário de saúde (BRASIL, 2012; MINAS GERIAIS, 2010).

A participação de todos os trabalhadores é importante, pois o modo que esses profissionais estão vinculados os tornam mais responsáveis, resolutivos e comprometidos em disponibilizar seu conhecimento de forma integral para um bom atendimento a esse usuário. Atentar para a maneira como os serviços de saúde organizam e articulam os diferentes trabalhos e ações (atendimento de enfermagem, consulta médica, curativo, inalação, atividades educativas etc.) para responder a essas necessidades de saúde, o modo como cada profissional de saúde opera seu trabalho específico, o modo como se relaciona com os

usuários e com os demais colegas de equipe caracterizam o processo de trabalho e definem a produção de cuidado (BRASIL, 2012).

A definição e organização de um fluxograma de atendimento para a demanda espontânea deve levar em consideração também o conhecimento da população, as principais demandas e o perfil da população. Para isso é importante, lançar mão de ferramentas como o diagnóstico situacional e o planejamento estratégico para que a partir desse conhecimento seja possível elaborar um plano de ação, estabelecer prioridades, identificar os principais grupos e adequar os protocolos (MINAS GERAIS, 2010; BRASIL, 2012).

2. JUSTIFICATIVA

Esse trabalho se justifica tendo em vista a necessidade de discutir o fluxo de atendimento na unidade básica de saúde Jaqueline I. Acredita-se que a melhoria do atendimento em relação ao tempo de espera poderá reduzir os riscos no atendimento ao paciente em condição aguda, sendo um dos maiores desafios para a organização do atendimento.

Munidos desse contexto, a organização do atendimento da demanda programada e espontânea tende a se tornar mais efetiva após conhecimento da função de cada trabalhador e redefinição da função do auxiliar da Estratégia de Saúde da Família.

Justifica-se ainda pela possibilidade das equipes de saúde se organizarem em relação à melhoria da comunicação e a manutenção da ferramenta “Posso Ajudar¹”.

¹ Vinculado a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte-MG, o Programa “Posso Ajudar: Amigos da Saúde”, oriundo do Hospital Municipal Odilon Behrens, expandido para as unidades de atenção primária, rede complementar e de urgência do SUS-BH, disponibiliza estágio para de estudantes universitários na área da saúde. Essa iniciativa visa promover a humanização do atendimento ao usuário desde a sua recepção na unidade, mantendo-o informado e orientado sobre os fluxos e os serviços disponíveis, acompanhando-o durante a sua permanência na unidade, prevenindo conflitos e contribuindo para a satisfação dos usuários com os serviços. Promove um espaço de interlocução entre as equipes e os usuários, melhorando a comunicação e a interação entre o serviço e a comunidade(MINAS GERAIS, 2010).

3. OBJETIVO

Refletir sobre a importância da organização do atendimento e do acolhimento a partir do relato de experiência de um enfermeiro de uma Unidade Básica de Saúde.

4. METODOLOGIA

Esse trabalho é um relato de experiência de uma enfermeira de uma Equipe de Saúde da Família (ESF) de Belo Horizonte - MG que tem por objetivo refletir sobre a importância da organização do atendimento e do acolhimento a partir do relato de experiência de um enfermeiro de uma Unidade Básica de Saúde e é resultado de seu percurso formativo no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família CEABSF. Assim, trata-se de uma metodologia qualitativa, pesquisa descritiva, na qual o profissional se propõe a delinear aspectos importantes de sua prática profissional de maneira reflexiva a partir de sua vivência.

O relato tem como cenário o Centro de Saúde Jaqueline I, que pertence a regional norte, faz divisa com a cidade de Santa Luzia, conta com uma população de 14.317 pessoas sendo 12.520 cadastradas oficialmente e 1797 cadastradas informalmente. Sua área de abrangência é considerada de risco elevado e muito elevado e é classificado com área D de acordo com os critérios da prefeitura de Belo Horizonte. A unidade possui 3 equipes de saúde da família sendo que uma das equipes funciona no Anexo, próximo a comunidade dentro do Centro de Referência de Assistência Social CRAS.

A estrutura física da unidade conta com sala de curativos, sala de vacinas, farmácia, sala de observação, sala de reuniões, 3 consultórios de odontologia, 2 consultórios de ginecologia, 6 consultórios de atendimento, recepção, copa, sala da zoonoses, 2 banheiros de usuários, 3 banheiros de funcionários. A estrutura apresenta problemas em relação ao número de consultórios, tamanho dos consultórios, ausência de sala específica para coleta de sangue dentre outros.

A equipe 3 assiste a uma população de 5554 pessoas, possui 6 micro-áreas e trabalha com equipe completa: Duas auxiliares de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde, uma enfermeira e um médico. Existe a possibilidade concreta divisão dessa equipe. A equipe de apoio conta com um clínico, dois pediatras, um ginecologista, e núcleo de apoio a saúde da família. A unidade possui também duas equipes de odontologia do PSF e equipe de apoio

A unidade possui uma demanda muito grande por cadastros, grande parte das moradias pertencentes a área de abrangência da equipe 3 são de imóveis de aluguel, aproximadamente 30%. Desses 30% aproximadamente 26% são de contratos “não registrados”, informais a rotatividade nas moradias é grande o que requer uma atualização constante nos cadastros. A divisa com município de Santa Luzia também gera uma demanda

muito grande por atendimentos principalmente em relação ao pré natal. Outros aspecto que também gera uma demanda muito grande na unidade é a proximidade da unidade com escolas e um grande número de comércios.

A maior parte da comunidade conta com rede de esgoto água e coleta de lixo. A área possui umas das mais altos índices de infestação por Aedes. O LIRA (levantamento de índice rápido de Aedes) da região no 2º trimestre de 2011 foi de 5,0 sendo o criatório predominante de recipientes inservíveis (vasos de plantas, garrafas PET e outros). Apesar do índice elevado a unidade possui um dos menores registros de casos de dengue confirmados, isso levou a uma desconfiança em relação a subnotificação, porém essa possibilidade foi descartada após confirmação dos mesmos em anos subsequentes e monitorização/sensibilização dos funcionários em relação a notificação.

A população economicamente ativa exerce atividade remunerada em comércios, industrias de construção civil. A maior parte da população necessita de se deslocar aproximadamente 1 hora para conseguir chegar ao local de trabalho, grande parte da população de trabalhadores do comércio da região mora em cidades próximas a Belo Horizonte principalmente Santa Luzia.

Após exposição do cenário do relato de caso, segue a descrição de minha experiência durante o período de Outubro de 2009 até Julho de 2013 como enfermeira de uma ESF que possui dificuldades cotidianas com a organização da demanda espontânea.

5. RELATO DE CASO

5.1 O COTIDIANO DE ATENDIMENTO

O Centro de Saúde Jaqueline possui aproximadamente 30 anos, encontra-se em posição central em relação à extensão da área de abrangência. Apresenta sede própria. Trata-se de uma construção antiga, que já passou por algumas reformas, no entanto, a estrutura física ainda é inadequada, contendo espaços mal divididos e subutilizados e não condizentes com a demanda recebida diariamente no serviço. Há a perspectiva da construção de uma unidade nova, utilizando recursos da parceria público-privada com previsão de entrega no período de 02 anos. Atualmente, é utilizado por 03 equipes de saúde da família, Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), acadêmicos de enfermagem e medicina, profissionais de apoio (02 pediatras, 01 ginecologista e 05 auxiliares de enfermagem).

A área referente à sala de espera não se adequa a demanda e especialmente pela manhã, onde o movimento é mais intenso, os usuários ficam desconfortáveis por não haver assento para todos, o que gera insatisfação por parte da clientela e desgaste aos profissionais de saúde.

A sala de reuniões é pequena e possui acesso difícil, principalmente para idosos e portadores de necessidades especiais, por estar localizada no 2º andar, sendo que a unidade não dispõe de rampa, dificultando a realização de ações coletivas de prevenção e promoção à saúde e reuniões. Algumas vezes, recorremos o salão da Igreja, que nem sempre se encontra disponível, por constituir a sede da Academia da Cidade. Grande parte das salas de atendimento da unidade apresenta-se equipadas com mobiliário mínimo para o desempenho de uma assistência de qualidade. No entanto, frequentemente, há falta de insumos essenciais ao trabalho, causando transtornos e desmotivação da equipe.

O encaminhamento para os demais níveis assistenciais é falho, moroso e a contra-referência, na maioria das vezes, não chega aos profissionais da Equipe de Saúde da Família. A equipe de regulação assistencial não ocorre de forma sistematizada, sendo realizada de forma isoladamente por alguns profissionais da equipe. Observou-se uma significativa melhora qualitativa e quantitativa dos serviços ofertados pelo laboratório distrital e a assistência farmacêutica encontra-se mais ampliada e organizada.

O fluxo de entrada dos usuários na unidade mesmo com a implantação PNH era realizada por ordem de chegada. Ao procurar a Unidade Básica de Saúde (UBS) o usuário era

recebido pelo porteiro que anotava o nome do usuário seguido pela queixa ou demanda principal. As listas, uma de cada equipe, eram repassadas aos enfermeiros que iniciavam o atendimento após conferir se todos os usuários com nome na lista eram cadastrados. Conforme citado acima algumas pessoas de municípios vizinhos tentam recorrer ao atendimento na cidade de Belo Horizonte. Após realizar todas as marcações (demanda programada), o enfermeiro iniciava o atendimento ao paciente em condição aguda. Somente nesse momento ocorria uma tentativa de realizar a classificação de risco com prioridade dos casos considerados mais graves. Toda a equipe reconhecia que o fluxo estava errado, além de gerar insatisfação dos usuários contávamos com a participação do porteiro exercendo atividades que não eram de sua competência.

5.2 A OFICINA

No período 2º semestre de 2010, considerando que a organização da demanda espontânea é considerada uma das maiores dificuldades para o atendimento na unidade básica de saúde, foi realizada uma discussão desse tema por meio de uma oficina de qualificação da atenção básica disponibilizada pela Prefeitura de Belo Horizonte MG. Essa oficina teve como objetivos: Discutir os conceitos de acesso, “acolhimento”, atenção programada e espontânea; Compreender o “acolhimento” como um dispositivo fundamental aos processos de trabalho em saúde; Conceituar o processo de trabalho em saúde e discutir seus elementos constitutivos, provocando a reapropriação crítica desses processos, a partir da necessidade de reorganização da demanda espontânea nos Centros de Saúde; Conhecer as ferramentas que podem ser utilizadas na reorganização da demanda espontânea, tais como o Programa “Posso Ajudar? Amigos da Saúde” e a classificação de risco dos pacientes agudos; Conhecer os fundamentos sobre a classificação de risco dos pacientes agudos; Propor a reorganização do processo de trabalho da demanda espontânea, confeccionando uma matriz de gerenciamento dos processos de trabalho e Programar as atividades do período de dispersão (BELO HORIZONTE, 2010).

A realização dessa oficina foi o primeiro passo para a Elaboração do Plano de Ação que visava tentar definir a organização do fluxo na unidade. As oficinas contaram com a participação de todos os trabalhadores. Cada grupo de profissionais levantou quais eram os problemas considerados mais graves e quais as principais dificuldades eram ouvidas dos usuários para o acesso ao atendimento na unidade básica de saúde. Todos acreditam que a dificuldade maior está em estar preparado para um atendimento com pouca previsão, o que impedia uma forma correta de tentar padronizar e minimizar os imprevistos decorrentes desse

atendimento, sendo necessária uma flexibilidade na organização.

Durante a oficina também foi levantada a necessidade de discutir também outros aspectos que fazem parte da organização do serviço, tais como o conceito de “acolhimento”, a ferramenta “Posso ajudar?” e o recurso da Classificação de risco dos agudos.

O acolhimento nos Centros de Saúde de Belo Horizonte e nos demais pontos de Atenção da Rede SUS-BH deve ser uma postura humanizadora institucional que busca garantir maior acesso da população aos serviços de saúde, facilitando a escuta do usuário em suas necessidades e efetivando melhor resposta com um atendimento responsável, seguro, humanizado e rápido, quando necessário (BELO HORIZONTE, 2010).

A oficina teve duração de 2 dias e contou com a participação de todos os trabalhadores da UBS. Cada categoria profissional falou de forma rápida clara e objetiva sobre qual seria sua função no atendimento a população. Cada equipe de PSF falou sobre as atividades que são desempenhadas na equipe. Um fluxograma de atendimento foi exemplificado através do material (apostila) disponibilizado pela prefeitura, observamos que muitos problemas eram comuns em outras UBSs. Muitas categorias profissionais conheciam pouco ou quase nada sobre o atendimento realizado na unidade, como exemplo, podemos citar os agentes de zoonoses, que pouco ou quase nada sabiam informar sobre o atendimento das equipes, mas eram constantemente requisitados pelos usuários em suas casas durante as visitas e sempre orientavam o usuário a comparecer na UBS. Um levantamento sobre as principais reclamações dos usuários foi realizado.

Foi proposto uma maior divulgação dos atendimentos em cada equipe bem como atividade e agenda de cada profissional e horário de funcionamento dos setores. Um dos grandes problemas apontados pelos trabalhadores foi a falta de comunicação entre equipe de PSF, funcionários do administrativo, porteiros, Posso Ajudar. Um quadro foi montado com horário dos profissionais, dias de atendimento, agendas das equipes, férias dos profissionais. Um fluxo de atendimento foi construído com a inserção de 1 auxiliar de enfermagem de cada equipe no acolhimento.

O primeiro contato do usuário na UBS permaneceu sendo realizado pelo Posso Ajudar que direcionava o usuário conforme sua demanda. Caso a demanda fosse por atendimento em algum setor tal como farmácia, vacina e outros o usuário era direcionado e informado sobre horário de funcionamento para reduzir ao mínimo o tempo de permanência daquele usuário na UBS principalmente se sua demanda não pudesse ser atendida naquele momento. Os usuários que procuravam marcação de consultas passaram a ser encaminhados para atendimento com o

auxiliar de enfermagem. Pacientes em condição aguda eram encaminhados para atendimento com enfermeiro da equipe que conta agora com suporte do profissional da sala de observação com avaliação de dados vitais e identificação de sinais de alerta. Após essa avaliação o enfermeiro passou a estabelecer a prioridade de atendimento a ser realizada pelos médicos.

5.3 RESULTADOS OU MUDANÇAS DEPOIS DA OFICINA

Após a implantação dessas mudanças observamos: Melhoria na comunicação entre os trabalhadores; Diminuição do tempo de espera por atendimentos dos usuários; Melhora na classificação de risco dos pacientes em condições aguda com consequente diminuição dos riscos de agravos; Maior organização dos setores e Maior responsabilização do auxiliar do PSF.

Com o início das atividades do programa POSSO AJUDAR amigos da saúde o primeiro contato do paciente na unidade passou a ser realizada por esses profissionais. Eles passaram a informar aos usuários os dias de marcação de consultas de cada equipe, horário de atendimento dos setores, agenda de profissionais e outros. A anotação dos nomes dos usuários em listas de atendimentos permaneceu sendo realizada, ainda sem critério de classificação de risco embora a anotação de demanda desses usuários passasse a ser mais apurada, porém continuava a ocorrer de forma empírica.

No final do ano de 2011, o Centro de Saúde Jaqueline recebeu outra equipe de saúde da família o que trouxe maiores possibilidades de organização do atendimento com uma melhor adequação do número de população ao número de profissionais disponíveis para realização do atendimento.

Somente após a realização de uma das oficinas de qualificação da atenção primária com o tema “Organização da demanda espontânea” foi possível avançar na melhoria e implantação dos fluxos que conseguiu melhorar em 70% o acesso desses usuários, segundo dados internos da Unidade, além de uma participação maior dos membros da equipe na escuta e atividades do PSF, maior responsabilização de cada um. Funcionários da unidade passaram a ter maior conhecimento sobre trabalho dos outros sabendo informar aos usuários sobre funcionamento de todos os setores. O tempo de espera diminuiu e os pacientes em condição aguda passam por uma avaliação que estabelece um mínimo de prioridade. Entretanto, a classificação de risco no atendimento ao usuário em condição aguda ainda é uma das questões que mais precisam ser aprimoradas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O atendimento da demanda espontânea no Centro de saúde Jaqueline se caracterizava pela falta de fluxo e estabelecimento de prioridades no atendimento dos pacientes agudos. O primeiro contato do usuário na unidade era com porteiro que anotava o nome do usuário, data de nascimento e solicitação ou queixa principal. Um dos erros mais grosseiros apontados no fluxo de atendimento foi justamente a função totalmente distorcida realizada pelo porteiro. A lista com o nome dos usuários que aguardavam atendimento era entregue ao enfermeiro de cada equipe, o atendimento era simplesmente realizado por ordem de chegada.

O resultado desse fluxo era que muitos usuários aguardavam toda manhã apenas para marcação de algum atendimento programado, da mesma forma pacientes com necessidade de atendimento agudo não realizavam nenhum tipo de classificação o que colocava até mesmo em risco a vida de alguns pacientes que não poderiam aguardar muito tempo por atendimento. O número de reclamações realizadas ao SOS saúde bem como de idas da polícia a unidade eram mais frequentes.

Após a realização das Oficinas houve melhor organização da demanda espontânea, com melhora no atendimento e maior satisfação do usuário e dos profissionais. Entretanto, outras propostas ainda precisam ser mais bem discutidas como: a implantação do Protocolo de Manchester, que já aconteceu em outras unidades; o entendimento do Acolhimento enquanto postura sem estabelecimento de profissional responsável ou horário e a retomada das oficinas para avaliação novamente desse tema e das ações realizadas bem como novas propostas.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. ALMEIDA, M.C.P. et al. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva - rede básica de saúde de Ribeirão Preto. In: ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, S.M.M. (orgs.). O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez, 1997.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial. Brasília: MS.2004.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 56 p.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea : queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília; Ministério da Saúde; 2004. 48 p.
6. FERREIRA, Aurélio B. H., Novo Dicionário (Aurélio) da Língua Portuguesa, 2.^a edição revista e ampliada, Editora Nova Fronteira, Rio de Janeiro, 1986;
7. FORTUNA, Cinira Magali, MISHIMA, Silvana Martins, MATUMOTO, Silvia et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2005, vol. 13, no. 2, pp. 262-268.
8. FRANCO, TB; BUENO, WS; MERHY, EE 1999. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cadernos de Saúde Pública 15(2): 345-353.
9. GOMES, Gelmar Geraldo. Atendimento de Usuários com Casos Agudos na Atenção Primária à Saúde. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais: Belo Horizonte, 2013.

10. MALTA, D. C. Acolhimento: uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrado. In : Campos C R (Org). Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã; 1998. p.121-59
11. MARQUES, Giselda Quintana; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Organização Tecnológica do Trabalho num pronto atendimento e a Autonomia do Trabalhador de Enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v 42, n. 1, março de 2008. Disponível a partir do <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000100006&lng=en&nrm=iso>. acesso em 24 de agosto de 2013.
12. MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte: Oficina IV – A organização da Demanda Espontânea. Belo Horizonte: ESPMG,2010.
13. SANTANA, Milena Lopes. Demanda espontânea e planejamento estratégico situacional no Programa Saúde da Família de Pindamonhangaba. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 6, n. 19, p. 133-141, mai. 2011. ISSN 2179-7994. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/index.php/rbmfc/article/view/163/315>>. Acesso em: 24 Ago. 2013. doi:10.5712//rbmf6(19)163.
14. SÃO PAULO. 2º Caderno de Apoio ao Acolhimento: orientações rotinas e fluxos sob a ótica do risco/vulnerabilidade. Secretaria Municipal de Saúde, 2004. Disponível em: http://www.saudedafamilia.org/projetos/outros_projetos/acolhimento/caderno_2_cd.pdf. Acessado em: 27 de outubro de 2013
15. SÃO PAULO. Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver. São Paulo, Prefeitura do Município de São Paulo/ Secretaria Municipal de Saúde, 2002, 144p..
16. SOUZA, Raíssa Silva; BASTOS, Marisa Antonini Ribeiro. Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro. *REME rev. min. enferm* 12.4 (2008): 581-586.