

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

LUANA CARMÉLIA DE LIRA FERNANDES

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE DA MASSAGUEIRA I, EM MARECHAL
DEODORO, ALAGOAS**

MACEIÓ / ALAGOAS

2017

LUANA CARMÉLIA DE LIRA FERNANDES

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA MASSAGUEIRA I, EM
MARECHAL DEODORO/ALAGOAS**

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

Orientador: Professor(a). Dra. Flavia Casasanta Marini

MACEIÓ / ALAGOAS

2017

LUANA CARMÉLIA DE LIRA FERNANDES

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA MASSAGUEIRA I, EM
MARECHAL DEODORO/ALAGOAS**

Banca examinadora

Examinador 1: Professora. Dra. Flavia Casasanta Marini – Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM

Examinador 2: Professora Dr^a Isabel Ap. Porcatti de Walsh - Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2017.

RESUMO

Utilizando o método de estimativa rápida, os principais problemas de saúde do Município de Marechal Deodoro e principalmente da comunidade da Massagueira, onde localiza-se a Unidade Básica de Saúde (UBS) Massagueira I, foram levantados e eleito como nó crítico a ausência de um processo de acolhimento com classificação de risco. O objetivo deste trabalho foi elaborar uma proposta de intervenção para implantação do acolhimento com classificação de risco na Unidade de Saúde da Família Massagueira I, Município de Marechal Deodoro, Estado de Alagoas. Através dos descritores Estratégia Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Acolhimento e Avaliação de Serviços de Saúde, uma revisão da literatura foi realizada e a proposta foi embasada no método de Planejamento Estratégico Situacional. Percebemos que por meio de ações educativas e treinamento dos profissionais para uma melhor escuta e classificação de risco, a proposta poderá não apenas aprimorar o atendimento assistencial prestado à população, mas também melhorar o relacionamento entre os usuários da UBS e os funcionários, interferindo positivamente na qualidade do ambiente de trabalho, assim garantindo a acessibilidade universal. A reorganização do processo de trabalho também se mostra importante a fim de que se desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Acolhimento. Avaliação de Serviços de Saúde.

ABSTRACT

The main health problems of Marechal Deodoro city, especially of the community of Massagueira, where the Basic Health Unit (UBS) Massagueira I is located, were surveyed using the method of rapid estimation. The critical node chosen was the absence of a reception process with risk classification. The objective of this work was to elaborate an intervention proposal for the implantation of the reception with risk classification in the Massagueira I Family Health Unit. Through the descriptors 'Family Health Strategy', 'Primary Health Care', 'Reception' and 'Evaluation of Health Services', a review of the literature was realized and proposal was made based on the Strategic Situational Planning method. We realize that through educational actions and training of professionals for a better listening and risk classification, the proposal may not only improve the care provided to the population but also improve the relationship between UBS users and employees, interfering positively in the quality of the work environment, thus ensuring universal accessibility and multiprofessional work.

Key words: Family health strategy. Primary health care. User acceptance. Health Services Evaluation.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DM	Diabetes melito
ESF	Estratégia Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
1.1 Breves informações sobre o município de Marechal Deodoro	08
1.2 O sistema municipal de saúde	08
1.3 A Equipe de Saúde da Família Massagueira 1, seu território e sua população	09
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade	11
1.5 Priorização dos problemas	12
2 JUSTIFICATIVA	14
3 OBJETIVOS	17
3.1 Objetivo geral	17
3.2 Objetivos específicos	17
4 METODOLOGIA	18
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	20
5.1 Estratégia Saúde da Família	20
5.2 Acolhimento	21
5.3 Classificação de Risco	21
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	24
6.1 Descrição do problema selecionado	24
6.2 Explicação do problema	25
6.3 Seleção dos nós críticos	26
6.5 Desenho das operações	26
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	32
ANEXO A	34
ANEXO B	35

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município Marechal Deodoro

Marechal Deodoro é uma cidade com 51.715 habitantes (estimativa do IBGE para o ano de 2016), localizada na região nordeste e distante 32,5 km da capital do Estado de Alagoas. A cidade teve um crescimento populacional importante nas duas últimas décadas em função da instalação de algumas indústrias (setor químico-plástico) com implantação de 17 empresas que são responsáveis por 2.500 empregos diretamente.

Como em várias cidades brasileiras, esse crescimento foi acompanhado do correspondente crescimento econômico, de infraestrutura, e de um desenvolvimento social. Devido ao fato de ser considerada uma cidade história, por ter sido a primeira capital do país, a cidade vive basicamente de turismo, artesanato, culinária de doces típicos da região, de uma incipiente indústria, de uma agricultura e pecuária de subsistência. A cidade sempre teve uma tradição forte na área cultural: movimentava a região com os concursos de surf e principalmente durante o carnaval devido as belas lagoas e a famosa Praia do Francês (IBGE, 2015).

Na área de saúde, a cidade possui uma unidade de pronto atendimento (UPA) que atende a microrregião formada por mais 6 municípios, porém não possui maternidade e a contrarreferência é muito difícil de ocorrer.

O sistema de saúde ainda é bastante fragmentado e a estrutura deixa muito a desejar. A estratégia de saúde da família (ESF) possui 15 equipes sendo 2/3 com sede na zona urbana e segundo a Secretaria de Saúde consegue cobrir 100% da população, embora isso não se reflita na prática. Um grande problema no desenvolvimento da ESF, em que pese uma remuneração abaixo à média do mercado, é a falta dos profissionais de saúde, particularmente de médicos.

1.2 O sistema municipal de saúde

O financiamento da saúde no município ocorre por meio de transferências do Governo Estadual e Federal num valor de R\$ 25.331.275,78 em 2015, segundo o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e por recursos próprios no valor de R\$ 10.467.308,00 através de dados de 2012. Estimula-se no sistema SIOPS que o gasto per capita/ano com a saúde municipal é de R\$ 718,89 (SIOPS, 2015).

A rede de serviço ainda é um pouco descentralizada, não havendo muito o mecanismo de referência e contra referências. Os estabelecimentos de saúde de especialidades não possuem o hábito de encaminhar o paciente de volta para a UBS. Apesar de o município possuir 15 ESF, que segundo a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) conseguem cobrir 100% da população é visível a falta de assistência em algumas localidades e a grande procura por serviços de emergência como o Hospital 24 horas e a Unidade de pronto atendimento (UPA).

A atenção especializada ocorre apenas para algumas especialidades que demandam menos complexidade, como pediatria, ginecologia, dermatologia e cardiologia. As especialidades cirúrgicas apesar de possuírem ambulatório fixo, não possuem nenhum tipo de procedimento cirúrgico no município, sendo sempre recorrido ao apoio da capital e cidade vizinha (Coruripe), justamente por não haver atendimento hospitalar e nem internamento no município.

Já o único consórcio de saúde existente no município é a realização em momentos esporádicos de multidão para realização de ultrassonografias e a terceirização de laboratório de análises clínicas e colpocitologia oncótica.

1.3 A Equipe de Saúde da Família Massagueira I, seu território e sua população

Massagueira é uma comunidade de cerca de 6.500 habitantes, localizada na periferia de Marechal Deodoro, que se formou, principalmente,

por ter sido capital do Estado de Alagoas e onde nasceu Manuel Deodoro da Fonseca, primeiro presidente do Brasil. Hoje, a população empregada vive basicamente do trabalho nas empresas, do artesanato, da prestação de serviços e da economia informal, sendo grande o número de desempregados e subempregados.

A estrutura de saneamento básico na comunidade deixa muito a desejar, principalmente no que se refere ao esgotamento sanitário e à coleta de lixo, além da falta d'água constante. Parte da comunidade vive em moradias de nível adequado, pois possuem um nível socioeconômico melhor.

O analfabetismo é elevado, sobretudo entre os maiores de 40 anos e moradores mais antigos da região. Nas últimas administrações a comunidade não recebeu muitos incentivos devido a não existir uma pressão comunitária e nem organizações para tal. A população conserva hábitos e costumes próprios da população rural brasileira e gosta de comemorar as festas religiosas, mas também o carnaval devido ser uma cidade litorânea e ficar as margens da Lagoa Manguaba.

Entre os 1849 habitantes da área de abrangência da Equipe Massagueira I, 846 (45,75%) são homens e 1003 (54,24%) são mulheres, distribuídos por faixa etária e predomínio no sexo masculino entre 15 e 69 anos e no sexo feminino entre 15 e 79 anos. Deixando-se claro que este número é muito aquém da realidade, pois o cadastro das famílias no e-sus está atrasado e existem 5 áreas descobertas há mais de 1 ano sem ser realizada atualização da área e novos cadastros.

A proporção de idosos é de 14,76%, tendo uma população alvo para rastreamento de câncer de mama de 341 mulher e câncer de colo de 594. O número de hipertensos cadastrados ainda se encontra muito abaixo da realidade, devido a falta de cobertura de 5 micro áreas desde a gestão anterior.

A principal causa de óbito da população economicamente ativa é por doenças vasculares, porém nos homens prevalece as causas externas devido o alto índice de violência. As doenças de notificação mais comuns são sífilis, hepatite B, dengue, Zika e Febre Chikungunya.

Em Massagueira, trabalham duas Equipes de Saúde da Família – Equipe Rua Nova e Equipe Massagueira I. A Unidade Basica de Saude (UBS) da qual faco parte é a Massagueira I e foi inaugurada há cerca de 20 anos, tendo passado por uma reforma há cerca de 10 anos. Está situada na rua principal do povoado da Massagueira que fica a mais de 20 km de distância do centro da cidade. Já foi uma casa alugada que após a reforma foi adaptada para ser uma unidade de saúde.

É uma casa grande, porém sua divisão foi mal distribuída e com o crescimento da população vem se tornando pequena para a demanda e para o número de profissionais atuantes. Sempre ocorre superlotação no período da manhã, principalmente quando o laboratório (terceirizado) realiza coleta de exames. Isso gera estresse e impaciência da população. Muitas vezes os usuários são obrigados a aguardar pela consulta em pé e isso gera uma grande insatisfação.

Não possuímos sala para reunião e os demais profissionais muitas vezes usam isso como desculpa para que não ocorra a reunião da equipe. Tem sido um desafio conseguir reorganizar nossas reuniões, pois para que ocorram precisamos realizá-las na sala de recepção e então a unidade precisa estar fora do horário de funcionamento para não atrapalhar o fluxo dos usuários.

O tempo da Equipe Massagueira I está ocupado quase que exclusivamente com as atividades de atendimento da demanda espontânea (maior parte) e com o atendimento de alguns programas, como: saúde bucal, pré-natal, puericultura, atendimento a hipertensos e diabéticos. A equipe está começando a desenvolver outras ações de saúde, como por exemplo grupo de gestantes.

A ausência de um projeto e de avaliação do trabalho tem sido motivo de alguns conflitos entre os membros da equipe. Uma queixa geral é a falta de tempo, devido à demanda de atendimento. Com o passar dos anos essa situação e a falta de perspectivas de mudanças têm provocado um desgaste grande na equipe.

1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

Por meio da estimativa rápida foi elaborada uma lista de problemas e levados para discussão com a equipe. Foram desde problemas administrativos a questões relacionadas a saúde da população que estão listados no Quadro 1.

Quadro 1 - Lista de problemas

Problemas relacionados à administração (Meios, recursos, etc.)	Problemas relacionados ao estado de saúde da população (Doenças, causas de morte)
Falta de Medicamentos	Distúrbios Psiquiátricos
Falta de profissionais especialistas	Risco cardiovascular
Não há cobertura de 100% da população pelo PSF	Tabagismo e etilismo
Acolhimento e classificação de risco	Ausência de pré-natal de alto risco no município

Fonte: Roda de conversa realizada com todos os funcionários da UBS Massagueira I.

1.5 Priorização dos problemas

Foi então elaborada uma tabela para que pudéssemos estabelecer a ordem de prioridade e escolha dos problemas. Para tanto, os problemas listados foram classificados de acordo com alguns critérios, tais como: importância, urgência, capacidade de enfrentamento. Foram estabelecidos critérios e valores conforme a legenda abaixo no Quadro 2.

Quadro 2 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Massagueira I, Unidade Básica de Saúde Massagueira, município de Marechal Deodoro, estado de Alagoas

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Distúrbios psiquiátricos	Média	4	Fora	4
Risco cardiovascular	Alta	6	Parcial	2
Tabagismo e etilismo	Baixa	2	Parcial	5
Pré-natal de alto risco	Baixa	2	Fora	6
Falta de medicamentos	Média	6	Fora	3
Falta de especialista	Baixa	2	Fora	6
Não há cobertura de 100%	Baixa	2	Fora	6
Acolhimento e classificação de risco	Alta	6	Total	1

Fonte: Roda de conversa realizada com todos os funcionários da UBS Massagueira I.

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

O problema prioritário escolhido pela equipe foi o acolhimento e classificação de risco na atenção básica. Esta escolha se deu principalmente por ter sido uma das principais queixas da comunidade e por se observar que a equipe não está treinada para a correta orientação e acolhimento das queixas e demandas dos usuários.

Muitas vezes o que acontece é que até mesmo queixas relacionadas a problemas odontológicos ou administrativos estavam sendo encaminhados diretamente para o atendimento médico. Isso prejudica o andamento dos atendimentos já agendados, atrasando-os, além de retardar a resolução da queixa do usuário. Foi observado que tais questões ocorrem devido a não haver alguém responsável para promover uma escuta qualificada da população e em um ambiente reservado para tal, impedindo que o usuário diga realmente qual a sua queixa.

Ainda, tal prática continua a perpetuar o modelo biomédico focado apenas no atendimento médico e que tal profissional é o único capaz de resolver qualquer demanda trazida pela população, desde uma informação de onde se realiza a vacina até o usuário que chega com queixa de dor de dente, cefaleia ou vômitos.

Os principais indicadores utilizados para chegar a tal questão foram os dados do SISAB sobre o número do atendimento médico. Além de estar em quantidade muito acima do limite estabelecido pela Política de Atenção Básica (BRASIL, 2011), os atendimentos por demanda livre somam mais do que o número de consultas agendadas e de consultas de atendimento continuado, que deveriam ser o foco da política de atenção básica.

Com tais dados foi observado que 45% da produção da médica da unidade está ocorrendo por meio de atendimentos de demanda espontânea, que incluem as consultas no dia e os atendimentos de urgência além de se observar que os atendimentos de urgência correspondem em mais de 16% dos atendimentos totais. Ambos os valores estão acima do que é recomendado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

A equipe percebeu com isso, que fica difícil se conseguir um atendimento assistencial que realmente atenda os parâmetros básicos estabelecidos pelo Programa Nacional de Humanização (BRASIL, 2004) e a Política de Atenção Básica (BRASIL, 2011), porque a forma e modelo de atendimento permanecem centrados apenas na resolução de queixas agudas. Assim, não é nem ao menos verificado se aliado aquela queixa aguda sua principal causa não seria uma doença crônica ou algum fator ligado a prevenção e orientação.

Assim, além dos funcionários ficarem sobrecarregados, a população se sente insatisfeita não só pela forma da abordagem dos funcionários, como também por não terem suas questões resolvidas.

Tratar de assuntos familiares e relacionadas ao lazer da comunidade é praticamente impossível, justamente pela falta de direcionamento e classificação do risco ao qual cada indivíduo está sujeito, mesmo que fazendo parte de uma mesma comunidade. Os conflitos entre funcionários são constantes e o nível de estresse entre eles cada vez mais aumenta.

Aliado a isso, foi percebido que essa falta de escuta qualificada se dá porque ha apenas uma técnica de enfermagem para todas as funções de sua responsabilidade e apenas um funcionário no administrativo, e um dos fatores de insatisfacao é a ausência de um local adequado para que o usuário possa dizer sua queixa sem que os outros possam estar ouvindo.

Uma das principais causas desse número elevado de consultas no dia e atendimentos de urgência ocorre devido a distância entre a UBS e a UPA do município, fazendo com que os pacientes procurem primeiro a UBS em casos de urgência, mesmo em situações que se trate de acidentes automobilísticos, suspeitas de infarto ou Acidente Vascular Cerebral (AVC). Soma-se a isso a ausência de um profissional qualificado, capaz de ouvir a demanda inicial do usuário e se mostrar disposto a orienta-lo e a grande falta de informação da população com relação as redes de atenção a urgência existentes no município.

Além disso, os usuários também não possuem orientação correta sobre a necessidade de agendamento de consultas e do cronograma de cada

funcionário da unidade, não possuindo também informação sobre o que realmente se caracteriza um atendimento de urgência ou não. A necessidade de fazer um acompanhamento contínuo na unidade e não apenas pontual e a grande falta de informação da população e o baixo nível de escolaridade também contribuem para este conflito.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção para implantação de acolhimento com classificação de risco na Unidade de Saúde da Família Massagueira I, Município de Marechal Deodoro, Estado de Alagoas.

3.2 Objetivos específicos

- Melhorar integração do processo de trabalho da equipe de saúde da UBS Massagueira I;
- Aumentar a satisfação dos funcionários em acolher os usuários;
- Aumentar o nível de informação da população;
- Disponibilizar o quadro dos horários de funcionamento dos profissionais e da UBS;
- Estabelecer local adequado para escuta de queixas dos usuários;
- Melhorar a avaliação e risco e vulnerabilidade com enfoque individualizado para cada usuário;
- Definir o melhor encaminhamento do usuário para o profissional adequado a queixa;
- Aumentar a qualidade da relação funcionário-usuário;

4 METODOLOGIA

Esse trabalho utilizou o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) e Estimativa rápida para determinar o problema prioritário, os nós críticos e as ações sugeridas. O uso de ferramentas de planejamento permite o melhor aproveitamento do tempo e dos recursos, aumentando a possibilidade de atingir objetivos determinados. (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010)

A proposta metodológica do PES foi criada nos anos de 1970 pelo economista chileno Carlos Matus em 1994. Para ele, o PES pode ser uma forma de governo ou um método de alta complexidade e alta potência, que se destaca por propor a construção de viabilidade para um problema estratégico, detectado por meio da construção de um plano com apoio de diferentes atores sociais. (ARTMANN, 2012)

Visando destacar as causas e consequências de um problema através da construção da árvore explicativa (ANEXO A) e buscando soluções para a resolução dos mesmos, a equipe da ESF Massagueira I se reuniu semanalmente durante 1 mês e pode chegar aos problemas prioritários de sua comunidade (Quadro 2, p. 12).

A construção da árvore se deu em quatro etapas: Identificação e descrição do principal problema (administrativo e de saúde) da Unidade Massagueira I; posteriormente, colocou-se o descritor desse problema no centro de um quadro e desenvolveu-se a rede causal da árvore, que são as raízes do problema (Por que este problema existe?); Logo depois, subiu-se para os galhos dessa árvore perguntando ao descritor quais consequências ele causa na realidade da UBS; e concluiu-se a explicação desse problema encontrando os nós críticos da mesma.

Os nós críticos são problemas especiais da árvore explicativa e possui dois aspectos fundamentais, eles são essenciais para a sustentação do problema (sua resolução modificaria a realidade daquela Unidade) e suscetíveis à intervenção (Deve ter pontos passíveis de intervenção para que seja possível a resolução desse nó crítico e assim a mudança na realidade).

Foi também realizado levantamento dos números de atendimento médico na UBS por meio do portal SISAB para comparação entre o número de consultas de cuidado continuado e consultas de urgência e demanda espontânea e assim descrito que o número total de consultas estava acima do valor recomendando adequado para o Ministério da Saúde, além do número de consultas do dia mais urgências (representam a demanda espontânea) corresponderem a quase metade do número total de atendimentos.

Neste trabalho a unidade de análise foi definida pelo processo que resultou na construção do Projeto operativo, sendo que a observação direta foi considerada como principal fonte de dados, que teve pôr fim a construção de ações operativas detalhadas nos quadros 3, 4, 5 e 6 abaixo.

Para embasamento do plano operativo, foi realizada uma revisão de literatura baseada em recomendações e normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e utilizados os Descritores em Ciências da Saúde disponíveis pelo Ministério da Saúde para consulta pública. No caso deste trabalho os descritores selecionados foram: Estratégia Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Acolhimento, Avaliação dos Serviços de Saúde.

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 Estratégia Saúde da Família

O Programa de Saúde da Família, hoje denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), foi lançado pelo Ministério da Saúde em 1994, com o objetivo de reorganizar a atenção básica, sendo referência de porta de entrada para a população (GOMES; PINHEIRO, 2005). A Unidade de Saúde da Família (USF) trabalha em equipe multiprofissional e é responsável por um território definido, cujos princípios fundamentais são: integralidade, qualidade, equidade e participação social (BRASIL, 2004).

A estratégia é entendida como uma reorientação do modelo assistencial, operacionalizado mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. As equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 2013).

Demanda Espontânea é o nome dado para qualquer atendimento não programado na Unidade de Saúde. Representa uma necessidade momentânea do usuário. Pode ser uma informação, um agendamento de consulta, uma urgência ou uma emergência (PAULINO, 2014).

No âmbito profissional, quando somadas à incompreensão de suas potencialidades a grande demanda de usuários na Atenção Básica faz com que as equipes se ressentam de não estarem fazendo Estratégia Saúde da Família ou mesmo se sintam trabalhadores de Pronto Atendimento, exercendo uma clínica desqualificada e, ainda, a dificuldade de lidar com a demanda não imediatamente reconhecida como da saúde, provocando nas equipes a sensação de serem pouco resolutivas (PAULINO, 2014).

Equipes relatam também a dificuldade em se fazer, com qualidade, a escuta, que exige atenção e disponibilidade, mediante a demanda volumosa, a falta de orientação dos usuários e suas expectativas (BRASIL, 2013).

Portando na equipe sempre existe a dúvida de como lidar com essa demanda que emerge da comunidade. Pois, para Franco, Bueno, e Merhy

(1999), o acolhimento inverte a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, seguindo determinados princípios de atender as pessoas que procuram o serviço com acessibilidade universal, acolhimento e estabelecimento de uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população; Dentre os princípios também é necessário reorganizar o processo de trabalho e trazer o olhar para uma equipe multiprofissional, retirando o enfoque do profissional médico. Além de qualificar a relação entre trabalhador-usuário.

5.2 Acolhimento

O acolhimento é avaliado como estratégia para mudar o processo de trabalho em saúde. O ato de escuta é um momento de construção, em que o trabalhador utiliza seu saber para a construção de respostas as necessidades dos usuários, e pressupõe o envolvimento de toda equipe (PAULINO, 2014).

Segundo Gomes e Pinheiro (2005), através do acolhimento se reconhece que por meio de uma escuta eficaz, qualificada e com metodologia baseada em evidencias possa-se criar novas alternativas que tiram de foco a consulta médica, tornando mais racional a sua utilização e tornando mais rotineiras consultas com demais profissionais da estratégia, por exemplo, a enfermagem. Porém, não servindo como barreira para a população da demanda espontânea. O acolhimento envolve uma postura ética e respeitosa no cuidado com o usuário, portanto devendo ser também um momento para o estabelecimento de prioridades (GOMES; PINHEIRO, 2005).

5.3 Classificação de risco

A atenção básica lida constantemente com situações e problemas de saúde de grande variabilidade (desde as mais simples até as mais complexas), que exigem diferentes tipos de esforços de suas equipes. Tal complexidade se caracteriza pela exigência de se considerarem, a todo tempo e de acordo com cada situação, as dimensões orgânica, subjetiva e social do processo saúde-doença-cuidado, para que as ações de cuidado possam ter efetividade. Além disso, as equipes da atenção básica estão fortemente expostas à dinâmica

cotidiana da vida das pessoas nos territórios. Nesse sentido, a capacidade de acolhida e escuta das equipes aos pedidos, demandas, necessidades e manifestações dos usuários no domicílio, nos espaços comunitários e nas unidades de saúde é um elemento-chave. (BRASIL, 2013)

Uma situação rotineira que os funcionários enfrentam é a demanda espontânea, a qual segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) deverá fazer parte da estratégia de acolhimento e classificação de risco por dois motivos.

O primeiro deles é porque, a despeito da existência de formas cientificamente fundadas de definição objetiva das necessidades de saúde e das formas de lidar com elas, é preciso entender que a ciência e os profissionais de saúde não são os únicos definidores das necessidades de saúde. Queiramos ou não, o usuário também define, com formas e graus variados, o que é necessidade de saúde para ele, podendo apresentá-la enquanto demanda espontânea ao serviço de saúde. E é importante que a demanda apresentada pelo usuário seja acolhida, escutada, problematizada, reconhecida como legítima. Às vezes, há coincidência da demanda e do olhar técnico-profissional (BRASIL, 2004).

O segundo motivo é que os vários tipos de demanda podem, em grande parte, ser acolhidos e satisfeitos na atenção básica, inclusive com as modalidades de conhecimentos, protocolos, materiais e equipamentos, que podem e devem estar disponíveis nesse tipo de serviço. Os momentos de demanda dos usuários são fundamentais para a criação e fortalecimento de vínculos. São momentos em que eles se sentem, comumente, desamparados, desprotegidos, ameaçados, fragilizados. Nessas situações, é bastante razoável que muitos deles recorram às unidades de atenção básica quer pela proximidade física, quer pelos vínculos que possuem com os profissionais em quem eles confiam e muitas vezes o conhecem desde o momento em que nasceram, sendo justamente está a proposta da atenção básica (BRASIL, 2004).

Para acolher a demanda espontânea com equidade e qualidade, não basta distribuir senhas em número limitado (fazendo com que os usuários

formem filas na madrugada), nem é necessário encaminhar todas as pessoas ao médico. Organizar-se a partir do acolhimento dos usuários exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população, pois são todas as ofertas (enfermeiro, médico, dentista etc.) que devem estar à disposição para serem agenciadas, quando necessário, na realização da escuta qualificada da demanda.

Para alcançar tais objetivos é necessário ampliar a capacidade clínica da equipe de saúde, para escutar de forma ampliada, reconhecer riscos e vulnerabilidades e realizar intervenções. Quaisquer que sejam as ações, é fundamental termos arranjos organizacionais que se adaptem à demanda real de cada situação. O arranjo mais utilizado e recomendado no Manual de Atenção Básica do Ministério da Saúde é o modelo de classificação de risco por cores que pode ser visto no ANEXO B e o fluxo necessário a ser seguido no ANEXO C. (BRASIL, 2013)

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “acolhimento e classificação de risco”, para o qual se registra uma descrição, explicação e seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Acolher com a intenção de resolver os problemas de saúde das pessoas que procuram uma unidade de saúde pressupõe que todas as pessoas que procuram a unidade, por demanda espontânea, deverão ser acolhidas por profissionais da equipe de saúde. O profissional deve escutar a queixa, os medos e expectativas, identificar riscos e vulnerabilidade, acolhendo também a avaliação do próprio usuário, e se responsabilizar para dar uma resposta pactuada ao problema, conjugando as necessidades imediatas dos usuários com o cardápio de ofertas do serviço, e produzindo um encaminhamento responsável e resolutivo a demanda não resolvida anteriormente.

Este problema foi então escolhido e priorizado pela equipe dado a sua grande causa de atrito e instabilidade entre os usuários e funcionários da UBS. Com o passar dos anos isso vinha desgastando o relacionamento e deixando os funcionários cada vez mais sem tato para lidar com determinados usuários e suas queixas, muitas vezes crônicas, o que por sua vez levava a irritação e descontentamento dos necessitados.

6.1 Descrição do problema selecionado

Foi possível perceber o descontentamento diário de ambas as partes envolvidas – usuários e funcionários da UBS –, bem como a sobrecarga de trabalho a que os funcionários estão submetidos. Como se pode observar na Tabela 1, os números de atendimentos de urgência e demanda juntos somam mais do que o número de consultas agendadas. Assim como o número total de atendimentos está acima do limite preconizado para um bom atendimento em atenção básica, isto recaí sobre uma baixa qualidade de escuta da demanda da população e baixa resolutividade de seus problemas.

Tabela 1 – Descritores do problema acolhimento e classificação de risco da demanda espontânea na equipe da Massagueira. 2017

Descritores	Valores
Total de consultas	424
Consultas agendadas	230
Consulta no dia (demanda espontânea)	123
Atendimento de urgência	71

Fonte: SISAB, 2017

Com tais dados é possível observar que 45% da produção da médica da unidade está ocorrendo por meio de atendimentos de demanda espontânea, que incluem as consultas no dia e os atendimentos de urgência. Além de se observar que os atendimentos de urgência correspondem a mais de 16% dos atendimentos totais. Ambos os valores estão acima do que é recomendado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

Isso já vinha se perpetuando durante anos na equipe e ninguém havia se disposto a realizar nenhum tipo de intervenção, mantendo apenas a instabilidade e insatisfação dos funcionários e usuários.

6.2 Explicação do problema selecionado

É perceptível que o desinteresse ou incapacidade da equipe em acolher e resolver a demanda e reclamações da população contribuem com a piora do atendimento, bem como a falta de informação por parte da população, que por não saber quais caminhos seguir dentro dos serviços prestados e o fluxo de urgência do município, muitas vezes fica sem saber a quem recorrer.

Desta forma segue-se um ciclo vicioso: funcionários sempre atarefados e sobrecarregados sem disponibilidade para dialogar com a população, que por sua vez, sem a devida orientação, sobrecarrega ainda mais o sistema, priorizando atendimentos de demanda espontânea (consulta no dia e urgência) do que a atendimentos agendados, com promoção e prevenção no cuidado. Como pode ser visto na Tabela 1.

6.5 Seleção dos nós críticos

Assim foi elaborada uma árvore explicativa e visto que as principais causas do problema eram:

- 1- Processo de trabalho da equipe de saúde;
- 2- Nível de informação da população;
- 3- Fornecimento inadequado de informações do funcionamento na UBS, por exemplo cronograma dos funcionários e horário da farmácia;
- 4- Local inadequado para escuta das queixas;

6.6 Desenho das operações (sexto passo)

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “acolhimento e classificação de risco”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Massagueira I, do município Marechal Deodoro, estado de Alagoas

Nó crítico 1	Processo de trabalho da equipe de saúde
Operação (operações)	Implantar o modelo de classificação de risco sugerido no caderno de atenção básica do MS
Projeto	Classificação de risco
Resultados esperados	Diminuir o tempo de espera daqueles que realmente necessitam de um atendimento prioritário, reduzir o número de consultados no dia e aumentar a adesão as consultas agendadas e uso dos dias indicados para os grupos de risco;
Produtos esperados	Classificação de risco implantada com ausculta e acolhimento qualificada; protocolos de classificação implantados juntamente com a ficha de classificação;
Recursos necessários	Estrutural: necessidade de local adequado para a classificação de risco; Cognitivo: adequação dos protocolos existentes no manual de atenção básica para a classificação de risco e elaboração da ficha; Financeiro: impressão das fichas; Político: articulação com os gestores para que entendam que a atenção básica não funciona apenas com demanda espontânea;
Recursos críticos	Cognitivo: adequação dos protocolos e elaboração da ficha; Político: dialogar com a gestão
Controle dos recursos críticos	Profissionais da Unidade Básica de Saúde -> favorável Secretaria Municipal de Saúde -> Indiferente
Ações estratégicas	Apresentar projeto
Prazo	3 meses -> projeto contínuo
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Enfermeira e médica
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Levantamento das fichas de triagem; Questionário de satisfação respondido pelos usuários;

Fonte: Autoria própria, 2017

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “acolhimento e classificação de risco”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Massagueira I, do município Marechal Deodoro, estado de Alagoas

Nó crítico 2	Nível de informação da população
Operação (operações)	Aumentar o nível de informação da população sobre o que é ou não urgência, os fluxos estabelecidos no município e quais casos podem se dirigir a UBS sem necessidade de agendamento prévio;
Projeto	Urgência e demanda
Resultados esperados	População mais informada sobre qual serviço procurar e como interagir com as redes de atenção à saúde, além de serem propagadores da informação;
Produtos esperados	Campanhas educativas na escola, salas de espera, capacitação de cuidadores de pacientes com patologias de rápida descompensação;
Recursos necessários	Estrutural: organização das palestras e agenda; Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre como aborda-lo com a população; Financeiro: impressão de panfletos e material audiovisual; Político: parceria com setor da educação e mobilização social;
Recursos críticos	Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre como aborda-lo com a população; Financeiro: impressão de panfletos e material audiovisual;
Controle dos recursos críticos	Profissionais da UBS -> favorável Secretaria municipal de saúde -> indiferente
Ações estratégicas	Apresentar projeto
Prazo	3 meses -> projeto contínuo
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Técnica de enfermagem e agente comunitária de saúde
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Questionário de satisfação respondido pelos usuários e se necessário com auxílio de alguém da unidade, utilizando smiles (desenho).

Fonte: Autoria própria, 2017

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “acolhimento e classificação de risco”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Massagueira I, do município Marechal Deodoro, estado de Alagoas

Nó crítico 3	Fornecimento inadequado de informações do funcionamento da unidade (cronogramas, horários, etc)
Operação (operações)	Fornecer informações pertinentes sobre horários de serviços oferecidos pela UBS e cronograma dos profissionais;
Projeto	Comunicar melhor
Resultados esperados	Melhor compreensão dos usuários, aumentando a adesão aos programas de consultas agendadas e reduzindo o número de consultas por demanda espontânea, além de facilitar o entendimento da população;
Produtos esperados	Cartazes com o cronograma dos funcionários, horários de funcionamento da farmácia, da pré-consulta, da aplicação da vacina e de funcionamento da UBS;
Recursos necessários	Estrutural: organizar os cartazes Cognitivo: elaboração do cronograma dos funcionários e da UBS; Financeiro: impressão dos cartazes Político: deixar claro como a gestão os horários de cada funcionário e da própria UBS;
Recursos críticos	Político: deixar claro como a gestão os horários de cada funcionário e da própria UBS;
Controle dos recursos críticos	Secretaria Municipal de Saúde -> indiferente
Ações estratégicas	Apresentar projeto
Prazo	1 mês para iniciar e avaliação em 6 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Agente comunitário de saúde
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Observacional por meio do horário de chegada dos usuários; Respostas no formulário de satisfação do usuário;

Fonte: Autoria própria, 2017

Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “acolhimento e classificação de risco”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Massagueira I, do município Marechal Deodoro, estado de Alagoas

Nó crítico 4	Local para escuta inadequado
Operação (operações)	Estabelecer em qual sala ou local serão ouvidas as queixas da demanda espontânea e realizada a classificação de risco dessa demanda
Projeto	Estruturar melhor
Resultados esperados	Garantir uma escuta qualificada, individualizada e sigilosa das queixas dos usuários;
Produtos esperados	Definição de sala/local adequado
Recursos necessários	Estrutural: orientar os funcionários a sempre levarem os usuários para aquele local; Cognitivo: ver pela logística qual a melhor sala para o primeiro contato; Político: equipar a sala com material adequado;
Recursos críticos	Estrutural: orientar os funcionários a sempre levarem os usuários para aquele local;
Controle dos recursos críticos	Profissionais da UBS -> favorável
Ações estratégicas	Treinamento
Prazo	Início em 1 mês. Manter durante toda a implantação.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Enfermeira, Médica e Técnica de enfermagem
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Observacional e discussão durante reuniões da equipe;

Fonte: Autoria própria, 2017

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização desse trabalho pôde-se observar a importância do planejamento através da identificação das causas e consequências de problemas relacionados a administração e à saúde da população que interferiam negativamente na realidade da Unidade de Saúde Da Massagueira I.

No trabalho diário foi possível observar os principais pontos que precisavam de intervenção, como a falta de medicações, especialistas, acolhimento, pré-natal, elevado risco cardiovascular dos usuários, distúrbios psiquiátricos, tabagismo, através da coleta de dados com os profissionais e os usuários da UBS.

Com a utilização do método de estimativa rápida priorizamos a questão da demanda espontânea e acolhimento com classificação de risco. A partir daí planejamos intervenções como ações educativas, melhor gerenciamento da demanda espontânea e outras medidas que ajudem a solucionar os problemas e alterar a realidade dos usuários da UBS Massagueira I.

Desta forma foi possível oferecer a esta comunidade a proposta do acolhimento com classificação de risco por profissionais da unidade de saúde capacitados para ouvir, acolher e decidir de acordo com o cardápio de possibilidades da unidade, qual o melhor encaminhamento para um aumento da satisfação e resolutividade das queixas. Acreditamos que esta proposta poderá não apenas aprimorar o atendimento assistencial prestado à população, mas também melhorar o relacionamento entre os usuários da UBS e os funcionários, interferindo positivamente na qualidade do ambiente de trabalho.

Cabe então ao governo, gestores, profissionais de saúde e população se unirem em prol da aplicação dessas medidas e resolução desses problemas, pois é de fundamental importância a participação de todos nas intervenções indicadas pelo planejamento, pois só assim será possível colher resultados satisfatórios no futuro.

REFERENCIAS

ARTMANN, E. **O planejamento estratégico situacional no nível local:** um instrumento a favor da visão multissetorial. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva – UFMG [2012]. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2153.pdf>. Acesso em : 13/04/2017

BRASIL. Ministério Da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica – Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I. Brasília : Ministério da Saúde, 2011^a

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011b. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 13/04/2017

BRASIL. Agência Nacional De Vigilância Sanitária – Anvisa. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, 2013

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde**. Brasília, [online], 2016a. Disponível em: <http://decs.bvs.br>. Acesso em: 13/04/2017

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@**. Brasília,[online], 2016b. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em: 10/04/2017

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização:** A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instancias do SUS. Brasília: MS, 2004.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Nescon/UFMG. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: 10/04/2017

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M. ; SOUZA, S. L.. **Iniciação à metodologia:** textos científicos. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3>>. Acesso em: 12/04/2017

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E.; **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde:** o caso de Betim (MG). Caderno de Saúde Pública, Rios de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345- 353, abr/jun. 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000200019&lng=en&nrm=iso&tlng=pt . Acesso em: 02/04/2017

GOMES, M.C.P.A.; PINHEIRO, R. **Acolhimento e vínculo:** práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. Interface – Comunic., Saúde,

Educ., v.9, n.17, p.287-301, mar/ago 2005

IBGE, 2015. Disponível em:

<https://cidades.ibge.gov.br/painel/economia.php?codmun=270470>

PAULINO, J. A. **Demanda espontânea x demanda programada:** lidando com a procura maior que a oferta. 2014. Trabalho de conclusão de curso (Especialização). Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4674.pdf> Acesso em: 15/04/2017

ANEXO A – Árvore explicativa de determinação do nó crítico



DESCRITORES:

- ✓ Consultas de demanda espontânea representam 45% dos atendimentos médico por mês.
- ✓ Atendimentos de urgência estão acima de 16% do número de consultas, recomendado pelo MS
- ✓ Desgaste do profissional médico em tentar mudar a visão do modelo assistencialista voltado para o médico.
- ✓ População insatisfeita pela baixa resolutividade de suas queixas e falta de paciência na escuta dos funcionários.

CAUSAS:

- ✓ Processo de trabalho da equipe de saúde.
- ✓ Nível de informação da população.
- ✓ Fornecimento inadequado de informações do funcionamento na UBS
- ✓ Tempo disponível pelos profissionais da UBS para informar e acolher a demanda da população.
- ✓ Local inadequado para escuta de queixas.

ANEXO B – Classificação Geral dos Casos de Demanda Espontânea na Atenção Básica – Ministério da Saúde

Situação não aguda

Condutas possíveis:

- Orientação específica e/ou sobre as ofertas da unidade.
- Adiantamento de ações previstas em protocolos (ex.: teste de gravidez, imunização).
- Agendamento/programação de intervenções.
- Contudo, vale salientar que o tempo para o agendamento deve levar em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico da queixa.

Situação aguda ou crônica agudizada

Condutas possíveis:

- **Atendimento imediato (alto risco de vida):** necessita de intervenção da equipe no mesmo momento, obrigatoriamente com a presença do médico. Ex.: Parada cardiopulmonar, dificuldade respiratória grave, convulsão, rebaixamento do nível de consciência, dor severa.
- **Atendimento prioritário (risco moderado):** necessita de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertada inicialmente medidas de conforto pela enfermagem até a nova avaliação do profissional mais indicado para o caso. Influencia na ordem de atendimento. Ex.: Crise asmática leve e moderada, febre sem complicação, gestante com dor abdominal, usuários com suspeita de doenças transmissíveis, pessoas com ansiedade significativa, infecções orofaciais disseminadas, hemorragias bucais espontâneas ou decorrentes de trauma, suspeita de violência.
- **Atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante):** situação que precisa ser manejada no mesmo dia pela equipe levando em conta a estratificação de risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial. O manejo poderá ser feito pelo enfermeiro e/ou médico e/ou odontólogo ou profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) dependendo da situação e dos protocolos locais. Ex.: disúria, tosse sem sinais de risco, dor lombar leve, renovação de medicamento de uso contínuo, conflito familiar, usuário que não conseguirá acessar o serviço em outro momento.

ANEXO C – Fluxograma para organização do processo de trabalho das equipes de atenção primária no atendimento da demanda espontânea

