

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

PETERSON XAVIER DA SILVA

**RECEPÇÃO DA DEMANDA NO PROGRAMA DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Lagoa Santa - MG

2014

PETERSON XAVIER DA SILVA

**RECEPÇÃO DA DEMANDA NO PROGRAMA DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA.**

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.

Orientador: Estela Aparecida Oliveira Vieira

Lagoa Santa - MG

2014

PETERSON XAVIER DA SILVA

**RECEPÇÃO DA DEMANDA NO PROGRAMA DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Banca Examinadora

Profa. Ms Estela Aparecida Oliveira Vieira - Orientadora

Profa. Dra. Suelene Coelho - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em ____/____/____

DEDICATÓRIA

À Deus, minha família, amigos, colegas de equipe e orientadoras pelo apoio, força, incentivo, companheirismo e amizade. Sem vocês, este trabalho não seria possível.

RESUMO

O Sistema Único de Saúde estabelece a Unidade Básica de Saúde como porta de entrada para o atendimento aos problemas e demandas de saúde. É por meio de ações técnico-assistências, tradicionalmente conhecido como acolhimento, que as demandas dos usuários devem ser apresentadas e confrontadas com as possibilidades de resposta do serviço. O acesso e a resolutividade de um sistema de saúde está diretamente relacionado à necessidade de qualificar e viabilizar a resolução das demandas dos usuários. Entretanto, a prática da recepção e organização da demanda que vem sendo proposta pelo Ministério da Saúde, ainda não se estabeleceu adequadamente na rotina da maioria dos serviços. Portanto, conhecer algumas experiências com a mesma rotina pode ser útil ao processo de sua implantação. A avaliação de serviços é uma estratégia fundamental para se qualificar a atenção à saúde, seja pelas mudanças ocasionadas, pela capacidade de adaptação ou pelos subsídios para a tomada de decisão, redefinindo estratégias e ações. O presente estudo tem como objetivo analisar a atividade de acolhimento dos usuários da Unidade Básica de Saúde Dr. Orbino Werner, do município de Manhumirim – Minas Gerais, e analisar as demandas por assistência à saúde que emergem na atividade de recepção, caracterizar e analisar as respostas oferecidas, discutir o papel do acolhimento como via de acesso à produção de saúde e o estabelecimento de vínculo entre a população e equipe de saúde e no processo de gerenciamento das demandas espontâneas e programada e discorrer sobre o papel da equipe da Equipe de Saúde da Família na responsabilização e resolutividade no atendimento das demandas que emergem da população assistida. A partir do problema identificado no diagnóstico situacional: organização do acolhimento foi desenvolvida uma revisão bibliográfica a respeito da organização e classificação da demanda e acolhimento, e proposto uma estratégia para modificação do panorama analisado.

Palavras-chave: Recepção. Acolhimento. Estratégia saúde da família.

ABSTRACT

The Health System provides a Basic Health Unit as a gateway to meet the problems and health demands. It is through technical assistance actions, traditionally known as host to the demands of users must be presented and confronted with the possibilities of service response. Access to and solving a system of health is directly related to the need to qualify and facilitate the resolution of user demands. However, the practical organization of the reception and the demand that has been proposed by the Ministry of Health has not established properly in the routine of most services . Therefore, knowing some experiments with the same routine can be helpful to your deployment process. The evaluation of services is a key strategy to qualify for health care , whether occasioned by the changes , the adaptability or the subsidies for decision making , redefining strategies and actions . The present study aims to analyze the activity of the users host of Basic Health Unit Dr. Werner Orbino , the municipality of Manhumirim - Minas Gerais , and analyze the demands for health care emerging in the activity of reception, characterize and analyze responses provided , discuss the role of host as a gateway to the production of health and the establishment of a connection between the population and the health care team and the management of spontaneous and programmed demand process and discuss the role of the Family Health team staff accountability and problem solving in meeting the emerging demands of the assisted population. From the problem identified in the situation analysis: the host organization has developed a literature review about the organization and classification of demand and acceptance, and proposed a strategy for modifying the scene analyzed.

Keywords: humanized reception, healthcare, Family Healthcare Strategy.

LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

NPH - Política Nacional de Humanização

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF - Programa de Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF - Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1- INTRODUÇÃO | 1 |
| 2- JUSTIFICATIVA | 12 |
| 3- OBJETIVO | 13 |
| 4- MÉTODOS | 14 |
| 5- DIAGNOSTICO SITUACIONAL DA UBS | 23 |
| 6- O PROBLEMA | 24 |
| 7- PLANOS OPERATIVOS | 34 |
| 8- CONSIDERAÇÕES FINAIS | 35 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 37 |

1- INTRODUÇÃO

No início dos anos 80, formulações políticas estabeleceram as unidades básicas como principal porta de entrada ao sistema de atenção à saúde, ora legitimada internacionalmente pela Conferência de Alma-Ata, ocorrida em 1978. Nessa percepção, a rede básica de saúde deveria ser a porta de entrada de um sistema mais amplo e acolhedor. Embora o discurso da Reforma Sanitária incorporasse uma perspectiva mais holística de atenção à saúde, com a dimensão clínica atrelada a critérios coletivos e sociais, o que se observou foram à transformação da rede básica em serviços de triagem, em verdadeiros pronto atendimentos (Merhy e Queiroz, 1993).

Com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal, a atenção primária passou a ser porta de entrada preferencial para o acesso de todos que procuram o serviço do SUS, com vistas a garantir o princípio da universalidade, além de garantir alta resolubilidade e atendimento humanizado. A base para o acesso proposto se dá através da Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2004).

Segundo Giovanella e Mendonça (2007), o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991, é considerado um precursor da Estratégia de Saúde da Família. O PACS se baseou na atuação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) supervisionados por enfermeiros e vinculados a uma Unidade Básica de Saúde (UBS), em áreas rurais e peri-urbanas nas regiões Norte e Nordeste. Ainda de acordo com os autores, a proposta teve um caráter emergencial de suporte à assistência básica, principalmente para combater e controlar a epidemia do cólera e diversas formas de diarreia (com foco na reidratação oral), e para incrementar a vacinação, em locais com carência ou ausência de assistência médica. Em dezembro de 1993, através da portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 692, foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), agregando o médico e o auxiliar de enfermagem à equipe do PACS.

Três anos depois, ao lançar o manual “Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial”, o Programa adquiriu um caráter mais abrangente, passando a ser denominada Estratégia de Saúde da Família (ESF).

No modelo de ESF, o principal objetivo é o de “reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica”, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) através de várias proposições, como assistência integral, tanto na Unidade de Saúde da Família (USF) como na comunidade e nos domicílios.

A ESF busca intervir sobre os fatores de risco tendo como foco a família e seu núcleo social, humanização das práticas de saúde, estabelecimento de vínculo entre os profissionais de saúde e a população, a intersetorialidade, a democratização dos saberes e do processo de organização, a construção social da saúde, considerando saúde como “direito de cidadania” e “expressão da qualidade de vida”, além da prática do exercício de controle social (BRASIL, 1997).

O referido manual também apresenta as principais diretrizes operacionais da ESF, quais sejam: tornar-se a porta de entrada do sistema de saúde local; ser constituída por equipe multiprofissional, capacitada para ações de promoção, proteção e recuperação da saúde na lógica da Atenção Primária à Saúde (APS).

Tem também a possibilidade de inclusão de outras categorias profissionais conforme avaliação local; ter apenas médico e enfermeiro generalistas na equipe, que deem cobertura a todos os membros da família; ser o enfermeiro o supervisor dos ACS, que realizam ações de promoção da saúde e prevenção de doenças; garantir a referência e contra referência para a atenção secundária e terciária como forma de assegurar a continuidade e integralidade da atenção; trabalhar com população adstrita e cadastrada; ter suas equipes vinculadas à USF ou à unidade de saúde já existente, desde que adaptada.

O Município de Manhumirim conta com uma população de 21.382 habitantes, sendo 17.045 em área urbana e 4.337 em área rural. De acordo com dados do município, 83% dessa população é coberta pelo Programa de Saúde da Família, por meio de Unidades Básicas de Saúde.

Na UBS a ser estudada denomina-se Dr. Orbino Werner e o atendimento primário ao paciente é realizado, sendo identificado pela população e ofertada a ela como o primeiro recurso para a saúde. Portanto, é através da UBS que o usuário poderá ter acesso a todos os níveis de complexidade e resolutividade de seus problemas de saúde, ou seja, ela é a porta de entrada para o SUS. Neste sentido, a

UBS devesse possuir localização acessível à população, ser disponível e organizada de maneira que seja fácil o conhecimento e entendimento de sua funcionalidade.

Como uma de suas principais missões, a ESF Dr. Orbino Werner tem o papel fundamental de servir como porta de entrada para o Sistema Único de Saúde e via de acesso para o cumprimento efetivo de suas diretrizes básicas: a universalidade, a integralidade e a equidade, por meio do acolhimento qualificado.

A área adscrita desta UBS tem 3184 habitantes, sendo 2780 de área urbana e 404 de população rural. A USF abrange uma comunidade predominantemente de baixa renda.

A equipe é formada por um médico generalista, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, um dentista, uma auxiliar de consultório odontológico, nove agentes comunitários de saúde e uma auxiliar de limpeza. A cada 15 dias, a UBS recebe o apoio de uma nutricionista. Semanalmente, por duas vezes na semana, recebe o apoio de uma fisioterapeuta.

A UBS conta com ainda, com assistência odontológica, trabalhando em conjunto com os profissionais Médicos e os demais profissionais em forma de equipe multiprofissional. A vacinação dos pacientes também ocorre na UBS, tendo esta os recursos disponíveis para a realização da mesma.

Como mencionado, a porta de entrada se faz através da UBS e, desta, caso seja necessário, após análise por profissional médico, o paciente é encaminhado para serviços que atendam maiores complexidades, como a atenção secundária ou mesmo a terciária. As marcações destes atendimentos ocorrem através de uma comunicação feita entre as UBS e a policlínica central, situada juntamente à prefeitura municipal.

A atenção secundária é feita na própria policlínica, como, por exemplo, as consultas com especialistas e exames mais sofisticados para diagnóstico. A atenção terciária, quando necessária, é feita por meio de um hospital filantrópico situado na cidade.

Como rede de apoio, a UBS conta com o sistema de referência e contra referência em casos de maior densidade tecnológica e complexidade. Em relação à coordenação do cuidado como referência e contra referência, infelizmente, existe um problema a nível nacional no Sistema Único de Saúde (SUS). A falta de prontuários

eletrônicos, a falta de coordenação, acompanhamento, profissionais, prontuários completos e atualização dos prontuários. Além disso, falta uma política de educação continuada e políticas de saúde a respeito, causando dificuldades na coordenação do cuidado, ocorrendo, praticamente, somente no âmbito teórico. Existe a possibilidade do referenciamento, ficando o desfecho do mesmo, ou seja, a contra referência, desconhecida e não registrada.

A UBS Dr. Orbino Werner adscrive sua população, que é dividida de maneira organizacional em microrregiões, para facilitar a compreensão e execução dos serviços.

A triagem de gravidade e classificação dos pacientes não é realizada rotineiramente, sendo a grande maioria das consultas feitas por demanda espontânea, que pode ser definida como qualquer atendimento não programado na unidade de saúde, representando uma necessidade momentânea do usuário, seja uma informação, um agendamento de consulta, uma urgência ou uma emergência (BRASIL, 2011). Devido à troca de profissionais ocorrida durante a mudança de gestão municipal, ainda não foi executado um planejamento para organização da demanda e planejamento para agendamento da demanda programada.

De acordo com Friedrich e Pierantoni (2006), a demanda programada é aquela que é agendada previamente, ou seja, toda demanda gerada de uma ação prévia à consulta, sendo um importante instrumento de ação quando se trata de um serviço que compõe a rede de Atenção Primária em Saúde.

A fila e a cota de “consultas do dia”, além de submeterem as pessoas à espera em situação desconfortável e sem garantia de acesso, são muitas vezes contrárias ao princípio da equidade, na medida em que o critério mais comum de acesso, nesses casos, é a ordem de chegada (BRASIL, 2011). O que garante o acesso nesse modelo é a distribuição de fichas, com sobras e desistências de vagas das agendas para quem primeiro chega. Equidade e inclusão não fazem parte desse contexto, o que gera formação de filas de espera na madrugada para garantia de um atendimento médico, ou até mesmo para um agendamento de consulta (Brasil, 2010).

A demanda espontânea aparece com um papel diferenciado dentro das rotinas das equipes de saúde da família e das unidades básicas de saúde, pois o

funil provocado pelas superlotações das grandes emergências, abarrotadas de situações agudas de fácil resolubilidade por tecnologia de baixa densidade, fez com que o fluxo desses tipos de demanda seja encaminhado para atenção primária.

Dentro da concepção de reestruturação do modelo assistencial atualmente preconizado, é fundamental que a atenção primária e o Programa de Saúde da Família se responsabilizem pelo acolhimento dos pacientes com quadros agudos ou crônicos agudizados de sua área de cobertura ou adstrição de clientela, cuja complexidade seja compatível com este nível de assistência (BRASIL, 2002).

Para Cecílio (1997), a rede básica de saúde não tem conseguido se constituir na "porta de entrada" para o sistema de saúde, de forma que são os serviços de urgência e emergência de hospitais públicos ou privados que continuam sendo a o "primeiro contato". O autor demonstra em levantamentos realizados em prontos atendimentos, que a maioria dos atendimentos são de patologias consideradas "simples" que poderiam ser resolvidas no nível das unidades básicas de saúde.

Dalmaso (1996) aponta como primordial o papel da recepção de usuários na organização da assistência, considerando que aos profissionais que aí atuam, compete identificar os problemas trazidos pelos usuários, reconhecer os que são da competência da UBS e encaminhá-los para as atividades das quais se espera melhor resolubilidade.

Em 2003, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Humanização (PNH), com objetivo de melhorar a qualidade do acesso aos serviços de saúde, desenvolvendo atividades orientadas na humanização do cuidado. Como fruto do HumanizaSUS, foi produzida, em 2004, a cartilha da PNH, intitulada "Acolhimento com classificação de risco", indicando-o como uma ação técnico-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, e reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde (BRASIL, 2004a).

Para a Política Nacional de Humanização (PNH), a estratégia do acolhimento não deve ser restrita à demanda espontânea, mas ser apreendida e implantada "em todos os momentos e etapas que ocorrem nos serviços de saúde". Ainda de acordo com esta política, a recepção humanizada favorece a construção de uma relação de

confiança e compromisso dos usuários com as equipes e serviços (FRANCO E MERHY, 2006).

Antes da implantação da PNH, o processo de trabalho da Atenção Básica tinha como um dos pontos frágeis o acolhimento, confundido muitas vezes com o processo de triagem. O acesso era determinado pela distribuição de fichas, causando sobras e desistências de vagas das agendas para quem primeiro chegasse. Equidade e inclusão não faziam parte desse contexto, que gerava situação em que pacientes formavam filas de espera na madrugada para garantia de um atendimento médico, ou até mesmo para um agendamento de consulta.

A ESF, com a função de reorganizar o acesso do usuário ao sistema, propôs outra realidade no que se refere à organização da demanda programada, pois o ACS relatava a necessidade de agendamento de consulta juntamente com a equipe técnica. Entretanto, em relação à demanda espontânea, a situação se perpetuava, pois praticamente não havia espaço nas agendas, o que levava muitas vezes o cadastrado a uma árdua busca por um atendimento médico em casos de doença aguda, que seriam de simples resolubilidade para a sua equipe de saúde da família.

Consoante a isto, é necessário entender as dinâmicas que dizem respeito ao acolhimento e, conseqüentemente, a demanda espontânea, pois a interação das demandas programada e espontânea possibilita a projeção e definição de práticas preventivas e de promoção de saúde (SANTANA, 2008, *apud* BARALDI e SOUTO, 2011).

Infelizmente, na maioria dos serviços, a recepção à demanda é identificada como uma “recepção administrativa” onde são realizados a triagem e o encaminhamento para procedimentos e serviços especializados, em ações isoladas e descomprometidas de atitudes “de responsabilização e produção de vínculo”, resultando, muitas vezes, em um pronto atendimento para as queixas agudas ou numa triagem simplista, continuando, assim, a funcionar sob a lógica médico-centrada (BRASIL, 2006).

Com frequência, o acolhimento da demanda espontânea na atenção básica se reduz a uma triagem para o atendimento médico. Quando a consulta médica é a principal ou única oferta de cuidado de uma unidade, essa possibilidade torna-se uma certeza.

Um dos efeitos e condições do acolhimento da demanda espontânea é a ampliação da capacidade clínica e de cuidado da equipe, tendo de ser objeto de traduções concretas no cotidiano da equipe da unidade de saúde. A ampliação da capacidade clínica da equipe deve ser demonstrada não apenas para estratificar riscos para intervenções imediatas do tipo “queixa-conduta”. É crucial passar da lógica procedimento-centrada à lógica usuário-centrada. (BRASIL, 2011).

Segundo Souza *et al.* (2008), para a construção do SUS, a prática do acolhimento deve ser uma diretriz norteadora, pois garante a acessibilidade de todos, valorizando o trabalho de equipe e deslocando a centralização do atendimento da figura do médico, propiciando vínculo entre usuário e equipe, com conseqüente relação trabalhador-usuário mais humana. Os autores também afirmam que o acolhimento é uma maneira de garantir o atendimento a todo usuário, com maior vínculo entre comunidade e equipe e com a possibilidade de refletir sobre o cuidado de uma forma mais integral.

Esperança *et al* (2006) avaliaram o fluxo da demanda espontânea em uma unidade básica de saúde e identificaram as principais queixas e agravos levantados no acolhimento. Os resultados indicaram a necessidade de propostas de intervenção com vista à resolução dos problemas de saúde mais frequentes na área de abrangência. A primeira intervenção proposta foi à necessidade de reorganização do processo de trabalho, pois observaram que a principal conduta adotada pelos auxiliares de enfermagem foi o encaminhamento para consulta médica, demonstrando um fluxo centrado no modelo biomédico e a subutilização dos outros membros da equipe.

Paradoxalmente, um dos desafios da organização da demanda é ampliar o acesso sem sobrecarregar as equipes ou mesmo diminuir a qualidade das ações, impedindo que se transformem em exclusivos produtores de procedimentos. É necessário superar a prática centrada na dimensão biológica, de modo a ampliar a escuta e se valorizar a interação entre profissionais de saúde e usuário (BRASIL, 2010).

Franco *et al* (1999) propõe que, para intervir na lógica de organização e no funcionamento do serviço de saúde, precisamos organizar o processo de trabalho deslocando o eixo central do médico para uma equipe multiprofissional, qualificando

a relação trabalhador-usuário a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania.

Após a implantação do SUS, um dos aspectos que mais se tem chamado atenção é o despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe (BRASIL, 2010).

Franco et al (2006) argumentam que são os trabalhadores da saúde que têm a capacidade de mudar o modelo de atenção, através da transformação do processo de trabalho, desde que a organização e operacionalização dos serviços de saúde sejam determinadas pelo conhecimento dos profissionais, como formação técnica e experiências no cotidiano dos serviços, e pelas relações estabelecidas entre os profissionais e os usuários.

A discussão do próprio trabalho realizado é uma das questões que necessita ser enfrentada ao se aprofundar na discussão sobre a reorganização dos serviços de saúde, pois o trabalhador precisa dominar o seu processo de trabalho integralmente e refletir sobre seu cotidiano no serviço (Matumoto, 1988).

A equipe de saúde tem como compromisso a manutenção da qualidade de vida e do direito de cidadão do usuário. É necessário garantir esse compromisso por meio de um acesso com qualidade, responsabilidade e resolubilidade. Com esse objetivo, são necessárias à construção de vínculo e a qualificação no atendimento, o que tem sido um dos maiores desafios no processo de trabalho de muitas equipes e gestores.

O local de recepção dos serviços de saúde é campo de negociações para a conquista de um atendimento, pois, de um lado aparecem os usuários com suas necessidades de atenção e atendimento, e de outro, os profissionais de saúde que detêm o poder de conceder ou não o acesso (SILVA, 2002).

Para a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, o acolhimento como modelo nas ações de atenção e gestão das unidades de saúde favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e serviços (BRASIL, 2009).

Segundo Fracolli e Zoboli (2004 *apud* RAMOS, 2009, p. 77), “o acolhimento constitui uma atividade organizadora da porta de entrada que oferece a possibilidade de mudar as relações entre trabalhadores e usuários, e de organizar os serviços”. O

acolhimento qualifica a atenção à saúde e possibilita reavaliar a organização e o funcionamento dos serviços de saúde.

Para Solla (2005 *apud* RAMOS, 2009, p. 77),

[...] o acolhimento na rede básica significa trabalhar a recepção dos usuários com escuta ampliada, identificação das demandas e resolução dos problemas apresentados, havendo, para isso, a necessidade dos serviços possuírem ofertas organizadas e espaços físicos adequados para o atendimento das demandas, atrelados à reorganização do processo de trabalho nas unidades de saúde, pois o acolhimento compreende a postura do profissional frente ao usuário e também ação gerencial de reorganização do processo de trabalho.

Além disso, o diagnóstico de demanda de um serviço de saúde pode servir como uma ferramenta para caracterizar o padrão de adoecimento da população, o perfil do usuário, as características do atendimento na rede, dentre outras questões. A análise desses dados pode fornecer subsídios para a reorganização do processo de trabalho das equipes, e desse modo, possibilitar uma melhoria no atendimento das necessidades em saúde apresentadas pela população.

Para Takeda (2004), avaliar os serviços é uma estratégia fundamental para se qualificar a atenção à saúde, seja pelas alterações ocasionadas, pela capacidade de adaptação ou pelos subsídios para a tomada de decisão, redefinindo estratégias e ações.

Através da apreciação do diagnóstico da demanda e do perfil dos usuários, poderemos avaliar, ainda que de forma exploratória, a qualidade do acompanhamento de grupos específicos como diabéticos, hipertensos e gestantes, assumindo-se que, se bem acompanhados, estes moradores não estariam buscando a unidade através da demanda espontânea, salvo em situações excepcionais.

Estudos demonstram que medidas orientadas para efetivar a proposta do acolhimento direcionado à organização e recepção da demanda em uma UBS tendem a mudar, primeiramente, o fluxo do usuário que antes era encaminhado da recepção diretamente para o médico. Desse modo,

Com a sistematização da organização e classificação, o demandante é encaminhado para um dos profissionais da equipe que, por meio de uma atitude capaz de acolher, escutar e dar respostas às suas necessidades resolve o problema ou o orienta e apoia em busca de soluções para suas demandas, dentro da própria UBS ou em outros serviços (BRASIL, 2004b, *apud* BARALDI e SOUTO, 2011).

Segundo Mendes (2011), a organização e classificação de risco garantem critérios uniformes ao longo do tempo e acaba com a triagem sem fundamentação científica, podendo ser feito por médicos e enfermeiros, garantindo a segurança e eficiência para usuárias e profissionais de saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde, a classificação de risco é uma forma dinâmica de organizar a demanda espontânea com base na necessidade de atendimento, sobretudo nos casos de urgência e emergência. Por meio da classificação de risco, o profissional de saúde avalia e direciona os usuários que procuram atenção para forma de atendimento mais adequada e equânime (BRASIL, 2010 *apud* VELLOSO, 2012).

O acolhimento com classificação de risco também tem seu papel regulador presente na organização da demanda programada, pois é gerador de fluxo nas agendas. Existem diversos protocolos que trabalham com o tema de classificação de risco no acolhimento das demandas (BRASIL, 2010 *apud* VELLOSO, 2012).

O grupo Português de Manchester foi formado em 1994 para atribuição de prioridade clínica do paciente em um primeiro contato, por meio de uma escala de priorização de atendimento e é um dos modelos utilizados nas cidades brasileiras. O caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) afirma a necessidade de adaptação da escala de triagem do protocolo de Manchester pelas equipes de Atenção Primária, pois neste nível de atenção, preconiza-se a longitudinalidade, vínculo e adscrição de clientela, o que facilita o controle dos agendamentos ou de visitas domiciliares.

Entende-se que acesso e acolhimento são elementos essenciais do atendimento, para que se possa intervir positivamente no estado de saúde do indivíduo e da coletividade. Ter acesso aos serviços é a primeira etapa a ser conquistada pelo paciente quando em busca da resolução de uma necessidade de saúde. O acolhimento tem início a partir das relações estabelecidas entre usuário e profissional, ligado à utilização dos recursos disponíveis para a solução dos problemas dos usuários, demonstrando as dinâmicas para acessibilidade a que usuários estão submetidos, e pode fazer-se diretriz para o emprego de um processo de trabalho centrado no interesse do usuário, tornando-se, assim, ciência para a

reorganização dos serviços, com objetivo à garantia de acesso universal, resolutividade e humanização do atendimento (LIMA *et al*,/ 2007).

Em se continuando o processo sistemático de discussão, é esperado que os resultados dessa pesquisa sensibilizem os profissionais quanto a importância da reavaliação do seu processo de trabalho, no que concerne a recepção, acolhimento, organização e classificação dos pacientes.

Apresentar os resultados do presente projeto à comunidade poderá oferecer também uma nova oportunidade de interação entre as equipes e a população, viabilizando discussões sobre a organização do serviço, como compromisso com o agendamento, proposta de ações coletivas, fluxo da demanda espontânea, assim como poderá fornecer subsídios no que concerne à transformação de uma cultura comunitária que prioriza a medicalização e as ações assistenciais, em outra que se baseie na promoção de saúde, prevenção de agravos e acompanhamento regular das doenças crônico-degenerativas.

2- JUSTIFICATIVA

O atendimento em unidades básicas de saúde geralmente se organiza em consultas agendadas aos profissionais de saúde que compõem a equipe (demanda organizada) e atendimentos aos casos agudos de pessoas que buscam diariamente a unidade (demanda espontânea). Considerando que a recepção dos usuários, seu acolhimento e a harmonia entre demanda espontânea e organizada, são pontos estratégicos no atendimento de uma unidade básica de saúde que tem seu trabalho pautado nos princípios do SUS, justifica-se a realização deste estudo que toma como objeto de investigação a recepção e a resposta à demanda de uma unidade básica de saúde.

3- OBJETIVOS

3.1- Objetivo Geral

Desenvolver um plano de ação para organizar a demanda espontânea e programada a partir do acolhimento dos usuários da Unidade Básica de Saúde Dr. Orbino Werner, do município de Manhumirim – Minas Gerais.

3.2- Objetivos específicos

- Analisar as demandas por assistência à saúde que emergem na atividade de recepção.
- Caracterizar e analisar as respostas oferecidas.
- Discutir com a equipe de saúde o papel do acolhimento como via de acesso à produção de saúde e estabelecimento de vínculo entre a população e equipe de saúde e no processo de gerenciamento das demandas espontânea e programada.
- Construir com a equipe da Equipe de Saúde da Família seu papel na responsabilização e resolutividade do atendimento das demandas que emergem da população assistida.

4- MÉTODOS

A partir do problema identificado no diagnóstico situacional: organização do acolhimento será desenvolvida uma revisão bibliográfica a respeito da organização e classificação da demanda e acolhimento, e proposto uma estratégia para modificação do panorama analisado.

Além da revisão bibliográfica, a pesquisa fará uso de dados secundários: demanda organizada e demanda espontânea e se houve algum tipo de classificação ou orientação antes da consulta médica. As informações serão computadas e analisadas ao final da pesquisa. Atualmente, os agentes de saúde são responsáveis por atender o paciente na recepção, escutando o motivo da procura pelo serviço e orientando seu fluxo assistencial.

Para o levantamento bibliográfico de sustentação teórica serão utilizadas as bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), o site de pesquisa Google Científico e publicações do Governo Federal, especialmente do Ministério da Saúde.

5- DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA UBS Dr. ORBINO WERNER

5.1- Territorialização e funcionamento da Unidade Básica de Saúde Dr. Orbino Werner

Em 16 de março de 1924, Manhumirim emancipou de distrito para município recebendo o nome oficial de Manhumirim. Manhumirim está localizada a aproximadamente 300 quilômetros de Belo Horizonte. É cortada pelas rodovias estaduais MG-111 e MG-108 e está a 30 minutos da BR-262 e da BR-116. Manhumirim também se encontra a 30 minutos da divisa de Minas com o Espírito Santo IBGE (2008).

Segundo o IBGE (2010), o município de Manhumirim possui população estimada em 21.382 habitantes, sendo 17.045 (79,7%) residentes em área Urbana e 4.337 (20,3%) em área Rural.

A UBS Dr. Orbino Werner, localiza-se na a região do bairro Nossa Senhora de Lourdes, cuja área de abrangência é formada pelas comunidades dos bairros Nossa Senhora de Lourdes, Vila Rica, Campestre e Cidade Jardim, do município de Manhumirim – Minas Gerais. A UBS abrange um total de 3180 pessoas cadastradas, sendo 2780 de zona urbana e 404 de zona rural.

A população adscrita encontra-se dividida e organizada em microrregiões, que são responsabilidades de um determinado agente de saúde. A UBS é de fácil acesso e esta próxima aos domicílios de sua população, o que esta em consonância com a logística e orientações sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS).

O sistema de saúde é organizado de modo que a porta de entrada se faz através da UBS e, desta, caso seja necessário, após análise do profissional médico, o paciente é encaminhado para serviços que atendam situações de maior complexidade, como a atenção secundária ou mesmo a terciária. As marcações destas ocorrem através de uma comunicação feita entre as Unidades Básicas de Saúde e a policlínica central, situada no mesmo prédio da prefeitura municipal.

A atenção secundária é feita na própria policlínica, como, por exemplo, as consultas com especialistas e exames mais sofisticados para diagnóstico. A atenção terciária, quando necessária, e feita através de um hospital filantrópico situado na cidade.

As atividades das especialidades de Cardiologia, Neurologia, Ortopedia,

Ginecologia e Otorrinolaringologia são realizadas no próprio município. As demais especialidades são realizadas através do Tratamento Fora de Domicílio (TFD), em municípios vizinhos.

A UBS conta com assistência odontológica, sendo que os profissionais dentistas trabalham em conjunto com os demais profissionais: médicos, enfermeiros, etc, na perspectiva de equipe multiprofissional. A vacinação dos pacientes também ocorre na UBS, tendo esta os recursos disponíveis para a realização da mesma.

Como sistema de apoio, além da referencia e contra referencia em casos de maior densidade tecnológica e complexidade, há também o programa farmácia de Minas, que disponibiliza determinados medicamentos de forma gratuita a população, desde que este esteja prescrito em documento de origem pública. O município também conta com farmácias participantes dos programas de incentivo e descontos sobre medicamentos, realizado pelo governo federal. Ainda em relação a sistema de apoio, o município disponibiliza transporte para visitas domiciliares e condições especiais para os pacientes que necessitam de tratamento diferenciado, como, por exemplo, pacientes acamados ou com limitações crônicas.

5.2- O Problema

A falta de organização do atendimento na UBS Dr. Orbino Werner tornou-se o problema principal e o que mais interfere no funcionamento efetivo dos serviços desta UBS. As consultas ocorrem predominantemente por demanda espontânea, sendo feitas por ordem crescente do número de “fichas”, que são distribuídos por ordem de chegada à população. Desse modo, não há avaliação do potencial de risco, de agravo ou do grau de sofrimento. Essa forma de organização também é um obstáculo à equidade, uma vez que o acesso ao serviço é mais fácil pela condição de residir próximo a UBS, o que não ocorre para aqueles que residem nas áreas e microáreas mais distantes.

A partir dos relatos dos profissionais, pesquisa de dados secundários e observações, identificou-se que, na estruturação da porta de entrada desta UBS, existem entraves burocráticos que se caracterizam como obstáculos ao acesso dos usuários aos serviços e reforça a permanência do modelo de atendimento tradicional - centrado na consulta médica. Um desses obstáculos é a fila de espera para o atendimento. Para serem atendidos os usuários chegam de madrugada nas filas de

espera e aguardam pela distribuição de senhas ou fichas em número limitado.

Este problema enfrentado pela equipe está relacionado diretamente a uma “porta de entrada” lotada de demandas agudas e crônicas, que exigem um direcionamento efetivo e resolutivo, com mudanças de posturas, rotinas e agendas.

Uma estruturação burocrática da porta de entrada cria barreiras ao acesso, levando a população a procurar os serviços de urgência e emergência para solucionar as suas necessidades imediatas, mesmo tendo uma unidade de atendimento primário próximo à sua residência, reforçando um modelo de atendimento que se baseia na resolução somente das queixas sem a promoção de vínculos e a responsabilização pelo usuário.

Há de se ressaltar também que o fato de ainda haver áreas descobertas pela Estratégia Saúde da Família na UBS em estudo tem, como uma de suas consequências, a quebra da adscrição, criando-se uma situação de atendimento somente às queixas eventuais, sem o estabelecimento de vínculo e sem um plano de cuidados continuados ao longo do tempo conforme a proposta da APS.

Ao estudar os módulos que abordam o processo de trabalho e planejamento estratégico das ações do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), ampliei meu olhar no sentido de perceber a necessidade de intervenção na organização e no planejamento do processo de trabalhos das equipes. O trabalho cotidiano na Unidade de Saúde Dr. Orbino Werner mostrava que o acesso dos usuários ao serviço ocorria de forma desorganizada e pouco resolutiva, o que demandava mudanças diretamente relacionadas à recepção dos usuários e as respostas fornecidas pelo serviço.

Estas situações que ocorrem na porta de entrada do sistema de saúde revelam obstáculos ao cumprimento dos ideais da APS e à promoção de um atendimento mais integral no âmbito da ESF, o que demonstra que somente a institucionalização de um novo programa não garante a melhoria na qualidade da atenção e integralidade nas ações.

Segundo Franco e Merhy (2005), para a reorganização do trabalho em saúde é necessário desconstruir um modelo de atenção centrado em procedimento e construir um modelo centrado no cuidado e no usuário. O processo de transformação precisa ser movido pela motivação em construir e seguir o novo, gerando novo significado na produção do cuidado. Esse significado precisa fazer

parte dos profissionais e usuários, remetendo à subjetividade de cada um, que se faz a partir das experiências e vivências que se acumulam ao longo da vida. A subjetividade é determinada socialmente e estrutura o comportamento individual.

As constantes mudanças dos profissionais que fazem parte da UBS em estudo também fazem com que haja uma dificuldade em sistematizar e protocolar ações, definir papéis, assim como fazer com que o trabalho tenha boa continuidade e avaliação comparativa. Vale ressaltar também que os profissionais desta UBS estão em processo de organização de suas agendas de trabalho de acordo com as sugestões oferecidas nas Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde e reuniões com a Secretaria Municipal de Saúde de Manhumirim, levando em consideração o diagnóstico situacional da UBS e da comunidade e os indicadores do perfil epidemiológico e assistencial. No momento, as agendas dos profissionais das equipes de PSF são organizadas de acordo com a disponibilidade de consultórios, o horário de trabalho e a demanda de atividades que são distribuídas. Os profissionais da equipe de saúde bucal e nutrição também estão participando do processo de construção da agenda, levando-se em consideração o trabalho interativo e complementar com as equipes de PSF.

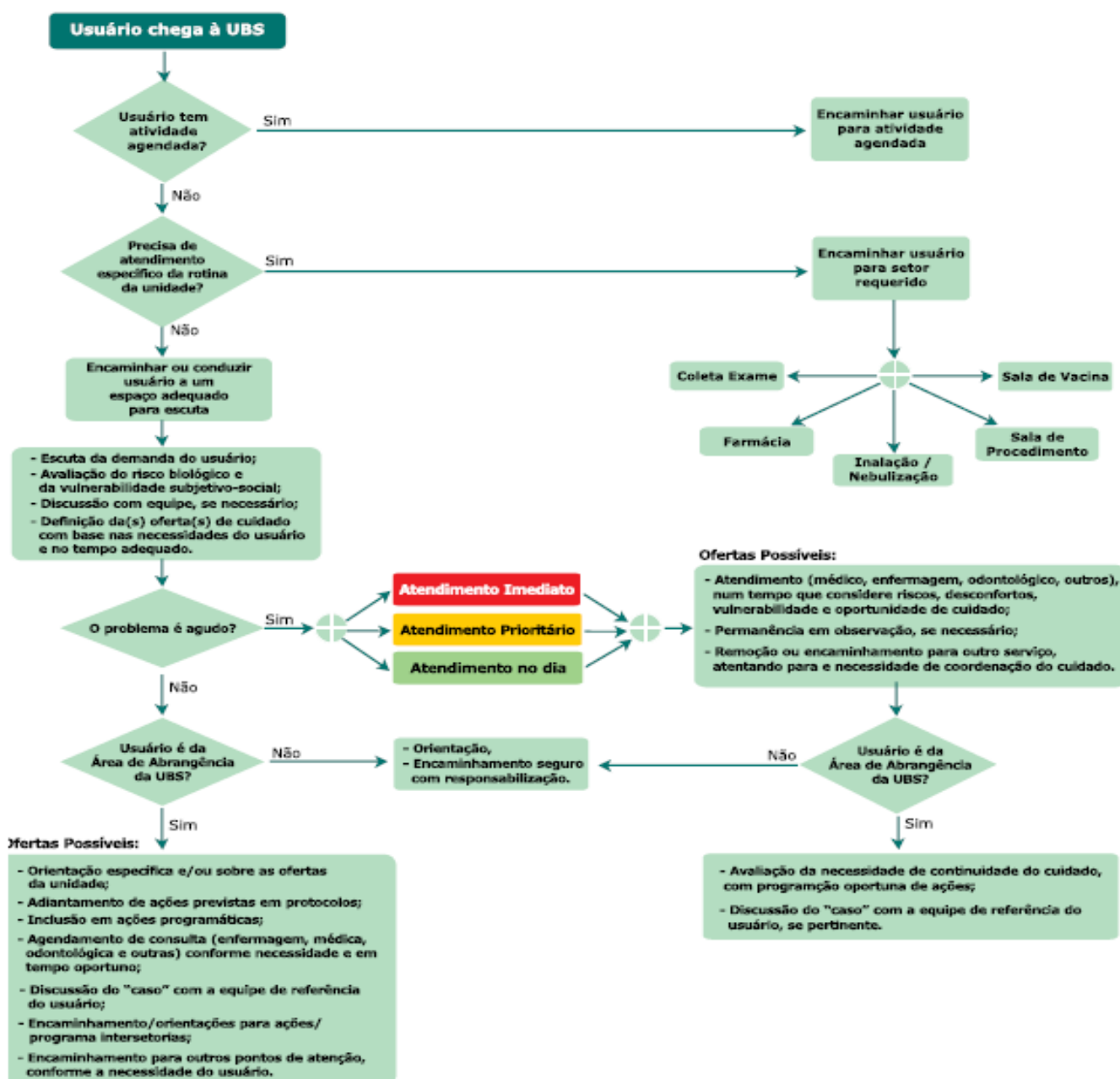
Atualmente na UBS, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são responsáveis por atender o paciente na recepção, escutando o motivo da procura pelo serviço e orientando seu fluxo assistencial. Este fluxo é organizado em: consultas agendadas (acompanhamento de pacientes hipertensos, diabéticos, pré-natal, puericultura ou outra necessidade observada a partir do Acolhimento); procedimentos específicos (curativos, injeção, pequenas cirurgias, inalação ou vacina); necessidades relacionadas à saúde bucal (a qual é acolhida separadamente pelo dentista e auxiliar de consultório odontológico); e Acolhimento (quando o paciente não tem nenhum atendimento agendado).

A presença do ACS nesta atividade de triagem é criticada por eles mesmos, que muitas vezes ficam sozinhos, se sentem inseguros e reconhecem a sua dificuldade em identificar situações de emergência. De uma maneira geral, propõe-se que o acolhimento da porta de entrada de uma USF seja realizado por equipe multiprofissional, tendo preferencialmente o enfermeiro como o primeiro contato para avaliar as necessidades em saúde dos usuários, com os devidos encaminhamentos. O médico atuaria estrategicamente na retaguarda, dando suporte nas avaliações e encaminhamentos. A sistematização do trabalho potencializaria e aperfeiçoaria a

prática dos profissionais de saúde das diversas categorias e, conseqüentemente, descongestionaria a agenda dos médicos, que culturalmente são a referência dos usuários nos serviços de saúde.

O Ministério da Saúde, através de sua Secretaria de Atenção a Saúde, orienta o seguinte fluxograma para a organização do processo de trabalho das equipes de atenção primária para o atendimento da demanda (Brasil, 2011).

Figura 1 – Fluxograma para a organização do processo de trabalho das equipes de atenção primária para o atendimento da demanda espontânea



Fonte: Extraído de Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

Este fluxograma deve ser tomado como uma oferta, um ponto de partida possível, uma estratégia de visualização e de organização do trabalho coletivo na UBS, devendo, sempre que necessário, ser adaptado, enriquecido, testado e ajustado, considerando a singularidade de cada lugar, de modo a facilitar o acesso, a escuta qualificada e o atendimento às necessidades de saúde com equidade, assumindo a perspectiva usuário-centrada como um posicionamento ético-político que tem implicações organizativas e no processo de trabalho das equipes (BRASIL, 2011).

Segundo Mendes (2011), a classificação de risco é fundamental para organizar as redes de atenção, pois, com ela, define-se em função dos riscos o local mais adequado para a atenção e o tempo destinado a esta atenção à saúde. Além disso, a organização em forma de classificação de risco garante critérios uniformes ao longo do tempo e acaba com a triagem sem fundamentação científica, podendo ser feito por médicos e enfermeiros, garantindo a segurança e eficiência para usuárias e profissionais de saúde.

6- PLANO DE AÇÃO

O plano de ação é uma ferramenta que nos permite gerenciar estratégias para a redução ou solução de determinado problema. Desse modo, a seguir será apresentado o Plano de Ações proposto para intervir no problema identificado por meio do Diagnóstico Situacional e que foi priorizado: A recepção do usuário.

6.1- Primeiro passo: Identificação dos nós críticos

Para Campos, Faria e Santos (2010), o nó crítico é um tipo de causa de um problema que, quando enfrentado, é capaz de gerar impacto no problema principal e efetivamente altera-lo. Dentre as várias causas do problema, estão aquelas que serão os pontos de enfrentamento, sobre as quais serão elaboradas as propostas de ação.

Quadro I – Identificação dos nós críticos relacionados ao problema

| Problema | Nós críticos |
|--|--|
| Classificação e organização das demandas dos usuários. | Falta de protocolos de seguimento. Falta de informação aos usuários. Falta de organização dos prontuários. |

6.2- Segundo passo: Desenho de operações para os nós críticos do problema

Com a exemplificação do problema e identificadas às causas mais importantes, já se ha a capacidade de enfrentamento para a resolução do problema demonstrado. A partir deste momento, são desenhadas as operações, com os objetivos de descrever as operações para o enfrentamento das causas selecionadas como “nós críticos”; identificar os produtos e resultados para cada operação definida e identificar os recursos necessários para a concretização das operações. (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010).

Quadro II – Desenho de operações para os nós críticos relacionados ao problema

| Nó crítico | Operação/ Projeto | Resultados esperados | Recursos necessários |
|--|---|---|---|
| Falta de protocolos de seguimento. | Despertar I Elaborar um protocolo a ser seguido | Organização da demanda e classificação dos usuários | Organizar agenda. Treinar agentes para necessidades dos usuários. Conscientizar usuários. |
| Falta de sistematização dos profissionais. | Despertar II Profissionais trabalhando de maneira harmônica e eficaz. | Trabalho multiprofissional | Reuniões multidisciplinares. |

| | | | |
|---------------------------------------|---|--|--|
| Falta de informação aos usuários. | Ensino Treinamento dos profissionais para realização da conscientização dos usuários. | População mais informada sobre a importância da organização e classificação da demanda. | Reuniões multidisciplinares. Treinamento de profissionais. Educação e conscientização dos usuários, com reuniões ou entrevistas. |
| Falta de organização dos prontuários. | Organização Controle do arquivamento de prontuários. Implantação de prontuários eletrônicos. | Prontuários sempre completos e organizados, dando melhor prosseguimento as necessidades de saúde do usuário. | Organizacional: para programar as reuniões e entrevistas; |

6.3- Terceiro passo: Identificação de recursos críticos

Nesta etapa é preciso identificar quais os recursos necessários para se transformar a realidade, ou seja, para se atingir os resultados esperados. Esses recursos são classificados como “recursos críticos”, uma vez que são essenciais para a viabilidade de um plano qualquer, ou seja, são aqueles recursos indispensáveis (CAMPOS et al, 2010).

Quadro III – Identificação de recursos críticos para intervenção

| Operação / Projeto | Recursos críticos |
|---------------------|---|
| Despertar I | Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas; Organizacional: para programar as reuniões e produzir material educativo; Cognitivo: conhecimento sobre o tema através de revisão bibliográfica. |
| Despertar II | Organizacional: para programar as reuniões e produzir material educativo; |

| | |
|--------------------|---|
| Ensino | <p>Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas;</p> <p>Organizacional: para programar as reuniões e produzir material educativo;</p> <p>Político: conseguir espaço para as reuniões e meios de reproduzir cópias do material;</p> |
| Organização | Organizacional: para programar as reuniões para discussão a respeito do tema. |

6.4- Quarto passo: Análise de viabilidade do plano

Nesse ponto, precisamos ressaltar que o ator que planeja não controla todos os recursos necessários para a viabilidade do plano; logo, é preciso identificar os atores que controlam recursos, analisar seu possível posicionamento em relação ao problema e, assim, se desenhar estratégias capazes de viabilizar o plano, uma vez que, sabe-se que até certo ponto, é possível modificar as motivações dos atores. (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010).

Segundo Campos, Faria e Santos (2010), a motivação de um ator, pode ser classificada como:

- **Motivação favorável:** o ator que controla certo recurso coloca-o a disposição do ator que está planejando.
- **Motivação indiferente:** o apoio do ator que controla determinado recurso ainda não está garantido, se quer há garantia de que o ator fará oposição à utilização deste recurso.
- **Motivação contrária:** há uma oposição ativa à utilização do recurso.

Quadro IV – Propostas de ações para a motivação dos atores

| Operação / Projeto | Recursos críticos | Controle dos recursos críticos | | Ação estratégica |
|--------------------|--|--------------------------------|-----------|--|
| | | Ator que controla | Motivação | |
| Despertar I | Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas; | Ator que planeja | Favorável | Revisão e ensino sobre o tema. Estruturação das |

| | | | | |
|---------------------|---|------------------|-----------|---------------------------------|
| | | | | redes. |
| | Organizacional: para programar as reuniões e produzir material educativo; | Ator que planeja | Favorável | Elaborar e apresentar o projeto |
| | Cognitivo: conhecimento sobre o tema através de revisão bibliográfica. | Ator que planeja | Favorável | Revisão bibliográfica. |
| Despertar II | Organizacional: para programar as reuniões e produzir material educativo; | Ator que planeja | Favorável | Não é necessária |
| Ensinamento | Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas | Ator que planeja | Favorável | Não é necessária |
| | Organizacional: para programar as reuniões e produzir material educativo; | Ator que planeja | Favorável | Reuniões multiprofissionais. |
| | Político: conseguir espaço para as reuniões e meios de reproduzir cópias do material; | Ator que planeja | Favorável | Não é necessária |
| Organização | Organizacional: para programar as reuniões para discussão a respeito do tema. | Ator que planeja | Favorável | Não é necessária |

6.5- Quinto passo: Elaboração do plano operativo

Aqui, busca-se designar os responsáveis (gerente de operação) por cada operação e definir os prazos para a execução das operações.

Gerente de operação é o que se responsabilizará por acompanhar a execução das ações definidas, não necessariamente ele precisa executá-las, pode e deve contar com apoio de terceiros, logo se entende que, o ator que controla pode delegar algumas tarefas para, assim, conseguir maior produtividade (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010).

Quadro V – Plano Operativo

| Operação / Projeto | Resultados | Produtos | Ações estratégicas | Responsável | Prazo |
|---------------------------|---|--|--|---|--------------|
| Despertar I | Elaborar um protocolo de respeito à organização da demanda. | Reuniões com a equipe. Análise da organização e classificação dos usuários. Produção de material informativo | Agendar as reuniões; Analisar o acolhimento. Educar a comunidade; Produzir material informativo | Enfermeiro Medico Agentes Comunitários de Saúde | 90 dias |
| Despertar II | Despertar a consciência dos profissionais da UBS quanto à importância da organização e do acolhimento | Reuniões com a equipe. Análise da organização e classificação dos usuários. Produção de material informativo | Agendar as reuniões; Analisar o acolhimento. Produzir material informativo | Enfermeiro Medico Agentes Comunitários de Saúde | 90 dias |
| Ensinamento | Aumentar o nível de informação da população sobre a importância do acolhimento. | Reuniões com a equipe. Palestras educacionais. Educação em visitas domiciliares. Produção de material informativo | Agendar as reuniões; Analisar o acolhimento. Educar a comunidade; Produzir material informativo | Enfermeiro Medico Agentes Comunitários de Saúde | 90 dias |
| Organização | Identificar fatores que dificultam a organização dos prontuários. | Reuniões com a equipe | Agendar as reuniões; | Enfermeiro Medico Agentes Comunitários de Saúde | 90 dias |

6.6 - Plano Operativo

O estudo foi dividido em dois trimestres, o período compreendido entre março a agosto, antes da execução do planejamento de ações e adoção de sistema de classificação de risco, e o período de Junho a agosto, durante a execução do planejamento. De acordo com a análise de dados e pesquisa junto ao sistema de informação da atenção básica, durante os meses de Março a Maio, houve 822 consultas médicas e durante os meses de março a agosto houve 844 consultas médicas.

No primeiro trimestre analisado, das 822 consultas, 579 consultas foram realizadas por meio de demanda espontânea, 205 através de demanda programada e 38 foram consultas relacionadas ao pré-natal, com agenda programada. A puericultura correspondeu a 0,52% do total de consultas. O grupo de hipertensos correspondeu a 2,78% das consultas médicas.

No segundo trimestre analisado, durante a implantação do plano de ação, das 844 consultas, 248 consultas foram através de demanda espontânea, 566 através de demanda programada e 30 foram consultas relacionadas ao pré-natal, com agenda programada. A puericultura correspondeu a 1,65% do total de consultas. O grupo de hipertensos correspondeu a 14% das consultas médicas. É importante ressaltar na análise que, mesmo antes da implantação do plano de ação, o acompanhamento pré-natal sempre teve um dia específico, variando pouco seus índices durante o estudo.

Inicialmente, a alta demanda espontânea para ser atendida não foi um grande problema, mas à medida que os cadastros foram avançando, as agendas foram sendo montadas com atendimentos programados, grupos, visitas domiciliares, reuniões e toda rotina pertinente à saúde da família, levando a um “choque cultural” com o tradicional sistema de “fichas” com o qual a comunidade havia se acostumado. Dessa forma, iniciou-se uma fase de turbulência para todos os envolvidos, tanto profissionais quanto usuários, pois não havia mais aquela disponibilidade de agenda inicial. Nesse período, foi de suma importância educar e orientar a população no sentido de reconhecer o papel da ESF na construção longitudinal do cuidado, de qualidade na produção de saúde de sua população atendida.

Podemos notar que, mesmo que analisando um curto período de tempo, e

levando em consideração que o total de pacientes entre os períodos analisados variou pouco, temos que a participação da puericultura com uma agenda organizada triplicou, assim como a participação de hipertensos no total de consultas aumentou em quase sete vezes.

Percebemos também que, no primeiro trimestre analisado, as consultas por demanda espontânea correspondiam a 70,4% do total de consultas. Com a implantação do plano de ação, as consultas por demanda espontânea passaram a corresponder por aproximadamente 30% do total de consultas.

Durante o primeiro trimestre analisado, os ACS eram os responsáveis por escutar a queixa do paciente no acolhimento e tentava resolvê-la da maneira que melhor achava. A falta de preparo técnico, somada à insegurança no direcionamento e aos conhecimentos, somado a favorecimentos pessoais, acabavam por gerar uma demanda muito grande por atendimentos médicos. No entanto, o atendimento da demanda pela equipe de enfermagem, organizando-o pela classificação de risco para orientação de fluxos, no momento do acolhimento, garantiu resolução de boa parte das queixas dos usuários, ficando para os atendimentos médicos as demandas clínicas de quadros agudos os quais realmente necessitavam de intervenção médica.

7- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou analisar a recepção dos usuários na ESF à demanda para compreender a lógica de organização do trabalho da equipe, como se articulam na prática a demanda espontânea e programática, identificar os fatores implicados nessa lógica de atendimento e compreender visões que regem a prática dos profissionais.

Organizar as demandas espontânea e programada, utilizando o acolhimento como uma das principais ferramentas, é possibilitar o acesso do usuário ao sistema de saúde, por meio de uma escuta qualificada que objetiva a um direcionamento efetivo e equânime, além de contribuir para a promoção do fortalecimento do vínculo entre equipe e usuário.

A Atenção Básica é uma parte importante do sistema de saúde, onde a equipe de saúde desempenha papel importante frente a essa complexidade, podendo ser através de produção do conhecimento ou intervenção individual e na comunidade que possibilite intervir sobre as relações entre as variáveis que

constituem as condições de saúde, de forma a modificar determinantes que influenciam no processo saúde-doença, contribuindo na melhoria da qualidade de vida do indivíduo ou coletividade. Para proporcionar qualidade nos serviços, é fundamental que o processo de trabalho seja construído e revisado continuamente, por meio de um planejamento estratégico de participação de todos os atores envolvidos.

Assim, entende-se que a lógica estrutural da ESF é capaz de reestruturar o modelo assistencial na APS no âmbito do SUS. No entanto, é preciso tornar a conjuntura técnica e política favorável a esse processo, o que consequentemente fortalecerá a prática do cuidado e a lógica de organização de unidades orientadas pelos princípios da ESF, levando a uma melhoria na qualidade da assistência, nos indicadores de saúde, sendo o nível primário, orientado pela APS, como eixo coordenador da rede de atenção do SUS.

Recepcionar e acolher de forma organizada e planejada é imprescindível para todos os atores envolvidos, respeitando o perfil da área e do serviço ofertado, permitindo a busca contínua de ações que estejam centradas no usuário e proporcionando-lhe um acesso qualificado, humanizado e resolutivo.

REFERÊNCIAS

BARALDI D.B, Souto B.G.A. A demanda do Acolhimento em uma Unidade de Saúde da família em São Carlos, São Paulo. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**. 2011 Jan./Abr: 36(1). Disponível em: < <http://files.bvs.br/upload/S/1983-2451/2011/v36n1/a1918.pdf> >. Acesso em 26/05/2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**, Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf >. Acesso em 02/06/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: < <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf> > Acesso em 14/01/201

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: < <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1834.pdf> > Acesso em 18/01/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/APPS_PNH.pdf >. Acesso em 14/01/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf > Acesso em: 26/05/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à demanda espontânea na APS. **Cadernos de Atenção Primária 28**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad28.pdf > Acesso em 14/01/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_28.pdf > Acesso em 14/01/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: < <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> >. Acesso em 18/01/2014.

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. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_28.pdf > Acesso em 14/01/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. **Sistemas de Informação da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: < <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php> >. Acesso em 18/01/2014

CAMPOS, F. C; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon UFMG, Coopmed; 2010. Disponível em: < <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf> >. Acesso em: 26/05/14

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, Sept. 1997. Disponível em: < http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000300022&lng=en&nrm=iso >. Acesso em 26/05/2014

DALMASO, A.S.W. & SENNA, D.M. Desenvolvimento de alternativas para recepção da demanda espontânea em unidade básica de saúde. **Saúde em Debate**, 45/50: 83-87, 1996. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=201022&indexSearch=ID> >. Acesso em 26/05/2014

ESPERANÇA, A. C.; CAVALCANTE, R. B. e MARCOLINO, C. Estudo da demanda espontânea em uma unidade de saúde da família de uma cidade de médio porte do interior de Minas Gerais, Brasil. **Reme: Revista Mineira Enfermagem**, Belo Horizonte, v.10, n.1, p.30-36, jan. 2006. Disponível em: < http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622006000100006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt > Acesso em 18/01/2013.

FRACOLLI, L.A.; ZOBOLI, E.L.C.P. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 38, n. 2, p. 143-151, 2004.. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n2/04.pdf> > Acesso em 18/01/2013.

FRANCO, T. B.. BUENO, W.S.; MERHY, E.E.. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: caso de Betim, Minas Gerais. **Cad. Saúde Pública** , Rio de Janeiro, v 15, n 2, p. 345 – 353, abr 1999.. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v15n2/0319.pdf> >. Acesso em 10/11/2013.

Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saúde Pública**, 1999; 15:345-53. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0319.pdf> > Acesso em 18/01/2013.

FRIEDRICH, D. B. de C. PIERANTONI, C. R.. O trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, políticoideológica e econômica em Juiz de Fora. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v 16, n 1, p. 83-97, 2006.. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/physis/v16n1/v16n1a06.pdf> >. Acesso em 10/11/2013.

GIOVANELLA, L. *et al* . Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, Jun. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000300014&script=sci_arttext >. Acesso em 18/01/2014

IBGE cidades. Disponível em: < <http://www1.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?lang= ES&codmun=313950&search=minas-gerais|manhumirim|infograficos:-dados-gerais-do-municipio> >. Acesso em: 26/05/2014.

LIMA M.A.D.S, RAMOS D.D, ROSA R.B, NAUDERER T.M, DAVIS R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paul Enferm.** 2007; v.20, n.1, p. 7-12. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n1/a03v20n1.pdf> > Acesso em 18/01/2014.

MATUMOTO, S. **O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde [tese]**. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade da São Paulo; 1998. Disponível em: < <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-14012009-164720/pt-br.php> > Acesso em 18/01/2014.

MATUMOTO, S.; MISHIMA, S.M.; PINTO, I.C.. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro , v. 17, n. 1, Fev, 2001. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n1/4080.pdf> > Acesso em 18/01/2014.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. Disponível < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf >. Acesso em 26/05/2014

MERHY, E. E. ; QUEIROZ, M. S. Public Health, Local Health Units, and the Brazilian Health System. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.9 , n.2, p.: 177-184, Apr/Jun, 1993. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n2/09.pdf> > Acesso em 18/01/2014.

RAMOS, R. R. A recepção da demanda espontânea no setor saúde da criança numa Unidade Básica de Saúde. / Reneide Rodrigues Ramos. – São Paulo, 2009. 77 p. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7137/tde-22062009-105710/pt-br.php>. Acesso em: 26/05/2014

SANTANA M.L. **Demanda espontânea e planejamento estratégico situacional no Programa Saúde da Família de Pindamonhangaba**. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Economia, Contabilidade e Administração, Universidade de Taubaté, Taubaté, São Paulo; 2008. Disponível em: < <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/163/315> > Acesso em 18/01/2014.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. da S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n.6, p. 1487-1494, nov./dez. 2004.. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000600005&script=sci_arttext > Acesso em 18/01/2014.

SHIMAZAKI, M.E. (Org). A Atenção Primária à Saúde. In: MINAS GERAIS, Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, **Oficinas de qualificação da atenção primária à saúde em Belo Horizonte**: Oficina 1 – Análise da atenção primária à saúde. Guia do Participante. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte: ESPMG, 2009. 104 p. P. 38-43.. Disponível em: < <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3930.pdf> >. Acesso em 18/01/2014

SILVA C.M. **Da condição de patinho feio ao sonho da transformação em cisne: um estudo sobre a recepção aos pacientes ambulatoriais numa unidade de saúde do Rio de Janeiro**, RJ [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto

de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2002. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=314968&indexSearch=ID> >. Acesso em 18/01/2014.

SOLLA, J.J.S.P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 5, n. 4, p. 493-503, out./dez. 2005.. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n4/27768> >. Acesso em 18/01/2014

SOUZA, E.C.F. de; VILAR, R.L.A. de; ROCHA, N. de S.P.D; UCHOA, A. da C.; ROCHA, P.de M. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, supl. 1, p. S100-S110, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/15.pdf> > Acesso em 19/01/2014.

TAKEDA, S.M.P. A Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde. In: Duncan B.B., Schmidt M. I., Giugliani E.*et al.*(Org.). **Medicina Ambulatorial: condutas clínicas em Atenção Primária**. 3ed.,Porto Alegre: Artes Médicas, 2004, p.76-87.

VELLOSO, V. B. . **Organização de demanda espontânea e programada e acolhimento na Estratégia de Saúde da Família: um relato de experiência**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Conselheiro Lafaiete, 2012. 32f. Monografia. Disponível em: < <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3827.pdf> >. Acesso em: 26/05/2014