

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

VINÍCIUS CORRÊA DA SILVA ROCHA

**PROPOSTA PARA OTIMIZAÇÃO DO ATENDIMENTO A
DEMANDA ESPONTÂNEA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DE
SABARÁ - MG**

SABARÁ - MINAS GERAIS

2017

VINÍCIUS CORRÊA DA SILVA ROCHA

**PROPOSTA PARA OTIMIZAÇÃO DO ATENDIMENTO A
DEMANDA ESPONTÂNEA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DE
SABARÁ - MG**

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

Orientador: Humberto Ferreira de Oliveira Quitês

SABARÁ - MINAS GERAIS

2017

VINÍCIUS CORRÊA DA SILVA ROCHA

**PROPOSTA PARA OTIMIZAÇÃO DO ATENDIMENTO A
DEMANDA ESPONTÂNEA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DE
SABARÁ - MG**

Banca examinadora

Examinador 1: Professor Humberto Ferreira de Oliveira Quites. Universidade Federal de São João Del-Rei

Examinador 2: Professora Isabel Aparecida Porcatti de Walsh. Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2017

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os usuários pela contribuição em minha formação médica e a todos os funcionários envolvidos pelo empenho em executar este projeto. Muito obrigado.

Lista de Quadros

Quadro 1: Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Desorganização de demanda espontânea”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família KM-14, em Sabará, Minas Gerais.....	25
Quadro 2. Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Desorganização de demanda espontânea”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Km-14, em Sabará, Minas Gerais.....	26
Quadro 3. Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Desorganização da demanda espontânea”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Km-14, em Sabará, Minas Gerais.....	27

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas

ESF- Equipe Básica de Saúde

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

UBS- Unidade Básica de Saúde

UPA- Unidade de Pronto Atendimento

CEMAE – Centro de Atendimento Especializada

SciELO - Científica Electronic Library Online –

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde –

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde -

PES- Planejamento Estratégico Situacional

APS- Atenção Primária à Saúde

PNH- Política Nacional de Humanização

ACS- Agente Comunitário de Saúde

RESUMO

Organização no atendimento é um problema encontrado no Brasil em muitas Unidades Básicas de Saúde e na UBS KM-14 localizada no bairro Borba Gato da cidade de Sabará- MG, não acontece diferente. Existe uma grande dificuldade de organizar as demandas espontâneas, contribuindo para um ambiente desfavorável tanto para os usuários quanto para os profissionais. A insatisfação dos usuários é marcada com relação ao acesso e o tempo de espera entre o acolhimento e o atendimento. Este trabalho teve como objetivo elaborar uma proposta de intervenção que reorganize o atendimento à demanda espontânea da população na área de abrangência do UBS KM-14 em Sabará, MG. Foi realizada pesquisa bibliográfica nas principais bases de dados em saúde, tais como: Científica Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca virtual / NESCON e manuais do Ministério da Saúde, utilizando os termos descritivos: acolhimento, centros de saúde, acesso aos serviços de saúde, saúde da família, em seguida foi proposto o plano de intervenção. Este sugere uma integração entre o Sistema de Acesso Avançado e o Acolhimento, visando à construção de um modelo de acesso viável e eficiente de acordo com as particularidades da UBS. A organização da assistência surge como um desafio para a equipe e serão necessárias ações contando com a cooperação dos funcionários, usuários e gestores, o que tornará o trabalho mais eficiente e bem avaliado dentro das diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Atenção Básica, atingindo os objetivos deste nível de atenção, melhorando a satisfação da população e das equipes de trabalho.

Palavras chaves: acolhimento, centros de saúde, acesso aos serviços de saúde, saúde da família.

ABSTRACT

Organization in care is a problem found in Brazil in many Basic Health Units, in UBS KM-14 located in Borba Gato district of the city of Sabará-MG, it does not happen differently. There is great difficulty in organizing spontaneous demands, contributing to an unfavorable environment for both users and professionals. The dissatisfaction of the users is marked in relation to the access and the waiting time between the reception and the service. The objective of this study was to elaborate a proposal for an intervention to reorganize the response to the spontaneous demand of the population in the area covered by UBS KM-14 in Sabará, MG. A bibliographic research was carried out in the main health databases, such as: Electronic Library Online (SciELO), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), Virtual Library and manuals of the Ministry of Health, using the descriptive terms: user embracement, health centers, health services accessibility, family health. This suggested an integration between the Advanced Access System and Reception, aiming at the construction of a viable and efficient access model according to the peculiarities of UBS. The organization of the assistance emerges as a challenge for the team and actions will be necessary with the cooperation of employees, users and managers. The organization of the assistance emerges as a challenge for the team and actions will be necessary with the cooperation of employees, users and managers, which will make the work more efficient and well evaluated within the guidelines of the Single System and Basic Attention, reaching the objectives of primary care, improving the satisfaction of the population and the work teams.

Key words: user embracement, health centers, health services accessibility, family health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
1.1 Breves informações sobre o município de Sabará.....	10
1.2 O sistema municipal de saúde.....	10
1.3 A UBS KM 14.....	11
1.4 Priorização dos problemas.....	11
2 JUSTIFICATIVA.....	13
3 OBJETIVO.....	14
4 METODOLOGIA.....	15
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	16
5.1 Demanda Espontânea e Acolhimento.....	16
5.2 Classificação de Risco.....	18
5.3 Acesso Avançado.....	20
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	23
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município de Sabará

Sabará é uma cidade com 135.196 habitantes, localizada na região metropolitana de Belo Horizonte, a 15 km da capital do estado. Sua origem remete a um arraial de bandeirantes ao final do século XVII. Pela proximidade com a capital mineira, o município vive do turismo e do setor de serviços, sendo muito vulnerável às oscilações econômicas (IBGE, 2016).

Caminhando pelo centro histórico, é possível seguir por vias estreitas de paralelepípedos e se defrontar com construções do século XVIII. O município oferece atrativos para turistas que buscam resgatar um pouco da história de Minas ou apoiar a sua fé, visitando as suas igrejas. A vida noturna também é muito ativa, principalmente nas praças Melo Viana e Santa Rita.

Há décadas que a atividade política é polarizada entre dois grupos, porém, não há movimentos contra essa corrente atualmente.

1.2 O sistema municipal de saúde

Na área de saúde, a cidade é macrorregião de saúde, apesar da proximidade com a capital; abrange os distritos de Ravena, Roça Grande, Caeté e outros, porém o sistema de saúde não flui adequadamente, observando-se grandes filas para especialistas e outros serviços de saúde (SABARÁ, 2015).

Há cerca de cinco anos o município adotou a Estratégia de Saúde da Família (ESF) para a reorganização da atenção básica e conta hoje com 17 equipes na zona urbana e três equipes na zona rural cobrindo 50% da população. Um grande problema no desenvolvimento da ESF é a rotatividade dos profissionais de saúde, particularmente de médicos.

O município de Sabará conta com um CAPS, 16 UBS, uma UPA municipal, atenção hospitalar na Santa Casa de Sabará e o CEMAE na atenção especializada. Podemos citar alguns problemas como a baixa cobertura de ESF, atenção especializada e de apoio diagnóstico insuficiente para a demanda do município, carecem de especialidades indispensáveis, como oftalmologia.

1.3 A UBS KM 14

A UBS KM 14 abrange uma comunidade de cerca de 7.900 habitantes, localizada na periferia do município de Sabará, no bairro Borba Gato, na margem da BR 381, sentido Vitória, quase na divisa com a capital Belo Horizonte. É uma população bastante carente e dependente do sistema único de saúde. A UBS KM 14 é o único serviço de saúde disponível num raio de cerca de 20-30 km (SABARÁ, 2015).

O acesso ao centro de Sabará por transporte público se dá em apenas dois horários por dia, o que aumenta muito a demanda por atendimentos agudos na unidade. Por ser um bairro um tanto afastado do centro de Sabará, os moradores relatam que são “esquecidos” pelos políticos, visto o descaso em relação ao saneamento, opções de lazer, segurança e condições dos postos de saúde. Gravidez na adolescência, alcoolismo e depressão são muito prevalentes na região.

1.4 Priorização dos problemas

A UBS KM-14 apresentava grande problema de desorganização da demanda. Foram identificados meios executados que poderiam ser empregados na obtenção de dados para estimativa rápida. Existia na sala do médico, uma folha de preenchimento de produção, em que eram registrados todos os atendimentos diários, os encaminhamentos, solicitações de exames, retornos ou alta dos pacientes. O agendamento era realizado na maioria das vezes por um paciente a cada hora, eventualmente dois em períodos menos movimentados do dia, porém, a demanda espontânea estava livre, ocorrendo de forma aumentada, necessitando de uma intervenção.

Realizando uma análise da recepção, percebia-se um descompasso entre a demanda e a quantidade de atendimentos oferecidos pela unidade, o que tornava recorrente a hostilidade entre usuários e equipe. Os pacientes chegavam a UBS a procura de atendimento, sem nenhuma marcação e eram distribuídos atendimentos enquanto era possível, sem organização nenhuma, o que sobrecarregava o médico que atendia muito além do que recomenda o Ministério da Saúde. Além disso, pacientes que deviam ser atendidos com certa urgência estavam permanecendo na fila e demorando a

serem atendidos, conseqüentemente era causado muito estresse, brigas e agressividade por parte dos usuários, causando transtornos com a equipe de atendimento.

2 JUSTIFICATIVA

Na UBS KM-14, na cidade de Sabará – Minas Gerais há, por questões culturais, picos de demanda na unidade, geralmente no começo da manhã e nos extremos da semana. Muitas vezes, a demanda é superior à capacidade de atendimento das duas equipes, o que causa animosidades entre a população e os profissionais. O serviço não apresentava critérios para organização do acesso desta população, a tendência era obedecer a ordem de chegada e, algumas vezes, à vontade pessoal de alguns funcionários. Considerando como princípio da atenção primária ser a porta de entrada do usuário, o acolhimento pelos profissionais de saúde deve ser harmônico contando com compreensão acerca do funcionamento do processo.

Diante deste problema de desorganização, é imprescindível propor um plano de ação que seja resolutivo, otimizando os meios de acesso, relacionando o acolhimento com o acesso avançado, fazendo com que os pacientes saiam satisfeitos com o atendimento e conseqüentemente diminua o conflito entre os usuários e a equipe.

3 OBJETIVO

Elaborar uma proposta de intervenção que reorganize o atendimento à demanda espontânea da população na área de abrangência do UBS KM-14 em Sabará, MG.

4 METODOLOGIA

Com a realização de discussões com a equipe foi possível ter uma idéia dos problemas de saúde enfrentados na área de abrangência. Assim, foi possível levantar subsídios para direcionar inicialmente o processo de busca bibliográfica sobre o tema e seus fatores associados.

Para atingir o objetivo proposto foi realizada uma revisão de literatura. A principal vantagem deste tipo de estudo reside no fato de permitir investigar uma ampla gama de fenômenos por meio de pesquisa em materiais já elaborados, possibilitando o aprimoramento de idéias e conceitos, sendo constituídos de livros de leitura corrente, artigos científicos, teses e dissertações, periódicos de indexação, e anais de encontros científicos de bases de dados digitais (GIL, 2006). A pesquisa bibliográfica pode ser entendida como um processo que envolve as seguintes etapas: escolha do tema, levantamento bibliográfico, formulação do problema, elaboração do plano provisório de assunto, busca de fontes, leitura do material, e construção lógica do trabalho (GIL, 2006).

A pesquisa bibliográfica foi realizada nas principais bases de dados em saúde, tais como: Científica Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca virtual e manuais do Ministério da Saúde. Foi realizada uma consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) (BRASIL, 2016a), chegando-se a definição dos seguintes termos: necessidades e demandas de serviços de saúde, acolhimento, centros de saúde, acesso aos serviços de saúde, saúde da família.

Após a busca e leitura do material foi proposto um plano de intervenção para o enfrentamento desta problemática de saúde que afeta esta população. O plano de ação seguiu o método Planejamento Estratégico Situacional (PES) e da estimativa rápida. Para a elaboração do Plano de Intervenção foram utilizados os passos para elaboração de um plano de ação descritos no Módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) do Curso de Especialização Estratégia da Saúde da Família.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Demanda Espontânea e Acolhimento

A Atenção Primária à Saúde (APS) como estratégia para orientar a organização do sistema de saúde e responder as necessidades da população, exige o entendimento da saúde como direito social e o enfrentamento dos determinantes sociais para promovê-la. A boa organização dos serviços de APS contribui à melhora da atenção com impactos positivos na saúde da população e à eficiência do sistema (MACINKO et al., 2003; STARFIELD et al., 2002).

Organização no atendimento é um problema encontrado no Brasil em muitas UBS. Existe uma grande dificuldade de organizar as demandas espontâneas, estas denominadas quando pacientes chegam à unidade inesperadamente, seja com problemas agudos ou outros que julgam importantes (BRASIL, 2010).

A organização inadequada que envolve uma UBS contribui para um ambiente desfavorável tanto para os usuários quanto para os profissionais, contribuindo para um maior stress e comprometimento da qualidade do serviço ofertado. É necessário conhecer a realidade de trabalho e a comunidade à qual o trabalho é destinado, a fim de poder implementar estratégias e programas capazes de corrigir essa desorganização e contribuir para melhoria das condições de trabalho e de atendimento (REZENDE et al. 2010).

O atendimento à demanda espontânea é fundamental e é papel de todos os membros da equipe. A função de cada um desses membros deve ser muito bem compreendida, a fim de se prestar a melhor assistência possível. A atenção à demanda espontânea na APS, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010, p.17), “deverá ser baseada no acolhimento e na escuta qualificada à população, de forma a garantir um atendimento humanizado, a resolutividade dos serviços e a promoção da saúde da população”.

O acolhimento é uma diretriz operacional que parte dos seguintes princípios:

1. Atender todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população.
2. Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central, do médico para uma equipe

multiprofissional - equipe de acolhimento-, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde. 3. Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve se dar por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania (FRANCO; BUENO; MERHY; 2003).

Assim, o acolhimento foi pensado como estratégia de mudança no 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 às necessidades dos usuários, e pressupõe o envolvimento de toda a equipe que, por sua vez, deve assumir postura capaz de acolher, de escutar e de dar resposta mais adequada a cada usuário, responsabilizando-se e criando vínculos (BRASIL, 2011b).

Os pacientes devem ser acolhidos na APS por que: 1) o usuário apresenta queixas que devem ser problematizadas e acolhidas junto ao paciente, 2) a atenção básica consegue compreender e ser resolutiva em grande parte dos problemas, 3) para ocorrer a criação e fortalecimento de vínculos e 4) abre-se novas oportunidades para reorganização do serviço e intervenção utilizando novas estratégias de cuidado (BRASIL, 2010).

Preconiza o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências (BRASIL, 2011b).

Para acolher a demanda espontânea com universalidade, equidade e qualidade, não basta distribuir senhas em filas de espera, não sendo possível e muitas vezes desnecessário encaminhar todas as pessoas ao médico (BRASIL, 2012).

Sistematizar o atendimento da demanda espontânea vai além de estabelecer fluxogramas e direcionamento do indivíduo para a classificação de risco, exige que a equipe multidisciplinar conheça as necessidades de saúde da população, pois não são todas as necessidades que carecem de atendimento/agendamento médico e de enfermagem. Em diversos casos a escuta qualificada poderá ser altamente resolutiva (BRASIL, 2011a).

Com o acolhimento há uma reorganização do processo de trabalho, com foco na equipe e menos centralizado no médico, realizando a escuta do usuário, intervenção em relação ao seu problema de saúde atendimento sempre pautado em parâmetros humanitários, de solidariedade e de cidadania (BRASIL, 2011b). Deve ser entendido

como uma postura ética e implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e intervenções (BRASIL, 2011b).

A Política Nacional de Humanização (PNH), de 2003, trata das relações interpessoais entre os envolvidos no processo de cuidar (prestadores, usuários e gerentes) e apresenta formas para reorganizar o fluxo de usuários e o processo de trabalho visando melhorar o acesso aos serviços de saúde. De acordo com a PNH, a preocupação com a dimensão interpessoal do cuidado deve estar articulada com a melhoria da qualidade do modelo de saúde, assim, o acesso ao sistema deve ser incrementado pela redução de filas e tempo de espera (VIEIRA et al, 2010).

Demora no cuidado é uma característica persistente e indesejável dos atuais sistemas de saúde. Um modelo, algumas vezes referido como acesso avançado, tem cada vez mais demonstrado reduzir as filas de espera nas unidades da APS. O princípio nuclear do acesso avançado é que o paciente que solicita agendamento de consulta médica (equipe) recebe uma vaga no mesmo dia, ou no máximo em 48 horas dependendo da sua necessidade. O acesso avançado rejeita a ideia sedutora de classificar a demanda em duas filas, de rotina e urgência. O objetivo do projeto principal de um avançado sistema de acesso é fazer o trabalho de hoje, hoje (MURRAY; BERWICK, 2003).

5.2 Classificação de risco

A fila e a cota de “consultas do dia” (senhas limitadas), além de submeterem as pessoas à espera em situação desconfortável e sem garantia de acesso, são muitas vezes o contrário do princípio da equidade, na medida em que o critério mais comum de acesso, nesses casos, é a ordem de chegada. Dessa forma, o acesso com equidade deve ser uma preocupação constante no acolhimento da demanda espontânea. A equidade, como princípio de justiça, baseia-se na premissa de que é preciso tratar diferentemente os desiguais (diferenciação positiva) ou cada um de acordo com sua necessidade, corrigindo/evitando diferenciações injustas e negativas. A estratificação de risco vai orientar não só o tipo de intervenção (ou oferta de cuidado) necessário, como também o tempo em que isso deve ocorrer (BRASIL, 2011a).

A avaliação com classificação de risco tem como objetivo dinamizar o acesso a partir da análise da intensidade de necessidade de cada paciente, baseando-se em um protocolo pré-definido, proporcionando uma atenção voltada para o nível de complexidade e não da ordem de chegada (COUTINHO et al., 2012).

A classificação de risco é uma ferramenta que, além de garantir atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado, propicia informações aos usuários sobre sua condição de saúde e o tempo de espera; promove o trabalho em equipe; melhora as condições de trabalho aos profissionais de saúde por meio da discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumenta a satisfação dos usuários e fomenta a pactuação entre os serviços da rede assistencial (BRASIL, 2009).

Classificar os pacientes por necessidades não significa excluir, uma vez que todos serão atendidos, porém, em momentos diferentes. (BRASIL, 2011a)

Sua utilização pode diminuir a ansiedade do usuário pela possibilidade de informar o tempo médio de espera e qual o risco de agravo ou morte do paciente na condição atual, aumentando a satisfação dos usuários e acompanhantes. (BRASIL, 2009).

O protocolo de classificação de risco é ferramenta útil, mas insuficiente para a organização do fluxo de atendimento. Este método não considera os aspectos subjetivos, afetivos, sociais e culturais; fundamentais para uma efetiva avaliação do risco e da vulnerabilidade de cada pessoa. Assim, a proposta é que seja um instrumento de utilização complementar e simultânea ao acolhimento (BRASIL, 2011b).

Neste sentido, o sistema de triagem de Manchester foi desenvolvido pelo *Manchester Triage Group* e começou a ser utilizado nos serviços de emergência do Reino Unido a partir de 1996 e no Brasil em 2008 (COUTINHO et al., 2012).

Conforme Mackway-Jones et al. (2006), triagem é um sistema de gerenciamento de risco clínico, implementado em todo o mundo para gerenciar fluxo de paciente com segurança, quando a necessidade exceder a capacidade.

Segundo Coutinho et al. (2012) o Sistema de Triagem de Manchester possui cinco categorias ou níveis. A cada categoria é atribuído um número, cor, nome e tempo-alvo máximo aceitável até o primeiro atendimento médico, como se segue:

Nível 1: emergente, vermelho, imediato;

Nível 2: muito urgente, laranja: 10 minutos;

Nível 3: urgente, amarelo: 60 minutos;

Nível 4: pouco urgente – verde: 120 minutos;

Nível 5: não urgente – azul: 240 minutos.

Cronin (2003) apresenta um número de vantagens identificadas para sua utilização: é internacionalmente reconhecido, confiável e avaliado profissionalmente; tem sido adotado com sucesso em diferentes sistemas de saúde; sustenta o conceito de auditoria individual sobre as triagens realizadas pelos profissionais de triagem; o conceito pode ser expandido para outros serviços de emergência com características diferentes; oferece roteiro sistemático e lógico para a tomada de decisão e disponibiliza um pacote dedicado de treinamento em triagem.

5.3 Acesso Avançado

O acesso e o acolhimento articulam-se e se complementam na implementação de práticas em serviços de saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado. As análises e alternativas de soluções para o problema de acesso, em bases estritamente quantitativas, como número de atendimentos e rendimento profissional, deslocam-se para tendências que buscam qualificá-lo no ato da recepção do usuário (MERHY, 2003).

Segundo Starfield (2004), acesso e acessibilidade apesar de serem utilizados de forma ambígua, têm significados complementares. A acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, e o acesso permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis. Seria, portanto, a forma como a pessoa experimenta o serviço de saúde. A acessibilidade é mais ampla que o acesso, pois não trata apenas da entrada do indivíduo no sistema de saúde ou da disponibilidade do serviço e recursos em determinado tempo/espço, mas do ajuste entre as necessidades da população e os serviços (ARAKAWA et al., 2011).

Garantir o acesso aos cuidados em tempo oportuno é uma das características de sistemas de saúde de alta qualidade, mas alcançá-la é um problema em muitos países (SALISBURY et al., 2007). Assim, para alcançar a efetividade e a equidade é provável que haja a necessidade de fortalecer a orientação em atenção primária do sistema (STARFIELD, 2002).

Andrade e Ferreira (2006) relataram que a insatisfação quanto ao tempo de espera por um tratamento tem-se mostrado rotineiro nos serviços, como foi

diagnosticado em um estudo conduzido no município de Pompeu (MG). Em um estudo realizado por Moimaz et al. (2010), com base no acesso ao atendimento, 57,6% da população responderam que existe fila para o atendimento e 54,5% afirmaram que existe uma demora excessiva entre o dia de agendamento da consulta e/ou exame até o dia do atendimento.

Uma das características que marcam a insatisfação dos usuários com relação ao acesso é o tempo de espera entre o acolhimento e o atendimento. Esta é uma característica persistente e indesejável dos atuais sistemas de saúde. Um modelo, algumas vezes referido como acesso avançado, tem cada vez mais demonstrado reduzir as filas de espera nas unidades de saúde. O princípio nuclear do acesso avançado, o paciente que solicita agendamento de consulta médica (equipe) recebe uma vaga no mesmo dia, ou no máximo em 48 horas dependendo da sua necessidade (MURRAY; BERWICK, 2003).

De acordo com Murray e Berwick (2003), ao atender as demandas reais e do momento, as consultas passam a ficar mais objetivas (e mais rápidas). Os profissionais de saúde se sentem mais satisfeitos porque passam a lidar com situações clínicas em que podem aumentar a resolutividade (resolver problemas concretos, aliviar sofrimentos). Diferentemente de uma agenda focada em atendimentos programáticos, sem uma necessidade evidenciada pelo paciente ou profissional.

Na cartilha desenvolvida pela prefeitura de Curitiba, Wollman, et al. (s.d) sugere alterações na dinâmica de funcionamento da UBS. Uma preocupação importante é relacionada ao direcionamento dos pacientes às equipes as quais estão vinculados. Outra preocupação é que cada um dos integrantes da equipe tenha funções bem definidas e complementares, além de uma redução da demanda pré-agendada. Tais medidas fortalecem o vínculo entre equipe e comunidade, tornando as consultas mais resolutivas, diminuindo a necessidade de encaminhamentos desnecessários e, por fim, melhoram a satisfação dos usuários com o serviço. Com a dinamização do processo, o monitoramento de grupos específicos como doentes crônicos fica a cargo da equipe de enfermagem, agendando consultas quando os pacientes apresentam problemas no controle.

Os objetivos do acesso avançado são: começar a trabalhar com consultas suficientes para a demanda daquele dia; não restringir consultas futuras; priorizar a

continuidade. Vantagens: quando a demanda e a capacidade estão equilibradas e o valor da terceira consulta disponível é menor que um, com certeza a demanda da população será atendida. O dia começa com a maioria das consultas livres, sendo preenchidas conforme os usuários solicitam. Os usuários conseguem consultas com médicos de preferência; continuidade e atendimento de casos agudos ocorrem sem demora. Desvantagens: requer comprometimento e tempo para implementação. Muitas de suas ideias parecem contrassensos e requerem educação permanente da equipe, a fim de alcançar as mudanças propostas. Para manter o acesso avançado é necessário liderança, apoio administrativo e cooperação dos médicos (KNIGHT; LEMBKE, 2011).

Os esforços para reduzir o tempo de espera deveriam associar a maximização da eficiência com o uso dos recursos disponíveis (FOURNIER; HEALE; RIETZE, 2012). Segundo Rocha et.al (2016), o acesso avançado parece ser o modelo de agendamento mais promissor ao equilibrar demanda e capacidade controlando o tempo de espera. No entanto, não adianta modificar o agendamento sem prover a estrutura necessária para mantê-lo.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Desorganização de demanda espontânea”, para o qual se registra uma descrição, explicação e seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado. As filas enormes eram uma constante no início da manhã da UBS KM-14. O sistema de agendamento por fichas a serem distribuídas por ordem de chegada tornava o clima hostil entre população e funcionários. Como todos os pacientes chegavam muito cedo, o tempo de espera era enorme até os últimos atendimentos, e a tendência dos usuários era a de culpar a equipe pela demora rotineira.

Acostumados com o tratamento ruim pela população, os funcionários, por sua vez, se mostravam pouco dispostos a buscar melhorias.

Com o intuito de organizar os atendimentos, diminuir as filas e diminuir as agressões, principalmente verbais, que ocorrem nas UBS, considera-se a necessidade mudança do acesso da população. Este pode ser realizado através da integração entre o Sistema de Acesso Avançado, proposto pela Prefeitura Municipal de Curitiba, bem como do Acolhimento proposto na Política Nacional de Humanização (2011b), visando à construção de um modelo de acesso viável e eficiente dada as particularidades da UBS KM-14.

Os nós críticos identificados foram:

1. Falta de interesse por parte da equipe para mudar a rotina de trabalho.
2. Falta de horário disponível para capacitar a equipe.
3. Pouco conhecimento da população.

Em uma equipe composta, em sua maioria, por profissionais antigos já acostumados com uma rotina de trabalho, foi notável o desinteresse por mudanças operacionais nas primeiras conversas informais. O medo de aumentar a carga de trabalho individual foi resposta unânime durante as discussões.

Dessa forma, a partir de registros, vivência e entrevistas foi possível estabelecer de forma rápida a necessidade de criar meios que possibilitem a reformulação do acesso na unidade. A partir desse propósito, entendeu-se que era essencial a mudança na forma burocrática de entrada por filas e ordem de chegada. O próximo passo seria avançar na proposta de discussão desse problema e, baseado em ferramentas de avaliação,

identificar qual modelo seria mais adequado para implantação. A proposta de intervenção consistia em apresentar bases teóricas sobre o acesso e promover debates, primeiramente entre a equipe e, em um segundo momento com a população, com o intuito de moldar o acesso da demanda de atendimentos na unidade.

Para que a discussão teórica fosse efetiva, seria necessário garantir horários livres de demais tarefas para que os participantes estivessem centrados em absorver as ideias propostas. Foram assim determinados quatro encontros, um a cada quinze dias, nas tardes de quinta-feira, com a presença de toda a equipe.

A ideia era debater usando bases teóricas que fundamentam o sistema dinâmico e interativo do acesso avançado, com trabalho melhor distribuído entre a equipe e tarefas individuais específicas para cada um, sendo bem recebida na primeira reunião. Também houve aprovação pelos profissionais para o uso do acolhimento no serviço, melhorando a recepção dos usuários, o que posteriormente se mostrou efetivo na melhora da relação entre população e equipe.

Ao abordar a possibilidade de mudanças no padrão da agenda durante as consultas, houve negativas recorrências por parte dos usuários, pelo receio de que fossem reduzidos os números de atendimentos médicos. Então, foi realizado um convite aberto para toda população, onde ocorreu discussão dos modelos de forma compreensível, com exposição teórica em Power Point a todos os presentes, abertura para questionamentos de forma livre e pôr fim a votação para a inclusão ou não do acolhimento feito pela equipe, segundo as normas da PNAB e dos princípios de funcionamento do acesso avançado, com a possibilidade de redução do tempo estimado de espera entre o acolhimento e atendimento, demonstrando que a quantidade total de consultas não seria diminuída, formando os pilares de intervenção junto à população. As estratégias utilizadas se encontram resumidas nos quadros a seguir:

Quadro 1 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Desorganização de demanda espontânea”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família KM-14, em Sabará, Minas Gerais

Nó crítico 1	Falta de interesse por parte da equipe para mudar a rotina de trabalho.
Operação	Primeiro contato.
Projeto	Conscientizar os profissionais sobre a importância dos conceitos.
Resultados esperados	Demanda espontânea organizada, usuários e profissionais satisfeitos.
Produtos esperados	Reuniões com a ESF para explicação da proposta e importância do apoio de toda a equipe; discussão dos modelos de acesso.
Atores sociais/ responsabilidades	Médico, Enfermeira, técnica de enfermagem e agentes comunitárias de saúde (ACS).
Recursos necessários	Estrutural: para realizar as reuniões. Cognitivo: informação sobre o tema. Financeiro: para aquisição de materiais necessários para a reunião. Político: disponibilidade de horários para capacitação.
Recursos críticos	Político: disponibilidade de horários para capacitação; Financeiro: para aquisição de materiais necessários para a reunião.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria de Saúde/Fundo Nacional de Saúde/Prefeito Municipal Motivação: Indiferente/Favorável/Indiferente
Ação estratégica de motivação	Promover almoço no fim de semana com a equipe para apresentar as perspectivas de melhora na dinâmica de trabalho após a reestruturação do acesso. Apresentar Power Point e permitir discussão pelos participantes. Programar 4 novas reuniões a serem realizadas no horário de trabalho para debate.
Responsáveis:	Equipe multiprofissional da unidade de saúde
Cronograma / Prazo	Início em novembro/17 com termino previsto para janeiro/18.
Gestão, acompanhamento e avaliação	A gestão e acompanhamento serão realizados pelo Médico, ficando o Enfermeiro ciente do andamento das atividades, sendo o profissional elencado para dar continuidade à intervenção implementada.

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Desorganização de demanda espontânea”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Km-14, em Sabará, Minas Gerais

Nó crítico 2	Falta de horário disponível para capacitar a equipe.
Operação	Agenda cheia
Projeto	Capacitar profissional da saúde para otimizar o acesso.
Resultados esperados	Atendimento organizado; População mais satisfeita.
Produtos esperados	Adaptar o agendamento de consultas ao modelo proposto que pretende funcionar de acordo com a necessidade clínica em detrimento da ordem de chegada
Atores sociais/ responsabilidades	Médico e enfermeira e coordenador do centro de saúde.
Recursos necessários	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Estrutural: qualificação do profissional; ➤ Cognitivo: informação sobre o tema e sobre estratégias de comunicação; ➤ Financeiro: para aquisição de sala apropriada e materiais necessários; ➤ Político: contratação de profissional adequado.
Recursos críticos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Organizacional: qualificação do profissional; ➤ Político: contratação do profissional; ➤ Financeiro: para aquisição de sala apropriada e materiais necessários.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla Ator que planeja/Secretaria de Saúde Motivação: Favorável/Indiferente
Ação estratégica de motivação	Promover quatro reuniões para discutir com toda a equipe o novo modelo de agendamento em horários pré-estabelecidos para que não haja conflito com outras atividades da unidade. Oferecer coffe-break aos participantes.
Responsáveis:	Enfermeira/Coordenador d da unidade de saúde
Cronograma / Prazo	Início em novembro/17 com termino previsto para janeiro/18.
Gestão, acompanhamento e avaliação	A gestão e acompanhamento serão realizados pelo Médico, ficando o Enfermeiro ciente do andamento das atividades, sendo o profissional elencado para dar continuidade à intervenção implementada.

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Desorganização da demanda espontânea”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Km-14, em Sabará, Minas Gerais

Nó crítico 3	Pouco conhecimento da população.
Operação	Boas vindas
Projeto	Aumentar o nível de informação da população sobre modalidades de acesso.
Resultados esperados	População mais informada sobre a atenção básica e sobre os modelos de atendimento.
Produtos esperados	Campanhas educativas
Atores sociais/ responsabilidades	Médico, Enfermeira, técnica de enfermagem e ACSs.
Recursos necessários	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Estrutural: organização de campanhas educativas; ❖ Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas; ❖ Financeiro: para aquisição de folhetos educativos e recursos audiovisuais, por exemplo.
Recursos críticos	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Organizacional: organização de campanhas educativas; ❖ Financeiro: para aquisição de folhetos educativos e recursos audiovisuais, por exemplo;
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla Ator que planeja/Secretaria de Saúde/ Motivação: Favorável/Favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentar o projeto à população com exposição em Powerpoint e promover votação para escolha entre o novo e o atual modelo. Oferecer medidas de pressão arterial e glicemia capilar aos participantes.
Responsáveis:	Equipe multiprofissional da unidade de saúde
Cronograma / Prazo	Início em novembro/17 com termino previsto para janeiro/18.
Gestão, acompanhamento e avaliação	A gestão e acompanhamento serão realizados pelo Médico, ficando o Enfermeiro ciente do andamento das atividades, sendo o profissional elencado para dar continuidade à intervenção implementada.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O primeiro contato é uma das diretrizes da atenção primária e sua boa execução é fundamental para um funcionamento harmonioso do serviço de saúde. A organização da assistência surge como um desafio para a equipe e serão necessárias ações contando com a cooperação dos funcionários, usuários e gestores, o que tornará o trabalho mais eficiente e bem avaliado dentro das diretrizes do Sistema Único e da Atenção Básica.

Será necessária a realização de análises na UBS KM-14, para verificar a eficiência da organização da demanda espontânea utilizando-se a classificação de risco na APS, bem como a integração do acolhimento e o acesso avançado.

Torna-se importante avaliar os resultados do que se propõe, no sentido de readequar o modelo à otimização do atendimento da população, atingindo os objetivos da atenção primária, melhorando a satisfação da população e das equipes de trabalho.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, K.L.C.; FERREIRA, E.F. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompeu (MG): a satisfação do usuário. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 123-130, 2006.
- ARAKAWA, T. et al. Acessibilidade ao tratamento de tuberculose: avaliação de desempenho de serviços de saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 994-1002, 2011.
- BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde**. Brasília, [online], 2016a. Disponível em: <http://decs.bvs.br>. Acesso em: 9 de outubro de 2016
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **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) 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 8 de outubro de 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea/ Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à demanda espontânea na APS. **Cadernos de Atenção Básica, nº28, volume I**. Brasília, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, p.8, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento e Classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
- 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/registo/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: 9 de outubro de 2016.
- COUTINHO, A.A.P; CECÍLIO, L.C.O; MOTA, J. A.C. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triage de Manchester. **Revista Médica de Minas Gerais**. Belo Horizonte, 2012.
- CRONIN, J.G. The introduction of the Manchester triage scale to an emergency department in the Republic of Ireland. **Accident Emergence Nursing**. v.11, p121-125. 2003.
- FOURNIER, J.; HEALE, R.; RIETZE, L. "I can't wait": advance access decreases wait times in primary health care. **Healthcare. Quaternaly**, v. 15, n. 10, p. 64-68, 2012.

FRANCO, T.; BUENO, W.S; MERHY, E.E. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim**. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS (orgs.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hicitec; 2003. p.37-54.

GIL, A.C. Como delinear uma pesquisa bibliográfica. In: Gil AC. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas; 2006. p. 59-86.

IBGE. **Diretoria de pesquisas, coordenação de população e indicadores sociais**. 2016. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=3156700>>. Acesso em: 09 de outubro de 2016.

KNIGHT, A.; LEMBKE, T. Appointments: getting it right. **Aust. Fam. Physician**, v. 40, n.1-2, p. 20-23, 2011.

MACINKO,J. ; STARFIELD,B.; SHIL,L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries. **HSR: Health Services Research**, v.38, n.3, p. 831-865. 2003

MACKWAY-JONES K, MARSDEN J, WINDLE J. **EMERGENCY TRIAGE. Manchester Triage Group**. 2ª ed. Oxford: Blackwell; 2006. 178p.

MERHY, E.E; MAGALHÃES JR, H.M; RIMOLI, J.; FRANCO, T.B.; BUENO, W.S. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Editora Hucitec; 2003.

MOIMAZ, S. A. S et. al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.4, p.1419-1440, 2010.

MURRAY,M.;BERWICK,D. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. **EUA, Revista JAMA**, v.289, n.8, p: 1035-40, 2003.

REZENDE, A.C. et al. **Diagnóstico Situacional da Unidade Básica de Saúde Barreiro de Cima**. Belo Horizonte, Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

ROCHA, S. A; BOCCHI, S.C. M.; GODOY, M. F. Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.26, n 1, p.87-111, 2016.

SABARÁ (MG). **PREFEITURA**. 2015. Disponível em: <http://www.sabara.mg.gov.br/portal/index.php/20141203184815>. Acesso em: 08 de outubro de 2016.

SALISBURY, C. et al. Impact of Advanced Access on access, workload, and continuity: controlled before-and-after and simulated-patient study. **British Journal of General Practice** v. 57, n. 541, p.608-14, 2007.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2004.

STARFIELD, B. SHI, L. Policy Relevant Determinants of Health: An International Perspective. **Health Policy**, v.60, p. 201-218. 2002.

VIEIRA, L. M. et al. Accessibility to primary healthcare in the capital city of a northeastern state of Brazil: an evaluation of the results of a programme. **Journal Epidemiology Community Health**, v. 64, n. 12, p. 1100-1105, 2010.

WOLLMANN, A. et al. Novas possibilidades de organizar o Acesso e a Agenda na Atenção Primária à Saúde. S.d. **Cartilha da Prefeitura Municipal de Curitiba, Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, Departamento de Atenção Primária à Saúde, Coordenação do Acesso e Vínculo**. Disponível em <<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/carta-do-sus/cartilha-acesso-e-agenda-na-atencao-primaria.html>>. Acesso em 18 de outubro de 2016.