

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

LAILLA MARILIA SANTOS

**RELATO DO AMBIENTE DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA IRMÃ INEZ CARTA, COMUNIDADE NOSSA SENHORA
APARECIDA, MUNICÍPIO DE PAPAGAIOS, MINAS GERAIS**

Bom Despacho/MG

2013

LAILLA MARILIA SANTOS

**RELATO DO AMBIENTE DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA IRMÃ INEZ CARTA, COMUNIDADE NOSSA SENHORA
APARECIDA, MUNICÍPIO DE PAPAGAIOS, MINAS GERAIS**

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: Marlene A. Magalhães Monteiro

Bom Despacho/MG

2013

LAILLA MARILIA SANTOS

**RELATO DO AMBIENTE DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA IRMÃ INEZ CARTA, COMUNIDADE NOSSA SENHORA
APARECIDA, MUNICÍPIO DE PAPAGAIOS, MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Marlene A. Magalhães Monteiro

Banca Examinadora

Profa. Dra. Marlene A. Magalhães Monteiro - Orientadora

Profa. Dra. Roselane da Conceição Lomeo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 03/04/2014

RESUMO

INTRODUÇÃO: A comunidade Nossa Senhora Aparecida fica situada no município de Papagaios e é nessa localidade que se encontra a ESF Irmã Inez Carta, cenário de discussão do presente estudo. Um dos principais problemas vivenciados pela Equipe é a grande e diversificada demanda por atendimentos apresentada pela população. **JUSTIFICATIVA:** Tal investigação é relevante, pois a ESF tem dificuldade em elaborar sua agenda de trabalho de forma a disponibilizar as modalidades de atendimento que lhes são delegadas. **OBJETIVO:** Relatar como esta estruturado o trabalho na ESF e identificar quais são os aspectos relacionados à dificuldade da equipe em atender as demandas apresentadas pela população. **METODOLOGIA:** Revisão de literatura na qual as informações foram obtidas a partir de artigos científicos selecionados por busca no banco de dados do MEDLINE, LILACS e SCIELO após consulta às terminologias em saúde utilizadas como descritores na Biblioteca Virtual em saúde da *Bireme (DECS)*. Dezesesseis artigos que foram publicados nos últimos dez anos e fazem uma abordagem acerca do tema de interesse foram lidos na íntegra. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O atendimento da equipe é orientado pela lógica do acolhimento à demanda aguda e o trabalho se torna fragmentado. A organização das tarefas não é orientada para uma articulação entre as demandas espontânea e programada, podendo-se inferir que por meio de uma reestruturação da forma como é realizado o atendimento é que as equipes poderão trabalhar organizando o atendimento e oferecendo resolutividade as demandas dos usuários. **PALAVRAS CHAVES:** Demanda espontânea, Equipe de Saúde da Família, acolhimento, trabalho em equipe.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The object of discussion in the present study is the ESF "Irmã Inez Carta", located in the community of Nossa Senhora Aparecida in the Papagaios' municipality. One of the problems experienced by the team is the large and diverse demand for care presented by the population. **JUSTIFICATION:** The research is relevant because the ESF has difficulty in elaborating its work schedule in order to make arrangements for care delegated to them. **OBJECTIVE:** Perform diagnosis of working environment on ESF, including aspects related to the service and the main factors that influence it. **METHODOLOGY:** Literature review using scientific articles from the database of MEDLINE, LILACS and SCIELO after consulting the health terminologies used as descriptors in the Virtual Health Library Bireme (DECS). Sixteen articles were published in the last ten years and make an approach on the subject of interest and they were read in full. **FINAL CONSIDERATIONS:** The team is guided by the logic of acute demand reception and the work is fragmented. The Organization of tasks is not yet geared towards a relationship between spontaneous and scheduled demands, which may imply that it is through a restructuring of the way in which the service is carried out that the teams can work organizing the care and offering the efficacy demanded by users. **KEY WORDS:** Spontaneous demand, demand, the family health team, host, user access, teamwork.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 JUSTIFICATIVA	9
3 OBJETIVOS	11
4 REFERENCIAL TEÓRICO	12
4.1. Equipe de Saúde da Família.....	12
4.2. Demanda espontânea.....	14
4.3. Demanda programática.....	14
5 METODOLOGIA	16
5.1 DESENVOLVIMENTO	17
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
7 REFERÊNCIAS	25

1. INTRODUÇÃO

A comunidade Nossa Senhora Aparecida fica situada no município de Papagaios, região Central do Estado de Minas Gerais. Possui cerca de 3000 habitantes e trata-se de uma região em que habitam indivíduos das classes menos favorecidas da população. A área carece de serviços estruturantes como calçamento de vias, esgoto tratado, melhoria de condições sanitárias e habitação e também apresenta, segundo dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM, 2008) altos índices de homicídios, óbitos por autoextermínio e por outras causas externas. Acredita-se que os altos índices de violência na comunidade estejam relacionados ao tráfico e consumo de drogas, que são de grande prevalência na área (SINAN, 2010).

A comunidade se formou em razão do grande contingente de pessoas que migraram para a cidade em função da exploração de pedra ardósia. Com o declínio da extração e exportação desse mineral, o desemprego se tornou uma realidade muito presente na vida dessas pessoas, que sem capacitação profissional acabaram se inserindo em atividades das mais diversas, dentre elas, ações ilícitas como o tráfico, assaltos e outros.

No município a região é conhecida como uma área de alto risco, em que existe a demanda por serviços educacionais, de saúde, assistência social, dentre outros. Nesse contexto, a Equipe de Saúde da Família (ESF) intitulada de Irmã Inez Carta desenvolve um trabalho não apenas com relação à saúde/biologia das doenças, mas executa atividades em conjunto com a assistência social, oferecendo apoio às famílias.

Nos últimos anos, a administração municipal vem desenvolvendo um trabalho incessante na área e promoveu a construção e implantação da sede da própria ESF supracitada, de uma creche municipal, de uma escola infantil, de um balneário (área destinada ao desporto e lazer), além de asfaltamento e calçamento de parte das vias e construção de banheiros nas residências.

Há também na comunidade uma igreja da religião católica e quatro igrejas evangélicas, todas com pequena demanda de público.

A população tem um perfil mais boêmio, que é favorecido pelo grande número de bares na região. Não há na comunidade Organizações Não Governamentais (ONG'S) ou grupos e associações de bairros, nem ainda que de maneira incipiente.

2. JUSTIFICATIVA

Tal investigação é relevante, pois se entende que a lógica estrutural da Equipe de Saúde da Família, assim como a organização de seu processo de trabalho é capaz de reestruturar o modelo assistencial na Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, é preciso tornar a conjuntura técnico-política favorável a esse processo, o que conseqüentemente fortalecerá a prática do cuidado e a lógica de organização de unidades orientadas pelos princípios da Saúde da Família, levando a uma melhoria na qualidade da assistência e nos indicadores de saúde (FARIA; CAMPOS, 2012).

Além disso, percebe-se grande dificuldade das ESF's em elaborar sua agenda de trabalho da equipe multiprofissional de forma a disponibilizar a diversa gama de modalidades de atendimento que lhes são delegadas. Nesse contexto, o presente estudo propõe uma reflexão sobre o processo de trabalho diário na Atenção Básica, a fim de suscitar questionamentos e ponderações por parte dos profissionais com relação às tarefas que são por eles executadas (FARIA; CAMPOS, 2012).

Várias tentativas de melhorar a organização da demanda espontânea, no intuito de garantir atendimento no momento ou de forma programada a todos os cidadãos adstritos que buscarem atendimento na UBS, já foram realizadas pela ESF Irmã Inez Carta, mas ainda sem êxito.

Este contexto e a reflexão da vivência do serviço revelam obstáculos ao cumprimento dos ideais da Atenção Primária à Saúde e à promoção de um atendimento mais integral no âmbito da ESF demonstrando que somente a institucionalização de um programa de Saúde não garante a melhoria na qualidade da atenção e integralidade nas ações.

Dessa forma, pretende-se que os temas aqui abordados possam subsidiar discussões para minimizar os embates entre a população e a Equipe por atendimento médico que têm como consequência a desestruturação dos processos de trabalho.

Além disso, pode-se referir que impasses na conjuntura atual do Sistema Municipal de Saúde e nas relações entre os profissionais de saúde e a gestão municipal também têm dificultado conquistas de melhorias pela Estratégia de Saúde

da Família. Desse modo, almeja-se ainda que o presente estudo seja inspirador no desenvolvimento de novas rotinas e práticas profissionais a fim de promover de fato, melhorias no que concerne ao atendimento às demandas da população.

Este estudo poderá, ainda, atuar como princípio para a reorientação da prática profissional, na medida em que irá apontar possíveis melhorias para a organização da agenda de atividades assistenciais e preventivas e ainda programáticas e espontâneas, proporcionando dessa forma progressos no que diz respeito ao atendimento às necessidades de saúde dos usuários.

3. OBJETIVOS

Objetivo geral:

- Relatar como está organizado o trabalho no interior da ESF Irmã Inez Carta e identificar quais são as principais dificuldades da equipe em disponibilizar o atendimento com base nas demandas da população.

Objetivos específicos:

- Pontuar os fatores que interferem na organização do atendimento à demanda espontânea e programática;
- Observar a percepção dos profissionais da equipe com relação à condução dos atendimentos;
- Comparar a realidade da ESF Irmã Inez Carta com dados da literatura.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1. Equipe de Saúde da Família

O Ministério da Saúde assume, desde a Constituição de 1988, o compromisso de reestruturar o modelo de atenção no Brasil partindo de um referencial de saúde como direito de cidadania, pressupondo a organização de serviços cada vez mais resolutivos, integrais e humanizados. Nessa proposta, o poder público municipal fica investido da responsabilidade imediata de atendimento das necessidades e demandas de saúde de todos os seus munícipes, contando com a devida cooperação técnica e financeira da União e dos estados. Essa estratégia de descentralização objetiva facilitar o acesso dos indivíduos e possibilitar uma gerência de saúde mais adequada ao contexto da população atendida, oferecendo serviços de melhor qualidade. No âmbito dessas mudanças, várias políticas municipais têm se organizado a partir da Estratégia de Saúde da Família (ESF), proposta que se insere no nível da atenção básica e que persegue o objetivo final de promover a qualidade de vida e o bem estar individual e coletivo por meio de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (SOUZA;CARVALHO, 2003).

A ESF visa ao trabalho na lógica da Promoção da Saúde, almejando a integralidade da assistência ao usuário como sujeito integrado à família, ao domicílio e à comunidade. Entre outros aspectos, para o alcance deste trabalho, é necessária a vinculação dos profissionais e dos serviços com a comunidade, e a perspectiva de promoção de ações intersetoriais (BESEN, C.B. et al, 2007).

Segundo o Ministério da Saúde (MS) (2013) a Estratégia Saúde da Família (ESF) visa reorientar a atenção básica no País com base nos preceitos do Sistema Único de Saúde. Trata-se, nesse contexto, de uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica na medida em que favorece uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo efetividade. Um ponto importante para a consolidação da ESF é o estabelecimento de uma equipe multiprofissional (Equipe de Saúde da Família) composta por, no mínimo: um médico generalista, ou especialista em Saúde

da Família, ou médico de Família e Comunidade; um enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; um auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

As Equipes de Saúde da Família são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. Elas atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as Equipes de Saúde da Família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A Saúde da Família como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. A partir de sua implantação percebe-se uma busca maior de racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e dessa forma pode-se perceber resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas pelas equipes de saúde da família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O trabalho das equipes da Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação, troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde. Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de, no máximo, 4 mil habitantes, sendo a média recomendada de 3 mil habitantes de uma determinada área (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se: como principal acesso a saúde de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde pelas populações; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar

atividades de educação e promoção da saúde. E, ainda: por estabelecer vínculos de compromisso e de corresponsabilidade com a população; por estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde; por utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões; por atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade (Ministério da Saúde, 2013)

4.2. Demanda espontânea

De acordo com Gomes, Melo e Pinto (2005) a demanda espontânea é aquela que representa a procura dos indivíduos de uma comunidade, pela Unidade Básica de Saúde sem atendimento agendado, ou sem serem especialmente “convidados” pela busca ativa de condições consideradas alvos prioritários das ações de proteção à saúde.

Ela se constitui de uma necessidade momentânea do usuário. Pode ser uma informação, um agendamento de uma consulta, uma urgência e ou emergência. Para a organização do acesso da demanda espontânea nas Unidades Básicas, faz-se necessário a organização dos fluxos no acolhimento, além de preparo técnico por parte das equipes para um trabalho equânime, resolutivo, integral e longitudinal. (BRASIL, 2010).

Um dos desafios da organização da demanda espontânea é ampliar o acesso sem sobrecarregar as equipes, sem prejudicar a qualidade das ações, impedindo que os serviços de saúde se transformem em exclusivos produtores de procedimentos. Torna-se necessário superar a prática tradicional centrada na exclusividade da dimensão biológica de modo que se amplie a escuta e se valorize a interação entre profissionais de saúde e usuários (BRASIL, 2010).

4.3. Demanda programática

Segundo Friedrich e Pierantoni (2006) a demanda programática é aquela que se agenda previamente, ou seja, toda demanda gerada de uma ação prévia a

consulta, sendo um importante instrumento de ação quando se trata de um serviço que compõe a rede de Atenção Primária a Saúde pautada em ações preventivas.

Nesse contexto, a demanda programática pode e deve ser pautada em atributos como organização, garantia de atendimento e disponibilidade do serviço e ainda deve atuar de forma a atender as necessidades de maior prevalência na população adstrita (FRIEDRICH; PIERANTONI, 2006)

5. METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão bibliográfica em que se buscou descrever como é a rotina de trabalho na ESF Irmã Inez Carta e pontuar com base em dados literários quais são os principais fatores que interferem de maneira negativa na organização do trabalho no interior da ESF.

Para a revisão de literatura, as informações foram obtidas a partir de análise de artigos científicos selecionados por busca no banco de dados do *National Library of Medicine* (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na coleção *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) após consulta às terminologias em saúde utilizadas como descritores na Biblioteca Virtual em saúde (BVS) da *Bireme* (Decs). Os descritores utilizados foram: *demanda espontânea, Equipe de Saúde da Família, organização do atendimento, acolhimento e trabalho em equipe*.

Inicialmente foram obtidos 89 artigos. Após a leitura do título e o resumo de cada um deles foram incluídos no estudo, 16 trabalhos. Os critérios para inclusão foram publicações nos últimos dez anos (2003-2013), textos redigidos em língua portuguesa, abordagem acerca do atendimento em Unidades Básicas de Saúde, perfil de organização da demanda espontânea e programada e fatores que permeiam as dificuldades enfrentadas pelas equipes para organizar e garantir os diversos tipos de demandas que lhes são apresentadas pelos usuários.

5.1. DESENVOLVIMENTO

A Unidade de Saúde da comunidade Nossa Senhora Aparecida a ESF Irmã Inez Carta foi inaugurada há cinco anos e está situada à Rua Madre Clélia Merlone, avenida secundária, mas de fácil acesso a avenida principal do bairro e ainda às demais regiões da cidade. É uma Unidade construída para abrigar a uma Equipe de saúde e possui alvará sanitário de funcionamento.

O imóvel é novo e conta com grande parte dos Equipamentos necessários para atendimento e as salas determinadas na resolução que descreve a área física mínima de Unidades Básicas de Saúde (UBS) tipo I, ou seja, aquelas que se destinam a abrigar apenas uma ESF.

Apesar de possuir área física conforme determina a Vigilância Sanitária para abrigar UBS do tipo I, na unidade também são realizados os exames de Ultrassonografia da demanda do município, pois não há outro local apropriado para fazê-lo nas Unidades de Saúde. Este fato tumultua a recepção e a Unidade de uma maneira geral.

Outro problema vivenciado pela Equipe é a grande e diversificada demanda por atendimentos apresentada pela população, o que dificulta a execução e planejamento de algumas ações. Assim, a Unidade sempre está repleta de pacientes, com demanda espontânea elevada, às vezes impossibilitando que os profissionais executem as atividades conforme programado.

A inexistência de um veículo exclusivo para a equipe é também uma dificuldade enfrentada pelos profissionais. Atualmente as atividades devem ser programadas com base na disponibilidade de transporte em um ou dois dias da semana, sendo as segundas e terças feiras as datas elencadas para que o carro fique com a ESF Irmã Inez Carta.

Às vezes a Equipe também convive com a falta de alguns materiais, dentre eles medicamentos e insumos básicos como gaze, ataduras e vacinas, o que é temporário, mas que certamente causa transtornos e prejuízos aos atendimentos disponibilizados.

A referência para os demais níveis assistenciais é feita de maneira organizada e sem grandes problemas. Quando há necessidade de agendamento ambulatorial o serviço de Terapia Fora do Domicílio (TFD) o realiza e quando se

trata de encaminhamentos de urgência, há o serviço de atendimento municipal de plantão que funciona por 24hs.

A contrarreferência fica a cargo dos serviços pactuados em Programação Pactuada Integrada - PPI para desenvolverem as ações que o município não executa e infelizmente esse serviço ainda não está estruturado de forma satisfatória. Há nesse fluxo de idas e vindas dos pacientes, diversas informações que são perdidas, o que dificulta a continuidade do acompanhamento e conseqüentemente da assistência prestada.

Com relação aos serviços de apoio diagnóstico, no município há serviços de laboratório, Raio X e Ultrassonografia. Todos em quantidade suficiente para as demandas da população. Para realização dos demais exames, os pacientes são referenciados mediante TFD.

A interação entre a ESF e o serviço de Urgência realizado no Centro de Saúde Municipal é satisfatória, na medida em que os Protocolos dos Procedimentos Operacionais Padrão, os 'POP', direcionam as ações e elas são realizadas de forma intersetorial, o que promove o auxílio mútuo entre as equipes de ambos os serviços.

A equipe da ESF Irmã Inez Carta enfrenta diversos problemas no desenvolvimento de suas ações. Dentre eles pode-se citar como sendo problemas relacionados ao perfil da população e as condições do ambiente em que vive; a violência, o desemprego, o tráfico de drogas, a pobreza e os baixos níveis de escolaridade. Todas essas características tornam a população assistida na área da ESF de maior risco, conforme determina o Plano Diretor de Classificação de Risco da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, e, portanto também de maior necessidade de assistência por parte da Equipe (PDAPS, 2008).

Os profissionais de saúde trabalham de forma a organizar os serviços oferecidos no intuito de atender as exigências e necessidades pressupostas pelos programas do Ministério da Saúde, mas também com o interesse de se adequar para atender as peculiaridades da população (SINAN, 2010).

Sabe-se que as equipes devem atender tanto a demanda espontânea quanto programática e realizar ações de prevenção, promoção e assistência por meio de um atendimento humanizado, com a criação de vínculo entre profissionais e usuários e com responsabilização da equipe pela área adstrita. E é diante de tais necessidades que existe dificuldade dos profissionais da ESF Irmã Inez Carta no

atendimento à demanda espontânea e na articulação entre demanda espontânea e demanda programática (FARIA; CAMPOS, 2012).

A organização do processo de trabalho da equipe supracitada no atendimento à demanda espontânea e programática é caracterizada por uma separação entre ações assistenciais-curativas e ações promocionais e preventivas. Enquanto as ações assistenciais, em grande parte são realizadas no turno da manhã através do agendamento da demanda livre, ou seja, espontânea, as atividades de cunho preventivo-promocionais, ou seja, demanda programática, são realizadas no turno da tarde com agendamento prévio e captação de usuários, principalmente por meio da busca ativa pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (FARIA; CAMPOS, 2012).

O agendamento da demanda espontânea é feito pela ordem de chegada às filas com limite de 08 consultas para atendimento com o médico por dia. Esta lógica de organização da porta de entrada muitas vezes gera restrição do acesso ao atendimento no âmbito da ESF, levando os usuários a se direcionarem para o serviço de pronto atendimento, em busca de respostas para suas necessidades de saúde.

Um obstáculo prevalente na organização do atendimento da equipe é a falta do profissional médico, situação essa que pode ocorrer tanto na forma de ausência diária com atrasos e faltas ao trabalho, quanto na modalidade de ausência real que é o que ocorre quando a equipe não conta um profissional dessa categoria dentre os seus membros. Essa ausência do profissional médico também dificulta a organização do trabalho na medida em que os usuários continuam a retornar a Unidade Básica de Saúde até obterem atendimento médico, apontando que o serviço disponibilizado na área ainda é pautado no atendimento médico centrado.

Há também o problema das áreas descobertas de ESF que buscam atendimento nas Unidades de Saúde do Município e dessa forma também sobrecarregam as equipes. Por causa dessas áreas descobertas, uma das consequências é a quebra da adscrição, uma constante na realidade das Unidades de Atenção Primária a Saúde (APS), e outra, é que se cria 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 Atenção Primária a Saúde (APS) (FARIA; CAMPOS, 2012).

Os profissionais de saúde percebem a demanda espontânea como excessiva e um peso na rotina de trabalho. Para eles, os usuários querem apenas consulta médica e não entendem qual a proposta da ESF.

Segundo Faria e Campos (2012) os usuários não reconhecem o trabalho dos profissionais não médicos e as várias outras ações que são ofertadas por eles, que incluem vacinação, curativos, consultas de enfermagem, coleta de material para exames de laboratório, marcação de consultas, distribuição de medicação, grupos educativos, encaminhamentos para outros níveis, dentre outros. Contudo apesar de os profissionais acreditarem que a comunidade não compreende a proposta da ESF, não faz parte da rotina de trabalho esclarecer aos usuários sobre o funcionamento da UAPS e sobre a ESF.

A percepção de sobrecarga devido à demanda excessiva pode ser influenciada pela desestruturação das equipes, que em sua maior parte se encontram incompletas. Outro fator que pode contribuir para tal sobrecarga é a dificuldade das equipes em organizar seus processos de trabalho por meio do planejamento das atividades, lógica de organização esperada para as equipes de Saúde da Família.

Percebe-se que o que ocorre entre os profissionais é uma divisão interna do trabalho em que os médicos são direcionados para a Demanda Espontânea e os enfermeiros para a Demanda Programada (PIMENTEL et al., 2011). Como consequência dessa divisão interna do trabalho, se ocorrer falta de enfermeiros nas equipes, não há oferta de grupos educativos, levando a uma descontinuidade da assistência aos portadores de condições crônicas. Além disso, muitos profissionais que integram as equipes não têm formação específica e nem foram capacitados para o trabalho na Saúde da Família, o que dificulta o planejamento e a execução adequada das ações específicas. As atividades de gerência das Unidades de Atenção Primária a Saúde ficam também prejudicadas devido a não capacitação de quem assume tal função. Acrescenta-se ainda a falta de pessoal, como auxiliar administrativo e auxiliar de farmácia, cujas funções passam a ser assumidas pelos enfermeiros e técnicos em enfermagem (PIMENTEL et al., 2011).

Além disso, há problemas de relacionamento, dificuldade de diálogo, falta de reuniões e de planejamento conjunto das ações entre os profissionais, que são outros fatores que têm dificultado as equipes assumirem uma proposta de acolhimento que seja de responsabilidade de todos. Destaca-se também que há

uma limitação da capacidade de escuta das necessidades dos usuários por parte de muitos profissionais, que não reconhecem as demandas mais subjetivas, não orgânicas, como uma demanda legítima aos serviços de saúde. Alguns profissionais, quando não conseguem identificar causas orgânicas para as queixas dos usuários, tendem a desqualificá-las.

A dificuldade dos profissionais em acolher as queixas subjetivas demonstra que ainda persiste, na dinâmica do atendimento aos usuários, uma concepção de saúde amparada no binômio “saúde-doença”. Esta dificuldade pode estar associada ao processo de formação, uma vez que os currículos da área de saúde, apesar das mudanças em curso, estão ainda fortemente centralizados no aspecto biológico do adoecimento e tem como principal local de ensino o hospital. Assim, os profissionais não são preparados para abordar os indivíduos nas suas comunidades e para compreender outras demandas que resultam do contexto de vida, não externadas como queixas orgânicas (FARIA; CAMPOS, 2012).

Para Faria e Campos (2012) a visão da saúde como ausência de doença tende a sustentar modelos de atenção voltados para práticas curativas e que focalizam somente o aspecto biológico do adoecimento. Isso pode comprometer o projeto da ESF de realizar uma abordagem mais ampliada da saúde e seus condicionantes e limitar a sua capacidade de reestruturação do modelo assistencial. Os profissionais de saúde sofrem uma forte pressão da população pelo atendimento do médico, principalmente para a prescrição de medicações de uso contínuo e as pessoas que buscam este tipo de atendimento são as portadoras de condições crônicas, fato intensificado devido a baixa adesão dos usuários nos grupos educativos, nos quais, além das atividades de prevenção, há também atividades de promoção de saúde como as caminhadas, acompanhamento de idosos, de gestantes, de adolescentes e espaços de lazer organizados pelas equipes. Quando estes grupos funcionam adequadamente e a população a que se destinam comparece, há uma conseqüente diminuição na demanda.

Outro fator que pode estar associado ao excesso de atendimentos é a dificuldade dos profissionais em abordar de forma resolutiva as condições mais prevalentes na atenção primária, já que muitos dos que integram hoje as equipes não tiveram durante o processo de formação, seja na graduação ou pós-graduação, o enfoque específico para atuar neste nível de atendimento. A baixa resolutividade da assistência, a desinformação da população sobre o modelo de atendimento na

ESF e a grande rotatividade de profissionais comprometem o vínculo entre a equipe e a população a qual passa a valorizar mais o atendimento dos especialistas. Verifica-se também que quando há um melhor desempenho da Saúde da Família junto às comunidades, há também uma maior adesão dos usuários ao trabalho proposto, o que diminuiu a procura por encaminhamentos e a busca repetitiva por atendimentos. A conjuntura atual de equipes incompletas e de alta rotatividade de profissionais fragiliza os vínculos de confiança com os usuários (FARIA; CAMPOS, 2012).

Os obstáculos ao atendimento descritos anteriormente dificultam a efetivação da universalização do acesso e a garantia de acessibilidade proposta pela instituição do Sistema Único de Saúde e entendidas como aspectos dos serviços de saúde que possibilitam a atenção ao primeiro contato (FARIA; CAMPOS, 2012)

Uma estruturação burocrática no primeiro nível de assistência a saúde 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. Isso reforça um modelo de atendimento que se baseia na resolução somente das queixas sem promover vínculos e se responsabilizar efetivamente pelo usuário, conforme enfatizam Pimentel e colaboradores (2011).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou verificar como ocorre o atendimento à Demanda Espontânea (DE) e a Demanda programada (DP) para compreender a lógica de organização do trabalho das equipes, identificar os fatores implicados nessa lógica de atendimento e compreender visões que regem a prática dos profissionais. Compreende-se que a estas questões associam-se grandes desafios na busca da reestruturação do modelo assistencial orientado pela ESF, experiência brasileira de APS.

Foi possível compreender que o atendimento à demanda espontânea é orientado pela lógica do atendimento à demanda aguda, o qual é centrado no atendimento médico e direcionado para resolução de queixas orgânicas. O processo de trabalho das equipes é fragmentado e as ações dos profissionais são compartimentadas, resultado provavelmente do processo de formação desses indivíduos. Assim, a organização do processo de trabalho das equipes ainda não é orientado para uma articulação entre DE e DP, eixo ordenador do processo de trabalho e planejamento em uma Unidade de Saúde da Família.

Cabe ressaltar a necessidade de capacitação dos profissionais no sentido de ampliar o limite de uma visão biologicista do processo saúde - adoecimento para a apropriação de um conceito mais ampliado de saúde, que irá refletir no desenvolvimento de novos raciocínios clínicos. Associa-se a tal fato o contexto atual de transição epidemiológica e envelhecimento populacional, em que emerge a necessidade de organizar a atenção às populações com ênfase nas ações voltadas para os portadores de condições crônicas, de manejo mais previsível do que os eventos agudos. Dessa forma, espera-se que a abordagem adequada dessas condições possa intervir na demanda de eventos agudos que chegam à demanda espontânea.

Pode-se inferir também que para organizar os atendimentos da ESF no intuito de atender as expectativas da população é necessário além de capacitação dos profissionais, a execução de fato do trabalho em equipe, com compromisso de todos os membros em executar as ações que lhes são delegadas. Sabe-se que é inerente às ESF a grande demanda de atendimentos que lhes são solicitados, tanto da população que lhes é adstrita, quanto da população descoberta de ESF, mas o que se deve fazer é promover formas de trabalho grupal, abarcando um contingente

maior de pessoas em um só momento e oferecer atendimento resolutivo, a fim de evitar que o usuário retorne por mais inúmeras vezes a Unidade.

O vínculo e confiança da população com a Equipe também são de suma importância, uma vez que a adesão dos usuários está de forma intrínseca ligada a percepção que os mesmos têm da qualidade, humanidade e segurança do trabalho executado pela Equipe.

Com base no exposto pode-se inferir que por meio de uma reestruturação da forma como é realizado o atendimento e ainda com base na capacitação dos profissionais é que as Equipes poderão trabalhar na tentativa de organizar o atendimento e oferecer de fato resolutividade as demandas dos usuários, proporcionando dessa maneira uma assistência de qualidade às populações mais pobres e vulneráveis, contribuindo assim para a redução das iniquidades na assistência à saúde.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARALDI, D.C.;SOUTO, B.G.A. A demanda do Acolhimento em Unidade de Saúde da Família em São Carlos, São Paulo. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v.36, n.1, p. 10-17, 2011.

BESEN, C.B. et al. A estratégia Saúde da Família como objeto de educação em Saúde. **Saúde e Sociedade**, v.16, n.1, p.57-68, jan-abr 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção a demanda espontânea na APS. **Cadernos de Atenção Primária 28**. Brasília : Ministério da Saúde , 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 56 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I)

CARVALHO, S.R.; CAMPOS, G.W.S. Modelos de atenção a saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v 16, n 2, p.507-515, 2000.

FARIA, R.C.; CAMPOS, E.M.S. Demanda espontânea na Estratégia de Saúde da Família: Uma análise dos fatores que influenciam e os desafios na reorientação do modelo assistencial do SUS. **Revista APS**, v.15, n.2, p.148-157, 2012.

FRIEDRICH, D.B. C; PIERANTONI, C.R. O trabalho das equipes de Saúde da Família: Um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político ideológico e econômica em Juiz de Fora. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, V. 16, n.1, 2006. P. 83-97.

GOMES, L.B.;MELO,E.A.;PINTO, H.A. **Análise das modelagens do acolhimento em Aracajú – SE** . (MIMEO), 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estratégia de Saúde da Família**. Disponível em: http://www.dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php>>. Acesso em: 22 de nov. 2013.

PDAPS. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária a Saúde: Redes de Atenção à Saúde**. Conteúdo: Oficina 3 – Diagnóstico local./Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais – Belo Horizonte : ESPMG, 2008.

PIMENTEL et al. Caracterização da demanda em uma Unidade de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina Familiar Comunidade**, Florianópolis, v.6, n.20, p.175-81, 2011.

SANTANA, M.L. Demanda espontânea e planejamento estratégico Situacional no Programa Saúde da Família de Pindamonhangaba. **Revista Brasileira de Medicina Familiar Comunidade**, Florianópolis, v.6, n.19, p.133-41, 2011.

SIM. **Sistema de informação sobre mortalidade**. Disponível em: [http://<www.sim.saude.gov.br>](http://www.sim.saude.gov.br). Acesso em: 15 de jul. 2013.

SINAN. **Sistema de informação de agravos de notificação**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sinan>. Acesso em: 15 jul. 2013.

SOUZA, E.C.F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, Supl. 1, p.100-110, 2008.

SOUZA, R.A.;CARVALHO,A.M. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da psicologia. **Estudos de Psicologia**, 2003, 8(3), 515-523.