

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

MAÍSA VIEIRA DA SILVA MALTA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NO ACOLHIMENTO DA DEMANDA
ESPONTÂNEA NO CENTRO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE
MONTEIROPOLIS - ALAGOAS**

MACEIÓ - ALAGOAS

2017

MAÍSA VIEIRA DA SILVA MALTA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NO ACOLHIMENTO DA DEMANDA
ESPONTÂNEA NO CENTRO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE
MONTEIROPOLIS - ALAGOAS**

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

Orientadora: Profa. Maria Dolôres Soares Madureira

MACEIÓ - ALAGOAS

2017

MAÍSA VIEIRA DA SILVA MALTA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NO ACOLHIMENTO DA DEMANDA
ESPONTÂNEA NO CENTRO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE
MONTEIROPOLIS - ALAGOAS**

Banca Examinadora

Profa. Profa. Maria Dolôres Soares Madureira - orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araujo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 17/08/2017

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a toda a equipe do Centro de Saúde de Monteiropolis e, principalmente, aos meus pacientes, que iluminam meus dias com suas pequenas e genuínas demonstrações de carinho e são os principais motivadores para a concretização deste trabalho.

À minha família, por todo amor e apoio incondicional, e ao meu namorado, Victor, pela paciência e parceria durante as viagens semanais ao interior.

À minha orientadora, Profa. Maria Dolôres Soares Madureira, que se dedicou cuidadosamente e trouxe inúmeras contribuições para a conclusão deste trabalho.

*"I believe everything we dream can come to pass through our
union
We can turn the world around
We can turn the earth's revolution
We have the power"*

Patti Smith – People Have The Power

RESUMO

A Atenção Primária tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Através da construção do diagnóstico situacional realizado no Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família o problema identificado como prioritário foi o elevado número de atendimentos de demanda espontânea e a necessidade da implementação de um processo mais efetivo de acolhimento e classificação de risco dentro da unidade de saúde. Assim, o objetivo deste trabalho foi elaborar um plano de intervenção para organizar o atendimento à demanda espontânea do Centro de Saúde do município de Monteirópolis em Alagoas. Procedeu-se à revisão bibliográfica nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online*, Biblioteca Virtual em Saúde e em manuais do Ministério da Saúde. Posteriormente, de acordo com os passos do Planejamento Estratégico Situacional, elaborou-se o projeto de intervenção, tendo como principais “nós críticos”: dificuldade de aceitação da população ao modelo preventivo de atenção à saúde; educação da população quanto ao agendamento das consultas de demandas não urgentes; ausência de escuta capacitada por parte da equipe de saúde para organização adequada das demandas; orientação ineficaz da demanda espontânea.

Palavras-chave: Atenção Básica. Demanda Espontânea. Acolhimento.

ABSTRACT

Primary Care has Family Health as a priority strategy for its organization, in accordance with the provisions of the Unified Health System in Brazil. Through the situation analysis conducted in the Specialization Course in the Family Health Strategy the problem identified as a priority was the high number of requests for spontaneous demand and the need to implement a more effective process of reception and classification of risk within the health unit. Thus, the objective of this work was to elaborate an intervention plan to organize the attendance to the spontaneous demand of the Health Center of the city of Monteirópolis in Alagoas. A bibliographic review was carried out in the *Scientific Electronic Library Online*, Virtual Health Library and the Ministry of Health manuals. Subsequently, according to the steps of the Situational Strategic Planning, the intervention project was elaborated, having as main "critical nodes": difficulty of acceptance of the population to the preventive model of health care; education of the population regarding the scheduling of consultations of non-urgent demands; lack of qualified listening on the part of the health team for adequate organization of the demands; ineffective guidance of spontaneous demand.

Keywords: Basic Attention. Spontaneous Demand. Reception.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAF	Central de Abastecimento Farmacêutico
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Equipe Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Breves informações sobre o município de Monteirópolis	10
1.2 O Sistema Municipal de Saúde	10
1.3 Unidade Básica de Saúde Centro de Saúde de Monteirópolis, seu território e sua população	11
1.4 Problemas de saúde no território	14
2 JUSTIFICATIVA	15
3 OBJETIVOS	16
3.1 Objetivo geral	16
3.2 Objetivos específicos	16
4 METODOLOGIA	17
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	18
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO	22
6.1 Definição dos problemas	22
6.2 Priorização dos problemas	22
6.3 Descrição do problema selecionado	24
6.4 Explicação do problema	24
6.5 Nós Críticos do problema	25
6.6 Desenho das operações	25
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	31
APÊNDICE A	33

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município de Monteirópolis

Monteirópolis é uma cidade com 7.251 habitantes, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística para o ano de 2016. Com uma área territorial de 86km² e situado a aproximadamente 202km de Maceió e localiza-se no sertão de Alagoas. O município faz divisa ao norte com Olho d'Água das Flores, ao sul com Pão de Açúcar, Palestina e Jacaré dos Homens, a leste com Jacaré dos Homens e Olho d'Água das Flores e a oeste com São José da Tapera. O principal produto agrícola produzido por Monteirópolis é o milho (em grão). O município ainda produz feijão, mandioca e algodão herbáceo. Monteirópolis faz parte da bacia leiteira de Alagoas e é um dos 17 municípios que pasteurizam praticamente todo o leite que abastece o estado (IBGE, 2016).

No que se diz respeito à saúde, Monteirópolis conta apenas com três Unidades Básicas de Saúde (UBS), cada uma com uma equipe de Saúde da Família, sendo uma no centro urbano (ESF I - Centro de Saúde de Monteirópolis) e duas na zona rural (Posto de Saúde do Agreste e Posto de Saúde Lagoa da Arara). Atualmente os médicos responsáveis pelas unidades da zona rural não estão trabalhando todos os dias da semana, o que leva os pacientes da zona rural a buscarem atendimento médico na ESF I. Este comportamento acaba superlotando a unidade e dificultando a organização dos atendimentos.

Quase toda a população da área adscrita (98,6%) tem no Sistema Único de Saúde (SUS) o único meio de acesso aos serviços de saúde (IBGE, 2016), atestando, dessa forma, a necessidade de serviços públicos de qualidade. Não há serviço de urgência e emergência ou acolhimento hospitalar.

1.2 O Sistema Municipal de Saúde

Rede de serviços

- Atenção Primária: Unidades de Saúde da Família (USF).

- Atenção Especializada: um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Apoio de especialistas que fazem consultas semanais ou quinzenais no espaço físico da USF (ginecologista, cardiologista, psiquiatra, pediatra e cirurgião geral).
- Atenção de Urgência, de Emergência e Atenção Hospitalar: Não há. Se necessitarem de atendimento de urgência, emergência e ou internação os pacientes são encaminhados para cidade circunvizinha.
- Assistência Farmacêutica: uma Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF).
- Vigilância da Saúde: Centro de vigilância à saúde.
- Relação dos pontos de atenção: observam-se, predominantemente, relações horizontais entre os pontos de atenção: a unidade de saúde da família atua como ordenadora e coordenadora dos fluxos e contra fluxos do cuidado.
- Relação com outros municípios: A relação com outros municípios, sobretudo com as cidades circunvizinha, dá-se entre a atenção primária e serviços de urgência e emergência. Pacientes também são encaminhados para realização de exames laboratoriais e de imagem e consultas por especialistas - aqueles não disponíveis no município.
- Consórcio de saúde: ausente.
- Modelo de atenção: predominantemente sanitarista.

1.3 Unidade Básica de Saúde, Centro de Saúde de Monteirópolis, seu território e sua população

A área coberta pelo Centro de Saúde de Monteirópolis se estende por toda zona urbana do município, abrangendo uma média de 2.957 habitantes (851 famílias), com apenas uma equipe de saúde da família. A população vive quase que exclusivamente da agricultura e agropecuária ou em postos de trabalho vinculados à gestão municipal. Há uma grande rotatividade de profissionais de acordo com a mudança de líderes políticos a cada eleição, principalmente na área de saúde.

A Unidade conta com duas salas de espera; um arquivo, em que ficam organizados todos os prontuários, inclusive os da zona rural; uma sala de triagem onde é realizada a pré-consulta e registradas as medidas antropométricas; uma sala de observação com três leitos; uma sala para coleta de exames laboratoriais; uma sala de imunização; uma sala para curativos e procedimentos de enfermagem, dois consultórios médicos; um consultório de enfermagem e dois consultórios odontológicos, atualmente desativados; uma sala para esterilização contendo uma autoclave e uma estufa; uma copa, além de instalações sanitárias independentes para usuários e funcionários.

A Unidade possui muita deficiência em relação a recursos para o trabalho, com ausência de instrumental cirúrgico para pequenas cirurgias e procedimentos, luvas de procedimento e material para ressuscitação cardiopulmonar. Há ainda a falta de medicações básicas.

Com a dificuldade de obtenção de postos de trabalho, grande parte da população jovem acaba buscando emprego em outros municípios ou mesmo estados vizinhos. Há ainda um grande número de analfabetos e crianças fora da escola, e boa parte dos estudantes não chega a concluir o ensino médio.

No quesito saúde, boa parte da população ainda busca atendimento através do regime de demanda espontânea com base na medicina curativa, e tem muita resistência em comparecer às consultas marcadas, principalmente no caso dos hipertensos e diabéticos.

Funcionamento da Unidade de Saúde

A Unidade de Saúde funciona diariamente 24h. Como não há nenhum outro centro de saúde no município, exceto mais duas unidades de Saúde de Família na zona rural, a Unidade fica sempre aberta, com um vigilante e um motorista para transportar os casos de urgência para os municípios circunvizinhos. Os atendimentos ocorrem de acordo com o cronograma da médica e da enfermeira, com turnos destinados à demanda espontânea, cuidado continuado e atendimento de urgência, porém 90% dos atendimentos se destinam à demanda espontânea.

Como os médicos das unidades da zona rural não atendem todos os dias em suas unidades (apenas cerca de 1 a 2 vezes por semana), muitos pacientes da zona rural acabam buscando atendimento médico na ESF I. Dessa forma a unidade de saúde está sempre cheia e frequentemente há tensões e desentendimentos entre a equipe e os pacientes.

Recentemente alguns especialistas foram contratados pela prefeitura para realizar atendimentos de especialidade na unidade, tais como ginecologista e psiquiatra. Esses profissionais atendem apenas um horário durante a semana.

A Equipe de Saúde da Família

A Equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde de Monteirópolis é formada por oito agentes comunitários de saúde (ACS), cujo tempo na função varia de dois meses a 15 anos; uma técnica de enfermagem; uma enfermeira que assumiu o cargo em janeiro deste ano e uma médica do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) que atua no município de Monteirópolis há pouco mais de 6 meses.

O trabalho da Equipe de Saúde da Família na Unidade Básica de Saúde de Monteirópolis é basicamente voltado para o atendimento da demanda espontânea. O atendimento de programas é escasso devido à baixa adesão por parte da população adscrita. O maior número de consultas agendadas é voltado para o atendimento de hipertensos e diabéticos. Há poucas gestantes na área e, embora haja um dia para atendimentos de puericultura, as mães só costumam trazer as crianças que estão doentes para atendimentos de demanda espontânea.

Ações de promoção e prevenção em saúde são esporádicas, devido à baixa adesão populacional e o enfoque cultural na medicina curativa. Recentemente o município tem tentado implantar uma equipe do NASF. Apenas duas reuniões foram realizadas, porém está sendo programada uma ação de promoção voltada para saúde da mulher, em comemoração ao Dia Internacional da Mulher.

Uma vez no mês os profissionais reúnem-se para entregar as respectivas produções e discutir os casos mais importantes e as dificuldades encontradas.

1.4 Problemas de saúde do território

- Da comunidade em geral (o contexto): enfoque na “medicina curativa”, com grande número de atendimentos voltados à demanda espontânea; elevados índices de desemprego.
- Do sistema local de saúde: falta de recursos/insumos básicos.
- Problemas de saúde prevalentes: hipertensão e diabetes; alcoolismo e uso de benzodiazepínicos; gravidez na adolescência.
- Saneamento: ausência de saneamento básico.
- Educação: elevados índices de analfabetismo.
- Trabalho da equipe: déficit de ações de promoção e prevenção em saúde; ausência de educação continuada/ avaliação do processo de trabalho.

O problema priorizado para o projeto de intervenção foi: Enfoque na medicina curativa, com grande número de atendimentos voltados à demanda espontânea.

2 JUSTIFICATIVA

O elevado número de atendimentos de demanda espontânea na Unidade Básica de Saúde de Monteirópolis apresenta-se como um de seus problemas prioritários, pela falta de organização do fluxo de atenção e pela ausência de um acolhimento adequado das demandas por parte da equipe de saúde.

Neste sentido, a educação da população quanto ao agendamento de consultas, capacitação da equipe para acolhimento das demandas e orientação adequada das demandas espontâneas através da avaliação e classificação de risco configuram-se como medidas simples, baratas e eficazes no contexto do funcionamento da unidade, podendo implicar positivamente na vida e saúde dos pacientes e funcionários.

Torna-se importante, portanto compreender o motivo que leva a população buscar o atendimento em demanda espontânea. A investigação desses motivos “torna-se um instrumento para o planejamento de ações e organização do processo de trabalho da unidade, pois acaba por refletir as necessidades em saúde através da perspectiva dos usuários” (NASCIMENTO; DUQUE, 2016).

3 OBJETIVOS

Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção para melhoria do acolhimento à demanda espontânea na unidade de Saúde do município de Monteirópolis - Alagoas.

Objetivos específicos

Instituir a realização de capacitações regulares para os profissionais da unidade de saúde com foco na organização do processo de trabalho.

Avaliar o processo de acolhimento e de atendimento à demanda espontânea.

Estruturar um sistema de avaliação e classificação do paciente logo na sua chegada à unidade, promovendo aumento da resolutividade e humanização do atendimento.

Organizar um novo padrão de fluxo dos usuários dentro da Unidade Básica de Saúde.

Promover ampla informação sobre o serviço aos usuários.

4 METODOLOGIA

Inicialmente, realizou-se um diagnóstico situacional da área de abrangência, a partir de reuniões semanais entre a ESF, nas quais a “Pressão por atendimentos de demanda espontânea” foi apontada como problema prioritário.

Procedeu-se, em seguida, à revisão bibliográfica nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e em manuais do Ministério da Saúde com os seguintes descritores: Atenção Básica, Demanda Espontânea e Acolhimento.

Posteriormente, elaborou-se o projeto de intervenção, propriamente dito, onde foram levantados os “nós críticos” do problema, desenho das operações, identificação de recursos críticos e análise de viabilidade do plano operativo e os demais passos do Planejamento Estratégico Situacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Segundo o Ministério da Saúde, a Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde (individual e coletiva) que abrange a promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver atenção integral na saúde e na autonomia das pessoas (BRASIL, 2011).

Ainda segundo o texto do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) podemos inferir que a Atenção Básica deve se utilizar tecnologias de cuidado complexas (ou seja, que envolvem muito conhecimento) e variadas. Estas tecnologias devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde, observando, para tal, critérios de risco, vulnerabilidade e resiliência.

Neste sentido, o acolhimento como dispositivo tecno-assistencial permite refletir e mudar os “modos de operar a assistência, pois questiona as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acesso aos serviços” (BRASIL, 2010a, p.25).

Segundo o Ministério da Saúde:

Avaliar riscos e vulnerabilidade implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, pois muitas vezes o usuário que chega andando, sem sinais visíveis de problemas físicos, mas muito angustiado, pode estar mais necessitado de atendimento com maior grau de risco e vulnerabilidade (BRASIL, 2010a, p. 25).

Ele deve ser entendido “como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão” (BRASIL, 2010a, p.6).

No texto da Política Nacional de Humanização, o Ministério da Saúde inclui entre as definições de humanização no SUS a “proposta de um trabalho coletivo para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil, e mais resolutivo” e o “compromisso com a

qualificação da ambiência, melhorando as condições de trabalho e de atendimento” (BRASIL, 2010b, p.19).

O acolhimento, portanto, não se trata de “um espaço ou um local, mas uma postura ética” que “não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo”; implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções. Ele se diferencia de triagem, uma vez que “não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde” (BRASIL, 2010a, p.19).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010b), a implementação das ações na atenção básica deve pautar-se, na organização do acolhimento, promovendo o acesso das pessoas à atenção básica e aos demais níveis do sistema de saúde; na definição das responsabilidades da equipe com a população referida; na organização do processo do trabalho; na escuta qualificada para usuários; na educação permanente em saúde; na valorização dos trabalhadores da saúde, e na definição e avaliação das metas.

Organizar-se a partir do acolhimento dos usuários exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população, pois são todas as ofertas que devem estar à disposição para serem agenciadas, quando necessário, na realização da escuta qualificada da demanda (BRASIL, 2013, p. 22).

Ao contrário do que seria esperado pelos usuários, o acolhimento não tem como função atrasar o atendimento de suas queixas, mas se trata de uma forma de inclusão do mesmo no sistema de saúde. Por meio da organização do processo de trabalho e do direcionamento dos pacientes portadores de agravos crônicos para as atividades programadas da equipe, por exemplo, podemos encontrar uma maior disponibilidade para os atendimentos de demanda espontânea.

Takemoto e Silva (2007, p. 332) reforçam esta ideia quando mencionam que:

O acolhimento-diálogo pode oferecer ao usuário maior possibilidade de trânsito pela rede e ocorre em todos os encontros assistenciais durante a passagem do usuário pelo serviço porque se trata efetivamente da contínua investigação/ elaboração/ negociação das necessidades de saúde que podem vir a ser satisfeitas pelo serviço,

processo que não deve deixar nunca de acontecer, tendo em vista que as necessidades não são imediatamente transparentes.

Além do acolhimento, outra estratégia utilizada para orientar o tipo de intervenção necessária é a estratificação de risco e vulnerabilidades, visando agilidade no atendimento da demanda espontânea e ajudando na organização do fluxo de atendimentos.

Na Atenção Básica, a análise (avaliação) e a ordenação (classificação) da necessidade de atendimento, distanciam-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos (BRASIL, 2010a). Além disso, diferentemente de um pronto-socorro, não é necessário adotar limites rígidos de tempo para atendimento após a primeira escuta, a não ser em situações de alto risco, nas quais a intervenção imediata se faz necessária (BRASIL, 2012b).

Estas duas tecnologias, (Acolhimento e Avaliação/Classificação de Risco), portanto, têm objetivos diferentes, mas devem atuar de forma complementar dentro do espaço da unidade básica de saúde, pois configuram-se como intervenções potencialmente decisivas para melhoria e agilidade no processo de trabalho (ROCHA; SPAGNUOLO, 2015).

Outro aspecto importante a ser considerado é o envolvimento dos usuários e a compreensão dos mesmos, quanto ao significado do acolhimento, o que contribui para evitar eventuais conflitos no cotidiano da unidade de saúde. “Se os usuários compreenderem os objetivos do acolhimento e, nas situações concretas, se sentirem de fato acolhidos, escutados, cuidados, isso pode facilitar o entendimento de outros e diminuir algumas tensões” (BRASIL, 2013, p.47).

Garuzi *et al.* (2014, p.148), em trabalho de revisão integrativa sobre acolhimento na Estratégia Saúde da Família, concluem que o acolhimento é “uma ferramenta capaz de promover o vínculo entre profissionais e usuários, possibilitando o estímulo ao autocuidado, melhor compreensão da doença e responsabilização na terapêutica proposta”. Para as autoras, o acolhimento contribui para a universalização do acesso aos serviços de saúde, “fortalece o trabalho multiprofissional e intersetorial,

qualifica a assistência à saúde, humaniza as práticas e estimula ações de combate ao preconceito”.

Por outro lado, artigos analisados por Coutinho, Barbieri e Santos (2015, p. 521-522) indicam que a sistematização do processo de acolhimento ainda não é uma realidade nos serviços de atenção à saúde. Esta situação pode ser justificada pelas dificuldades vivenciadas por profissionais e usuários. Percebe-se que ele acontece, na maioria das vezes, de forma desarticulada, assemelhando-se a “uma mera atividade de triagem e descaracterizado de sua principal função: a humanização”. As autoras consideram que além da necessidade de mais estudos sobre novas abordagens e estratégias do acolhimento nas UBS, as experiências exitosas sejam divulgadas, “principalmente aquelas que têm realmente impacto na qualidade dos serviços e na satisfação dos usuários”.

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

6.1 Definição dos problemas

Os principais problemas de saúde identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à Unidade Básica de Saúde Monteirópolis foram: enfoque na “medicina curativa”, com grande número de atendimentos voltados a demanda espontânea; elevados índices de desemprego; falta de recursos/insumos básicos para o funcionamento da USF; Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus; alcoolismo/uso de benzodiazepínicos; gravidez na adolescência; ausência de saneamento básico na área atendida; elevados índices de analfabetismo; *déficit* de ações de promoção e prevenção em saúde e ausência de educação continuada/avaliação do processo de trabalho.

6.2 Priorização dos problemas

Identificados os problemas, foi realizada a classificação de prioridades dos mesmos, utilizando-se os critérios: importância, urgência e capacidade de enfrentamentos (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A seguir, o quadro 1 apresenta a classificação dos problemas identificados no item 6.1 de acordo com os critérios de prioridades dos mesmos.

Assim, o “enfoque na medicina curativa, com grande número de atendimentos voltados à demanda espontânea” foi o problema priorizado para este projeto intervenção.

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à Unidade Básica de Saúde Monteirópolis - AL

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Enfoque na “medicina curativa”, com grande número de atendimentos voltados à demanda espontânea.	Alta	5	Total	1
Elevados índices de desemprego	Baixa	3	Parcial	10
Falta de recursos/insumos básicos para o funcionamento da USF.	Alta	4	Total	4
Hipertensão e diabetes	Alta	3	Parcial	7
Alcoolismo/uso de benzodiazepínicos	Alta	4	Total	3
Gravidez na adolescência	Alta	3	Total	2
Ausência de saneamento básico na área atendida.	Média	3	Parcial	8
Elevados índices de analfabetismo	Média	3	Parcial	9
Déficit de ações de promoção e prevenção em saúde.	Alta	4	Total	5
Ausência de educação continuada/ avaliação do processo de trabalho.	Média	3	Total	6

Fonte:

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora.

6.3 Descrição do problema selecionado

Segundo o conceito do Ministério da Saúde, a Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde (individual e coletiva) que abrange a promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver atenção integral na saúde e na autonomia das pessoas (BRASIL, 2013).

Chama-se de demanda espontânea quando o usuário comparece a unidade inesperadamente, seja para problemas agudos ou por motivos que o próprio paciente julgue como necessidade de saúde. E ele deve ser acolhido na atenção básica por que: 1) o usuário apresenta queixas que devem ser acolhidas e problematizadas, 2) a atenção básica consegue absorver e ser resolutiva em grande parte dos problemas de saúde, 3) para criação e fortalecimento de vínculos e 4) cria-se oportunidade para invenção de novas estratégias de cuidado e de reorganização do serviço.

De uma forma geral, a atenção à demanda espontânea na Atenção Primária 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.

6.4 Explicação do problema

O trabalho da Equipe de Saúde da Família da Unidade Saúde de Monteirópolis hoje em dia é basicamente voltado para o atendimento da demanda espontânea. O atendimento de programas é escasso principalmente devido à baixa adesão por parte da população adscrita.

A comunidade ainda busca atendimento através do regime de demanda espontânea com base na medicina curativa e possui mentalidade imediatista, desejando que suas queixas sejam sanadas de imediato e oferecendo bastante resistência em comparecer às consultas marcadas, principalmente no caso dos hipertensos e diabéticos.

Além disso, como os médicos das unidades da zona rural não atendem todos os dias em suas unidades (apenas cerca de 1-2 vezes por semana), muitos pacientes da zona rural acabam buscando atendimento médico na ESF I. Este comportamento acaba superlotando a Unidade e dificultando a organização dos atendimentos.

Outro fator que contribui para o elevado número de atendimentos de demanda espontânea é a ausência de um serviço de urgência e emergência dentro do município. Todos os pacientes que não conseguem ser atendidos na unidade de saúde precisam ser encaminhados aos municípios vizinhos, aumentando ainda mais a pressão para realização dos atendimentos.

6.5 Nós Críticos do Problema

Os principais “nós críticos” identificados do problema “enfoque na medicina curativa, com grande número de atendimentos voltados a demanda espontânea” são:

Nó crítico 1: Dificuldade de aceitação da população ao modelo preventivo de atenção à saúde;

Nó crítico 2: Educação da população quanto ao agendamento das consultas de demandas não-urgentes;

Nó crítico 3: Ausência de escuta capacitada por parte da equipe de saúde para organização adequada das demandas;

Nó crítico 4: Orientação ineficaz da demanda espontânea.

6.6 Desenho das operações

Identificados os “nós críticos”, foram elaboradas as operações para o enfrentamento do problema, conforme mostram os quadros 2, 3, 4 e 5, a seguir.

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Pressão por atendimentos de demanda espontânea”

Nó crítico 2	Educação da população quanto ao agendamento das consultas de demandas não-urgentes
Operações	Atividades em sala de espera, produção de banner (Apêndice A) a ser exposto dentro da unidade e folhetos informativos a serem distribuídos pelos ACS a toda a população.
Projeto	Prevenir é melhor
Resultados esperados	Melhora na organização do processo de trabalho dentro da unidade; Melhora na relação da equipe de saúde com a comunidade.
Produtos esperados	Atividades em sala de espera; Produção de banner; Distribuição de folhetos informativos.
Recursos necessários	Cognitivo: conhecimento técnico da equipe multidisciplinar. Organizacionais: Adesão de todos os membros da equipe; adesão da população. Financeiros: materiais educativos (panfletos, cartazes, vídeos). Político: Articulação entre equipe, comunidade, NASF e Secretaria municipal de Saúde.
Recursos críticos	Organizacionais: Adaptação da equipe e participação dos agentes comunitários de saúde através da disseminação de informações.
Controle dos recursos críticos	Toda a equipe de saúde. Motivação Favorável.
Ações estratégicas	Estimular uma competição saudável entre a equipe, avaliando quais microáreas possuem mais usuários participando das atividades.
Prazo	Deve ser implantado em até seis meses.
Responsável pelo acompanhamento das operações	Médica.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	A monitorização ocorrerá em três meses após o início do projeto.

Quadro 2 - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Pressão por atendimentos de demanda espontânea”

Nó crítico 1	Dificuldade de aceitação da população ao modelo preventivo de atenção à saúde
Operações	Orientações e fornecimento de informações aos pacientes que vierem buscar consultas de demanda espontânea por parte da equipe responsável pelo acolhimento e direcionamento às atividades programadas de acordo com a demanda.
Projeto	Mais Informação
Resultados esperados	Redução no número de atendimentos de demanda espontânea; Aumento da adesão dos pacientes ao cronograma e ao atendimento agendado.
Produtos esperados	Implantação de estratificação de risco no agendamento de pacientes com quadros agudos; Orientação da população quanto ao cronograma de atendimentos de grupos prioritários (ex.: HAS, DM, gestantes, puericultura).
Recursos necessários	Cognitivo: conhecimento técnico da equipe multidisciplinar. Organizacionais: Adesão de todos os membros da equipe; adesão da população. Político: Articulação entre equipe, comunidade e Secretaria Municipal de Saúde.
Recursos críticos	Organizacionais: Aceitação e adequação da equipe e da comunidade.
Controle dos recursos críticos	Toda a equipe de saúde. Motivação Favorável.
Ações estratégicas	Promover bonificações para a equipe.
Prazo	Deve ser implantado imediatamente após aprovação da equipe
Responsável pelo acompanhamento das operações	Médica.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	A monitorização ocorrerá em três meses.

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema: “Pressão por atendimentos de demanda espontânea”

Nó crítico 3	Ausência de escuta capacitada por parte da equipe de saúde para organização adequada das demandas
Operações	Palestras de capacitação da equipe ofertadas pela médica da UBS acerca das recomendações para acolhimento e classificação de risco dentro da atenção básica.
Projeto	Mais Capacitação
Resultados esperados	Aumento da autonomia dos ACS; Disseminação de informações para toda a comunidade; Melhora na interação e na relação entre os profissionais da equipe de saúde.
Produtos esperados	Palestras mensais de capacitação com a equipe Reuniões com a comunidade sobre os principais temas prevalentes no território
Recursos necessários	Cognitivo: conhecimento técnico da médica; Organizacionais: Adesão de todos os membros da equipe; sala de reuniões. Financeiros: computador e retroprojeter. Político: Articulação entre equipe e Secretaria municipal de Saúde.
Recursos críticos	Cognitivo/ Organizacional: Participação da equipe e disponibilidade da médica.
Controle dos recursos críticos	Médica. Motivação Favorável.
Ações estratégicas	Estimular apresentação das atividades realizadas pelos profissionais dentro da comunidade durante as reuniões.
Prazo	Deve ser implantado em até seis meses.
Responsável pelo acompanhamento das operações	Médica
Processo de monitoramento e avaliação das operações	A monitorização ocorrerá em três meses após o início do projeto.

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema: “Pressão por atendimentos de demanda espontânea”

Nó crítico 4	Orientação ineficaz da demanda espontânea.
Operações	Estabelecimento de um fluxo de pacientes dentro do espaço físico da unidade. Uniformização das informações a serem distribuídas pelos profissionais, a fim de reorganizar a demanda.
Projeto	Orientar Melhor
Resultados esperados	Agilidade nos atendimentos de urgência e emergência; Melhora na organização do fluxo de pacientes dentro da unidade. Melhora na relação da equipe com a comunidade.
Produtos esperados	Elaboração de fluxo de atendimento dos pacientes; Capacitação da equipe no novo fluxo; Uniformização das informações entre os membros da equipe.
Recursos necessários	Cognitivo: conhecimento técnico da equipe multidisciplinar. Organizacionais: Adesão de todos os membros da equipe; adesão da população. Político: Articulação entre os profissionais da equipe entre si, comunidade e Secretaria municipal de Saúde.
Recursos críticos	Político/ Organizacional: União e cooperação entre os membros da equipe de saúde e participação ativa dos ACS dentro da comunidade.
Controle dos recursos críticos	Médica. Motivação favorável.
Ações estratégicas	Estímulo ao trabalho em equipe com atividades durante as reuniões mensais.
Prazo	Deve ser implantado em até seis meses.
Responsável pelo acompanhamento das operações	Médica.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	A monitorização ocorrerá em três meses após o início do projeto.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção básica de saúde é a porta de entrada do SUS e deve ser responsável por resolver aproximadamente 80% de todos os problemas de saúde da população, através de um atendimento de alta complexidade, com profissionais bem capacitados.

Esse atendimento deve ser o mais efetivo e humanizado possível, sendo vital a instituição de um sistema organizacional de atendimento, onde todos os envolvidos, incluindo profissionais de saúde e pacientes, saibam dos seus males e que seu atendimento seja priorizado a partir disso. Esse atendimento organizado é de fundamental importância para não haver perda de tempo e que os pacientes que necessitam possam ser encaminhados para os próximos níveis de atendimento, buscando resolução de seu processo patológico, quando o mesmo não possa ser resolvido na própria unidade.

Espera-se que a implementação dessas ações possa acarretar um atendimento mais efetivo dos pacientes, com redução das filas de espera e aprimoramento da relação entre a unidade de saúde e a comunidade atendida.

REFERÊNCIAS

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. 5. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 44 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. 4. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 72 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> Acesso em: 20 jul. 2017.

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, 2012b. 290 p. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Volume I, 106p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. 1. ed.; 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, 56p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume I)

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. 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: Abril de 2017.

COUTINHO, L.R.P.; BARBIERI, A.R.; SANTOS, M.L.M.. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde Debate**, v. 39, n. 105, p.514-524, 2015.

GARUZI, M.; ACHITTI, M.C.O.; SATO, C.A.; ROCHA, S.A.; SPAGNUOLO, R.S.. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica**, v.35, v. 2, p.144-9, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades Alagoas**. 2016. Disponível em <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=270540&search=alagoas|monteipolis>>. Acesso em: Abril de 2017.

NASCIMENTO, G. E.; DUQUE, P. H. C.. Perfil da Demanda Espontânea do Centro Municipal de Saúde Rodolpho Rocco. **Academus Revista Científica da Saúde**, v.1,

n.1, 2016. Disponível em: < <https://smsrio.org/revista/index.php/revista/article/view/146> >. Acesso em: 10 jul. 2017.

ROCHA, S. A.; SPAGNUOLO, R. S.. Acolhimento na visão complexa: ação coletiva emergente na Equipe de Saúde da Família. **Saúde debate**, v.39, n.104, p.124-135, 2015. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000100124 >. Acesso em: 18 jul. 2017.





TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformação no processo de trabalho de enfermagem em unidades de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n. 2, p.331-340, Fev. 2007.

APÊNDICE A

Proposta de banner explicativo (operação sobre o “nó crítico 2: Educação da população quanto ao agendamento das consultas de demandas não-urgentes).



AQUI VOCÊ É ACOLHIDO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

	<p>VERMELHO - EMERGÊNCIA</p> <p>Ex.: Parada cardiorrespiratória, dificuldade respiratória grave, convulsão, alteração do nível de consciência.</p>	<p>Encaminhamento imediato</p>
	<p>AMARELO - URGÊNCIA</p> <p>Ex.: Crise asmática leve a moderada, febre sem complicação, vômitos frequentes, dor abdominal, casos de violência.</p>	<p>Necessitam de atendimento rápido, mas podem aguardar</p>
	<p>VERDE - CASOS MENOS GRAVES</p> <p>Ex.: Dor urinária, dor sem sinais de risco, dor lombar leve, renovação de medicamentos.</p>	<p>Podem aguardar atendimento</p>
	<p>AZUL - CASOS LEVES</p> <p>Ex.: Consultas marcadas, solicitações de exames, orientações.</p>	<p>Podem aguardar atendimento</p>



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

