



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2017

Eduardo Saadi Junior

Abordagem da Demanda Livre na População Atendida
pela Equipe de Saúde da Família Lorena, Engenho da
Rainha, Rio de Janeiro - RJ

Florianópolis, Janeiro de 2023

Eduardo Saadi Junior

Abordagem da Demanda Livre na População Atendida pela Equipe
de Saúde da Família Lorena, Engenho da Rainha, Rio de Janeiro -
RJ

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Micheli Leal Ferreira
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Marta Inez Machado Verdi

Florianópolis, Janeiro de 2023

Eduardo Saadi Junior

Abordagem da Demanda Livre na População Atendida pela Equipe de Saúde da Família Lorena, Engenho da Rainha, Rio de Janeiro - RJ

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

**Profa. Dra. Marta Inez Machado
Verdi**

Coordenadora do Curso

Micheli Leal Ferreira

Orientador do trabalho

Florianópolis, Janeiro de 2023

Resumo

Introdução: A atenção básica resolve quando bem preparada, e em sintonia com sua visão de serviços cerca de 90% das demandas da população. Mediante uma análise da realidade, escolhemos para intervenção o alto número de pessoas que procuram consulta em demanda livre na Equipe Lorena congestionando a agenda, diminuindo a oferta de serviços e consultas programadas, sobrecarregando a equipe, acarretando na diminuição do tempo necessário para uma melhor prestação de serviços e impossibilitando o planejamento e desenvolvimento de outros temas da atenção básica e da prestação de serviços ao usuário, inclusive um dos mais importantes que seria o acolhimento. **Objetivo:** Diminuir os atendimentos por demanda livre na população atendida pela Equipe de Saúde da Família de Lorena, Rio de Janeiro - RJ. **Metodologia:** As ações e estratégias foram implementadas entre setembro e dezembro de 2018, onde realizamos: Reuniões semanais de equipe; Intensificação das visitas de Agentes Comunitários; Momento informativo no pátio da unidade de saúde; Informação por meio de palestras e panfletos sobre como funciona o fluxo de serviços da unidade e a agenda programada; Foi estabelecido o horário entre 7 e 8 horas da manhã para avaliar exames de imagens, exames de laboratórios alterados e previamente filtrados pela equipe evitando que o usuário retorne inúmeras vezes a unidade sem horário marcado, aumentando a demanda livre. **Resultados:** Nossas maiores conquistas foram a diminuição da demanda espontânea em mais de 10 % dentro do período de estudo; o aumento da demanda programada; a melhoria no gerenciamento e otimização dos serviços oferecidos; o aumento no interesse dos profissionais de saúde em aprimorar a comunicação e aumentar o vínculo com o usuário a partir de uma proposta estratégica de ações que visavam otimizar os serviços e ofertar conhecimento à população como mecanismos de impulso para se alcançar os objetivos.

Palavras-chave: Acolhimento, Agendamento de Consultas, Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família

Sumário

| | | |
|-----|---|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 9 |
| 2 | OBJETIVOS | 13 |
| 2.1 | Objetivo Geral | 13 |
| 2.2 | Objetivos Específicos | 13 |
| 3 | REVISÃO DA LITERATURA | 15 |
| 3.1 | Por que atender a demanda espontânea na APS? | 17 |
| 4 | METODOLOGIA | 21 |
| 5 | RESULTADOS ESPERADOS | 25 |
| | REFERÊNCIAS | 29 |

1 Introdução

A unidade de saúde onde trabalho é conhecida como uma unidade mista B, com a Estratégia de Saúde da Família e Centro Médico Sanitário (CMS) leva o nome de Ariadne Lopes de Menezes. Sua história se inicia em 23 de agosto de 1963, quando foi inaugurado o Centro Médico Sanitário, localizado nas dependências do Hospital Salgado Filho, no Méier (SMS, 2017).

Posteriormente, com a ampliação de suas atividades, o CMS foi transferido para o prédio onde funcionava a Sede da Região Administrativa (R.A.), devido as grandes obras realizadas no Hospital Salgado Filho, houve a necessidade de transformá-lo em Unidade Integrada, anexando-se a ele o CMS da região, ideia posteriormente reformulada (SMS, 2017).

Provisoriamente, na fase de construção do prédio, o então Centro Médico Sanitário, já pertencente à Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro com a designação de Centro Municipal de Saúde Ariadne Lopes de Menezes, ocupou o imóvel situado na Rua Victor Meireles, onde funcionava a Unidade Satélite da XIII R.A. (SMS, 2017).

O CMS Ariadne Lopes de Menezes foi inaugurado em 10 de novembro de 1976 no bairro do Engenho da Rainha. No 2º semestre de 2011, iniciou-se o processo de implantação do novo modelo assistencial da Atenção Básica, ESF. Com a arquitetura física baseada na política de saúde da década de 70, o CMS precisou de obras de adequação de sua estrutura física para o desempenho das diversas ações executadas nos dois modelos de atenção à saúde.

A Atenção Básica do CMS Ariadne Lopes de Menezes é composta por quatro Equipes de Saúde da Família (ESF), cada uma com cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um Técnico de enfermagem, um Enfermeiro e um Médico de 40 horas nas equipes Lorena, Emboaba e Teóphilo Dias; e dois médicos de 20 horas na equipe João Ribeiro; duas equipes de Saúde Bucal, uma composta por um Auxiliar de saúde bucal e um Dentista. No momento estamos sem Técnico de saúde bucal e outro dentista sem equipe auxiliar.

Temos o NASF que é composto por Psiquiatra, Pediatra, Fisioterapeuta, Psicólogo, Nutricionista, o Educador Físico. A unidade funciona de segunda a sexta feira de 07:00 às 18:00 horas. Atualmente atende 15.559 pessoas em uma comunidade com uma população total de 22.892 pessoas cadastradas, sendo a maior parte desta população formada por adultos jovens.

A unidade participa ativamente de ações para o Programa de Saúde na Escola (PSE) e desenvolve atendimentos coletivos através de Grupo de Tabagismo; Grupo de Planejamento Familiar; Grupo de Gestantes; Grupo de Alimentação Saudável; Projeto Saúde na Feira; Grupo de Reabilitação; Grupo de Saúde Mental; e Grupo de Diabetes.

Faço parte de ESF Lorena, composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de

enfermagem e 5 ACS. Temos a felicidade de contar com a equipe do NASF, que através de matriciamento, grupos e interconsultas nos presta auxílio e fomenta aprendizado constante, principalmente nas áreas de educação física, nutrição, fisioterapia e psicologia. Segundo dados coletados *in loco*, nossa área abrangência tem 3.872 pessoas cadastradas.

A equipe tem como potencialidades observáveis o empreendimento, a dedicação, o conhecimento quanto a área de saúde e sua população. Temos potencialidades na integração da equipe buscando por atividades coletivas, organização e planejamento, visitas domiciliares e reuniões semanais para alcançar os objetivos propostos. O acolhimento tanto para demanda livre como para consultas programadas, o contato com usuários por via presencial, telefone ou whatsapp têm sido tópicos importantes na conquista e integração da equipe com os usuários que se sentem realmente acolhidos.

Nossa equipe se encontra em uma área de pobreza extrema, violência excessiva, barrancos e morros. Esgoto a céu aberto e excesso de lixo nas ruas é uma realidade. Estamos localizados em um bairro da Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro, fazemos divisa com Pilares, Inhaúma, Tomás Coelho e Complexo do Alemão, além de também fazer divisa por meio da Serra da Misericórdia, sem acesso direto com os bairros de Vila Kosmos, Penha Circular, Penha, Olaria e Ramos.

A unidade possui 894 pacientes com diabetes mellitus, o que corresponde a 5,5% da população cadastrada. Destes, 679 (75,95%) estão acompanhados com registro de uma consulta médica e uma de enfermagem nos últimos 12 meses. 41,1% dos pacientes acompanhados fizeram exame do pé diabético, 43,1% com registro de Hemoglobina glicosilada abaixo de 8% no intervalo de doze meses (SMS, 2017).

A unidade possui 2.635 pacientes com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, o que corresponde a 17,3% da população cadastrada. Destes, 1.811 (68,73%) pacientes estão acompanhados com pelo menos uma consulta médica e uma consulta de enfermagem no período de doze meses (SMS, 2017).

Mediante tal realidade social e econômica na região atendida pela ESF de Lorena selecionamos dois temas de maior vulnerabilidade e que influencia a relação de usuários com o sistema de saúde, sendo eles: A violência, que impede o acesso à saúde por parte dos usuários e o acesso das equipes de saúde dentro da área de abrangência; e o descrédito ocasionado por promessas não cumpridas por parte de políticos gerando greves, diminuição no acolhimento e na quantidade de remédios e de profissionais para atender a população.

Porém, como os dois temas estão fora de nossa governabilidade, escolhemos para intervenção o alto número de pessoas que procuram consulta em demanda livre. Este fato congestionava a agenda, diminuiu oferta de consultas programáticas, sobrecarrega o médico e toda a equipe, acarreta na diminuição no tempo necessário para qualidade e atenção nas consultas programadas e impossibilita o planejamento de outros temas da atenção básica e da prestação de serviços ao usuário, inclusive um dos mais importantes que seria o acolhimento, visto que deveríamos ser a porta de entrada do Sistema Único de Saúde

(SUS).

Esse tema demonstra que a comunidade também desconhece como atua a atenção básica e como se organiza a questão do acolhimento e da agenda; também se observa que muitos casos de emergências que deveriam ser encaminhados para outras unidades mais avançadas como Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Pronto Atendimento Médica (PAM) acabam se dirigindo a unidade básica abarrotando os serviços e gerando sobrecarga de trabalho nos profissionais.

Demanda livre seria é o atendimento não programado na unidade de saúde. Representa uma necessidade momentânea do usuário, podendo ser a necessidade de uma informação, um agendamento de consulta, uma urgência ou uma emergência em saúde (INOJOSA, 2005).

Acredito que o problema da alta procura por demanda espontânea é a maior dificuldade que temos que enfrentar no que diz respeito à organizar e acolher de forma eficaz, integral e qualificada dando acesso conforme os princípios do SUS a todos os usuários.

Cabe explicar que, dentre os problemas identificados em nossa rotina de trabalho quanto à procura por livre demanda, temos os sazonais como a conjuntivite e a arbovirose, mas também os culturais como a falta de conhecimento quanto a organização dos serviços na unidade de da ESF que foi criada com o objetivo de organizar a atenção básica, colocando-a como porta de entrada para todo o SUS.

Enfim, também foi identificado que esse retorno constante, não programado, acontece para suprir uma necessidade do usuário, mas também, por um erro de estratégia do próprio sistema que determina o atendimento aos pacientes com doenças crônicas a cada 6 meses. Entretanto, estes representam a maioria das demandas espontâneas, e não programadas como deveria ser.

Com isso, exames realizados hoje serão vistos pelo profissional somente em 6 meses gerando em alguns casos, na verdade em muitos casos, um retardo no diagnóstico e prognóstico, bem como uma piora no quadro do paciente que acaba vindo em demandas livre por não conhecimento de seu estado de saúde.

Detalhes como ajustes de medicação e mudança no estilo de vida fariam uma grande diferença na qualidade do acolhimento, se possíveis agravantes com relação ao paciente fossem identificados antes, se exames ou sinais clínicos dos pacientes fossem analisados antes, a intervenção adequada pelo profissional médico, equipe de saúde e NASF resultaria na diminuição de quadros agudos e procura por livre demanda.

Justifico este projeto de intervenção devido à relevância do tema para a organização da equipe e cumprimentos dos princípios do SUS e da ESF. Defendo que, ao organizar os serviços e diminuir a demanda espontânea qualificamos os serviços, aumentamos resolutividade no acolhimento e seguimos a agenda de forma planejada, sem abarrotar os serviços da equipe e seus profissionais.

Afirmo que, alta demanda livre alta impede que o fluxo do trabalho ocorra de forma

saudável e programada, para a satisfação do usuário e também resolutividade por parte da equipe em prestar os serviços com qualidade e poderem seguir o fluxo da agenda programada. Os usuários receberão uma atenção mais qualificada e a ESF alcançaria seus objetivos quanto à organização dos serviços, alta resolutividade, oferta de seus serviços e acolhimento apropriado e integral ao usuário.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Diminuir os atendimentos por demanda livre na população atendida pela Equipe de Saúde da Família Lorena, Engenho da Rainha, Rio de Janeiro - RJ.

2.2 Objetivos Específicos

- Elaborar estratégias e ações para aumentar a resolutividade e diminuir o retorno do usuário em situações agudas de saúde;
- Elaborar estratégias e ações para equilibrar demandas livres e demandas programadas;
- Conscientizar a população e os profissionais quanto ao impacto negativo que a demanda livre causa a agenda programada e ao acolhimento.

3 Revisão da Literatura

O sistema de atenção primária à saúde dentro da estratégia da saúde da família, no seu início, teve influência do modelo assistencialista americano que se dividia basicamente em um modelo de assistência que incluía hospitais, serviços de urgência/emergência e consultórios; e outra parte de saúde pública e vigilância. Os centros de saúde eram organizados de forma a prestar um serviço engessado de prevenção à saúde, do tipo preventivo e controle de doenças. Eram vistos como uma área para a prevenção da saúde e seus programas e não um lugar para praticar a clínica médica (TESSER; NETO; CAMPOS, 2010).

Posteriormente, seguiu-se uma tendência mundial, como nos serviços de saúde do Canadá e influenciado pelo sistema de saúde pública da Europa, onde a lógica dos serviços públicos estão baseados nos dados epidemiológicos e programas sanitários organizados para prevenção e controle de doenças com o objetivo de suprir as necessidades de urgência coletiva, com programas prontos para uma população específica, onde não havia espaço para a prática da clínica. O surgimento do Programa de Saúde da Família (PSF) no Brasil foi bastante influenciado por essa perspectiva, destacando-se as diretrizes da intersetorialidade, de intervenção no território, a abordagem da família ou de coletivos, que persistem até hoje (TESSER; NETO; CAMPOS, 2010).

Mais à frente, a atenção básica sofre influência dos países europeus onde a Atenção Primária à Saúde (APS) é vista como porta de entrada de um sistema integrado em rede de atenção ambulatorial, hospitalar etc. Nessa tradição, valoriza-se a capacidade clínica para resolver problemas de saúde (TESSER; NETO; CAMPOS, 2010). Evoluiu-se a saúde da família como uma estratégia de modelo assistencial mediante a implantação de equipes multiprofissionais, em unidades básicas de saúde, que se tornam a nova porta de entrada do SUS estabelecendo um sistema de acolhimento do indivíduo. As equipes são responsáveis por um território específico, com um número específico de famílias, restritas a uma área geográfica delimitada e atuam com ações de fomento e promoção da saúde, prevenção, reabilitação de doentes e controle de doenças em área específica (GOMES; PINHEIRO, 2005).

Nesse sistema as equipes desenvolviam os serviços baseados em programas de vigilância, protocolos de diagnósticos, mas não sabiam lidar com a demanda espontânea e nem responder e atender as necessidades e imprevistos na atenção à saúde dos usuários. Em outras palavras, grandes investimentos foram realizados nessa nova perspectiva de estratégia da saúde, mas a forma de prestar os serviços continuou vinculado as doenças, práticas curativas e no conhecimento específico do médico que por vezes limita a atenção e restringe o acesso do usuário ao sistema.

A criação da estratégia de saúde da família (ESF) vem com o desafio de desenvolver fluxo de serviços e processo de trabalho baseado no planejamento de ações, com intuito

de organizar o acesso aos usuários e suprir suas demandas dessa população adstrita e promover ainda sim a saúde, por meio da promoção da saúde e prevenção de agravos. Por este motivo a agenda dos profissionais é organizada com períodos específicos para cada demanda (INOJOSA, 2005).

Sendo, demanda programada aquela que é realizada mediante agendamento prévio, representando um importante instrumento de ação na APS e pautada em ações preventivas (BRASIL, 2013). Demanda espontânea, aquela em que o usuário comparece a unidade de saúde de forma inesperada, com um problema iminente, agudo, ou por outras necessidades pessoais que o leve a unidade de saúde. Representa uma necessidade momentânea do usuário. Pode ser uma informação, um agendamento de consulta, uma urgência ou uma emergência (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Poderíamos organizar três razões básicas para a procura que o usuário venha à unidade de saúde: 1) o usuário apresenta queixas que devem ser acolhidas e problematizadas junto ao paciente; 2) a atenção básica consegue absorver e ser resolutiva em grande parte dos problemas de saúde; 3) para criação e fortalecimento de vínculos e cria-se oportunidade para invenção de novas estratégias de cuidado e de reorganização do serviço (MS, 2010a).

O acolhimento é uma prática da APS estabelecida como porta de entrada do sistema, dá-se como um processo de oferta de serviços de forma organizada e prática, visando a suprir as necessidades dos usuários por meio do vínculo, da escuta eficaz e qualificada, criando-se alternativas que tirem o foco da consulta médica, dando resposta apropriada e adequada as demandas reais e necessidades iminentes. O ato de escuta é um momento de construção, em que, o profissional com uma postura ética e respeitosa utiliza seu saber para a construção de respostas às necessidades dos usuários, e implica o envolvimento de toda a equipe, sendo também um momento para o estabelecimento de prioridades e criação de vínculo (TESSER; NETO; CAMPOS, 2010).

O Acolhimento se baseia em um direito constitucional dos indivíduos que é o direito de acesso aos serviços de saúde, sendo uma estratégia que permite o fluxo facilitado ao usuário. Essa nova forma de procedimento preconiza uma nova cultura de trabalho, com novas formas de gerir processos e apresentar serviços priorizando a organização da agenda, flexibilizando e ampliando a oferta de serviços que visa facilitar o cuidado interdisciplinar e as demandas dos usuários, fazendo-o conhecer a unidade, seus serviços e como funciona o fluxo de atividades.

Outro lado do acolhimento é a mensagem implícita de que a APS e seus profissionais estão engajados em melhorar a postura de atenção, de serviços e que realmente estão interessados em suas necessidades e aumentar o vínculo com sua população. Enfim, o acolhimento implica em ouvir, cuidar, negociar e tentar resolver os problemas da população de forma organizada, rápida e acessível fazendo ainda o papel de instruir e orientar como os serviços se desenvolvem e como terão acesso a eles.

Para que o acolhimento seja organizado de forma sustentável, deve-se ofertar varia-

das atividades, ações programadas de educação dos profissionais do acolhimento e dos usuários, criando entre a unidade, a equipe de saúde e os usuários o que chamamos de participação popular na elaboração dos serviços e ações, criando-se uma modalidade de gestão participativa.

O acolhimento e a responsabilidade devem ser personalizados e referentes aos usuários de uma área específica, onde os membros da equipe estejam habituados aos mesmos, onde vivem e em suas necessidades básicas. Assim, o Acolhimento tende a lidar com pessoas conhecidas com problemas conhecidos, ainda que complexos. Este fator tende a diminuir o estresse da avaliação de risco/vulnerabilidade e a facilitar a corresponsabilização entre equipe e usuários. Pacientes de outras áreas de abrangência aparecerão, mas serão avaliados e devolvidos para suas equipes de referência.

Na situação econômica em que vivemos, envoltas à pobreza, vulnerabilidade, descaso social e desemprego, a tendência é aumentar a demanda espontânea, o que sobrecarrega os serviços e tumultua o fluxo da agenda organizada gerando angustias, carga exaustiva de trabalho e estresse emocional aos profissionais da saúde e aos usuários. Com o tempo de espera aumentado para os usuários agendados, cria-se o caos e sobrecarrega os profissionais interferindo diretamente na oferta de serviços, sua qualidade e na própria solução das demandas (TESSER; NETO; CAMPOS, 2010).

3.1 Por que atender a demanda espontânea na APS?

Primeiramente, porque o acolhimento na APS é a porta de entrada do SUS, é por esse caminho que se protagonizam suas ações e ocorre o direcionamento os caminhos que devem ser tomados mediante cada necessidade resultando em 90% das soluções dos problemas de saúde. É por esse que caminho que diversos tipos de demandas são acolhidas e podem ser atendidas, dentro do contexto da APS (MS, 2013).

Segundo, porque apesar de estar nos profissionais de saúde a responsabilidade da identificação e definição objetiva das necessidades dos usuários de forma científica, a ciência por si só não define todas as possibilidades. Os usuários entendem em certo grau o que é necessidade de saúde para eles, podendo apresentá-las como demandas e tendo o direito de manifestar sua percepção frente seu contexto de sua vida e na iminência de agudização de problemas que somente ele, o usuário, tem conhecimento. Sua problemática precisa ser entendida, e é legítimo que possa apresentar suas demandas naquilo que entendem ser urgências que precisam ser resolvidas de forma rápida.

Terceiro porque esse acesso pode abrir possibilidade de continuidade no cuidado, podendo requerer apoio matricial ou encaminhamento a outros serviços. Com a resolução da demanda aumenta-se o vínculo, já que o usuário nesses momentos se sente frágil, desamparado e ameaçados pela própria situação. A resolução da mesma gera confiabilidade por parte do usuário nos profissionais e nos serviços ofertados. Ainda sobre vínculo e de-

manda, não podemos esquecer que muitos que vem a demanda espontânea são usuários de ações programadas e que podem apresentar quadros clínicos de agudização de sua doença ou de seu estado de saúde, que demandam atenção em demanda espontânea, e que pode facilitar o cuidado e no seu seguimento.

Constrói-se a imagem na sociedade de que “a unidade básica de saúde só serve para quando a pessoa estiver saudável; se estiver doente, tem é que ir a um pronto-atendimento ou hospital”. Essa concepção até pensar na UBS como um serviço de menor relevância ou de qualidade inferior é “um pulo” (MS, 2013).

Por último, mas não menos importante, ao atender demanda espontânea, algo que não estava programado, as equipes e profissionais podem reorganizar os serviços e identificar possíveis ações e estratégias no cuidado que evitem o aumento de tal demanda. Pode e deve gerar pensamentos de como atender a demanda espontânea sem atrapalhar o fluxograma dos serviços e a atenção programada sem sobrecarregar os profissionais e o próprio sistema de saúde.

Não há uma solução para todos os problemas de demanda espontânea mas há possibilidades de reorganizar os serviços e se criar possíveis soluções que atendam a demanda da região adstrita e a demanda dos usuários. Pode se criar opções para gerir ou até mesmo solucionar em partes o excesso de demandas espontâneas, criando ações de educação e juntando experiências dos profissionais, abrindo campo para dialogo, conversa e analise do contexto geral e possibilitando que o acolhimento seja uma extensão do cuidado e que possa ter resolutividade na atenção das demandas ou na organização das mesmas (MS, 2010b).

A compreensão de como funciona os serviços e o entendimento do fluxograma por parte do usuário por si só não soluciona o problema. Situações imprevistas acontecem e a equipe deve estar preparada para antecipar a solução, ou ao menos, criar ações apropriadas para diminuir o número de demanda espontânea sem deixar de ofertar o cuidado que acolhe, ampara e soluciona.

Para que o atendimento seja satisfatório, há uma necessidade de que seja humanizado. A humanização dos serviços no acolhimento, triagem por riscos e resolutividade, sem perder a qualidade visando a satisfação do cliente seria o guia dos serviços de saúde. Esse atendimento humanizado representa a valorização da dignidade do profissional em saúde e também do usuário. O acolhimento se constitui em uma ferramenta eficaz para atender o usuário de modo a propiciar a integralidade, a equidade e a universalidade, além da resolubilidade (MS, 2010a).

Outro ponto importante seria a visão do acolhimento com classificação de risco, para que os processos de tomada de decisão na utilização de recursos destinados aos cuidados em saúde sejam transparentes para profissionais e usuários e conduzido de forma explicita. Nesse processo, uma estratégia importante para a abordagem da demanda espontânea é o conhecimento e aplicação do protocolo de Manchester. Este é um sistema composto

de algoritmos, que classifica as demandas em cinco níveis de urgência, atribuindo a cada quadro clínico uma cor, vinculada ao tempo máximo em que este deve ser atendido. Este protocolo, inicialmente utilizado apenas em serviços de urgência, já está sendo utilizado, também, na APS e pode contribuir imensamente para a organização do atendimento, com foco na equidade (JÚNIOR; SALGADO; CHIANCA, 2012).

É necessário que os serviços de APS, concretizem os princípios da acessibilidade e da integralidade das ações, por meio de uma atenção qualificada à demanda espontânea, organizando o processo de trabalho de suas equipes. O desenvolvimento de estratégias que possibilitem práticas de saúde mais humanizadas e a “organização de redes de atenção à saúde, disponibilização de infraestrutura e equipamentos e qualificação dos profissionais de saúde” são de extrema relevância neste contexto (MS, 2010a).

Em resumo, toda equipe de estratégia da saúde deve planejar e analisar a organização das demandas da população atendida na sua UBS, para tal, deve considerar as características epidemiológicas, demográficas, sociais, aspectos do território, bem como a capacidade instalada da unidade e a capacitação dos profissionais, para que as atividades coletivas e individuais sejam programadas da forma mais adequada às necessidades da população adscrita.

Portanto, a demanda espontânea e a atenção programada devem ser abordadas conjuntamente, de forma a caminhar a partir da atenção ao agudo em direção à atenção programada, como uma forma de organização progressiva do processo de trabalho das equipes (JÚNIOR; SALGADO; CHIANCA, 2012).

Em consonância com o exposto, esclareço que a problemática que tentaremos abordar neste projeto de intervenção, não é de classificar como certo ou não a atenção da demanda espontânea na APS, mas sim tentar criar ações que equalizem a demanda espontânea com a demanda programada, visando a atenção do usuário com aumento de resolutividade e diminuição da demanda espontânea, favorecendo o aumento na qualidade dos serviços e no tempo para organizar as ações coletivas, atividades importantes de educação continuada da equipe e aperfeiçoar o fluxograma dos serviços como um todo. Essa diminuição da demanda suavizaria os serviços, abrindo espaço para a demanda organizada e programada, como também, para resolutividades das demandas dos usuários, ampliando o cuidado e aprimorando o acolhimento para uma atenção de forma integral ao usuário.

4 Metodologia

Analisando toda a situação da saúde no município do Rio de Janeiro e, especificamente a atenção básica e suas necessidades diárias, o primeiro passo para o desenvolvimento deste projeto de intervenção foi definir um tema importante a partir do diagnóstico situacional da equipe Lorena, no Centro Municipal de Saúde (CMS) Ariadne Lopes de Menezes. Dentre outros problemas e temas, o escolhido pela equipe Lorena, foi à atenção excessiva e desgastante da demanda espontânea na unidade e na equipe; fato esse que no município do Rio de Janeiro é desgastante e sobrecarrega o trabalho nas unidades de saúde.

Este trabalho foi desenvolvido com base em uma experiência desgastante, mas em busca de resolutividade prática visando à melhoria na atenção e oferta de serviços ao usuário diminuindo a demanda livre e aumentando a demanda programada, seguindo uma agenda prévia. Para tal, desenvolveu-se uma breve revisão bibliográfica em textos científicos disponibilizados na internet, artigos, livros e cadernos de saúde, sendo utilizados para a busca os descritores: Acolhimento; Atenção Primária à Saúde; e Estratégia Saúde da Família.

O projeto foi elaborado seguindo planejamento estratégico situacional e agregando o conhecimento adquirido pela experiência com a equipe em nossas reuniões semanais através de propostas colocadas em ação buscando a resolutividade do problema estabelecido e identificado de alta demanda espontânea; sendo sugeridas ações e estratégias específicas visando interferir e diminuir o uso da demanda livre em excesso em nossa unidade, especificamente em nossa equipe de saúde.

Nosso foco é conscientizar profissionais de saúde e a população quanto ao impacto negativo e desgastante da demanda espontânea nos fluxos de serviços prestados e na integralidade do acolhimento ofertado; visando os benefícios desse equilíbrio em tempo, melhor atenção e melhor organização do trabalho.

Portanto, esse trabalho visou diminuir a demanda espontânea e aumentar a demanda programada na equipe Lorena, CMS Ariadne Lopes de Menezes, buscando por meios práticos e estratégias de ações a serem testadas na mesma equipe.

Foram propostas ações e estabelecidas estratégias no período de setembro de 2018 a dezembro de 2018, onde realizamos: Reuniões semanais de equipe; Visitas de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) à comunidade de uma forma mais intensa; Momento informativo no pátio da unidade de saúde; Informação por meio de palestras e panfletos sobre como funciona o fluxo de serviços da unidade e a agenda programada; Foi estabelecido o horário entre 7 e 8 horas da manhã para revisão de exames de imagens, interpretação de exames de laboratórios alterados e previamente filtrados pela equipe, e que certamente levariam o usuário a retornar inúmeras vezes a unidade sem horário marcado, aumentando a demanda livre.

A equipe unida realizando um filtro dos possíveis casos que necessitariam de atenção, nos antecipamos ao próprio paciente e suas necessidades. Tudo visando um acolhimento mais integral, de melhor qualidade e um aumento da demanda programada e diminuição da demanda espontânea, para tal, abaixo apresento o Plano Operativo deste projeto:

1. Objetivos específicos e outros:

- Elaborar estratégias e ações para aumentar a resolutividade e diminuir o retorno do usuário em situações agudas de saúde;
- Elaborar estratégias e ações para equilibrar as demandas livres e demandas programadas;
- Conscientizar a população e os profissionais de saúde quanto ao impacto negativo que a demanda livre causa a agenda programada e ao acolhimento;
- Pactuar com cada profissional o compromisso de participar da realização das atividades propostas e promover atividades que permitam a aplicação prática do conhecimento a respeito do acolhimento e da triagem dos usuários e demanda livre e programada.

1. Ações e Atividades:

- Reunião com a equipe Lorena para expor o objetivo do trabalho, possíveis soluções e solicitar compromisso e comprometimento com o projeto;
- Reuniões semanais de capacitação com objetivo de aprimorar o conhecimento sobre acolhimento, demanda espontânea e demanda programada com toda a equipe, em especial enfermeira, técnica de enfermagem e ACS;
- Definir critérios de atendimento da demanda espontânea, de acordo com a classificação do risco dos pacientes: definir as prioridades de atendimento da demanda espontânea;
- Criar horário de 7-8 da manhã para atender os pacientes com exames alterados ou possíveis pacientes em situações agudas de saúde, com agenda programada, evitando assim demanda livre;
- Reunião para aplicação de instrumento de avaliação dos resultados obtidos.

1. Responsáveis:

- Médico;
- Enfermeiro;

- Técnicos em Enfermagem;
- ACS.

1. Cronograma:

- Início das atividades: agosto de 2018;
- Período para implantação das atividades propostas: agosto e setembro de 2018;
- Período de tempo das atividades: de agosto a dezembro de 2018;
- Avaliação dos Resultados: dezembro de 2018.

5 Resultados Esperados

Mediante execução das atividades descritas no plano operativo deste projeto objetivando alcançar nosso objetivo geral, que seria a diminuição dos atendimentos por demanda livre na população atendida pela equipe Lorena, ESF, no CMS Ariadne Lopes de Menezes. Com isso, diminuindo o tempo, o desgaste que se tem e fadiga da equipe com a demanda livre e conseguindo organizar a mesma para prestar um acolhimento de qualidade e de atenção integral organizado, humanizado e resolutivo; que aumente o fluxo de demanda programada e o fluxo de serviços sejam prestados em sua integralidade e visando o aprendizado dos profissionais em saúde que realizarão um serviço melhor e estarão mais capacitados para organizar a agenda, realizar triagem não somente de demandas mais um acolhimentos mais especializados e integrados, separando o que é urgência/agudo do que é possível demanda programada, e ao fim, somar credibilidade, aumentar o vínculo e o cuidado na atenção aos usuários.

Ao elaborar estratégias tais como reuniões, palestras no pátio da unidade ou em locais previamente estabelecidos na comunidade, sistema de panfletos informativos e horário específico para a atenção a possíveis casos de agudização de saúde, interpretação de exames alterados ou exames de imagem de 7-8 da manhã; estratégia de capacitação, organização na triagem e resolutividade em cada caso apresentado de acolhimento e principalmente informação a comunidade sobre o fluxo de atendimento e serviços prestados pretendemos e esperamos uma diminuição da demanda espontânea perceptível e mensurável de pelo menos 10%.

Por fim, após realização das ações, e avaliação destas, citamos como resultados alcançados e benefícios mais aparentes para os profissionais de saúde, a equipe como um todo e os usuários foram:

1. O aumento da resolutividade nos casos de acolhimento em situações agudas de saúde, onde o aprimoramento, a capacitação e o comprometimento com as metas e objetivos a serem alcançados surtiram efeito na diminuição da demanda livre, sem colocar em detrimento a atenção ao usuário e melhorando a qualidade do acolhimento. Pois, a demanda livre também não deixa de ser expressão das necessidades do usuário dentro de seus conhecimentos de fluxo de serviço da atenção básica e dentro de uma perspectiva pessoal de sua própria vida. Portanto, aumento de resolutividade não somente do ponto de vista quantitativo, mas também do ponto de vista qualitativo, de como resolver o problema ou a demanda do usuário da melhor forma possível, conduzindo o caso de modo a satisfazer o usuário e otimizar a oferta dos serviços. Em outras palavras, muda-se a forma e a maneira de conduzir cada caso, prezando sempre pela satisfação do usuário com base nos princípios básicos

- do SUS, tais como, equidade, integralidade e universalidade;
2. A aplicação do processo de técnicas de triagem, tais como o protocolo de Manchester e até mesmo o bom senso apurado, desenvolvido e treinado pelos profissionais de saúde da equipe Lorena, para prestar um acolhimento adequado surtiu resultados benéficos para fluxo correto dos serviços e satisfação dos usuários, no que diz respeito a resolução adequada dos seus problemas ou necessidades;
 3. A criação de um horário específico para revisão de exames com alterações, elaboração de laudos, ajuste de medicação, renovação de receitas, já que temos auto índice de diabéticos e hipertensos, que são pacientes com doenças crônicas e sistêmicas, com um alto número de paciente idosos, se mostrou eficiente em termos de organização e diminuição da demanda espontânea, já que os mesmos paciente sempre estavam na unidade tomando espaço em atenção e acolhimento de outros possíveis casos de gravidade ou prioritários. É perceptível que a organização e a condução dessa estratégia aumentaram a resolutividade, diminuiu a tensão e sobrecarga dos profissionais de saúde e diminuiu a demanda espontânea, otimizando os serviços e culminando no que é importante para o usuário: foi atendido com organização, resolveu seu problema e aumentou sua satisfação;
 4. Horário informativo no pátio da unidade para explicação de como funciona os serviços e qual é o fluxo dos mesmos na unidade, demanda tempo, organização, mas se obtém resultados interessantes e satisfatórios pois o usuário se liberta de uma velha forma de pensar e passa a entender como tudo funciona na unidade e na equipe de saúde. Passa a entender o que é demanda espontânea e a importância da demanda programada sem desprezar suas necessidades prioritárias, compreendendo o todo pelo conhecimento dos detalhes e da organização da atenção básica, que visa ser a porta de entrada SUS, sem perder a organização dos serviços, sem burocratizar e assim aumentar a oferta dos mesmos, otimizando o acolhimento, realizando no mesmo a triagem de cada caso, e conduzindo cada caso de forma a resolutividade e a satisfação do usuário. O conhecimento liberta, pois, os usuários reconhecem os benefícios da organização e passam a usá-los para a resolução de suas demandas;
 5. O esforço coletivo e o comprometimento da equipe aumentaram a troca de informação e a comunicação interna da mesma teve um "UP" no que diz respeito a melhora do acolhimento, a resolução rápida e assertivas de problemas que antes tomavam tempo e ao fim, faziam com que usuários retornassem mais vezes à unidade de saúde sem ter suas demandas resolvidas; travando o fluxo dos serviços, aumentando a demanda espontânea e diminuindo a satisfação do usuário quanto a resolutividade de suas necessidades. Portanto foi positivo optar por unir a equipe em um objetivo que envolvia capacitação pessoal e coletiva, pedagogia e educação coletiva, o que

demanda tempo, esforço e comprometimento; mas também oferta resultados satisfatórios em otimização dos serviços, mais tempo para organizar agenda programada, e a realização de outras tarefas e compromissos de cada membro da equipe, deveres inerentes a cada profissional, culminando mais uma vez em satisfação dos usuários e dos profissionais de saúde;

6. Nossas maiores conquistas: a diminuição da demanda espontânea em mais de 10 % dentro do período de estudo; aumento da demanda programada; melhoria no gerenciamento e otimização dos serviços oferecidos; maior interesse dos profissionais de saúde em aprimorar a comunicação e aumentar o vínculo com o usuário a partir de uma proposta estratégica de ações que visavam otimizar os serviços, ofertar conhecimento à população como mecanismos de impulso para se alcançar os objetivos.

Precisamos incluir nesse momento que apesar de ser um estudo apolítico, é um estudo real da situação atual de calamidade na prestação dos serviços em saúde pública no município do Rio de Janeiro.... Onde soma-se a isso, a violência em crescimento alarmantes e a insegurança estabelecida de descrença no poder público e segurança pública.

Futuramente necessitamos estudar essas ações de forma a entendermos o sacrifício coletivo que se está realizando hoje em termos de sociedade e qualidade de vida, no consciente coletivo da população, que é uma população pobre financeiramente mas está se tornando pobre de vínculos, de crenças em dias melhores e nesse momento se debate com problemas mentais e agravamento do senso de inutilidade e desprezo por parte do poder público, levando em última instância a mesma população a se apegar com o que tem mais próximo, e as unidades de saúde se tornam quase centros de emergências, driblando assim o objetivo principal da atenção em saúde da estratégia da saúde da família. O que aumenta a demanda livre e afeta a tenção programada.

Esperamos com tais ações, criar uma identidade nos profissionais de saúde onde a organização, a capacitação constante de temas que melhorem o acolhimento e a atenção ao usuário, sempre com intenções de melhorar a resolutividade de seus problemas e sua qualidade de vida, resultem em diminuição da demanda espontânea, aumento da demanda programada, satisfação do usuário, aumento do fluxo de serviço e ao fim uma agenda organizada, que possa atribuir satisfação ao profissional de saúde e ao usuário do sistema. Afinal, somos a porta de entrada do SUS, e a primeira impressão é a que fica.

Referências

- BRASIL. Portaria no 2.488, de 21 de outubro de 2011. Ministério da Saúde, Brasília, n. 1, 2013. Citado na página 16.
- FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. *O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: caso de Betim, Minas Gerais*. Betim: Caderno de Saúde Pública, 1999. Citado na página 16.
- GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. *Acolhimento e vínculo:: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos*. Brasília: interface, 2005. Citado na página 15.
- INOJOSA, R. M. A qualificação do encontro entre profissionais de saúde e usuários. *X Congresso Internacional de CLAD sobre a Reforma do Estado e da Administração Pública*, p. 1–13, 2005. Citado 2 vezes nas páginas 11 e 16.
- JÚNIOR, D. P.; SALGADO, P. de O.; CHIANCA, T. C. M. *Validade preditiva do Protocolo de Classificação de Risco de Manchester: avaliação da evolução dos pacientes admitidos em um pronto atendimento*. Belo Horizonte: Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2012. Citado na página 19.
- MS, M. da S. *Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde*. Brasília: Editora MS Documentação e Informação, 2010. Citado 3 vezes nas páginas 16, 18 e 19.
- MS, M. da S. *Atenção à demanda espontânea na APS: Normas e manuais técnicos*. Brasília: Ministério da Saúde., 2010. Citado na página 18.
- MS, M. da S. *Caderno de Atenção Básica: Acolhimento a demanda espontânea*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 18.
- SMS, S. M. D. S. coordenação de saúde da ap 3.2: Relatório de gestão cms ariadne lopes de menezes. *SUPERINTENDÊNCIA DE SERVIÇO DE SAÚDE*, v. 1, n. 3, p. 1–27, 2017. Citado 2 vezes nas páginas 9 e 10.
- TESSER, C. D.; NETO, P. P.; CAMPOS, G. W. de S. Acolhimento e (des)medicalização social: Um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 15, n. 3, p. 1–4, 2010. Citado 3 vezes nas páginas 15, 16 e 17.