

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

DANIELLA RODRIGUES GONÇALVES

**IMPLANTAÇÃO DE ACOLHIMENTO CAPACITADO PARA
CLASSIFICAÇÃO DA DEMANDA ESPONTÂNEA**

**UBERABA/MINAS GERAIS
2015**

DANIELLA RODRIGUES GONÇALVES

**IMPLANTAÇÃO DE ACOLHIMENTO CAPACITADO PARA
CLASSIFICAÇÃO DA DEMANDA ESPONTÂNEA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do certificado de especialista.

Orientadora: Prof.^a Ms. Zilda Cristina dos Santos

**UBERABA/MINAS GERAIS
2015**

DANIELLA RODRIGUES GONÇALVES

**IMPLANTAÇÃO DE ACOLHIMENTO CAPACITADO PARA CLASSIFICAÇÃO
DA DEMANDA ESPONTÂNEA**

Banca Examinadora:

Profa. Ms Zilda Cristina dos Santos – Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM

Profa. Dr^a Regina Maura Rezende – Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM

Aprovada em Uberaba, 03 de Dezembro de 2015.

DEDICATÓRIA

A minha pequena e amada filha Júlia, que aos prantos cedeu os minutos de atenção que eram só dela para o desenvolvimento do trabalho da mãe, e ao meu querido marido Beethoven, que compartilhou de toda minha ansiedade para concluir com êxito esse projeto.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a toda a equipe Estratégia de Saúde da Família São Francisco, em especial a minha querida enfermeira Bárbara Mazette, sem seu trabalho e dedicação nada seria produzido em nossa equipe.

RESUMO

A ESF São Francisco representa uma das nove equipes de Estratégia de Saúde da Família presentes no município de Conceição das Alagoas - MG. Inúmeros são os problemas afligem a área descrita, dentre eles o que mais interfere negativamente no serviço é o grande número de atendimentos por demanda espontânea realizado pela equipe. Assim, elaboramos um projeto de intervenção para organizar o acolhimento aos usuários de demanda espontânea na Estratégia de Saúde São Francisco utilizando de um Planejamento Estratégico Situacional - PES. Após descrever os nós críticos da área, reproduzimos o atendimento agendado conforme os programas da ESF e o acolhimento capacitado para classificação de risco segundo o sistema de Manchester. A implantação da agenda com programas de atenção continuada já reduziu significativamente a demanda imediata no serviço. Acreditamos que, após instalação do acolhimento com a classificação de risco, os usuários serão contemplados com um atendimento de melhor qualidade e de acordo com suas reais necessidades.

Palavras-chave: classificação de demanda, acolhimento e marcação de consultas.

ABSTRACT

The ESF São Francisco is one of the nine Health Strategy teams of the Family present in the municipality of Conceição das Alagoas - MG. There are countless problems afflicting the area described, among them what else impairs service is the large number of visits by spontaneous demand conducted by staff. Thus, we developed an intervention project to organize the reception to spontaneous demand from users in San Francisco Health Strategy using a Situational Strategic Planning - PES. After describing the critical nodes of the area, we reproduce the scheduled service as the ESF programs and welcoming able to risk classification according to the Manchester system. The implementation of the agenda with continued care programs have significantly reduced their mediate demand on service. We believe that after installation of the host with the rating users will be awarded with a better quality service and according to their actual needs.

Key-words: demand classification, reception and appointments.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agentes Comunitárias de Saúde

BVS- Biblioteca Virtual em Saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

EPS- Educação Permanente em Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

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

mmHg- Milímetros de mercúrio

NASF- Núcleo de Apoio a Saúde da Família

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

SCIELO - Scientific Electronic Library Online

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

PES- Planejamento Estratégico Situacional

|

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. JUSTIFICATIVA.....	12
3.OBJETIVOS	
3.1.OBJETIVO GERAL.....	13
3.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
4. METODOLOGIA.....	13
5.PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	14
6.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
7.REFERÊNCIAS.....	24

1. INTRODUÇÃO

Conceição das Alagoas é uma cidade situada na microrregião de Uberaba e distante 60 km desta. O município possui 23.043 habitantes e apresenta uma área da unidade territorial de 1.340,250 Km² e densidade demográfica de 17,19 hab/Km² (CENSU 2010).

O nome de Conceição das Alagoas é em homenagem a Nossa Senhora da Conceição e devido ao grande número de lagoas existentes no local. O afluxo de um numeroso contingente de pessoas para o garimpo que se formou no período de 1850, contribuiu para o crescimento do povoado. O gentílico oficial no município é Garimpense, porém, os moradores usam Conceição Alagoano.

Como aspecto socioeconômico o município apresenta um Índice de desenvolvimento Humano (IDH) de 0,712; taxa de alfabetização de adultos de 0,865; o valor do rendimento nominal médio mensal per capita dos domicílios particulares permanentes é do total de R\$861,08; esperança de vida ao nascer = 71,28 anos; crescimento populacional de 1.83; taxa de fecundidade = 2.32; grau de urbanização = 84; taxa de alfabetização das pessoas de 5 anos ou mais de idade = 90.84; proporção de domicílios particulares permanentes por tipo de saneamento adequado = 84,27%, semi-Adequado = 10,93% e inadequado = 4,80%. (IBGE- Censo 2010).

Na economia, Conceição das Alagoas sempre se dedicou à agropecuária, mas desde meados da década de 1990, as usinas instaladas (Usina Caeté - usina de álcool e açúcar do Grupo Carlos Lyra - e a Usina Hidroelétrica Volta Grande) vêm conquistando o espaço no município.

A saúde conta com Programas da Saúde da Família há 10 anos, sendo 09 equipes que cobrem 100% da área total, um hospital municipal e uma UBS no município.

A equipe da Estratégia Saúde da Família São Francisco existe há 6 anos, está situada a Rua José Alcides Borges número 85, atende os bairros São Francisco, Abílio Tomaz, Jose Antônio de Lima e Francisco de Paula Pires. Abrange 726 famílias e conta com um número 2.400 habitantes na área

(BRASIL, 2015). A população esta formada por quase 80% de imigrantes provenientes do nordeste que vieram para o município em busca de trabalho na usina de cana de açúcar.

A equipe é composta por médica, enfermeira, dentista, técnica de enfermagem, auxiliar de dentista, 06 agentes comunitários e auxiliar de serviços gerais. Conta ainda com o apoio do NASF municipal, composto por psicólogo, assistente social, fisioterapeuta e farmacêutico.

A demanda do PSF São Francisco é considerada a maior da cidade em virtude da população flutuante de trabalhadores da usina, por isso a dificuldade em prestar um atendimento com seguimento adequado de Saúde da Família.

Vários são os problemas enfrentados pela equipe que atua nesta ESF, porém a partir de coleta de dados do SIAB/ESUS, da participação da comunidade, da ESF e do NASF, listamos como principais problemas da nossa área:

- Uso de drogas ilícitas;
- gravidez na adolescência;
- multiparidade;
- problemas sócio-culturais;
- baixa renda local;
- grande número de consultas de demanda espontânea;
- ausência de área de lazer/esportes;

Dentre os problemas situacionais de nossa área o que mais interfere negativamente no serviço prestado e que no momento merece destaque e prioridade de ação é o grande número de atendimentos por demanda espontânea. Tal fato é decorrente não só da cultura local de procurar a ESF conforme a doença, mas também dos próprios profissionais, principalmente as agentes comunitárias e a técnica de enfermagem que têm o hábito de orientar a população a buscar atendimento na forma de encaixe nas faltas dos pacientes agendados. Isso acaba criando um círculo vicioso, os pacientes faltam quando agendados uma vez que sabem que para atendimento basta

procurar uma vaga de encaixe em outro dia, da mesma forma muitos não fazem marcação de consulta já que estão habituados a buscar o encaixe de consulta em vagas “ociosas”. Esse quadro cria uma situação conflituosa na equipe em virtude da desorganização que gera no dia a dia e a dificuldade em realizar o atendimento programado e continuado conforme os programas defendidos pela Estratégia Saúde da Família, além de toda a falta de estrutura no fluxo para atendimento ao paciente.

"Acreditam que o PSF tenha papel fundamental na reestruturação do sistema público de saúde, primeiramente, porque evidencia as fragilidades e limitações do modelo tradicional." (VIANA; DAL POZ, 1998 aput CARMAGNAN, SANTANA 2001)

2. JUSTIFICATIVA

A organização da demanda espontânea na ESF São Francisco é uma mudança necessária para organização do serviço, facilitar o trabalho em equipe, garantir o acolhimento ao paciente e estimular o trabalho multiprofissional. Tendo assim, a efetivação de um atendimento biopsicossocial, a fim de garantir um processo de saúde de forma continuada e sistematizada.

Por essa razão, compreender essas mudanças e utilizá-las como recursos para reorganizar a demanda espontânea faz com que o –modelo assistencial imediatista e centrado na figura do médico se revertam a ações multidisciplinares, focadas na prevenção de doenças e promoção de saúde. (SANTANA, 2008)

Dessa forma, uma das ferramentas utilizadas para classificar e garantir o fluxo de pacientes quanto a necessidade clínica e o risco de saúde do paciente aplica-se a classificação de risco de Manchester, a fim de garantir a efetividade do serviço e organização do fluxo de atendimento. (JONES, et al.2010)

A classificação de risco de Manchester é estabelecida por uma escala de cores por prioridades: VERMELHO (Emergência), LARANJA (Muito Urgente), AMARELO (Urgente), VERDE (Pouco Urgente) e AZUL (Não urgente). (JONES, et al.2010)

3. OBJETIVOS

3.1.OBJETIVO GERAL

Elaborar um projeto de intervenção para organizar o acolhimento aos usuários de demanda espontânea na Estratégia de Saúde São Francisco.

3.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Definir o atendimento agendado conforme os programas da ESF.

Construir o acolhimento capacitado para classificação da demanda espontânea pelo sistema de Manchester.

Orientar os usuários sobre funcionamento da ESF e o fluxo de atendimento.

4. METODOLOGIA

Os dados utilizados na realização do diagnóstico situacional foram obtidos através da metodologia da Estimativa Rápida. A identificação dos problemas, priorização, explicação e identificação dos nós críticos tiveram como referência o Planejamento Estratégico –Situacional - PES (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). O PES foi utilizado para, a partir dos nós críticos, estruturar operações a serem desenvolvidas, de acordo com os dez passos a seguir: definição dos problemas, priorização dos problemas, capacidade de enfrentamento da equipe, descrição do problema, explicação do problema, seleção dos “nós críticos”, desenho das operações, identificação dos nós críticos, análise de viabilidade do plano e elaboração do plano operativo.

A busca de dados foi realizada utilizando o site da produção mensal do E-SUS mais médicos e o Sistema de informação de Atenção Básica – SIAB.

Os descritores em Ciências da Saúde (DeCS) utilizados para busca de textos científicos nas bases de dados SCIELO (Scientific_Electronic Library Online) e LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde) são: classificação de demanda, acolhimento e agendamento de consultas.

As ações desenvolvidas para reorganizar a demanda espontânea consistem na agenda programada segundo os grupos de assistência para

promoção do cuidado continuado, sendo eles: Crianças, Puericultura, Adolescente, Saúde do Homem, Saúde da Mulher, HIPERDIA, Visitas Domiciliares e Pré-Natal, no acolhimento por classificação de risco de Manchester, e na adesão de uma recepcionista à equipe, atuando no agendamento e na orientação do usuário sobre o fluxo da Atenção Básica.

A classificação de risco por Manchester define-se em cinco etapas: Identificação do problema, coleta e análise das informações relacionadas à solução, avaliação de todas as alternativas e escolha de uma delas para a implementação, implementação da alternativa escolhida, monitoramento da implementação e avaliação dos resultados. (JONES, et al.2010).

5. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

5.1 PLANO DE AÇÃO (PES)

5.1.1 Definição dos problemas:

O diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF São Francisco identificou como os principais problemas vivenciados:

- Uso de drogas ilícitas;
- gravidez na adolescência;
- multiparidade;
- problemas sócio-culturais;
- baixa renda local;
- grande número de consultas de demanda espontânea;
- ausência de área de lazer/esportes;

5.1.2 Priorização de problemas

Quadro 1 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade

Principais Problemas	Importância	Urgência*	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Número de consultas de demanda espontânea excessivo	Alta	8	Parcial	1
Uso de drogas ilícitas	Alta	7	Parcial	2
Problemas sócio-culturais	Alta	7	Fora	3
Baixa renda local	Alta	6	Fora	4
Multiparidade	Alta	5	Parcial	5
Gravidez na adolescência	Alta	5	Parcial	6
Ausência de área de lazer/esportes	Alta	4	Fora	7

* Total de pontos distribuídos: 10 Fonte: GONÇALVES, 2015.

5.1.3 Descrição do problema selecionado

Quadro 2 - Descritores do problema de demanda espontânea excessiva

Descritores	Valores	Fontes
Atendimentos individuais	396	SIAB
Consultas agendadas	180	E-SUS
Demanda espontânea	216	E-SUS
Pré- Natal	79	E-SUS
Puericultura	73	E-SUS
Hipertensos	73	E-SUS
Diabéticos	36	E-SUS
Saúde mental	08	E-SUS

FONTE: GONÇALVES, 2015.

5.1.4 Explicação do problema

O problema evidenciado foi: a demanda espontânea excessiva no PSF São Francisco. A partir dessa evidência foi elaborado um plano de ação para sistematizar as propostas para enfrentá-los de forma organizacional. Uma vez, que demanda espontânea excessiva era um problema cultural da cidade por questões de fácil acesso e desorganização do fluxo e do acolhimento. Visto que era um problema de fundo organizacional, instituindo assim o plano de ação como solução ao problema enfrentado.

5.1.5 Seleção dos “nós críticos”

Os problemas considerados “nós críticos” foram:

Ausência de agenda com vagas para os programas de ESF;

Acolhimento capacitado para classificação da demanda espontânea;

Necessidade de secretária para agendamentos;

Nível de informação dos usuários sobre o funcionamento do serviço

5.1.6 Desenho das operações

Nós críticos	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Ausência de agenda com vagas para os programas de ESF	+ Organização	Definir o atendimento agendado conforme os programas da ESF	Atendimento agendado para Pré Natal, saúde da mulher, saúde do adolescente, puericultura e cuidado continuado com Hipertensos e diabéticos	Cognitivo: + informação à população sobre a existência dos programas Financeiro: pasta com divisória e material para impressão da agenda Organizacional: Secretária para agendamentos

<p> </p> <p>Acolhimento capacitado para classificação da demanda espontânea</p>	<p>+ Escuta</p>	<p>Recepção do usuário com capacidade de conduzi-lo a um atendimento adequado ao seu problema</p>	<p>Realização pela enfermeira da classificação de risco pelo sistema de Manchester</p> <p>Atendimento imediato se classificação exigir e/ou agendamento pela secretária se necessário</p>	<p>Cognitivo: capacitação da classificação de risco</p> <p>Organizacional: computador com o programa Manchester e mesa</p> <p>Financeiro: Manter suprimentos para impressão dos acolhimentos pelo sistema</p>
<p>Necessidade de secretária para agendamentos</p>	<p>Recepcionar melhor</p>	<p>Receber o usuário com informações exatas do serviço prestado</p>	<p>Pessoa orientada para tirar dúvidas e realizar agendamentos conforme a necessidade do paciente</p>	<p>Cognitivo: capacitação sobre o serviço prestado</p> <p>Organizacional: Funcionária com conhecimento de ESF</p>
<p>Informação dos usuários sobre o funcionamento do serviço</p>	<p>Saber Mais</p>	<p>] Usuário entender quando deve procurar a ESF</p>	<p>Orientações nos Grupos de cuidado continuado, cartazes com a agenda, informações pelo médico sobre seu papel com a família</p>	<p>Cognitivo: ESF orientar sobre funcionamento do serviço</p> <p>Organizacional: cartazes, cartão de marcação de consultas</p>

Fonte: GONÇALVES, 2015.

5.1.7 Identificação dos recursos críticos

Operações / Projetos	Recursos críticos
<p align="center">+ Organização</p>	<p>Cognitivo: Propiciar mais informação à população sobre a agenda</p> <p>Financeiro: pasta com divisória</p> <p>Organizacional: secretária</p>
<p align="center">+ Escuta</p>	<p>Organizacional: mesa para acolhimento com Manchester</p> <p>Financeiro: carga para impressos do Sistema Manchester</p>
<p align="center">Recepcionar melhor</p>	<p>Organizacional: Funcionária com conhecimento de ESF</p> <p>Político: liberação da secretária de outra ESF</p>
<p align="center">Saber Mais</p>	<p>Cognitivo: ESF orientar sobre funcionamento do serviço</p> <p>Organizacional: cartazes, cartão de marcação de consultas</p>

FONTE: GONÇALVES, 2015.

5.1.8 Análise de viabilidade do plano

Operações / Projetos	Controle dos recursos críticos	Ator que controla	Motivação
<p>+ Organização</p> <p>+ Escuta</p> <p>Recepcionar melhor</p> <p>Saber Mais</p>	<p>Pasta para agendamentos</p> <p>Mesa para acolhimento com Manchester e carga para impressos do Sistema Manchester</p> <p>Secretária disponível em outra ESF</p> <p>ESF orientar sobre funcionamento do serviço com programas da ESF</p>	<p>Enfermeira</p> <p>Secretária de Saúde</p> <p>Secretária de Saúde</p> <p>ESF</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p> <p>Favorável</p> <p>Favorável</p>

FONTE: GONÇALVES, 2015.

5.1.9 Elaboração do plano operativo

Operações	Resultados	Produtos	Responsáveis	Prazo
+ Organização	Definir o atendimento agendado conforme os programas da ESF	Atendimento agendado para Pré Natal, saúde da mulher, saúde do adolescente, puericultura e cuidado continuado com Hipertensos e diabéticos	Enfermeira	Maio 2015
+ Escuta	Recepção do usuário com capacidade de conduzi-lo a um atendimento adequado ao seu problema	Realização pela enfermeira da classificação de risco pelo sistema de Manchester Atendimento imediato se classificação exigir e/ou agendamento pela secretária se necessário	Secretária de Saúde	Segundo semestre de 2015
Recepcionar melhor	Receber o usuário com informações exatas do serviço prestado	Pessoa orientada para tirar dúvidas e realizar agendamentos conforme a necessidade do paciente	Secretária de Saúde	Maio 2015
Saber Mais	Usuário entender quando deve procurar a ESF	Orientações nos Grupos de cuidado continuado, cartazes com a agenda, informações pelo médico sobre seu papel com a família	ESF	Maio 2015

FONTE: GONÇALVES, 2015.

5.1.10 Gestão do Plano

Operações	Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa
+ Organização	Imprimir agendas conforme programas de cuidado continuado	Enfermeira	Maio 2015	Agenda pronta	Realizado
+ Escuta	Instalar o computador na mesa adquirida na recepção e iniciar acolhimento qualificado	Secretária de Saúde	Segundo semestre de 2015	Computador instalado, ainda sem adesão da enfermeira	Dificuldade agenda da enfermeira, por deficiência de recursos humanos.
Acolher melhor	Formalizar pedido de nova secretária e disponibilizar mesa para agendamentos	Secretária de Saúde	Maio 2015	Nova secretária e mesa para agendamentos adquiridos	Realizado
Saber Mais	Iniciar orientações na recepção, pelos ACS, nos grupos e produzir cartões para consultas.	ESF	Maio 2015	População orientada sobre os programas, ainda sem os cartões	Dificuldade aceitação da gestão

FONTE: GONÇALVES, 2015.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implantação da agenda e a incorporação de uma recepcionista para o acolhimento e agendamento nos programas de atenção continuada já reduziu significativamente a demanda imediata no serviço. Acreditamos que –após instalação do acolhimento com a classificação de risco os usuários serão contemplados com um atendimento de qualidade e de acordo com suas reais necessidades.

Enfim, a reorganização desse modelo assistencial requer muitos desafios. Principalmente na mudança comportamental dos usuários perante a esses recursos de saúde. Dessa forma, é necessário compreender que para praticar esse modelo requer um trabalho conjunto, com o compromisso e responsabilidade desde os governos, equipes, gestores e sociedade. Só assim será possível construir um trabalho em prol da saúde da coletividade e da família. (CARMAGNAN, SANTANA 2001)

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS :

BRASIL. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Informações completas**. 2010. Disponível em< <http://cod.ibge.gov.br/24M>>. Acesso em 10. jul.2015.

CAMPOS, F. C. C. de; FARIA, H. P. de; SANTOS, M.A. dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p. : il.

Santana, M.L. **Demanda espontânea e planejamento estratégico situacional no programa Saúde da Família de Pindamonhangaba**. Taubaté, 2008.

Brehmer, L.C.F; Verdi, M. **Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários**. Ciência e Saúde Coletiva, 15(Supl. 3):3569-3578, 2010

Ramos, D. D; Lima, M. A. D. S. **Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(1):27-34, jan-fev, 2003.

Santana, M . L; Carmagnani, M . I. **Programa saúde da família no Brasil: um enfoque sobre os pressupostos básicos, operacionalização e vantagens**. Saúde e Sociedade 10(1):33-53, 2001.

Pereira, J. G.; Fracolli, L. A. **Acolhimento e reorganização das práticas em saúde**. Saúde e Sociedade, v. 14, spl. 1, São Paulo, p. 23, 2005.

E-SUS Mais médicos. Disponível em<<http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/maismedicos/questionario/selecionaCompetencia>>. Acesso em 05. jul.2015