

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

**ORGANIZAÇÃO DE DEMANDA ESPONTÂNEA E
PROGRAMADA E ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

VALÉRIA BARROS VELLOSO

**CONSELHEIRO LAFAIETE/MG
2012**

VALÉRIA BARROS VELLOSO

**ORGANIZAÇÃO DE DEMANDA ESPONTÂNEA E
PROGRAMADA E ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

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

Orientadora: Prof^ª Geralda Fortina dos Santos

**CONSELHEIRO LAFAIETE//MG
2012**

VALÉRIA BARROS VELLOSO

**ORGANIZAÇÃO DE DEMANDA ESPONTÂNEA E PROGRAMADA E
ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UM RELATO DE
EXPERIÊNCIA**

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

Orientadora: Prof^ª Geralda Fortina dos Santos

Banca Examinadora:

Profa. Geralda Fortina dos Santos - orientador
Profa. Thais Lacerda e Silva – examinador

Aprovado em Belo Horizonte em 25/04/2012

Agradecimentos

A Deus, em primeiro lugar, porque tem sido minha rocha e fortaleza, além de socorro bem presente em todos os momentos de necessidade, sem o qual nada faria, e pelo qual tenho tido todas as coisas. “Até aqui nos ajudou o Senhor”.

Ao meu amado companheiro Anry, meu fiel escudeiro, sem o qual seria inviável a realização deste curso em Minas Gerais, sendo eu do Rio de Janeiro. Quantas noites passamos na estrada, eu, dormindo, cansada da labuta semanal, e ele conduzindo, incansável, a viagem, apoiando-me em todas as coisas, até altas horas me ajudando na realização das inúmeras atividades dos módulos. Muito obrigada, meu amor;

A minha família, por compreender minhas ausências e apoiar-me em todas as coisas. Especialmente ao meu amado filho, Gabriel, e minha querida mãe, Maria da Conceição.

Ao meu amado, inesquecível e precioso tutor Max André. A aquisição do conhecimento será de certo muito importante para minha vida profissional, mas tê-lo conhecido foi um grande presente de Deus. Sua força, apoio e compreensão, são lições que levarei para toda minha vida. Tem amor em sua essência, e isso é divino.

A minha querida tutora, Kenia, por sua compreensão, sabedoria e apoio em todos os momentos.

A minha orientadora Geralda Fortina dos Santos, pela paciência e compreensão nos meus grandes momentos de dificuldade.

“No centro da perseverança está a capacidade de se manter firme”

Autor desconhecido

RESUMO

Trata-se de um relato de experiência de gestão da Clínica da Família Lenice Maria Monteiro Coelho, localizada no Município do Rio de Janeiro, que teve como desafio a organização do acesso das demandas espontânea e programada, por meio da reorganização do processo de trabalho, utilizando como principal ferramenta de planejamento o acolhimento. A experiência relatada foi vivenciada no período de junho de 2010 a junho de 2011. A partir da realidade vivenciada, foram descritas três fases do processo de organização do acolhimento, visando à melhoria e à efetividade do acesso da população adscrita, assim como ofertar aos profissionais instrumentos organizacionais para trabalhar com uma crescente demanda espontânea, mantendo as características da estratégia de Saúde da Família no que se refere à promoção da saúde e prevenção de agravos e à garantia da concretização do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Acolhimento. Estratégia de Saúde da Família. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

It is an account management experience of the Family Clinic Lenice Maria Monteiro Coelho, located in the city of Rio de Janeiro, which was to challenge the organization's access demands spontaneous and programmed by reorganizing the work process, using as main tool for planning the reception. The experiment reported was experienced in the period June 2010 to June 2011. As of reality, have been described three stages of the host organization aimed at improving access and effectiveness of the enrolled population, as well as offering organizational tools for professionals to work with a growing spontaneous demand, maintaining the characteristics of the strategy Family Health with regard to health promotion and disease prevention and ensuring the implementation of SUS.

Keywords: Host the Family. Health Strategy. Health System.

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ASB - Auxiliar de Saúde Bucal

AVS - Agente de Vigilância em Saúde

CEABSF - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

DML - Departamento de Material de Limpeza

ESF - Estratégia de Saúde da Família

MS - Ministério da Saúde

PMA2 - Produção Mensal da Área

PNH - Programa Nacional de Humanização

RX - Raios-X

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS - Sistema Único de Saúde

SSA2 - Situação de Saúde da Área

THD - Técnico de Higiene Dentária

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Escala de triagem dos casos de urgência, de acordo com o protocolo de Manchester.....	18
Tabela 2 – Distribuição das famílias e população cadastradas por equipe de saúde.....	21
Tabela 3 -- Consultas médicas e de enfermagem.....	28
Tabela 4 -- Consultas por demanda programada e livre.....	29

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. OBJETIVO GERAL.....	14
2.1 OBJETIVOS EPECÍFICOS.....	14
3. METODOLOGIA.....	15
4. REVISÃO DE LITERATURA.....	16
4.1 ACOLHIMENTO.....	16
4.2 ORGANIZAÇÃO DAS DEMANDAS.....	17
4.3 DEMANDA PROGRAMADA.....	18
4.4 DEMANDA ESPONTÂNEA.....	19
5. CONTEXTO DO ESTUDO.....	21
6. VIVENCIANDO A EXPERIÊNCIA.....	24
7. ETAPAS DO PROCESSO DE ORGANIZAÇÃO E ACOLHIMENTO DA CLINICA DA FAMILIA LENICE MARIA COELHO.....	24
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
REFERÊNCIAS.....	31

1 INTRODUÇÃO

A organização das demandas espontânea e programada na Atenção Primária à Saúde (APS), por meio de um acolhimento organizado, resolutivo e humanizado, tem sido um desafio não só para as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), como para os gestores, de uma forma geral. Nos quatro anos de trabalho na ESF, vivenciei o desafio de organizar tanto minha agenda de enfermeira de equipe como a da médica desta, pois, nessa época, os atendimentos programados eram o foco de nossas agendas. Assim, a demanda espontânea era chamada de “porta de entrada” e era vista como um entrave no desenvolvimento do processo de trabalho das equipes. Porém, foi como gestora de uma Clínica de Saúde da Família, modelo estrutural novo de Estratégia de Saúde da Família no Rio de Janeiro, que vivenciei um dos maiores desafios em minha carreira profissional, que foi o de organizar o processo de acolhimento e direcionamento das demandas com efetividade e garantia de acesso qualificado.

Como uma de suas principais missões, a ESF tem o papel fundamental de servir como porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS) e via de acesso para o cumprimento efetivo de suas diretrizes básicas: a universalidade, a integralidade e a equidade, por meio do acolhimento qualificado. Matumoto, Mishima, e Pinto (2001) explicam que o acolhimento é determinado pela concepção de ser humano e de saúde/doença em que o trabalho se baseia, e “por que acolher” desvenda o modo como se efetiva a implantação do Sistema Único de SUS, e como os trabalhadores envolvidos “se posicionam frente ao tema ‘Saúde como direito de todos e de cidadania’, por meio dos princípios da universalidade, equidade, integralidade e acesso” (MATUMOTO et al, 2001, p.21).

Para tanto, o acolhimento se faz como uma das principais ferramentas para o cumprimento dessas diretrizes, se não a principal, pois é em seu contexto que muitas vezes se dá o acesso de nossos usuários ao sistema de saúde. Pode ser ferramenta de construção, assim como de desconstrução de vínculo, uma vez que muitos usuários têm suas necessidades resolvidas ou direcionadas no processo de acolhimento, enquanto outros penam em vias-crúcis intermináveis para conseguirem um atendimento de qualidade e resolutivo, quando o conseguem.

Frente a uma clínica de saúde da família sediada em um contexto turbulento, caracterizada por uma demanda livre crescente, usuários insatisfeitos e profissionais estressados, a necessidade de organizar o processo de atendimento às demandas espontânea e programada levou-me a optar pelo acolhimento como “carro-chefe” no processo

reestruturação e organização do acesso dos usuários ao serviço com a finalidade na resolução de suas necessidades de saúde resolvidas e ou encaminhadas. Como gerente dessa unidade de saúde, tinha o papel de construir, juntamente com as equipes, a solução deste que era, segundo os profissionais, o nosso maior desafio e o grande nó crítico em nosso processo de trabalho: acolher de forma organizada e resolutiva. Segundo Franco et al (1999), o acolhimento propõe intervir na lógica de organização e no funcionamento do serviço de saúde, partindo de três princípios: (a) atender a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; (b) reorganizar o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional; e (c) qualificar a relação trabalhador-usuário a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania.

Os problemas enfrentados pelas equipes da ESF estavam relacionados diretamente a uma “porta de entrada” lotada de demandas agudas e crônicas, que exigiam um direcionamento efetivo e resolutivo, com mudanças de posturas, rotinas e agendas. Ao estudar os módulos dos processos de trabalho e de planejamento estratégico das ações do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), comecei a ampliar meu olhar no sentido de vislumbrar a necessidade de intervenção na organização e no planejamento do processo de trabalhos das equipes. O trabalho cotidiano na Unidade de Saúde mostrava que o acesso dos usuários ao serviço ocorria de forma desorganizada e pouco resolutiva, o que demandava mudanças diretamente relacionadas ao acolhimento.

Espera-se da equipe de saúde o comprometimento com a manutenção da qualidade de vida e com o direito de cidadão do usuário. Devemos, portanto, garantir esse compromisso por meio de um acesso com qualidade, responsabilidade e resolubilidade. Para isso, são necessárias a construção de vínculo e a qualificação no atendimento, o que tem sido um dos maiores desafios no processo de trabalho de muitas equipes e gestores. Para a Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde (MS), o acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e serviços. Para Carvalho e Campos (2000), o acolhimento é um arranjo tecnológico que busca garantir aos usuários o acesso aos serviços de saúde, com o objetivo de escutá-los, resolver seus problemas mais simples e/ou referenciá-los, se necessário.

Diante do exposto, o presente estudo emergiu da reflexão sobre a necessidade contínua de planejamento das ações pelas equipes de saúde da família no que se refere ao processo de trabalho, e, neste caso específico, ao acolhimento. Assim, optou-se por descrever um relato de

experiência, mostrando as tentativas dos profissionais em permitir que o acesso dos usuários à unidade de saúde aconteça de forma organizada e efetiva, em meio a um alto índice de atendimentos de demanda espontânea, sem perder a essência dos princípios da Estratégia de Saúde da Família.

2. OBJETIVO GERAL

- Descrever experiência na re-organização do processo de trabalho de equipes de saúde da Clínica da Saúde da Família Lenice Maria Monteiro Coelho, do município do Rio de Janeiro.

2.1 Objetivos específicos

- Discutir o papel do acolhimento como via de acesso à produção de saúde e estabelecimento de vínculo entre a população e equipe de saúde e no processo de gerenciamento das demandas espontânea e programada.
- Discorrer sobre o papel da equipe da Equipe de Saúde da Família na responsabilização e resolutividade no atendimento das demandas que emergem da população assistida.

3 METODOLOGIA

Para subsidiar a construção da proposta de trabalho, foi realizada uma revisão de referenciais teóricos sobre o tema “acolhimento no processo de trabalho em saúde, demanda programada e demanda espontânea”, nos bancos de dados Scielo, Birene e Google acadêmico com intuito de fornecer embasamento teórico e relevância à dissertação do relato de experiência.

Para a aquisição e a compreensão dos dados relacionados aos atendimentos das demandas de forma quantitativa, foi realizado levantamento de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), referentes à Produção Mensal da Área de Abrangência (PMA2) e Situação de Saúde da Área de Abrangência (SSA2) dos meses de janeiro a junho de 2011, além de busca detalhada, por tipo de consulta, nas agendas dos profissionais da unidade relacionados na pesquisa.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Acolhimento

O acesso ao sistema de saúde está diretamente relacionado à necessidade de qualificar e viabilizar a resolução das demandas dos usuários, tendo como porta de entrada o acolhimento. A equipe de SF tem sua produção de vínculo e confiança construída por meio do ato de acolher, que não está de forma alguma limitado ao espaço físico de uma recepção, devendo ser um ato contínuo. Souza (2008) afirma que o acolhimento é uma forma de garantir o acesso de todo usuário, propiciando vínculo entre comunidade e equipe, com a possibilidade de refletir sobre o processo de trabalho para realizar um cuidado de forma integral.

Em 2003, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Humanização (PNH), com intuito de melhorar a qualidade do acesso aos serviços de saúde, desenvolvendo atividades focadas na humanização do cuidado. Como fruto do HumanizaSUS, foi produzida, em 2004, a cartilha da PNH, intitulada “Acolhimento com classificação de risco”, indicando-o como uma ação técnico-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, e reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde. (BRASIL, 2004).

Anteriormente o processo de trabalho da Atenção Básica tinha como um dos pontos frágeis o acolhimento, confundido muitas vezes com o processo de triagem. O que garantia o acesso nesse modelo era a distribuição de fichas, com sobras e desistências de vagas das agendas para quem primeiro chegasse. Equidade e inclusão não faziam parte desse contexto, o que gerava formação de filas de espera na madrugada para garantia de um atendimento médico, ou até mesmo para um agendamento de consulta. A ESF, com a função de reorganizar o acesso do usuário ao sistema, dispõe de outra realidade no que se refere à organização da demanda programada, pois o ACS conduz a necessidade de agendamento de consulta juntamente com a equipe técnica. Porém, no que se refere à demanda espontânea, o ocorrido era semelhante ao descrito acima: praticamente não havia espaço nas agendas, o que levava muitas vezes o cadastrado a uma busca sofrida por um atendimento médico em situações de doença aguda, de fácil resolubilidade para a sua equipe de saúde da família. (BRASIL, 2010)

O acolhimento qualificado produz vínculo e inclusão, e pode ser bem definido como estratégia fundamental, que consiste na reorganização do processo de trabalho de maneira a atender a todos que procuram os serviços de saúde, fortalecendo o princípio da universalidade

e a busca da integralidade e da equidade. Esta estratégia tem como eixo estimular e promover reflexões e ações de humanização dos serviços de saúde, fundamentando-se na ética e na cidadania (DeCS, 2011).

4.2. Organização das demandas

Para organização das demandas trazidas à unidade de saúde pelos usuários e garantia de atendimento equânime, tem sido utilizado, nas UBS o acolhimento com classificação de risco.

O atendimento da demanda espontânea é organizado pela classificação de risco no momento do acolhimento pela equipe de enfermagem, o que garante boa parte de resolução das queixas dos usuários, ficando para os atendimentos médicos as demandas clínicas de quadros agudos os quais realmente necessitam de intervenção médica. Anteriormente à adoção dessa classificação o usuário que realmente precisava de uma consulta médica, ao chegar às unidades de saúde, muitas vezes, já não mais encontrava senhas ou fichas, sendo excluído do atendimento e muitas vezes orientado a procurar uma Unidade de Pronto Atendimento.

A classificação de risco é uma forma dinâmica de organizar a demanda espontânea com base na necessidade de atendimento, sobretudo nos casos de urgência e emergência. Por meio da classificação de risco, o profissional de saúde avalia e direciona os usuários que procuram atenção para forma de atendimento mais adequada e equânime. (BRASIL, 2010)

O acolhimento com classificação de risco tem seu papel regulador, também presente na organização da demanda programada, pois é gerador de fluxo nas agendas. Existem diversos protocolos que trabalham com o tema de classificação de risco no acolhimento das demandas. O grupo Português de Manchester foi formado em 1994 para atribuição de prioridade clínica do paciente em um primeiro contato, por meio de uma escala de priorização de atendimento e é um dos modelos utilizados em nossas cidades. O caderno Nº 28 de Atenção Básica do MS (BRASIL, 2010) afirma a necessidade de adaptação da escala de triagem do protocolo de Manchester pelas equipes de Atenção Primária, pois nesse nível de atenção trabalha-se com longitudinalidade, vínculo e adscrição de clientela, o que facilita o controle dos agendamentos na Unidade Básica de Saúde (UBS) ou de visitas domiciliares. Logo, os casos “não urgentes”, classificados com cor azul da triagem de Manchester, poderão ser agendados para uma consulta programada e os “pouco urgentes”, classificados com a cor verde no referido protocolo, poderão ser atendidos em outro turno, de acordo com a situação e

o volume da demanda espontânea do dia. A seguir, na tabela 1, observa-se a escala de triagem do protocolo de Manchester.

Tabela 1 – Escala de triagem dos casos de urgência, de acordo com o protocolo de Manchester.

Prioridade	Graduação	Cor	Tempo alvo para atendimentos médicos
1	Emergência	Vermelho	0
2	Muito Urgente	Laranja	10
3	Urgente	Amarelo	60
4	Pouco Urgente	Verde	120
5	Não Urgente	Azul	240/Agenda

Fonte: Caderno de Atenção Básica – Nº 28 (MS 2010).

4.3. Demanda Programada

A Estratégia de Saúde da Família tem como um de seus principais desafios o desenvolvimento do processo de trabalho embasado em planejamento de ações. Foi implementado com o intuito de reorganizar o acesso ao SUS e dar direcionamento às demandas de sua população adscrita, além de ter como um de seus eixos de trabalho a promoção da saúde e a prevenção de agravos, por meio do acompanhamento clínico longitudinal. Para tanto, as agendas de médicos, enfermeiros e dentistas são organizadas de forma programada, com turnos direcionados previamente para realização de visitas domiciliares (VD), grupos operativos, interconsultas com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), além, obviamente, das consultas clínicas, exames preventivos, pré-natal e puericultura (para médicos e enfermeiros).

Friedrich e Pierantoni (2006) definem como demanda programada aquela que é agendada previamente, ou seja, toda demanda gerada de uma ação prévia à consulta, sendo um importante instrumento de ação quando se trata de um serviço que compõe a rede de Atenção Primária em Saúde (mais comumente conhecida como atenção básica) pautada em ações preventivas. O Ministério da Saúde, em sua portaria 2.488 (BRASIL, 2011), caracteriza Atenção Básica como sendo:

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo

de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. (BRASIL, 2011, s/p).

4.4. Demanda Espontânea

Silva (s/d) descreve demanda espontânea como qualquer atendimento não programado na unidade de saúde. Representa uma necessidade momentânea do usuário. Pode ser uma informação, um agendamento de consulta, uma urgência ou uma emergência.

A demanda espontânea vem ocupando um papel diferenciado dentro das rotinas das equipes de saúde da família e das UBS, pois o gargalo provocado pelas superlotações das grandes emergências, com situações agudas de fácil resolubilidade por tecnologia de baixa densidade, fez com que o direcionamento desses tipos de demanda fosse encaminhado para atenção primária. O Ministério da Saúde, em sua Portaria 2048, afirma que dentro da concepção de reestruturação do modelo assistencial atualmente preconizado, inclusive com a implantação do Programa de Saúde da Família, é fundamental que a atenção primária e o Programa de Saúde da Família se responsabilizem pelo acolhimento dos pacientes com quadros agudos ou crônicos agudizados de sua área de cobertura ou adstrição de clientela, cuja complexidade seja compatível com este nível de assistência. (BRASIL, 2002)

Estudos realizados pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro demonstram que, em média, 80% das demandas atendidas nas grandes emergências são de atenção primária; os usuários buscam desde informações a agendamentos de especialidades e encaminhamentos médicos, além de situações de doença aguda. Faz-se necessária a organização das agendas e rotinas das equipes para o atendimento da parte da demanda que lhes cabe, além de conscientização da importância de seu papel na resolução de cada caso.

A resistência médica aos atendimentos de demanda espontânea é uma realidade vivenciada na prática do dia a dia. Há, assim, a necessidade de educação permanente nesse sentido, com orientações sobre as diretrizes do Ministério da Saúde, suas portarias e cadernos formativos, designando a função de cada nível de assistência, assim como a da equipe de saúde da família inserida nestes contextos. É fundamental trazer à tona, para o cotidiano do processo de trabalho das equipes, o seu papel no atendimento às urgências nas Unidades de

Saúde/Saúde da Família, bem como o acolhimento à demanda espontânea, como parte integrante da organização dos serviços. (BRASIL, 2010).

Para a organização do acesso da demanda espontânea nas unidades básicas, faz-se necessária a organização dos fluxos no acolhimento, além de preparo técnico por parte das equipes para um trabalho equânime, resolutivo, integral e longitudinal. A ferramenta utilizada para a organização desse serviço, tanto nas unidades básicas, como nos Hospitais de emergência, tem sido a implantação dos protocolos de acolhimento com classificação de risco. A atenção primária tem utilizado uma adaptação do Protocolo de Manchester, como descrito na organização da demanda programada. No município do Rio de Janeiro a Subsecretaria de Atenção Primária tem demonstrado grandes esforços, no sentido de organizar e qualificar o acesso da população à Unidade Básica de Saúde, por meio de alguns eixos, tais como (SMSDC, 2011):

- a) Modelo de recepção;
- b) Escuta qualificada;
- c) Acolhimento como dispositivo clínico;
- d) Postura profissional;
- e) Organização da agenda;
- f) Gestão do absenteísmo;
- g) Linhas de cuidado.

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

5. CONTEXTO DO ESTUDO

Esta experiência foi vivenciada pelos profissionais da Clínica de Saúde da Família (CSF) Lenice Maria Monteiro Coelho, localizada na Praça Miguel Pereira dos Santos S/N, Santa Cruz, no município do Rio de Janeiro/RJ, um dos bairros mais distantes do centro da cidade. A unidade foi inaugurada em 13 de Junho de 2010, e é composta por quatro equipes de saúde da família e duas equipes de saúde bucal completas (dentista, Auxiliar de Saúde Bucal e Técnica de Higiene Dentária), um técnico de farmácia, dois técnicos de RX, quatro técnicos administrativos, um gerente técnico e quatro auxiliares de limpeza. Foi a segunda Clínica de Família inaugurada na zona oeste do município, área carente de serviços de saúde e composta por desertos sanitários. Hoje, o Rio de Janeiro já conta com mais de quarenta estabelecimentos do tipo por toda a cidade.

As quatro equipes fazem a cobertura de 3.698 famílias que totalizam 12.093 usuários. Em junho de 2011, ainda não haviam sido completados os cadastros totais da área de cobertura, pois os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) encontravam dificuldades para cadastrarem algumas áreas como as de invasão. Nelas, há apenas o início de construções para garantia da propriedade de parte do terreno, sem haver, porém, moradores. Além disso, havia dificuldades em cadastrar certas áreas de condomínios que apresentavam resistência ao acesso do ACS e ao cadastro das famílias.

A seguir, na tabela 2, observa-se o detalhamento do número de famílias e pessoas cadastradas de cada equipe da C.F Lenice M^a M. Coelho. É importante ressaltar, como descrito anteriormente, a não cobertura total da área proposta. Esse fato é relevante quando observamos a grande demanda de atendimentos, que tende a crescer ainda mais com a cobertura plena proposta, o que aponta para necessidade emergente da organização do processo de acolher e direcionar as demandas.

Tabela 2 - Distribuição das famílias e população cadastrada por equipe de saúde

Equipe	Nº Famílias	Nº Pessoas	Famílias	Pessoas
Aterrado do Leme	762	2.340	91% de cadastros das famílias concluído	74% de cadastros de pessoas concluído. (do quantitativo preconizado, que seria de 4000 pessoas por equipe)
Boa Esperança	910	3.057		
Lote 14	908	2.820		
Saquassú	1.056	3.633		
Total	3.636	11.850		

Fonte: SIAB, 2011.

O bairro de Santa Cruz, na zona oeste, foi um dos escolhidos pela nova gestão municipal, devido ao perfil epidemiológico populacional e a carência de serviços de saúde, como local prioritário para o investimento maciço em saúde na atenção primária, por meio da implantação do novo modelo estrutural de unidade de saúde da família. Será ainda o primeiro bairro a alcançar 100% de área com a cobertura de saúde da família no município do Rio de Janeiro.

O espaço físico das clínicas de saúde da família é amplo. As salas de atendimento têm uma composição privilegiada: são informatizadas e climatizadas. Há ambientes temáticos, como a sala da criança - com brinquedoteca, TV e DVD - e o jardim de inverno. O espaço conta também com uma “sala da mulher”, espelhada, com banheiro e que dispõe de toda estrutura e materiais necessários para realização de pré natal e preventivo. São encontradas ainda salas de coleta de exame laboratorial, de curativos, de procedimentos, de imunização; Um consultório odontológico amplo, dividido em dois ambientes distintos equipados com duas cadeiras odontológicas e os demais instrumentais necessários para o funcionamento simultâneo e independente de cada equipe de odontologia, amplo escovário, esterilização e expurgo; sala de observação clínica; sala para os ACS e os Agentes de Vigilância em Saúde (AVS); sala de Departamento de Material de Limpeza (DML); uma farmácia com três ambientes (dispensação, depósito e sala do farmacêutico), uma sala de reunião e administração; e um amplo auditório.

A aparência externa das clínicas de saúde da família lembra a das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), o que fez inicialmente com que os pacientes as confundissem e demonstrassem até certa resistência na proposta de atendimento da estratégia de saúde da família, que se baseia em um trabalho focado na promoção da saúde e na prevenção de agravos. Isto é, os usuários não entendiam a necessidade do cadastro da família e a maior oferta de consultas agendadas.

Havia uma UPA na área, mas a população almejava por este mesmo modelo ao lado de suas casas. Buscavam atendimento imediato, valorizavam - e ainda valorizam - o pronto atendimento das situações agudas e a cultura biomédica. Quando eram agendados, ou mesmo atendidos em demanda espontânea pelo enfermeiro, não davam a devida e justa credibilidade. Com o tempo a equipe de enfermeiros foi conquistando a população com sua resolutividade e profissionalismo, e a resistência tem diminuído consideravelmente.

Segundo Souza et al. (2008), para a construção do SUS, a prática do acolhimento é uma diretriz operacional, pois por meio deste garantimos a acessibilidade de todos, valorizando o trabalho multiprofissional e deslocando a centralização do atendimento na

figura do médico, o que propicia vínculo entre usuário e a equipe de saúde, devido uma relação trabalhador-usuário mais humana.

Inicialmente, o processo de chegada e acolhida da população na clínica estava extremamente conturbado. Não só a população estava confusa com o serviço que lhe seria ofertado, mas também os próprios profissionais demonstravam insegurança na condução das rotinas do serviço, uma vez que, em sua grande maioria, não possuíam experiência de trabalho em saúde pública e muito menos em ESF. Muitos vieram de experiência hospitalar, além dos que não tinham experiência alguma. Mais especificamente, na equipe técnica em que faço parte, composta por médicos, enfermeiros, dentistas, ASB, THD, técnicos de enfermagem e um técnico de farmácia, dentre estes dezenove profissionais, apenas três já haviam trabalhado na ESF. Assim, foi um grande desafio profissional gerenciar a unidade, pois demandava conhecimentos técnicos e administrativo, tendo sido necessário discutir com a equipe a proposta e princípios da ESF.

O acolhimento, como peça chave para o processo organizacional da unidade, foi fundamental, pois todos estavam chegando e careciam de acolhida e efetivo direcionamento. Ferreira (1975 apud BRASIL, 2006a, p. 6) define que “acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir.” Foi esse contexto, vivenciado em meio à realização do CEABSF, que me levou a definir como foco o acolhimento para a organização do processo de trabalho e das demandas espontânea e programada da unidade a qual pertencia nessa época.

6. VIVENCIANDO A EXPERIÊNCIA

Assim que se deu a inauguração da unidade em junho de 2010, começamos a absorver uma demanda espontânea reprimida. Nessa época, a UPA citada anteriormente ainda não havia sido inaugurada e as unidades de emergência eram mais distantes. Os profissionais médicos e enfermeiros ainda não tinham agendas; os cadastros estavam em fase inicial e os profissionais tentavam encontrar-se em meio às rotinas da ESF, nova para muitos.

Inicialmente, a alta demanda espontânea para ser atendida não foi um grande problema. Porém, à medida que os cadastros foram avançando, as agendas foram sendo montadas com atendimentos programados, grupos, visitas domiciliares, reuniões e toda rotina pertinente à saúde da família. Começou aí a fase de turbulência para todos os envolvidos - profissionais e usuários - pois não havia mais aquela disponibilidade de agenda inicial, e a demanda espontânea continuava crescendo.

Nesse sentido, houve a necessidade extrema de organização do processo de acolhimento ao usuário, de dar acesso, resolutividade e direcionamento às suas necessidades, além de educá-lo no sentido de reconhecer o papel da ESF na construção longitudinal, de qualidade na produção de saúde de sua população atendida. A cartilha do Programa Nacional de Imunização (BRASIL, 2001) afirma que o acolhimento é uma ação que deve ocorrer em todos locais e momentos do serviço de saúde, e que sua aplicação como diretriz operacional requer uma reorganização dos serviços de saúde a partir da reflexão e problematização dos processos de trabalho, de modo a possibilitar a intervenção de toda equipe multiprofissional encarregada da escuta e resolução dos problemas do usuário.

Esse processo de organização do acolhimento e construção de fluxo para os usuários que chegavam solicitando atendimentos e agendamentos, sua condução e direcionamento, passou por três momentos diferenciados de construção, os quais são descritos, a seguir:

6.1. Etapas do processo da organização do acolhimento na Clínica da Família Lenice Maria Monteiro Coelho

O processo de organização do acolhimento da clinica foi desenvolvido em três etapas distintas. A primeira etapa consistiu no direcionamento do acolhimento pelo ACS, logo que a unidade inaugurou, com as equipes recém chegadas e muitos profissionais inexperientes na ESF. Em um segundo momento houve a tentativa de se dar conta de uma demanda espontânea crescente, com escala diária de uma equipe responsável pelo acolhimento; E finalmente a

terceira etapa, com os profissionais ambientados e melhor conhecimento do perfil da população sob sua responsabilidade, possibilitando o acolhimento, pelas equipes, de suas próprias demandas. Segue abaixo detalhamento das etapas descritas.

1ª Etapa: O acolhimento pelo ACS

- a) O ACS escutava a queixa do paciente no acolhimento e tentava resolvê-la da maneira que melhor achava. A falta de preparo técnico, somada à insegurança no direcionamento e aos conhecimentos (favorecimentos) pessoais, acabava por gerar uma demanda muito grande por atendimentos médicos;
- b) Não havia sido implantado um plano de acolhimento com classificação de risco na unidade e a equipe não sabia como organizar as demandas;
- c) Os atendimentos eram agendados todos para o mesmo horário, gerando uma demanda excessiva na primeira parte do turno da manhã, e que culminava com o pico de procura por atendimento da demanda espontânea, o que gerava grandes conflitos na recepção da unidade, além de muito estresse em todos da equipe;
- d) A meta mínima de atendimento, que era de doze agendamentos, não contemplava a demanda espontânea, o que gerava grande resistência dos médicos na hora dos “encaixes”. Afirmava-se que a demanda espontânea deveria ser atendida na UPA, e não na Clínica de Saúde da Família. Tal desorganização intensificava o conceito equivocado de que a ESF não faz atendimentos de demanda livre. A portaria 648 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b) descreve que uma das atribuições do médico da equipe de saúde da família é realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, gineco-obstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos para fins diagnósticos.
- e) Restrição no número de atendimentos por demanda espontânea: apenas 03 por turno, no máximo. Como não havia classificação de risco pelo profissional de nível técnico, muitos usuários que realmente precisavam não estavam sendo atendidos, pois, geralmente quando chegavam a “cota” para atendimento de demanda livre já havia sido ultrapassada, sendo então encaminhados para outros serviços de saúde, caracterizando ausência de equidade nos atendimentos. O caderno de atenção básica nº 28 do MS (BRASIL, 2010) descreve que, de acordo com a política nacional às urgências, é fundamental que a Atenção Primária/Saúde da Família se

responsabilize pelo acolhimento dos usuários com quadros agudos ou crônicos agudizados de sua área de cobertura, cuja complexidade seja compatível com esse nível de assistência.

2ª Etapa: Início do acolhimento com classificação de risco e divisão da equipe responsável pelo acolhimento da demanda espontânea

- a) Início do acolhimento com classificação de risco da demanda espontânea pela equipe de enfermagem;
- b) Realizada a escala para o atendimento da livre demanda, na qual cada dia da semana uma equipe (médico, enfermeiro e técnico de enfermagem) de saúde da família ficaria responsável por este tipo de atendimento, não havendo agendamentos para esta equipe.
- c) As equipes que não estavam na escala para atendimento da “porta de entrada” realizavam o atendimento da agenda programada plena;
- d) Observamos que os pacientes começaram a não comparecer nos agendamentos, pois sabiam que, se precisassem, seriam atendidos pela equipe da “porta de entrada”;
- e) O acompanhamento das equipes ficou a dever na longitudinalidade. A equipe médica mostrava descontentamento com algumas condutas de seus colegas em relação a seus pacientes, gerando desgaste nos relacionamentos pessoais e comprometendo o vínculo com suas famílias acompanhadas;
- f) Em alguns dias da semana, de acordo com a equipe escalada, o atendimento era assoberbado, enquanto, em outros dias, era moroso. Observou-se que os pacientes começaram a ter preferências por alguns profissionais que não eram necessariamente da equipe de sua área, gerando um desequilíbrio nos fluxos, além de mais faltas nos agendamentos e solicitações de mudança de equipe assistida.
- g) Desperdício da hora médica de trabalho, havia picos de atendimentos por horários e dias, mas, em alguns momentos, os médicos escalados para o atendimento da demanda espontânea ficavam ociosos. Isso se dava porque grande parte da demanda era atendida plenamente em sua necessidade pela equipe de enfermagem. Por conta da escala da “porta de entrada”, os turnos de grupo e as visitas domiciliares ficaram comprometidos, e a qualidade e o planejamento das ações foram prejudicados.

- h) Sobrecarga de trabalho para equipe de enfermagem da “porta de entrada” pois todas as demandas das equipes passavam pelo enfermeiro escalado do dia. Pouco era repassado para equipe médica após a classificação de risco. A equipe de enfermagem estava altamente sobrecarregada.

3ª Etapa: Cada equipe realiza o acolhimento de suas demandas

Após reunião com equipes e gerência, foi realizado novo fluxo do atendimento das demandas, uma vez que os relatos dos profissionais apontavam para a necessidade de mudança. Isto é, a experiência demonstrava que a fase anterior não estava tendo resultado efetivo suficiente, devido aos problemas já descritos, nas 1ª e 2ª etapas. Assim, foram realizadas as seguintes modificações:

- a) Implantação do protocolo do acolhimento com classificação de risco da demanda espontânea;
- b) A volta do atendimento da demanda espontânea pela própria equipe da área, salvo exceções, como dias de ausência dos profissionais, por curso ou folga, sendo o paciente atendido pelo profissional disponível na unidade;
- c) Organização dos agendamentos por hora, e não mais por ordem de chegada. Eles, anteriormente, eram agendados todos para o mesmo horário e organizados por ordem de chegada, causando tumulto no início dos turnos e maior dificuldade para realização dos encaixes da demanda espontânea e do atendimento prioritário;
- d) Encaixe dos atendimentos de demanda livre, entre os agendados ou equitativamente, de acordo com a avaliação dos profissionais do acolhimento;

Após observação do quantitativo das demandas de cada área, notou-se ainda uma maior prevalência da demanda espontânea. A agenda, então, foi organizada de acordo com o perfil populacional observado, sendo 50% das vagas destinadas à demanda programada e os 50% para a livre demanda, com a ciência de que, se houvesse casos agudizados, estes deveriam ser priorizados.

Na tabela 3, pode-se observar o quantitativo de consultas médicas e de enfermagem, divididas pelo tipo de consultas referentes aos meses de janeiro a junho de 2011.

Vale ressaltar que o número de consultas não tipificadas, denominadas na tabela como “outras”, que incluem a demanda espontânea e clínica, estão em número consideravelmente

maior, o que comprova o perfil da unidade, de grande volume de atendimentos referentes à demanda livre, confirmando, também, o relato das equipes que a compõem.

Outro fato relevante que se observa na tabela 3, é o de que o número de consultas gerais do enfermeiro superou o da equipe médica, reafirmando o grande volume de consultas de demanda espontânea, atendidas pelos enfermeiros no acolhimento.

Tabela 3 – Consultas médicas e de enfermagem no período de janeiro a junho de 2011

Tipos de Consulta	Meses de 2011						Total
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	
Puericultura	71	115	64	104	55	69	478
Pré-Natal	110	112	105	92	93	67	579
Prevenção do câncer do colo	89	153	72	123	115	149	701
DST/AIDS	15	06	25	13	25	10	94
Diabetes	139	59	34	63	39	46	380
Hipertensão Arterial	255	231	117	156	115	85	959
Hanseníase	0	0	01	0	01	0	02
Tuberculose	03	06	04	04	04	02	23
Outras	952	1505	1211	1776	1589	1224	8257*
Total de consultas médicas	853	1120	929	1047	784	710	5443
Total de consultas do enfermeiro	781	1067	704	1284	1252	942	6030

Fonte: SIAB/ PMA2. *Este dado (outras consultas) corresponde a 72% do total de consultas realizadas dos médicos e enfermeiros, nos meses de janeiro a junho de 2011.

Na tabela 4, pode ser observada uma amostra de consultas médicas e de enfermagem, tipificadas por atendimentos programados e de demanda livre. Os profissionais mencionados foram os que apresentaram maior número de atendimentos, em suas categorias, na vigência de maio/2011.

Tabela 4 – Consultas por demanda programada e livre

Profissional	Consultas Abril/Maio de 2011		
	Total	Demanda Programada	Demanda Livre
Médica	315 (100%)	104 (33%)	211 (67%)
Enfermeira	498(100%)	87(17,5%)	411(82,5%)

Fonte: SIAB Maio/2011.

Ainda de acordo com os dados desta tabela, observa-se novamente que as consultas da enfermeira superaram às consultas médicas e que as consultas de demanda espontânea de ambas categorias profissionais superaram as consultas de demanda programada. Outra constatação é a de que o número de consultas mensais esperadas para as duas categorias profissionais também foi superado, confirmando os relatos de alta demanda.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vivenciando a experiência de gerenciar uma unidade básica de saúde, tive no acolhimento e no direcionamento efetivo das demandas meus maiores desafios. Aprendi que, para proporcionar qualidade nos serviços, é fundamental que o processo de trabalho seja construído e revisado continuamente, por meio de um planejamento estratégico de participação de todos os atores envolvidos. Não há “receita de bolo”: aprendemos todos os dias com as características particulares de nossa área de atuação, que muitas vezes flutuam de acordo com o momento epidemiológico.

Um bom exemplo disso é o que ocorre em grandes epidemias como a que vivenciamos no Rio de Janeiro, em 2007, com o surto de dengue. Não havia espaço para programação nas agendas. A demanda espontânea era prioridade máxima, havendo necessidade de atendimento de um grande número de usuários sintomáticos de dengue, além do acompanhamento diário, por meio de exame físico, consulta clínica e realização de exame laboratorial dos casos já detectados; as únicas consultas agendadas mantidas, nesta época, foram as de pré-natal.

A experiência vivenciada mostrou-se ainda como uma oportunidade para aprender que acolher com qualidade também requer dos profissionais de saúde a capacidade de se colocar no lugar do outro, de exercitar a escuta qualificada e humanizada, sem perder a capacidade de gerenciar de forma coerente o processo de acordo com o contexto envolvido. Para Bueno e Merhy (s/d), o acolhimento deve construir uma nova ética, a da diversidade e da tolerância aos diferentes, da inclusão social, com escuta clínica solidária e comprometimento com a construção da cidadania.

Organizar as demandas espontânea e programada, utilizando o acolhimento como uma das principais ferramentas, é possibilitar o acesso do usuário ao sistema de saúde, por meio de uma escuta qualificada que objetiva a um direcionamento efetivo e equânime, além de contribuir para a promoção do fortalecimento do vínculo entre equipe e usuário.

Aprendemos com essas experiências, que acrescentaram, em muito, para o amadurecimento da equipe, uma lição que ficou clara para todos: a de que acolher é preciso, mas acolher de forma organizada e planejada é imprescindível para todos os atores envolvidos, respeitando o perfil da área e do serviço ofertado, permitindo a busca contínua de ações que estejam centradas no usuário e proporcionando-lhe um acesso qualificado, humanizado e resolutivo.

REFERÊNCIAS

BUENO, Wanderlei Silva. MERHY, Emerson Elias. **Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes?** Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-14.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas praticas de produção de saúde**. 2ª.ed. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: MS, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/APPS_PNH.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2011.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: A Humanização como Eixo Norteador das Praticas de Atenção e Gestão em Todas as Instancias do SUS**. Brasília: MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. **Portaria GM/MS nº 2048**, de 5 de novembro de 2002. **Lex: Série Pactos pela Saúde**, v. 4, p. 68, Brasília: MS, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria n 648/GM de 28 de março de 2006. **Lex: Série Pactos pela Saúde**, v. 4, p. 68, Brasília: MS, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria n 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Lex: Brasília**, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> Acesso em 2 abr. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações Avaliação do Programa de Imunizações**. 2ª ed. Brasília: MS, junho/2001. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/si_pni_api.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2011.

CARVALHO, Sérgio Resende. CAMPOS, Gastão W. de Souza. Modelos de atenção a Saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da secretaria municipal de saúde de Betim, Minas Gerais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v 16, n 2, abr-jun, 2000. p.507-515. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n2/2100.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2011.

DeCS - Descritores em Ciência da Saúde: **Biblioteca Virtual em Saúde**, 2011; Busca: Definição de Acolhimento. Disponível em: <http://decs.bvs.br/P/decsweb2011.htm>; Acesso em: 6 jun. 2011

FRANCO, Túlio Batista. BUENO, Wanderlei Silva. MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: caso de Betim, Minas Gerais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v 15, n 2, abr-jun, 1999. p. 345-353. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/csp/v15n2/0319.pdf>> Acesso em 10 nov. 2011.

FRIEDRICH, Denise B. de Castro. PIERANTONI, Célia Regina. O trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológica e econômica em Juiz de Fora. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v 16, n 1, 2006. p. 83-97. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v16n1/v16n1a06.pdf>>. Acesso em: 27 nov.2011.

MATUMOTO, Silvia. MISHIMA, Silvana. Martins. PINTO, Ione Carvalho. Saúde coletiva: um desafio para enfermagem. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v 17, n 1, jan-fev, 2001. p.233-241 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n1/4080.pdf>> Acesso em 10 nov. 2011.

SILVA. Alexandre Moreira de Melo. **O Acolhimento nas APS**. Belo Horizonte: Primeira Jornada de Tópicos em Medicina de Família e Comunidade da AMMFC, s/d. 33 slides, color. Acompanha texto. Disponível em: <<http://www.Smmfc.Org.Br/Jornada2011/Acolhimentojornada.Ppt>> Acesso em: 27 nov. 2011.

SOUZA, Elizabethe C. Fagundes de. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v 24. Sup 1, 2008. p. S100-S 110. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/15.pdf>> Acesso em: 15 nov. 2011.