

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

MARISE STANZANI FONSECA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA CONCILIAR A DEMANDA
ESPONTÂNEA À DEMANDA PROGRAMADA NO
ATENDIMENTO AO USUÁRIO DA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE ESPERANÇA, MUNICÍPIO RIBEIRÃO DAS NEVES,
MINAS GERAIS**

BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS

2019

MARISE STANZANI FONSECA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA CONCILIAR A DEMANDA
ESPONTÂNEA À DEMANDA PROGRAMADA NO ATENDIMENTO AO
USUÁRIO DA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE ESPERANÇA, MUNICÍPIO RIBEIRÃO DAS NEVES, MINAS
GERAIS**

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

Orientadora: Dra. Maria Marta Amancio Amorim.

BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS

2019

MARISE STANZANI FONSECA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA CONCILIAR A DEMANDA
ESPONTÂNEA À DEMANDA PROGRAMADA NO ATENDIMENTO AO
USUÁRIO DA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE ESPERANÇA, MUNICÍPIO RIBEIRÃO DAS NEVES, MINAS
GERAIS**

Banca examinadora

Examinador 1: Dra. Maria Marta Amancio Amorim.

Examinador 2 – Profa. Dra. Eliana Aparecida Villa - UFMG.

Aprovado em Belo Horizonte, em 16 de janeiro de 2019.

RESUMO

Um dos maiores desafios enfrentados na Atenção Básica é conseguir conciliar a demanda espontânea à demanda programada de forma que o atendimento a cada paciente seja mais eficiente. O objetivo desse estudo é propor um projeto de intervenção para conciliar de forma adequada a demanda espontânea à demanda programada, melhorando a atenção ao usuário. Trata-se de uma proposta para adequar os atendimentos à realidade na Unidade Básica de Saúde Esperança, localizada em Ribeirão das Neves, MG, seguindo as diretrizes da Estratégia de Saúde da Família; organização do cronograma da Unidade e um trabalho de educação em saúde junto à população. Para realização desse estudo, inicialmente foi descrita a realidade da Unidade Básica de Saúde e sua área abrangida, seguido de um levantamento dos problemas para a elaboração do projeto de intervenção. Também foi realizado estudo bibliográfico acerca do tema. As etapas do projeto foram: desenho das operações com a criação do projeto e descrição dos resultados e produtos esperados. A implementação desse projeto se dará com a pactuação entre usuários e equipe, para chegar a um objetivo comum que é a melhoria da qualidade na assistência à saúde nesta Estratégia de Saúde da Família.

Palavras-chave: Atenção Primária em Saúde; Estratégia Saúde da Família, Acolhimento.

ABSTRACT

One of the biggest challenges faced in Primary Care is to be able to reconcile the service to spontaneous and programmed demand so that the service to each patient is more efficient. The objective of this project is to propose an intervention project to adequately reconcile the spontaneous demand with the programmed demand, leading to a proper attention to the user. It is a proposal to adapt the care to the reality in the Basic Health Unit Esperança, located in Ribeirão das Neves, MG, following the guidelines of the Family Health Strategy; organization of the Unit's schedule and a health education work with the population. For the accomplishment of this study, the reality of the Basic Health Unit and its area was initially described, followed by a survey of the problems for the elaboration of the intervention project. A bibliographic study on the subject was also carried out. The stages of the project were: design of the operations with the creation of the project and description of the results and expected products. The implementation of this project will be with the agreement between users and staff, to reach a common goal that is the improvement of quality in health care in this Family Health Strategy.

Key words: Primary Health Care; Family Health Strategy; Reception.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DM2	Diabetes Melittus Tipo 2
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
PES	Planejamento Estratégico Situacional
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 Breves informações sobre o município Ribeirão das Neves	8
1.2 O sistema municipal de saúde	8
1.3 A Equipe de Saúde da Família Esperança, seu território e sua população	9
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	9
1.5 Priorização dos problemas (segundo passo)	10
2 JUSTIFICATIVA	12
3 OBJETIVOS	13
3.1 Objetivo Geral	13
3.2 Objetivos Específicos	13
4 METODOLOGIA	14
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	17
5.1 Estratégia Saúde da Família	17
5.2 Acolhimento	17
5.3 Demanda Espontânea	18
5.4 Demanda Programada	19
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	22
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS	29

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município Ribeirão das Neves - MG

O município da Ribeirão das Neves faz parte da região metropolitana de Belo Horizonte e dista 32 km da capital mineira. Possui população de 296.317 habitantes, com uma área territorial de 155,454 m². Por se tratar de um município extenso, apresenta duas sedes administrativas, uma na região central e outra na região de Justinópolis, cada uma com aspectos socioeconômicos peculiares (IBGE, 2010).

A cidade sofreu um crescimento explosivo e desordenado nos últimos trinta anos, resultando em uma área de pobreza extrema, violência constante e carente de muitos serviços sociais. Grande parte dos moradores trabalha em Belo Horizonte e em fábricas localizadas na periferia da capital, divisa com o município (RIBEIRÃO DAS NEVES, 1999).

Em 2015, tinha 74.8% do seu orçamento proveniente de fontes externas. Apresenta apenas 9,8% da população ocupada, ganhando uma média de dois salários mínimos. Assim possui 23,2% da população em situação de pobreza. Na região há dois presídios, o que influencia no tráfico de drogas e violência (IBGE, 2010).

Apresenta 74.3% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 69.2% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 8.5% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Possui 76 estabelecimentos de saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A taxa de escolarização de crianças entre 6-14 anos, em 2010 era de 96,5% (IBGE, 2010).

1.2 O sistema municipal de saúde

Em relação aos recursos de saúde, o município possui 76 estabelecimentos de saúde pelo SUS, contando com uma rede de saúde com muito a melhorar, que consiste em:

- Hospital São Judas: constituído de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) neonatal, cirurgia geral e outras cirurgias convencionais, internações, maternidade, atendimento de urgência e emergência.

- Unidade de Pronto Atendimento (UPA), sendo duas: uma na região central, que é a UPA Joanico Cirilo de Abreu, e outra na região de Justinópolis, UPA Acrízio Menezes.
- Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS).
- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD).
- Ambulatório de saúde mental (NAPS E NAPI).
- Unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF).
- Ambulatórios de especialidades.

Em relação à atenção primária, possui 53 Unidades de Saúde da Família (USF), com cobertura de aproximadamente, 90% da população do município.

1.3 A Equipe de Saúde da Família Esperança, seu território e sua população

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Esperança está localizada na periferia de Justinópolis em Ribeirão das Neves - MG abrange cerca de 5000 pacientes. Hoje, a população abrangida pela ESF empregada vive basicamente do trabalho em Belo Horizonte, no comércio local e são servidores da prefeitura do próprio município.

A equipe é composta por um Médico Generalista, do Programa Mais Médicos: 32h/semana; um Enfermeiro: 40h/semana, um Técnico de Enfermagem: 40h/semana e 07 Agentes Comunitários de Saúde (ACS): 40h/semana.

1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

Dentre os problemas encontrados no diagnóstico situacional da área, estão: a UBS não possui um local adequado para os pacientes esperarem o atendimento/acolhimento, os bancos estão quebrados; a estrutura da UBS não foi desenvolvida para esse fim e, com isso, mostra-se mal dividida; não possui sala de procedimentos, como, curativos, sendo que é frequente tal demanda. Além disso, os consultórios são mal ventilados e pequenos; não há um local adequado para realizar as atividades com os pacientes. Uma reclamação da equipe é a falta de segurança, já que não há nenhuma segurança para nos auxiliar, caso haja alguma confusão no

local, fato que é frequente, já que alguns pacientes não aceitam muito bem o acolhimento. Os pacientes também reclamam que o atendimento à demanda espontânea deveria ser durante todo o dia, porém, não entendem, que também realizamos atividades de prevenção e promoção à saúde; dificuldade na organização da demanda espontânea x demanda programada. A população é muito carente, grande parte está desempregada, o que aumenta o tráfico e uso de drogas em geral, com conseqüente aumento da violência; grande número de pacientes Diabetes Melitus Tipo 2 (DM2) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) descompensados; e, também, comunidade não consciente da importância das ações de prevenção em saúde.

1.5 Priorização dos problemas (segundo passo)

Um dos maiores desafios enfrentados pela nossa equipe é conciliar a demanda espontânea e a demanda programada, sem prejudicar a atenção necessária a cada paciente e suas condições de saúde. Dessa forma, o que ocorre na UBS Esperança é que há um maior fluxo de demanda espontânea que demanda agendada ou de cuidado continuado. Isso leva a um grande problema quanto à organização das consultas, prejudicando o correto cumprimento da ESF nesta comunidade.

Os motivos pelos quais esse problema vem ocorrendo é que os pacientes da área se acostumaram a essa forma de atendimento, onde procuram mais a UBS, quando há alguma enfermidade aguda, quando necessitam de transcrição de medicação, e, além disso, são faltosos às consultas agendadas.

Esse fato, descrito acima, fere as Diretrizes da ESF que estabelece: “A USF é um estabelecimento público de saúde destinada a realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação, com características do nível primário de atenção. E como um projeto estruturante, Saúde da Família deve provocar uma transformação interna ao próprio sistema, com vistas à reorganização das ações e serviços de saúde. Essa mudança implica na colaboração entre as áreas de promoção e assistência à saúde, rompendo com a dicotomia entre as ações de saúde pública e a atenção médica individual” (BRASIL, 1997).

Utilizando o método de priorização e seleção de problemas, descrito na Tabela 1, o problema tido como prioritário foi: “Demanda Espontânea x Demanda Programada” que consiste, sucintamente, na dificuldade em conciliar as atividades assistenciais da demanda programada com as constantes necessidades da demanda espontânea, ocasionando em exercer as ações de saúde de maneira pouco eficaz e resolutive.

Tabela 1. Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Esperança, Unidade Básica de Saúde Esperança, município de Ribeirão das Neves, estado de MG. Novembro de 2017.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Estrutura Inadequada da UBS	Alta	20	Fora	Prioridade 4
Falta de Recursos Humanos	Alta	25	Fora	Prioridade 3
Ausência de sala de procedimentos	Média	20	Fora	Prioridade 5
Demanda Espontânea/Demanda Programada/ Dificuldade na gestão da agenda	Alta	30	Total	Prioridade 1
Comunidade não consciente da importância das ações de prevenção em saúde	Alta	25	Parcial	Prioridade 2

Fonte: autoria própria (2018)

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

Na USF Esperança, seguimos os princípios do SUS na elaboração de planos de intervenção, integração da população, na resolução de problemas e acompanhamento da mesma através da equipe de Saúde da Família. Como relatado:

“A formulação da ESF incorporou os princípios básicos do SUS – universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade – desenvolvendo-se a partir da equipe de Saúde da Família que trabalha com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população da área. A USF é considerada como a porta de entrada e o primeiro nível de atenção, devendo estar integrada em uma rede de serviços dos diversos níveis de complexidade, estabelecendo um sistema de referência e contra-referência que garanta resolutividade e possibilite o acompanhamento dos pacientes” (BRASIL, 2005, pág. 18).

Dessa forma, toda a equipe entende que a ESF é um importante instrumento para construção do modelo de atenção preconizado pelo SUS e possui um conceito ampliado para as intervenções em saúde. Como dito:

“... que visa à compreensão do processo saúde/doença “na sociedade” e não apenas “no corpo” das pessoas. Elege como pontos centrais a responsabilização por um determinado território e, por meio de ações inter e multiprofissionais, busca a criação de laços de compromisso entre os profissionais e a população” (FARIA et al., 2010, pag. 40).

No entanto, pode-se perceber que na UBS Esperança, prioriza-se o assistencialismo, ocorrendo dessa forma, apenas o tratamento imediato de enfermidades agudas, deixando de lado o acompanhamento do cuidado continuado e a prevenção dos agravos a saúde da comunidade abrangida pelo serviço, ou seja, a demanda programada é prejudicada.

Este trabalho visa uma tentativa de mudança na qualidade e na quantidade dos atendimentos diários nesta unidade, para que estes ocorram de acordo com um cronograma pré-estabelecido no serviço, e também, dando continuidade aos atendimentos aos usuários portadores de enfermidades crônicas e dando oportunidade a realização de atividades programadas com a comunidade.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral:

Propor um projeto de intervenção para conciliar de forma adequada a demanda espontânea à demanda programada, levando à uma atenção ao usuário da UBS Esperança de forma adequada.

3.2 Objetivos específicos:

Melhorar a qualidade do atendimento prestado aos usuários pertencentes à UBS Esperança.

Iniciar novos grupos operativos para auxiliar os pacientes na promoção, prevenção e responsabilidade à sua saúde.

Educar a população sobre os diferentes tipos de demanda, explicitando que o acolhimento continuará ocorrendo para atender suas necessidades.

Conscientizar os profissionais da equipe sobre seus papéis na realização deste projeto de intervenção.

4. METODOLOGIA

Esse trabalho baseia-se em revisão bibliográfica e coleta de dados na UBS Esperança, realizando um diagnóstico situacional da área abrangida e, culminando com uma proposta de intervenção.

O Planejamento Estratégico Situacional (PES) foi criado na década de 80 por Carlos Matus, economista chileno, para governar e planejar. E assim, “Matus definiu o planejamento como uma ferramenta de liberdade, “pois permite explorar possibilidades e escolher, o que propicia à razão humana ter domínio sobre as circunstâncias”. O PES utilizado na área da saúde propõe quatro momentos em um processo sistemático, visando a organização de intervenções e a produção de resultados sobre uma determinada realidade. Quando adotado como ferramenta de gestão em saúde coletiva, o PES possibilita a organização do trabalho, com base nos princípios do SUS, pois promove a participação da comunidade, requer a divulgação de informações sobre o potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário, exige a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática, e tem como finalidade a resolutividade dos serviços” (KLEBA; KRAUSER, VENDRUSCOLO, 2011).

Artmann (2000) com base em Matus (BRASIL, 1999) formula uma primeira classificação dos problemas em: bem estruturados, quase-estruturados ou mal-estruturados. Os primeiros referem-se a problemas que respondem a leis ou regras claras, invariáveis e/ou comportamentos previamente conhecidos e cujas soluções podem ser normatizadas. Já os últimos dizem respeito a situações problemáticas de incerteza nas quais não se pode enumerar todas as variáveis envolvidas e que só podem ser tratados a partir de modelos probabilísticos e de intervenções criativas.

No PES, os atores devem identificar os problemas e, então, os nós críticos, que serão os pontos de enfrentamento do problema, sobre os quais serão elaborados os planos de ação. E então, conforme descrito:

“... os nós críticos que representem ainda problemas muito gerais, que dificultem a visão clara de uma intervenção, devem

passar por um processo de descrição e análise nos mesmos moldes do problema principal. Os descritores e indicadores dos nós críticos servirão como norteadores da avaliação dos resultados. Devem ser indicados os atores que controlam as variáveis dos nós críticos o que ajudará a verificar o grau de governabilidade, da qual depende o plano de ação do ator-eixo e o plano de demandas” (ARTMANN, 2000, pág. 11)

Segundo Artmann (2000) a intervenção sobre este nó poderá situar-se em um plano de demandas e dependerá da capacidade de negociação, da criatividade do ator(es) interessado(s). Para cada nó-crítico deverão ser elaboradas uma ou mais operações que correspondem às propostas de intervenção sobre o mesmo. As operações deverão ser enunciadas de forma sintética e deverão expressar uma proposta de intervenção, através de verbos que expressem ações concretas. Cada operação será então desagregada (detalhada) em ações, que expressem com maior precisão o seu conteúdo. Para elaborar as ações o grupo deverá tomar como referência os descritores do nó-crítico. O PES deverá ter uma contínua revisão das variantes, considerando as “surpresas” ou eventos que teriam baixa probabilidade de acontecer, porém com um forte impacto sobre o plano.

Segundo Artmann (2000) as intervenções sobre os problemas que estão sob a governabilidade do ator principal fazem parte do plano de intervenção direta, o plano de ação. As operações sobre problemas que fogem ao controle do ator e estão fora do seu espaço de governabilidade devem constituir um plano de demandas.

Dessa forma, utilizando o PES como base, através da Estimativa Rápida, foram realizadas reuniões com a equipe da ESF das quais participaram médica, enfermeira, técnica de enfermagem e ACS e foram discutidas as dificuldades que a unidade encontrava para seu correto funcionamento, e concluiu-se que a demanda espontânea foi o principal problema enfrentado no serviço. Já que é a principal porta de entrada dos usuários à UBS, deve-se ser estruturada para dar continuidade ao acompanhamento.

Para a revisão de literatura, as informações foram obtidas a partir de análise de artigos científicos selecionados por busca no banco de dados do National Library of Medicine National Institutes of Health dos EUA (PubMed) e na coleção Scientific Electronic Library Online (SCIELO), após consulta às terminologias em saúde

utilizadas como descritores na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram utilizados os descritores: Atenção Primária em Saúde, Estratégia Saúde da Família, Acolhimento.

Para que este projeto de intervenção seja realmente válido, haverá reuniões mensais para avaliação das ações. A avaliação irá abranger: alterações efetivas do modelo assistencial, satisfação do usuário, satisfação dos profissionais, qualidade do atendimento, desempenho da equipe, impacto nos indicadores de saúde e na produção mensal da médica e enfermeira. Através da comparação de dados da qualidade da saúde da população antes e depois da implantação do projeto de intervenção e o impacto na produção mensal, avaliamos o impacto da intervenção.

5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Estratégia Saúde da Família

Segundo o Ministério da Saúde, a

“A ESF visa a reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do SUS, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade” (BRASIL, 2012 pág. 54).

A ESF tem como base a construção de laços e corresponsabilidade entre profissionais de saúde e pacientes. Para isso, a Atenção Básica à Saúde (ABS):

“... é a porta de entrada do sistema de saúde regionalizado e hierarquizado, com a garantia dos direitos de acesso à informação e às ações de atenção integral, com referência e contra-referência aos demais níveis do sistema e com estímulo ao controle social” (FARIA et al., 2010, pág. 40).

Na rotina de funcionamento de uma UBS a coexistência da demanda espontânea com a demanda agendada representa um empecilho para o efetivo desenvolvimento das atividades promulgadas como fundamentais pela estratégia de saúde da família, a saber: promoção de saúde, prevenção e reabilitação, uma vez que para exercer tais atividades requer do profissional de saúde dedicação, organização e tempo disponível. Requisitos estes, inviáveis com a necessidade constante de interrupção para o atendimento de demandas espontâneas.

5.2 Acolhimento

Segundo o Ministério da Saúde, “... o acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas (“há acolhimentos e acolhimentos”)” (BRASIL, 2013, pag. 19).

No fluxo de atendimento aos pacientes, na UBS, pelas equipes de saúde:

“O Acolhimento envolve um interesse, uma postura ética e de cuidado, uma abertura humana, empática e respeitosa ao usuário, mas ao mesmo tempo implica avaliação de riscos e vulnerabilidades, eleição de prioridades, percepção de necessidades clínico-biológicas, epidemiológicas e psicossociais, que precisam ser consideradas. Isso permite, em tese, hierarquizar necessidades quanto ao tempo do cuidado (diferenciar necessidades mais prementes de menos prementes); distinguir entre necessidades desiguais e tratá-las conforme suas características. (TESSER; NETO; CAMPOS, 2010, pag. 3619).

Segundo Brasil (2011, pag. 01), acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes.

Segundo Gomes e Pinheiro (2005), através do acolhimento se reconhece que através de uma escuta eficaz e qualificada novas alternativas que tirem o foco da consulta médicas, são criadas, tornando mais racional a sua utilização.

O acolhimento envolve uma postura ética e respeitosa no cuidado com o usuário, devendo ser também um momento para estabelecimento de prioridades (GOMES; PINHEIRO, 2005).

Dessa forma, segundo Garuzi et al. (2012) o acolhimento pode ser entendido como tecnologia relacional capaz de desenvolver e fortalecer afetos, potencializando o processo terapêutico entre a população, os profissionais e os gestores do sistema de saúde.

5.2 Demanda Espontânea

Demanda Espontânea é o nome dado para 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 (INOJOSA, 2005).

A demanda espontânea está progressivamente ocupando um papel de destaque e preocupação dentro das UBS e na organização da equipe de Saúde da Família. A cada dia que se passa observa-se um aumento nesta demanda ocasionado dentre outros fatores pelo afunilamento assistencial nas unidades de pronto atendimento que contra referência os atendimentos agudos de baixa complexidade para a atenção primária (VELLOSO, 2012).

O atendimento da demanda espontânea consiste em atendimentos de casos agudos e das urgências. É realizado o acolhimento, o agendamento da consulta e exames, a realização de procedimentos, o diagnóstico e o tratamento de agravos (FARIA et al. 2010).

Sendo assim, conforme Brasil (2013), a atenção à demanda espontânea na Atenção Primária deverá ser baseada no acolhimento e na escuta qualificada à população, de forma a garantir um atendimento humanizado, a resolutividade dos serviços e a promoção da saúde da população.

5.3 Demanda Programada

A ESF tem como um dos principais desafios o desenvolvimento do processo de trabalho embasado em planejamento de ações. Foi implantada com o intuito de reorganizar o acesso ao SUS e dar direcionamento as demandas da população adscrita, além de ter como um dos seus eixos a promoção de saúde e prevenção de agravos, por meio da longitudinalidade. Para isso, as agendas dos profissionais são organizadas de forma programada com períodos específicos para procedimentos e atividades (VELLOSO, 2012).

Entende-se por demanda programada aquela que é agendada previamente, ou seja, toda demanda assistencial trazida por um usuário que não se constitua em urgência/emergência clínica sendo, portanto totalmente passível de agendamento para data futura sem colocar em risco a integridade física deste usuário que traz a demanda (BRASIL, 2011; FRIEDRICH et al., 2006).

A demanda programada, considerando o novo modelo assistencial apresentado nas últimas décadas voltado para as ações de promoção em saúde e para a prevenção de agravos, é o que melhor parece se enquadrar nesta perspectiva, por permite um melhor processo de vinculação com usuários/comunidade, aproximando os profissionais dos usuários, gerando maior participação nos cuidados à saúde.

Segundo Faria et al. (2010), as ações voltadas para o atendimento de demanda programada são representadas principalmente pelo atendimento a grupos e situações de risco especiais para a saúde, como, por exemplo: planejamento familiar; pré-natal; puericultura; diagnóstico precoce do câncer (mama, colo uterino, próstata); atenção ao idoso; atenção aos trabalhadores; atenção aos adolescentes; atenção aos portadores de sofrimento mental, hipertensão arterial, diabetes, tuberculose, hanseníase, desnutrição, etc.

O Ministério da Saúde em sua Portaria 2488 (BRASIL, 2011, pag. 3), caracteriza a Atenção Básica como:

“...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, a 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.”

As ações de acolhimento fazem parte do processo de trabalho da ESF e são essenciais para a construção de um vínculo entre o profissional de saúde e o usuário/família. O vínculo pode ser caracterizado como uma relação de cumplicidade entre usuários e profissionais, concretizando-se no âmbito do acolhimento e sendo ponto de partida para a construção de confiança entre os envolvidos (GARUZI et al., 2012).

A ESF visa a reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do SUS, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo CONASS e CONASEMS, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os

princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2011).

Neste novo contexto assistencial que se faz jus pensar em novos formatos de atendimento que possibilite conciliar com qualidade e efetividade assistencial às necessidades espontâneas e às demandas programadas de nossos usuários. E neste foco que se propõe uma intervenção na Equipe Esperança com intuito de conciliar estas necessidades ao primeiro olhar divergente e melhorar a qualidade de atendimento ao usuário que busca a UBS.

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “conciliando a demanda espontânea à demanda programada no atendimento”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2017).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

No acolhimento às demandas, não há classificação de risco. Isso acarreta em insatisfação por parte dos usuários, já que os atendimentos são por ordem de chegada e aqueles pacientes que necessitariam de um atendimento mais rápido, ficam aguardando.

Uma forma de amenizar essa insatisfação, organizar o fluxo de trabalho e prevenir mortes evitáveis, seriam boas opções, a implementação do protocolo de Manchester (Tabela 2) ou discutir/pactuar/construir critérios de risco entre médica, enfermeira e técnica de enfermagem.

Tabela 2 - Protocolo Manchester

Prioridade	Gradação	Cor	Tempo Alvo Para Atendimento Médico
1	Emergência	Vermelho	0
2	Muito Urgente	Laranja	10
3	Urgente	Amarelo	60
4	Pouco Urgente	Verde	120
5	Não Urgente	Azul	240/Agendamento

Fonte: BRASIL (2013).

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

A Agenda da Médica e da Enfermeira possui demandas programadas somente na parte da tarde, pois no turno da manhã, apenas as demandas espontâneas são atendidas, devido à grande demanda.

Junte-se a isso, que parte dessa população, muitas vezes, não necessitaria de atendimento naquele momento, porém, a população possui dificuldade em compreender.

Para organizar o acolhimento e o possível atendimento a demanda espontânea e demanda programada, seria adequado seguir um fluxo no acolhimento aos usuários, conforme demonstrado na Figura 1, onde é possível organizar o fluxo de acolhimento, de acordo com a necessidade do usuário naquele momento.

Figura 1 – Fluxograma para o acolhimento aos usuários

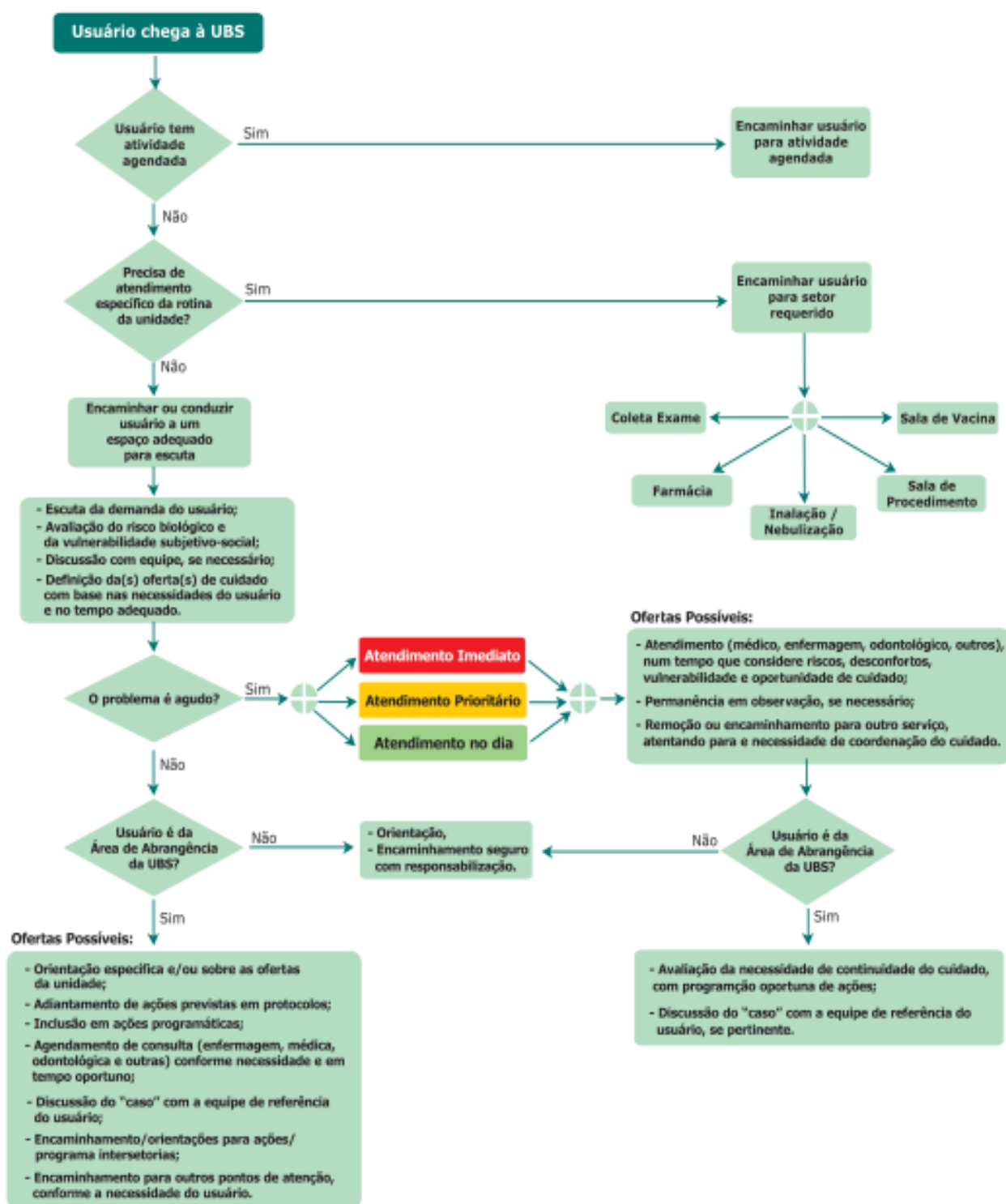


Figura 1. Fluxo de Atendimento na UBS
Fonte: BRASIL (2013).

Através dos dados da produção mensal da médica e da enfermeira, apontados abaixo, foi possível observar a discrepância entre o número total de atendimentos da demanda programada e a demanda espontânea, conforme Tabela 3.

Pode-se, também, observar que o número total de atendimentos longitudinais está aquém do desejado e o número de grupos operativos também está prejudicado. De forma que, adequando essas demandas, isso poderá ser ajustado, melhorando a atenção aos usuários.

Tabela 3. Produção Mensal Médica e Enfermeira mês de Junho/2018 na ESF Esperança

Atendimentos	Médica	Enfermeira
Demanda espontânea	139	262
Demanda Programada	78	42
Grupos Operativos	5	4
Pré-Natal	11	8
Puericultura	0	3
Hipertensos	88	31
Diabéticos	38	15
Total de Atendimentos	217	304

Fonte: Autoria própria

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Foram identificados os principais nós críticos que interferem diretamente na capacidade de efetivar esta conciliação, a saber:

- Demanda espontânea x Demanda programada
- Comunidade não consciente da importância das ações de promoção e prevenção em saúde

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

Assim, propomos as principais ações e atividades a serem realizadas que, em médio prazo, possibilitem um formato de atendimento que satisfaça por igual a necessidade de ambas demandas (programada e espontânea) e melhore a qualidade de atendimento ao usuário, apresentadas nos Quadros 1 e 2.

Quadro 1 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “conciliando

atendimento a demanda espontânea e a demanda programada”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Esperança, do município Ribeirão das Neves, estado de MG

Nó Crítico 1	Demanda Espontânea x Demanda Programada
Operação (operações)	Otimizar a agenda. Elaborar agenda que contemple satisfatoriamente a demanda espontânea e a demanda programada.
Projeto	Conciliando Demanda Espontânea e Demanda Programada
Resultados esperados	Ajudar no esclarecimento dos usuários sobre o correto dia de atendimento de seu grupo, exceto em casos de urgência
Produtos esperados	Organização da demanda na Unidade de Saúde
Recursos necessários	Estrutural: toda a equipe ciente da organização das demandas Cognitivo: Compreensão acerca da definição de cada demanda Político: Articulação entre os setores de saúde
Recursos críticos	Financeiro: Inclusão da rede com acesso aos prontuários definindo as condições de cada paciente de forma mais acessível
Controle dos recursos críticos	Os pacientes não estão adaptados a demanda programada pela manhã e serão os mais difíceis a querer aderir a esse novo método de atendimento, devido à proximidade de suas residências. Não procuram os níveis mais avançados de atenção quando necessário, devido à dificuldade estratégica.
Ações estratégicas	Elaborar agenda médica pela manhã; elaborar agenda de enfermagem pela manhã; elaborar cronograma com a realização das atividades; elaborar fluxograma de atendimento/ direcionamento das demandas espontâneas da UBS; implantar um acolhimento com classificação de risco; realizar grupos operativos que atendam as dúvidas e as necessidades observadas pela equipe.
Prazo	1 mês
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Todos da equipe
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Reuniões mensais da equipe para entender os erros e acertos do projeto, fazendo auto avaliação de cada um da equipe.

Fonte: o autor (2018)

Inicialmente, iremos organizar a agenda para adequar as demandas programadas e espontâneas, através da educação continuada da equipe e dos usuários, levando informações acerca de prevenção e promoção da saúde. Será importante todos da equipe estarem cientes de como fazer o manejo do fluxo dos usuários ao serem acolhidos na UBS. Além disso, iremos realizar uma reunião com a Secretaria de Saúde para debater a necessidade de prontuário eletrônico. Para conseguir atingir as metas, iremos realizar reuniões mensais entre a equipe para sanar dúvidas e discutir soluções.

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Comunidade não consciente da importância das ações de prevenção em saúde”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Esperança, do município Ribeirão das Neves, estado de MG

Nó crítico 2	Comunidade não consciente da importância das ações de prevenção em saúde
Operação (operações)	Realizar ações educativas com a comunidade instruindo a importância da promoção/prevenção da saúde e orientação do fluxo da unidade.
Projeto	Mais saúde
Resultados esperados	Conscientização da população quanto a melhoria da sua saúde e prevenção de agravos de saúde preveníveis, como HAS e DM2.
Produtos esperados	Diminuição do número de pacientes HAS e DM2 na ESF Esperança.
Recursos necessários	Estrutural: profissionais acompanhando os grupos operativos Cognitivo: ações educativas na UBS Financeiro: recursos para fazer material educativo
Recursos críticos	Político: mobilização social.
Controle dos recursos críticos	É necessário auxiliar os pacientes na compreensão da necessidade de iniciarem as ações de prevenção o quanto antes e mostrar os meios possíveis para realizar essas ações.
Ações estratégicas	Ações educativas dentro da UBS (sala de espera, cartazes com orientações); ações educativas em locais estratégicos da comunidade (escolas, igrejas).
Prazo	4 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Médica, Enfermeira, Técnica de Enfermagem e Agentes Comunitárias de Saúde.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Reuniões mensais da equipe.

Fonte: o autor (2018)

Além da educação continuada entre a equipe será necessário organizar grupos para conscientização dos pacientes sobre o novo fluxo, para que os mesmos compreendam a necessidade de tal reestruturação, tenham a oportunidade de tirar dúvidas e, também, possam opinar. Após esse momento inicial, toda a equipe sempre estará à disposição dos pacientes para sanar dúvidas futuras.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reestruturação do processo de trabalho é fator fundamental para conseguir conciliar de modo mais eficaz/eficiente o atendimento da demanda espontânea e da demanda programada.

Os nós críticos levantados e as estratégias propostas visam otimizar este processo por meio de intervenções mais complexas e de longo prazo, como as que buscam melhorar a infraestrutura do ambiente de trabalho e equiparar os recursos humanos à real demanda, proporcionando assim um ambiente de trabalho mais saudável aos profissionais de saúde, por meio de intervenções menos complexas e de curto prazo.

Tais intervenções citadas como principais, estão a elaboração de fluxogramas, reestruturação de agendas, o que, por sua vez, proporcionam uma prática assistencial mais holística e humana.

Ao propor uma intervenção no processo de organização e de atendimento às demandas espontâneas e programadas de UBS fica claro que pequenos gestos e pequenas mudanças em nossas condutas geram um grande impacto positivo direcionando a práxis assistencial ao mais próximo do preconizado, ou seja, proporcionando maior vínculo entre usuário e profissional de saúde, atendimento mais holístico e humanizado.

Para que a realidade encontrada no diagnóstico situacional da UBS Esperança seja alterada, deve-se buscar o apoio dos usuários nas alterações, mostrando o real valor de tais alterações, mantendo boa relação entre os profissionais de saúde e usuários. Para que isso ocorra, é necessário, também, que a equipe esteja capacitada a acolher as demandas de forma organizada e planejada, respeitando o perfil da equipe e dos usuários, mantendo uma atenção mais humanizada.

REFERÊNCIAS

ARTMANN, E. **O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial.** Rio de Janeiro: Coppe/UFRJ, 2000. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2153.pdf>> Acesso em 12 de Novembro de 2018.

BRASIL. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial.** Brasília, 1997. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf> Acesso em: 03 de dezembro de 2018.

BRASIL. **Planejamento com Enfoque Estratégico: Uma Contribuição para o SUS.** Brasília, 1999. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_04.pdf> Acesso em: 03 de dezembro de 2018.

BRASIL. **Portaria Nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011.** Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-%5B5046-041111-SES-MT%5D.pdf>> Acesso em: 29 de janeiro de 2019.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea.** Ministério da Saúde. 1. ed.; n. 28, v. 1. Brasília, 2013. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf> Acesso em: 12 de novembro de 2018.

BRASIL. **Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados.** 2. ed. atual. – Brasília, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_familia_avaliacao_implantacao_de_z_grandes_centros_urbanos.pdf> Acesso em: 18 de novembro de 2018.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica.** Série E Legislação em Saúde. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>> Acesso em: 03 de dezembro de 2018.

FRIEDRICH, D. B. C; et al. **O trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológica e econômica em Juiz de Fora.** Revista de Saúde Coletiva, v.. 16, n. 1, pag. 83-97; 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/physis/v16n1/v16n1a06.pdf>> Acesso em: 12 de novembro de 2018.

FARIA, H. P., et al. **Modelo Assistencial e Atenção Básica à Saúde.** NESCOM/UFMG – Curso de Especialização na Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte, 2010, p. 68. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1792.pdf>> Acesso em: 03 de dezembro de 2018.

GARUZI, M. et al. **Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa**. Revista Panamericana de Salud Pública, v.. 35, n. 2, p. 144-149, 2012. Disponível em: < <https://www.scielo.org/article/rpsp/2014.v35n2/144-149/pt/#ModalArticles>> Acesso em: 03 de dezembro de 2018.

GOMES, M. C. P. A; PINHEIRO, R. **Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. v.9, n.17, p.287-301, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832005000200006&script=sci_abstract> Acesso em: 17 de dezembro de 2018.

INOJOSA, R. M. Acolhimento: A qualificação do encontro entre profissionais de saúde e usuários. **X Congresso Internacional de CLAD sobre a Reforma do Estado e da Administração Pública**, Chile, 2005. Disponível em: < http://www.reformadagestaopublica.org.br/Documents/MARE/OS/inojosa_saude.pdf> Acesso em: 12 de novembro de 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo 2010**. 2010. Disponível em< <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/ribeirao-das-neves/panorama> > Acesso em 28 novembro de 2017.

KLEBA, M. E; KRAUSER, I. M; VENDRUSCOLO, C. **O Planejamento Estratégico Situacional no Ensino da Gestão em Saúde da Família**. Texto Contexto Enferm. Florianópolis, vol. 20, n.1, p. 184-93, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/22.pdf> > Acesso em: 17 de novembro de 2018.

RIBEIRÃO DAS NEVES. **Enciclopédia dos Municípios Brasileiros**. Brasil, 1959. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/minasgerais/ribeiraodasneves.pdf>> Acesso em: 03 de dezembro de 2018.

TESSER, C. D; NETO; P. P; CAMPOS, G. W. S. **Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, Supl. 3; p. 3615-3624, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900036> Acesso em: 03 de dezembro de 2018.

VELLOSO, V. B. **Organização de demanda espontânea e programada e acolhimento na Estratégia de Saúde da Família: um relato de experiência**. Conselheiro Lafaiete, 2012. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Organizacao_de_demanda_espontanea_e_programada_e_acolhimento_na_Estrategia_de_Saude_da_Familia_um_retrato_de_experiencia_/460> Acesso em: 17 de dezembro de 2018.