

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

GABRIELA CAMARGOS COSTA

**ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA DA
EQUIPE AMETISTA DO CENTRO DE SAÚDE ANDRADAS EM
BELO HORIZONTE**

LAGOA SANTA- MINAS GERAIS

2014

GABRIELA CAMARGOS COSTA

**ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA DA
EQUIPE AMETISTA DO CENTRO DE SAÚDE ANDRADAS EM
BELO HORIZONTE**

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

Orientadora: Professora Carla Jorge Machado

LAGOA SANTA- MINAS GERAIS

2014

GABRIELA CAMARGOS COSTA

**ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA DA
EQUIPE AMETISTA DO CENTRO DE SAÚDE ANDRADAS EM BELO
HORIZONTE**

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

Orientadora: Professora Carla Jorge Machado

Banca examinadora

Professora Carla Jorge Machado (orientadora)

Prof. Heriberto Fiuza Sanchez (UFMG)

Aprovado em Belo Horizonte, -----/-----/2014

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica é reconhecida como uma tendência mundial para a conformação dos sistemas nacionais de saúde. No Brasil, o incremento do papel da Atenção Básica é representado com a progressiva valorização da estratégia do Programa de Saúde da Família. Através da construção do diagnóstico situacional realizado no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família e das questões levantadas nota-se a necessidade de organizar a porta de entrada do serviço para que a demanda trazida pelo usuário seja acolhida, escutada, problematizada e reconhecida. Assim, o objetivo deste trabalho foi elaborar um plano de intervenção para organizar o atendimento à demanda espontânea do Centro de Saúde Andradas do município de Belo Horizonte. Fez-se pesquisa bibliográfica na base de dados do SciELO e em Manuais do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde de Minas Gerais, com os descritores: Atenção Básica, Demanda e Acolhimento. Os aspectos abordados para intervenção foram a avaliação dos usuários com queixas agudas quanto à solicitação de agendamento (consultas e exames); renovação de receita; aferição de dados vitais; outras demandas.

Palavras chave: Atenção Básica. Demanda. Acolhimento.

Abstract

The Primary Health Care is recognized as a global trend for the shaping of national health systems. In Brazil, to enhance the role of primary care is represented with the gradual recovery of the Program of Family Health Strategy. Through the situation analysis conducted in the Specialization Course in Primary Care and Family Health note of the issues raised was the need to organize the gateway service brought to that user demand is welcomed, heard, recognized and problematized . The objective of this study was to develop an intervention plan to organize care to spontaneous demand of the Center for Health Andradas the city of Belo Horizonte. A bibliography on research database SciELO and the Ministry of Health Manuals and the Departments of Health Minas Gerais, with the following keywords: Primary Care, Demand and Home. The aspects addressed for intervention were rated by users with acute complaints about the request scheduling (appointments and tests); renewal revenue; measurement of vital signs; other demands.

Keywords: Primary Care. Demand. Reception.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ESF	Equipe de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 JUSTIFICATIVA.....	13
3 OBJETIVOS.....	14
4 METODOLOGIA.....	15
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	16
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	22
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
REFERÊNCIAS	31

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica é reconhecida na literatura como uma tendência mundial para a conformação dos sistemas nacionais de saúde (RUBSTEIN, 2001). Trata-se de uma estratégia de saúde voltada para família e comunidade, num território delimitado, pré-estabelecido, integrando ações preventivas e curativas, atuando de forma contínua e sistematizada a fim de responder às necessidades de saúde daquela população.

Segundo Starfield (2001), a atenção primária é talvez o mais importante componente dos sistemas de saúde, pois o desenho destes sistemas será diferente a partir da incorporação ou não dos seus princípios. A APS é uma estratégia organizativa da atenção à saúde, definida pelos princípios e diretrizes que esses serviços devem proporcionar, quais sejam: atenção generalizada, sem restrição a grupos de idade, gênero ou problemas de saúde; atenção acessível, integrada e continuada, trabalho em equipe; atenção centrada na pessoa e não na enfermidade; atenção orientada à família e à comunidade; atenção coordenada, incluindo o acompanhamento do usuário nos outros níveis de atenção, e apoio constante aos usuários nos aspectos relacionados à saúde e bem estar.

Historicamente, a primeira vez que a idéia de atenção básica foi citada como forma de reorganização do sistema de saúde encontra-se no documento inglês chamado Relatório Dawson, em 1920, contrapondo-se ao modelo americano proposto por Flexner. O modelo de saúde flexneriano propunha a medicina científica e como características principais o biologismo, o individualismo, a especialização, a tecnificação, a ênfase nos aspectos curativos e o hospital como seu principal lócus de ação. Já o modelo inglês proposto por Dawson propunha uma assistência voltada para ações tanto curativas, quanto preventivas, composta por profissionais generalistas, com serviços localizados regionalmente e por níveis de atenção, voltados para toda a população e que tivesse, ao mesmo tempo, qualidade e economicidade. (MATTA; MOROSINI, 2008).

Em seu relatório, Dawson, organizava o modelo de atenção em centros de saúde primários e secundários, serviços complementares e hospitais. Os centros de saúde primários e os serviços de atenção domiciliares deveriam ser regionalizados e a maioria dos problemas de saúde resolvidos por profissionais de saúde e médicos de formação em clínica geral. Os casos de maior complexidade deveriam ser encaminhados aos centros de atenção secundária onde haveria especialistas nas mais diversas áreas da medicina ou encaminhados para hospitais em casos de indicação para internação ou cirurgia. Essa organização é caracterizada pela hierarquização dos níveis de atenção à saúde. (MATTA; MOROSINI, 2008).

Outra importante contribuição, que já reconhecia a capacidade da Atenção Primária de reorientar o conjunto das ações de saúde para a organização dos sistemas de saúde de todo o mundo, foi em 1978, a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética. A Alma-Ata estendeu o conceito de Atenção Primária a uma instituição de serviços locais de saúde centrados nas necessidades de saúde da população, composto por uma equipe interdisciplinar (médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários), participação social na gestão e controle de suas atividades, educação em saúde voltada para a prevenção e proteção contra doenças, nutrição apropriada, tratamento da água e saneamento, saúde materno-infantil, planejamento familiar, imunização, prevenção e controle de doenças endêmicas, tratamento de doenças e lesões comuns, fornecimento de medicamentos essenciais. (MATTA, 2005).

No Brasil, essa tendência mundial de incremento do papel da Atenção Básica se incorporou aos princípios da Reforma Sanitária e levou o Sistema Único de Saúde (SUS) a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) e, assim, dar nova ênfase à reorientação do modelo assistencial, isto é, de um modelo centrado na doença em um modelo centrado na pessoa, dentre outras vantagens. A partir da Portaria 2.488/ GM de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família (ESF), e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), baseado em um sistema universal e integrado de atenção à saúde. (BRASIL, 2011)

A garantia do acesso aos serviços de saúde no Brasil está assegurada tomando como referência a aplicação cotidiana dos princípios organizativos e doutrinários do SUS. Associado ao acesso encontra-se os princípios de regionalização, hierarquização e resolutividade que prevêm que os serviços devam ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. (BRASIL, 2011)

No município de Belo Horizonte, a implantação do novo modelo de atenção à saúde iniciou-se em 2002, percebendo os benefícios das mudanças para o formato de ESF proposto pelo Ministério da Saúde. A organização dos serviços de saúde em base territorial pela Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) buscou a efetivação de uma nova consciência sanitária baseada na reivindicação da saúde como direito social (BRASIL, 2006). O município realizou a contratação de vários profissionais para a construção das equipes de saúde da família, dando conformação à primeira versão de uma nova ação geral de saúde em Belo Horizonte, instituiu o Programa BH Vida, o programa de saúde da família de BH. (PEREIRA E CANABRAVA, 2005)

Em Belo Horizonte a atenção básica é representada pelos centros de saúde que realizam diversas ações visando atenção integral ao indivíduo e comunidade dentro de um território definido. Os centros de saúde constituem a porta de entrada preferencial dos usuários aos serviços de saúde, responsável por atender tanto a demanda espontânea, casos agudos, como também as ações programadas. (BRASIL, 2006). O acolhimento é uma estratégia que busca a melhoria da qualidade e humanização do atendimento, que incide fundamentalmente sobre as relações técnicas e sociais do trabalho em saúde, revisando o processo de trabalho e as equipes interdisciplinares de saúde. (TEIXEIRA, 2002)

O acolhimento significa a humanização do atendimento, visa a garantia de acesso a todas as pessoas e a resolubilidade que é o objetivo final do trabalho em saúde: resolver efetivamente o problema do usuário, escutando seus problemas de saúde, de forma qualificada. (SOLLA, 2005)

Esta rede de assistência à saúde, organizada a partir da definição de territórios, ou áreas de abrangência, sobre os quais os centros de saúde têm responsabilidade sanitária, utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em cada território, bem como levar em conta as necessidades da população. (BRASIL, 2006)

Atualmente, em Belo Horizonte, são existentes 147 centros de saúde distribuídos em nove distritos sanitários (BELO HORIZONTE, 2014). No município é notório que a implantação da Estratégia de Saúde da Família trouxe vários avanços, entretanto apesar de todos os investimentos na melhoria da infraestrutura, muitas áreas físicas ainda são inadequadas e em número insuficiente para o desenvolvimento das atividades das equipes em áreas de abrangência bastante extensas. (TURCI, 2008)

1.1. Centro de Saúde Andradas

A unidade de Saúde da Família Andradas, que abriga a Equipe Ametista, foi inaugurada há cerca de 10 anos e está situada na rua Mariana Amélia de Azevedo, nº 21, bairro São João Batista. De fácil acesso dentro do bairro, porém, a área de abrangência é muito extensa em termo territorial. A unidade é uma construção própria da prefeitura e atende os requisitos do ministério, abriga 5 equipes de saúde da família (enfermeiro, médico, 2 técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde), 03 equipes de saúde bucal (assistente de saúde bucal, dentista) e equipe de zoonoses.

A área física é composta por recepção composta por cadeiras, com local próprio para arquivamento de prontuários (SAME), sala de coleta, vacina, observação, farmácia, 6 consultórios para as equipes, 1 consultório de pediatria, 1 consultório de ginecologia, sala de gerência, 1 sala para Núcleo de Apoio à Saúde da Família e assistente social, 2 salas para acolhimento, sala de reunião, 3 sanitários públicos e 2 vestiários (masculino/ feminino) para os funcionários, sala de zoonoses, refeitório, escaninhos para os funcionários guardarem seus pertences. Há espaço externo onde são realizadas as atividades físicas, como Iyngong, e comemorações.

A unidade atualmente está bem equipada e conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe. Porém, faltam alguns materiais para atendimento de urgência (ambú está sem reservatório, laringoscópio faltam lâminas, medicamentos, monitor e cardioversor).

Quanto ao funcionamento da unidade de saúde, ocorre de 7:00 às 19:00 horas, com atendimento integral à demanda espontânea. Cada equipe possui sua agenda e o horário do acolhimento determinados. O usuário que procura o centro de saúde é recepcionado pelos estagiários do programa "Posso ajudar?" e, assim, encaminhados para equipe ou setor que melhor poderá atendê-lo.

A Equipe de Saúde da Família do CS Andradas (Ametista) é formada pelos seguintes profissionais: 4 agentes comunitários de saúde (01 área descoberta), 1 médico, 2 técnicos de enfermagem, 1 enfermeira. A equipe possui 1038 famílias cadastradas, atendendo a aproximadamente 4150 pessoas. Os dados referentes a setembro de 2013. Há cinco ACS, a saber (os nomes foram omitidos): Agente Comunitário de Saúde A (mulher): possui 177 famílias cadastradas, sendo 30 usuários diabéticos, 78 hipertensos, 6 gestantes com idade superior a 20 anos, 29 crianças menores de 2 anos. A população atendida possui um alto índice de vulnerabilidade social; ACS B (homem): possui 202 famílias cadastradas, sendo 10 usuários diabéticos, 72 hipertensos, 1 gestante com idade superior a 20 anos, 7 crianças menores de 2 anos. A população atendida por esse ACS possui alto índice de vulnerabilidade social; ACS C (mulher): possui 218 famílias cadastradas, sendo dessas 30 usuários diabéticos, 80 hipertensos, 2 gestantes sendo 2 com idade superior a 20 anos, 09 crianças menores de 2 anos; ACS D (mulher): possui 302 famílias cadastradas, sendo dessas 14 usuários diabéticos, 92 hipertensos, 1 gestante com idade superior a 20 anos, 08 crianças menores de 2 anos. Há, ainda, uma quinta microárea descoberta.

O dia-a-dia da Equipe Ametista

O horário da Equipe Ametista está dividido entre acolhimento com atividades de atendimento à demanda espontânea diariamente de 14 às 17 horas. O que resta é destinado a consultas programadas como pré-natal, puericultura, "preventivo" de câncer de mama e útero, atendimento individual com enfoque em hipertensos, diabéticos e saúde mental; visitas domiciliares, grupos operativos.

2 JUSTIFICATIVA

Através da construção do diagnóstico situacional realizado no Curso de Especialização em Atenção Básica a Saúde da Família e das questões levantadas nota-se a necessidade de organizar a porta de entrada do serviço para que a demanda trazida pelo usuário seja acolhida, escutada, problematizada e reconhecida. Destaca-se que mesmo os usuários saudáveis ou portadores de doenças crônicas, transmissíveis ou não transmissíveis, acompanhados em consultas e atividades programadas podem apresentar exacerbação das condições clínicas e necessitar de atenção fora do horário de acompanhamento agendado.

3 OBJETIVO

Elaborar um plano de intervenção para organizar o atendimento à demanda espontânea, mediante avaliação dos usuários com queixas agudas, solicitação de agendamento (consultas e exames), renovação de receita, aferição de dados vitais e outras demandas.

4 METODOLOGIA

Para elaboração do projeto de intervenção foi selecionado o “nó crítico” de maior relevância identificado no diagnóstico situacional.

Para sua elaboração e fundamentação, fez-se pesquisa bibliográfica, buscando na literatura nacional publicações com evidências sobre a organização da demanda espontânea na atenção básica à saúde. Essa pesquisa foi feita na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados, do *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) com os descritores:

Atenção Básica

Demanda

Acolhimento

Os critérios de inclusão para seleção dos artigos foram: texto em português e publicações a partir do ano 2000.

Ressalta-se que também as publicações do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde de Minas Gerais que discutem e desenvolvem estratégias para a organização da porta de entrada do sistema também foram utilizadas. Nesse caso, não houve determinação de tempo para uso do material.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A nova concepção de saúde em atenção básica elaborada pelo governo inglês influenciou a organização dos sistemas de saúde de todo o mundo, definindo duas características básicas da APS: regionalização e integralidade. Ou seja, a regionalização prevê que os serviços de saúde devam estar organizados de forma a atender as diversas peculiaridades de cada região e identificar as necessidades de saúde da comunidade através da sua distribuição em equipes baseadas em dados populacionais. E a integralidade é o fortalecimento da indissociabilidade entre ações curativas e preventivas. (FIOCRUZ, 2007)

Outra importante contribuição, que já reconhecia a capacidade da Atenção Primária de reorientar o conjunto das ações de saúde para a organização dos sistemas de saúde de todo o mundo, foi em 1978, a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) realizaram, e propuseram um acordo e uma meta entre seus países membros para atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000, através da APS. A Declaração de Alma-Ata como foi chamado o pacto assinado entre 134 países, defendia a seguinte definição de APS:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (OPAS/OMS, 1978).

A Declaração de Alma-Ata representa mais que um pacote seletivo de cuidados básicos em saúde, concebe a saúde como direito humano e sistemas de saúde universais. No que diz respeito à organização da APS, a declaração de Alma-Ata propõe a instituição de serviços locais de saúde centrados nas necessidades de saúde da população e compostos por equipes interdisciplinares por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários, bem como a participação social na gestão e controle de suas atividades. O documento descreve as ações necessárias para o desenvolvimento da APS nos diversos países. (MATTA, 2005)

Apesar das metas de Alma-Ata não terem sido alcançadas na sua totalidade, a APS tornou-se uma referência fundamental para as reformas sanitárias ocorridas em diversos países nos anos 80 e 90 do último século, inclusive no Brasil. Essa política internacional ficou conhecida como 'Saúde para Todos no Ano 2000'.

A Constituição Federal de 1988 foi um marco na história da democracia brasileira, em particular no que diz respeito aos direitos sociais. Ela estabeleceu: “Saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988). A política de saúde refletia o momento vivido pelo país, antes a economia vigente e as classes dominantes não de interessavam pelo bem-estar da população, no entanto, a partir de 1988 surgia um marco legal que reorganizava o organograma de institucional do sistema de saúde brasileiro. Idealizava-se o SUS (Sistema Único de Saúde) baseado nos princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade. A implantação do SUS modificou o conceito de saúde como ausência de doenças para um conceito mais amplo de bem-estar físico, psíquico e social. Dessa forma foi necessária uma mudança da assistência em saúde voltada para a priorização de ações em prevenção de doenças e promoção à saúde, ou seja, uma importância à Atenção Primária à Saúde. (BRASIL, 1991)

No Brasil, em 1991, surgia o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com o intuito de reduzir a mortalidade materna e infantil principalmente nas regiões norte e nordeste do país. Com a experiência acumulada nesse programa, em 1994, o Ministério da Saúde cria o PSF (Programa de Saúde da Família) com o objetivo de garantir os princípios do SUS de descentralização, territorialização,

intersetorialidade, longitudinalidade no cuidado, equidade e co-responsabilização. (BRASIL, 2008)

A Portaria 2.488/ GM de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família (ESF), e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), define a Atenção Básica como:

“[...] conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2011b,p.4)

O processo de adoecimento e as manifestações de sofrimento têm variações subjetivas de indivíduo para indivíduo. Cada pessoa possui capacidades próprias de lidar com os problemas baseados na história de vida que traz consigo. Ouvir a avaliação que o usuário faz da sua situação de saúde é uma atitude ética, de respeito e de apoio para a construção da autonomia do mesmo. A escuta é, portanto, um processo dialógico, que possibilita a criação de vínculo e de solidariedade entre o profissional de saúde e usuário. (BRASIL, 2011, p.18)

A ESF tem como função desenvolver ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico precoce, tratamento adequado, recuperação e reabilitação. Tais ações são definidas através do conhecimento da realidade e demanda da população da área de abrangência. Desenvolvidas por práticas gerenciais e sanitárias, controle social democrático e participativo, sob a forma de trabalho em equipe voltada para a população sob responsabilidade da ESF e utiliza tecnologia de alta complexidade e baixa densidade. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidades, integralidade, responsabilização e equidade. A ESF é inovadora e reestruturadora ao possuir como objeto de intervenção o sujeito singular, complexo,

inteiro, inserido no ambiente familiar e coletivo em contraposição à visão fragmentada centrada na doença. (BRASIL, 2011)

O Ministério da saúde prevê que as equipes sejam compostas basicamente por um médico generalista ou especialista em saúde de família e comunidade, um enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde; profissionais que tenham como objetivo comum a prestação de serviços à comunidade de forma integral e contínua, com qualidade e acessibilidade à população adscrita: abordagem multidisciplinar, planejamento de ações, compartilhamento do processo decisório e estimulação do controle social. (BRASIL, 1997)

Atenção Básica deve ser o contato preferencial, a “porta de entrada” dos usuários no sistema de saúde é o primeiro nível de contato, onde o indivíduo, a família e a comunidade em geral, trazem suas necessidades e problemas. É nesse nível de atenção que se forma a base para resolução das demandas e determina o trabalho dos outros níveis de atenção de maior complexidade. (COSTA, 2008)

Os princípios da APS relacionados à demanda espontânea e que permeiam a adequada abordagem do usuário que busca a unidade dão principalmente primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado. O primeiro contato caracteriza-se pelo acesso facilitado com a atenção necessária e de qualidade, ampla resolutividade, redução do tempo de espera e resposta adequada. Longitudinalidade é definida como o vínculo entre o usuário e o profissional, o conhecimento da história do usuário agiliza o atendimento, evita intervenções desnecessárias, minimiza erros e facilita o manejo clínico. Baseado nesse princípio o atendimento ao usuário deve ser realizado preferencialmente pela ESF à qual está vinculado, que a equipe esteja disponível nos diversos dias da semana e a comunidade conheça o seu horário de atendimento. Integralidade relaciona-se com a oferta de serviço baseada no conhecimento dos problemas mais comuns da comunidade. Coordenação do cuidado harmonia das ações para garantir a continuidade e integralidade das ações, atribuição de cada profissional, e como ferramentas os protocolos, prontuários e projeto terapêutico. (BRASIL, 2011)

Acolhimento “(...) postura capaz de colher, de escutar e de dar respostas mais adequadas a cada usuário, responsabilizando-se e criando ou fortalecendo o vínculo.” (BRASIL, 2009)

O acolhimento é uma prática constitutiva 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. (BRASIL, 2011)

Franco *et al.* (1999) defendem o acolhimento como dispositivo para interrogar processos intercessores que constroem relações nas práticas de saúde, buscando a produção da responsabilização clínica e sanitária e a intervenção resolutiva, reconhecendo que, sem acolher e vincular, não há produção dessa responsabilização. (BRASIL, 2011)

Para organizar a porta de entrada do usuário no sistema de saúde é necessário que a unidade ofereça serviços baseados na demanda da população pertencente à sua área de abrangência (regionalização) dentro de uma rede de saúde hierarquizada, com priorização dos atendimentos através da gravidade do problema apresentado e utilizando critérios clínicos e avaliação das condições de vulnerabilidade. (BRASIL, 2011)

A necessidade que motiva o usuário a buscar atendimento pode ser definida como a exigência proveniente de um sentimento de privação do necessário. A demanda remete à procura pelo usuário ao sistema de saúde independente do motivo ou tempo de evolução de forma não esperada pelo serviço. Essa demanda pode ser dividida em duas categorias: demanda espontânea com queixa clínica e sem queixa clínica. (BELO HORIZONTE, 2014)

A demanda espontânea com queixa clínica pode ser dividida em queixas ou sofrimento agudos (infecções, trauma, dor de dente, medos, angústias), queixas crônicas ou agudização de condições crônicas novas ou conhecidas (dores articulares, crise hipertensiva, hiperglicemia, dispnéia). A demanda espontânea sem queixa clínica pode ser definida como a necessidade assistencial (renovação de receita, solicitação de exames, agendamento de consulta de controle), prevenção e promoção à saúde (grupos operativos, higiene bucal), outras atividades do centro de saúde (vacina, curativo, farmácia), questões administrativas. (Belo Horizonte, 2014)

A Política Nacional de Atenção à Saúde determina como parte do processo de trabalho da Equipe de Saúde de Família:

[...] realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação da necessidade de saúde e análise da vulnerabilidade tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e prestar o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção (BRASIL, 2011)

O acolhimento é o momento em que se define o vínculo do profissional com o usuário, a cumplicidade e responsabilização pela saúde do indivíduo, família e comunidade, como determinado pelos princípios e diretrizes do SUS e viabilizado através do Programa de Saúde da Família. A busca pela promoção à saúde, redução de danos e agravos com atendimento adequado às urgências, classificação de risco por profissionais capacitados, escuta qualificada e mobilização dos recursos disponíveis para estabilização do quadro até a resolução ou transferência do paciente para a rede de atenção mais adequada.

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

A procura pelo sistema de saúde através da demanda espontânea carrega certo grau de imprevisibilidade quanto às suas necessidades, por isso, não existe uma modelagem única e melhor de dar acesso à demanda espontânea, ao contrário há o acolhimento eficiente que propicie vínculo e responsabilização.

A Política Nacional de Atenção às Urgências estabelece que a Atenção Primária à Saúde deva implantar o acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidades, prestar o primeiro atendimento às urgências e emergências, estabilizar o quadro clínico do usuário até o transferência ou encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário. (BRASIL, 2009)

A Política Nacional de Humanização considera a classificação de risco uma ferramenta que auxilia na organização da fila de espera e propõe a ordem de atendimento pela gravidade do quadro e não por ordem de chegada, garantindo o atendimento imediato ao usuário com grau de risco elevado, informar ao usuário, responsáveis e familiares o seu risco clínico, redução do tempo de espera para atendimento, aumentar a satisfação do usuário, promover o trabalho em equipe e possibilitar a criação de novas redes de atendimento.(BRASIL, 2009)

Para a organização da demanda espontânea na unidade de saúde baseada no horário de atendimento da equipe foram identificados os “nós críticos”, ações para desfazer tais “nós” considerando para cada item facilidade e dificuldades e as intervenções necessárias para o êxito do projeto de intervenção.

Quadro 1 – Definição dos problemas para a organização da demanda espontânea

Problema	Definição do problema
Organizar os usuários que aguardam atendimento, com atendimento prioritário aos usuários com queixas agudas.	Atualmente os usuários são atendidos por ordem de chegada à unidade com distribuição de senhas em horário pré-estabelecido sem a adequada avaliação do risco aos pacientes com queixas agudas. Quando são priorizados os casos ditos mais urgentes não é utilizado um instrumento para a classificação.
Implantação da classificação de risco.	A unidade dispõe do equipamento TRIUS, espaço físico adequado e enfermeiro devidamente treinado para a implantação da classificação de risco utilizando como instrumento o protocolo de Manchester, porém, a unidade ainda não trabalha com a classificação de risco .
Acolhimento à demanda espontânea durante o horário de expediente da unidade de saúde.	Distribuição igualitária de horários do acolhimento entre as cinco equipes que compõe o centro de saúde Andradas para classificação de risco durante o horário de atendimento da unidade.
Vínculo da população com a Equipe de Saúde da Família de referência.	Estabelecer vínculo entre os usuários e equipes para que, quando necessário, o usuário procure a unidade de saúde preferencialmente nos horários de atendimento e acolhimento da sua equipe responsável.

Quadro 2- Plano de Ação para organização da demanda espontânea

Nó crítico	Ações	Facilidades	Dificuldades	Intervenções
Organizar os usuários que aguardam atendimento.	Distribuição de senhas por ordem de chegada.	Fácil implantação Tarefa a ser realizada pelo estagiário “Posso ajudar?”, membro da equipe, funcionário administrativo.	Esclarecimentos que as senhas não necessariamente definem os casos que serão atendidos com prioridade	Confecção de senhas discriminadas por equipe Esclarecimento aos usuários sobre atendimento
Atendimento prioritário aos usuários com queixas agudas.	Recolher a queixa ou demanda que levou a procura ao atendimento na unidade de saúde para identificar os usuários com acometimentos agudos	Fácil implantação. Tarefa realizada por membro da equipe de saúde, usualmente técnico de enfermagem, enfermeiro.	Local apropriado que assegure privacidade. Profissional capacitado para a tarefa e aferição de dados vitais, se necessário.	Capacitação da equipe de saúde. Esclarecimento aos usuários
Implantação da classificação de risco.	Implantar nas unidades de saúde o Protocolo de Manchester para classificação de risco dos usuários com queixas agudas.	Determinação da Prefeitura de Belo Horizonte, profissionais capacitados e instrumento TRIUS fornecido.	Organização do serviço para nova forma de atendimento com orientação para usuários e funcionários.	Treinamento dos profissionais quanto ao Protocolo de Manchester e utilização do TRIUS.

<p>Acolher o usuário com demanda para atendimento programado.</p>	<p>Recolher a queixa ou demanda que levou a procura ao atendimento na unidade de saúde para identificar os usuários com queixas crônicas e/ou necessidade de atendimento programado.</p>	<p>Fácil implantação. Tarefa realizada por membro da equipe de saúde, usualmente técnico de enfermagem, enfermeiro.</p>	<p>Local apropriado que assegure privacidade. Equipes completas e agenda dos profissionais disponíveis.</p>	<p>Divisão de consultórios entre as equipes para garantir o espaço físico adequado para atendimento. Esclarecimento ao usuário sobre fluxo de atendimento.</p>
<p>Redução do tempo de espera do usuário.</p>	<p>Após o acolhimento ao usuário encaminhá-lo para o atendimento que solucione sua necessidade/ queixa.</p>	<p>Otimização do tempo dividindo as tarefas entre os membros da equipe de acordo com suas atribuições/ competências.</p>	<p>Equipes incompletas. Usuários não esclarecidos sobre o fluxo de atendimento. Usuários fora do horário de acolhimento de suas equipes.</p>	<p>Reunião da ESF para elaborar o fluxo de atendimento durante o horário de acolhimento. Esclarecimento ao usuário sobre fluxo de atendimento.</p>

<p>Vínculo da população com a Equipe de Saúde da Família de referência.</p>	<p>A população deve conhecer a equipe que pertence, seus integrantes, horários de atendimento.</p>	<p>O usuário possuir uma referência a quem se reportar e em quais horários para ter sua necessidade atendida na unidade de saúde.</p> <p>A equipe conhecer a população pertencente à área de abrangência.</p>	<p>Estabelecimento de horários para atendimento com divisão entre acolhimento, visitas domiciliares, atendimentos programados, grupos operativos.</p> <p>Incompreensão pelos usuários.</p>	<p>Todos os funcionários da unidade deverão ser treinados para fornecer informações sobre qual equipe o usuário pertence, seus componentes e horários de atendimento.</p> <p>Principal membro da equipe nessa ação: agente Comunitário de Saúde.</p>
<p>Acolhimento à demanda espontânea durante o horário de expediente da unidade de saúde.</p>	<p>O usuário portador de queixa aguda ser atendido durante todo o horário de expediente da unidade, não somente no horário de acolhimento da sua equipe.</p>	<p>Redução de agravamento das doenças e minimizar os danos à saúde do usuário.</p>	<p>Divisão do horário de atendimento entre as equipes pertencentes à unidade de saúde.</p>	<p>Dividir o horário de expediente da unidade entre as equipes de saúde conferindo cobertura de atendimento aos usuários e espaço físico apropriado.</p>
<p>Valorização da equipe de acolhimento.</p>	<p>Valorizar os profissionais componentes das equipes: técnico de enfermagem, enfermeiro, médico, administrativos, estagiários.</p>	<p>Atividades desenvolvidas para os profissionais dentro da unidade de saúde.</p>	<p>Adesão desses profissionais às mudanças necessárias para o novo sistema de atendimento.</p>	<p>O esclarecimento da importância desses profissionais bem dispostos para a boa execução das atividades.</p>

O plano de ação está em fase inicial de implantação e espera-se que no prazo de 6 meses seja possível verificar a melhora no atendimento da população que procuram a unidade de saúde com queixas agudas para a classificação de risco ou com outras demandas para acolhimento.

6.1 VIABILIDADE DO PLANO DE AÇÃO

A viabilidade do plano de ação consiste na identificação das facilidades e dificuldades das intervenções previstas, dos atores envolvidos e dos recursos necessários nesse processo. As principais dificuldades envolvem a sensibilização, capacitação e motivação da equipe, organização do serviço e do espaço físico, e informações esclarecedoras aos usuários quanto aos benefícios do novo fluxo de atendimento à demanda espontânea. As facilidades são o baixo custo de implantação, o treinamento dos enfermeiros classificadores ter sido realizado e aquisição do TRIUS (instrumento necessário para a utilização do protocolo de Manchester).

Quadro 3- Definição dos recursos necessários para implantação do plano de ação.

Ações	Recursos
Distribuição de senhas por ordem de chegada.	<p>Cognitivo: criação de um fluxo de atendimento pelas equipes de saúde</p> <p>Organizacionais: organizar o processo de trabalho das equipes e treinamento de todos os funcionários envolvidos no atendimento à população com divulgação do fluxograma de atendimento.</p> <p>Políticos: apoio da gerência da unidade</p> <p>Econômicos: papel, computador, impressora, para confecção das senhas.</p>
Recolher a queixa ou demanda que para identificar os usuários com acometimentos agudos ou com queixas crônicas, encaminhá-lo para o atendimento que solucione sua necessidade/ queixa.	<p>Cognitivo: treinamento dos profissionais de saúde para a escuta qualificada das queixas e/ou demandas apresentadas.</p> <p>Organizacionais: rotinas pré-definidas para os profissionais envolvidos no processo.</p> <p>Políticos: parceria com os gestores.</p>
Implantar nas unidades de saúde o Protocolo de Manchester para classificação de risco dos usuários com queixas agudas durante todo o horário de expediente da unidade, não somente no horário de acolhimento da sua equipe.	<p>Cognitivo: capacitar os enfermeiros responsáveis pela classificação de risco no protocolo de Manchester.</p> <p>Organizacionais: organizar o processo de trabalho de acordo com o fluxograma de atendimento para a classificação de risco.</p> <p>Políticos: parceria com gestores.</p> <p>Econômicos: material para treinamento do protocolo de Manchester, instalação do TRIUS.</p>

<p>A população deve conhecer a equipe que pertence, seus integrantes, horários de atendimento.</p>	<p>Cognitivo: estabelecimento de rotinas de atendimento das equipes.</p> <p>Organizacionais: divulgação através de cartazes informativos e orientações esclarecedoras.</p> <p>Políticos: envolvimento das gerências de saúde.</p> <p>Econômicos: material para confecção de cartazes e folhetos informativos (papel, impressora, computador)</p>
<p>Valorizar os profissionais componentes das equipes: técnico de enfermagem, enfermeiro, médico, administrativos, estagiários.</p>	<p>Cognitivo: realização de atividades em conjunto comunidade e profissionais divulgando a importância das equipes e da unidade na saúde da população.</p> <p>Organizacionais: momentos de sensibilização e vivência de usuários e profissionais.</p> <p>Políticos: apoio da gestão e gerência da unidade de saúde.</p>

6.2 GESTÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

A execução do projeto consiste na estruturação de um sistema de gestão que permite coordenar e acompanhar as operações, identificar as dificuldades e propor ações de correção no decorrer de sua implantação. Garantir a eficiente utilização dos recursos, minimização das dificuldades e promover a comunicação entre planejadores e executores.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a implantação do plano de intervenção sugerido por este trabalho espera-se a sensibilização dos profissionais da atenção básica quanto à organização do serviço para atendimento dos usuários que procuram a unidade de saúde com queixas agudas, com priorização dos casos mais graves através da classificação de risco pelo Protocolo de Manchester.

Espera-se, ainda, que os profissionais façam o acolhimento do usuário que deseja acompanhamento de sua saúde, sendo esse portador ou não de doença crônica, transmissível ou não-transmissível.

Que essa proposta faça com que os profissionais de atenção básica do centro de saúde Andradas, membros da equipe ametista, repensem o processo de trabalho, buscando melhoria na qualidade do atendimento, redução do tempo de espera, respostas ao usuário e satisfação profissional. Assim sensibilizem os demais profissionais da unidade em busca de um objetivo comum com reflexo da atuação da equipe na comunidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº2.488/GM, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização de Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) E O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Seção 1, 24 out.2011, p.48-55.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS**. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgências. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica: acolhimento à demanda espontânea, n 28, volume I. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica: acolhimento a demanda espontânea- Queixas mais comuns na Atenção Básica, n 28, volume II. Brasília, DF, 2011.

GOMES, Marcia Constância Pinto Aderne; PINHEIRO, Roseni . Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 9, n. 17, p.287-301, mar./ago. 2005.

MATTA, G. C. A.; MOROSINI, M. V. G. Atenção Primária à Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>>. Acesso em :12 de novembro de 2012.

MENDONÇA, C.S.; SAMPAIO, L.F.R.; LIMA, P.G.A. Saúde da família: avanços, desafios e perspectivas. **Revista Brasileira da Saúde da Família**. v.2, n. 5, 2002

MOROSINI, Márcia Valéria G.C.. **Modelos de atenção e a saúde da família** / Organizado por Márcia Valéria G.C. Morosini e Anamaria DíAndrea Corbo. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz,2007.

PEREIRA, P. C. M.; CANABRAVA, C. M. **Plano Municipal de Saúde de Belo Horizonte 2005-2008**. Gerência de Planejamento e Desenvolvimento, 2005.

ROUQUARYOL, MZ. **Epidemiologia & Saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1994. p.7-9.

RUBINSTEIN, E. **Introducción a la medicina familiar:** Profam: Programa de Educación a Distância da Medicina Familiar y Ambulatória. 2 ed. Buenos Aires: Fundación MF; 2001.

STARFIELD, B. **Atención primária:** equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnologia. Barcelona: MASSON; 2001.

SOARES, T.P. **Os benefícios do acolhimento na unidade básica de saúde:** uma revisão de literatura. Universidade Federal de Minas Gerais, Araçuaí, MG, 2011.

TEIXEIRA, C.F. Modelos de Atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. In: Teixeira Cf, organizador. **Promoção e vigilância da saúde.** Salvador: CEPS, ISC, 2002.

TURCI, M. A. **Avanços e desafios na organização da atenção de saúde em Belo Horizonte/** A946 organizadora, – Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte: HMP Comunicação, 2008.