

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

ANA CAROLINA LIMA DELGADO

**ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO AS DEMANDAS
ESPONTÂNEAS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SÃO JOAQUIM,
MUNICÍPIO DE CORAÇÃO DE JESUS- MG**

MONTES CLAROS / MG
2016

ANA CAROLINA LIMA DELGADO

**ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO AS DEMANDAS
ESPONTÂNEAS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SÃO JOAQUIM,
NO MUNICÍPIO DE CORAÇÃO DE JESUS-MG**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Especialização
Estratégia Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais,
para obtenção do certificado de
Especialista.

Orientador: Prof^a. Christiane Motta Araújo

**MONTES CLAROS / MG
2016**

RESUMO

Durante atuação em São Joaquim distrito rural do Município de Coração de Jesus/MG, observou exacerbada procura por assistência médica via demanda espontânea causada pela falta de implantação do fluxograma de atendimento na ESF. Os principais nós críticos; falta da agenda médica, inaplicabilidade do acolhimento, não utilização da classificação de risco, falta de informação da equipe e população sobre as diretrizes da ESF. Proposto plano de intervenção com vistas organizar o atendimento da UBS de São Joaquim, reduzindo a procura pela assistência médica via demanda espontânea. Aplicou-se o método de planejamento estratégico situacional, após elucidação do problema e diagnóstico situacional da área adstrita. A coleta de dados baseou-se na pesquisa literária por leitura de artigos publicados em revistas indexados na base de dados nacionais – BIREME – SCIELO, livros e cadernos de atenção básica a saúde; com os seguintes descritores: demanda livre, estratégia de saúde da família, organização do processo de trabalho. A implantação de ações que organize o atendimento tende a sistematizar e facilitar o acesso à população ao atendimento médico. Elaborou-se propostas de intervenção como base os nós críticos. Sendo; Montagem mensal da agenda médica, acolhimento humanizado, aplicabilidade da classificação de risco e capacitação continuada da equipe de saúde. Como resultado dessas ações implementadas na ESF de São Joaquim acredita-se na reduzindo do número excessivo de demanda livre, assistindo de forma contínua e longitudinal os grupos de risco, priorizando os atendimentos de urgência e emergência, aumentado o acesso a população por meio da equidade.

Palavras- Chaves: Demanda livre. Estratégia de saúde da família. Organização do processo de trabalho.

ABSTRACT

During his work in São Joaquim, a rural district in the city of Coração de Jesus / MG, he observed an exacerbated demand for medical care through spontaneous demand caused by the lack of implementation of the care flow chart at the FHS. The main critical nodes; Lack of medical agenda, inapplicability of the host and non-use of the classification of risk, lack of information of the team and population about the FHS guidelines. To propose an intervention plan with a view to organizing the attendance of UBS in São Joaquim, reducing the demand for medical care through spontaneous demanda. The method of situational strategic planning was applied after elucidation of the problem and situational diagnosis of the assigned area. Data collection was based on literary research by reading articles published in journals indexed in the national database - BIREME - SCIELO, books and basic health care books; With the following descriptors: free demand, family health strategy, work process organization. The implementation of actions that organize care tends to systematize and facilitate access to the population for medical care. Proposals for intervention were made as a basis for critical nodes. Being; Monthly editing of the medical agenda, humanized reception, applicability of the risk classification and continuous training of the health team. As a result of these actions implemented in São Joaquim's ESF, it is believed that reducing the excessive number of free demand, attending on a continuous and longitudinal basis the risk groups, prioritizing urgent and emergency care, increasing access to the population through equity .

Keywords: Free demand. Family health strategy. Organization of the work process.

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV	Human Immunodeficiency Virus
Humaniza SUS	Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
NASFI	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do acesso e de Qualidade da Atenção Básica
PIB	Produto Interno Bruto
PNH	Política Nacional de Humanização
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UAPS	Unidade de Atenção Primária a Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	08
2.PROBLEMA.....	11
3.JUSTIFICATIVA.....	12
4.OBJETIVOS	
4.1.Geral.....	13
4.2.Específicos.....	13
5.REVISÃO DE LITERATURA	
5.1. Dos Princípios E Diretrizes Gerais Da Atenção Básica.....	15
5.2. Especificidades Da Estratégia Saúde Da Família.....	16
5.3.Acolhimento.....	19
5.4.Classificação de Risco.....	21
5.5.Demanda Livre.....	23
5.6.Educação Permanente.....	24
5.7.Medicalização.....	25
6.METODOLOGIA DE PESQUISA.....	27
7.PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	30
8.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
REFERÊNCIAS.....	37
APÊNDICE A – Agenda de Atendimento Médico/Janeiro 2016.....	39
APÊNDICE B – Fluxograma de Atendimento na UBS.....	40

1.INTRODUÇÃO

As ações da Estratégia da Saúde da Família são pautadas pelos princípios e diretrizes descritos na lei do Sistema Único de Saúde (SUS) 8080, regendo a assistência ao paciente através da universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade de assistência, igualdade de assistência à saúde, direito de informação sobre a saúde, participação da comunidade, descentralização político administrativa, regionalização e hierarquização das redes de serviço e saúde, capacidade de resolução dos serviços e organização dos serviços públicos. Com base nesses princípios é preconizado que a Estratégia da Saúde da Família (ESF) ouça as necessidades do usuário de sua área adstrita, propondo aos mesmos a resolutividade das suas queixas ou direcionando a quem o faça, praticando o princípio de universalidade, integralidade e igualdade de assistência ao usuário(Brasil,1988). Como facilitador do acesso à população a assistência do SUS, dispomos da Política Nacional de Humanização (PNH), que preconiza a realização do acolhimento ao usuário. “A acolhida consiste na abertura dos serviços para a demanda e a responsabilização por todos os problemas de saúde de uma região.” (CARVALHO e CAMPOS, 2000, p. 56).

O aumento da procura por atendimento médico via demanda espontânea tem crescimento ascendente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), causando transtornos tanto a população assistida com a insatisfação popular quanto aos colaboradores de saúde que exercem suas funções desmotivados. Essa problemática atinge a UBS de São Joaquim, distrito rural do Município de Coração de Jesus. Coração de Jesus está localizada á 475 km de Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais. Micro região de Montes Claros e mesorregião do Norte de Minas, área territorial de 2.225,216 km², com 26.033 habitantes. Constituído por sete distritos: Coração de Jesus, Alvação, Aristides Batista, Luís Pires de Minas, Ponte dos Ciganos, São Geraldo e São Joaquim. Região com baixo Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,642 e Produto Interno Bruto (PIB) limitado de 7.192,94 reais. População com escolaridade reduzida, em torno de 19.701pessoas alfabetizadas segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010). O arcabouço do atendimento de Saúde do SUS conta com vinte e cinco estabelecimentos, dividido entre hospital Municipal de baixa complexidade, centro de especialidades odontológicas. Dez unidades básicas de

saúde, sendo cinco rurais e cinco urbanas, dois postos de saúde, Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Consórcio Intermunicipal de Saúde da micro região do Alto Rio Verde, Unidade móvel de nível pré-hospitalar na área de urgência, seis unidades de apoio diagnose e terapia (SADT ISOLADO), Unidade de vigilância em saúde e Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES). Sendo essas estruturas insuficientes ao atendimento universal, resolutivo e descentralizado á população de Coração de Jesus, fundamentalmente nas áreas rurais, como o distrito de São Joaquim.

São Joaquim é composto por 3248 habitantes em média, distribuídos entre as comunidades de São Geraldo, Carapina e Mucambo I e II. Localizada em área de difícil acesso com estradas sem pavimentação e escassos meios de transporte, fica a 50km da sede municipal. Tendo o cerrado como bioma, sua principal fonte de renda é a agricultura familiar. Entre dezembro e fevereiro ocorre a colheita do fruto nativo, o pequi, para venda do produto in natura e fabricação de derivados. Fora desse período a economia é mantida pela exploração ativa do carvão vegetal. Fabriquetas domésticas de farinha de mandioca são fontes complementares de renda da população. As bolsas sociais distribuídas à população muitas vezes são a única fonte de renda no período que não ocorre coleta do pequi e na baixa da exploração do carvão vegetal.

A equipe é formada por um enfermeiro naturalizado e residente no próprio distrito, tendo grande conhecimento da população, seus hábitos, costumes e patologias. Uma técnica de enfermagem, sendo sua primeira experiência profissional na presente equipe. Odontóloga atuante há três anos no município. Auxiliar de saúde bucal. Médica atuante na UBS de São Joaquim há um ano, conforme preconizado pelo Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), tendo atuado por três anos anteriores em estratégia de saúde da família em municípios distintos do norte de Minas Gerais em áreas rurais. Sete agentes de saúde naturalizados e moradores do distrito, possuidores de grande vivência regional sobre á população. Porém, detentores de conhecimentos superficiais sobre as diretrizes e os programas que regem a ESF. Auxiliar de serviços gerais, sendo esta com maior tempo de atuação na equipe. A estrutura Física de São Joaquim é composta por: uma UBS sede localizada na praça central e dois pontos de apoio sendo o primeiro localizado no distrito de São Geraldo e o segundo no Município de Coração de Jesus. O modelo de estrutura física da UBS sede apresenta algumas

deficiências equiparadas ao modelo descrito no Manual de Estrutura Física para UBS/USF do ministério da saúde como: ausência de farmácia, área de reuniões, escovário, sala de administração/gerência, sala de nebulização e sala de procedimentos/coletas. Sendo uma parte do loteamento vago com projeto de ampliação. Em São Geraldo encontra-se a UBS de apoio, estrutura básica do antigo posto de saúde, reformada e adaptada, no entanto apresenta deficiência física mais complexa tais como: banheiro coletivo para funcionários e pacientes sem distinção de sexo; consultório médico sem banheiro ou lavatório para as mãos; ausência de cozinha, sala de vacina, sala nebulização, farmácia, central de material e esterilização e expurgo. O segundo ponto de apoio encontra-se no município de Coração de Jesus, utilizando as dependências do ambulatório de oftalmologia desativado, assistindo a população de Carapina, Mucambo I e II tendo localização geografia de difícil acesso e limitado transporte aos distritos de São Joaquim e São Geraldo.

Esse perfil demográfico, socioeconômico da comunidade e a estruturação da UBS, influem diretamente nas ações e serviços da ESF, sendo basicamente atendimentos de demandas espontâneas, realizando poucas ações preventivas. Consultas agendadas, tratamento continuado das doenças crônicas e grupos operativos não são realizados por estes limitadores. Dessa forma, temos uma saúde assistencialista que visa sanar os problemas agudos deixando a mercê ações de prevenção e promoção de saúde. Registramos altos índices de patologias crônicas descompensadas, lesões de órgão alvo, redução do tempo da amamentação exclusiva, diarréias, parasitoses, dentre outras patologias preveníveis. Porém, daremos destaque ao exacerbado número de procura por atendimentos via demanda espontânea. Um atendimento não sistematizado prioriza ações curativas não propondo atos preventivos, predispondo altos índices de desnutrição infantil, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), tabagismo e alcoolismo. Dessa forma propomos analisar e pontuar quais os principais fatores que geram essa procura exacerbada pelo atendimento médico via demanda espontânea, sugerindo soluções práticas na tentativa de organizar os atendimentos, que por sua vez viabilizará a implementação da assistência preventiva, por meio de atendimentos programados aos grupos de risco supracitados, com objetivo de assistir essa população, reduzindo gradativamente a exacerbada demanda espontânea na tentativa de melhorar esses negativos marcadores de saúde.

2. PROBLEMA

Por meio da vivência profissional durante atuação médica na ESF, observamos que a falta de sistematização e a elevada procura por atendimento médico via demanda espontânea geram inúmeros transtornos a assistência da população adstrita UBS de São Joaquim. Sendo causa de atendimentos limitados às queixas agudas, frustração da equipe e insatisfação do usuário. O presente projeto de intervenção lança mão de iniciativas para organização do atendimento da UBS, dando ênfase a atuação preventiva e co-participativa da população, sem limitar a assistência aos casos agudos. Na tentativa de estabelecer um atendimento qualificado, individualizado e eficaz.

3. JUSTIFICATIVA

A demanda espontânea exacerbada interfere diretamente no funcionamento da ESF, que por sua vez, deixa de empregar ações preventivas priorizando intervenções imediatistas. Essa inversão de ações implica no aumento das patologias preveníveis e agudização das crônicas. Reforçando o binômio saúde-doença e enfraquecendo as práticas assistencialistas baseadas na prevenção, promoção de saúde, corresponsabilidade da população pela saúde e atuação interdisciplinar. Dessa forma procuramos pontuar os problemas mais relevantes que aumentam efetivamente a procura por assistência médica imediatista via demanda espontânea, na tentativa de estabelecer critérios para organização do processo de trabalho. Destacamos: ausência de agenda programada com cronograma de atendimento, não realização do acolhimento humanizado efetuada por todos os componentes da equipe que está associada à ausência de classificação de risco pelo protocolo de Manchester, falta de conhecimento e educação continuada pela equipe sobre os programas que regem a ESF, ausência de informações sucessivas a população assistida sobre o funcionamento da UBS/ESF, área adstrita geograficamente longínqua de difícil acesso á população e equipe e medicalização social reforçada pelo modelo assistencialista centrado na saúde-doença. Por meio dessa elucidação de problemas propomos ações estratégicas que reestruture os atendimentos, viabilizando o acesso ao atendimento humanizado e resolutivo.

4. OBJETIVOS

4.1. Geral

- Propor um plano de intervenção com vistas a organizar o atendimento da UBS de São Joaquim, localizada no município de Coração de Jesus, no estado de Minas Gérias, na tentativa de reduzir a exacerbada procura pela assistência médica via demanda espontânea.

4.2. Específicos

- Desenvolver uma agenda de atendimento médico e de enfermagem para consultas previamente programadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), baseada nos principais programas de assistência da ESF, que abranja atendimentos de urgência e emergência de acordo com a classificação de risco.
- Treinar e capacitar toda equipe para realizar acolhimento humanizado a todos que procurarem assistência da ESF.
- Implantar a classificação de risco que gere um fluxo de atendimento baseado em protocolos clínicos de gravidade.

5. REVISÃO DE LITERATURA

5.1. Dos Princípios e Diretrizes Gerais da Atenção Básica

A atenção básica é regida por princípios normativos, os quais direcionam a assistência em saúde, considerando o sujeito como ator social no binômio saúde-doença, procurando fornecer saúde de forma plena e completa.

A atenção básica norteia-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social. O Ministério da Saúde, considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral. (BRASIL, 2012, p. 18).

Tendo cinco diretrizes fundamentadoras:

I - Território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade.

II - Acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e 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.

III - Adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo

de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico.

IV - Integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção.

V - Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social.

Como base nesses princípios a atenção básica deve ter sua área delimitada traçando o perfil da sua população, o qual se torna responsável por intervir em todas as nuances que compõe a saúde, sejam eles sócio econômicas, políticos ou sociais. Estabelecendo intervenções rápidas e eficazes de saúde de acordo com a necessidade e queixas loco regional. Sendo porta de entrada para o usuário que procura atendimento no SUS, acolhendo a população, fortalecendo os vínculos, a responsabilidade pela saúde e longitudinalidade do cuidado. (Brasil, 2012, p 27).

A atenção básica caracteriza-se por 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. (BRASIL, 2012, p36).

5.2.Especificidades da Estratégia Saúde da Família

Essa reestruturação do modelo assistencial vem acatar a Constituição Federal (1988), onde a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A ESF reestrutura o conceito de trabalho em saúde, antes voltada para ações curativas, ampliando para práticas preventivas e promotoras de saúde. O processo de trabalho na ESF deve conter o desenvolvimento de ações multidisciplinares, com planejamentos realizados a partir das necessidades específicas da população adstrita e diagnósticos dos fatores de risco do território. Servindo como porta de entrada preferencial no sistema (BRASIL, 2006).

A ESF visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do SUS é tida pelo Ministério da Saúde 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 (Brasil, 2012, p. 22).

Ampliar as ações de saúde para além dos muros da UBS, buscando estratégias resolutivas para a queixa da população é ação fundamental da ESF. Estudos relatam que a concepção de um trabalho interdisciplinar, baseado na articulação entre as diferentes práticas e saberes, ainda é um desafio para as equipes de ESF (Trad LAB e Rocha AARM, 2011). Organizar o trabalho da ESF para que estes sejam voltadas para ações preventivas e planejadas, não desvalorizando assistência e as intervenções curativas quando necessário, com uma equipe multiprofissional habilitada a desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação à saúde é o maior objetivo da reestruturação do modelo assistencial da saúde (BRASIL, 1997).

O Ministério da Saúde (Brasil, 2012) destacou os principais itens necessários para o processo de trabalho na ESF:

I - Existência de equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal;

II - O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe;

III - Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe.

IV - Cadastramento de cada profissional de saúde em apenas uma ESF, exceção feita somente ao profissional médico, que poderá atuar em, no máximo, duas ESF e com carga horária total de 40 horas semanais.

V - Carga horária de 40 horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da equipe de Saúde da Família, à exceção dos profissionais médicos. A jornada de 40 horas deve observar a necessidade de dedicação mínima de 32 horas da carga horária para atividades na equipe de Saúde da Família, podendo, conforme decisão e prévia autorização do gestor, dedicar até oito horas do total da carga horária para prestação de serviços na rede de urgência do município ou para atividades de especialização em Saúde da Família, residência multiprofissional e/ou de Medicina de Família e de Comunidade, bem como atividades de educação permanente e apoio matricial.

Organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de atenção básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo Estado e pela União. Garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas. Assegurar o cumprimento da carga horária integral de todos os profissionais que compõem as equipes de atenção básica, de acordo com as jornadas de trabalho especificadas no SCNES e a modalidade de atenção. (BRASIL, 2012, p. 23.)

Para que ocorra a manutenção do vínculo e da longitudinalidade do cuidado, esse profissional deverá ter usuários adscritos de modo que cada usuário seja obrigatoriamente acompanhado pela equipe de saúde de forma multidisciplinar, composta por um agente comunitário de saúde, um auxiliar ou técnico de enfermagem, um enfermeiro e um médico e preferencialmente por um cirurgião-dentista, um auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. As equipes de Saúde da Família devem estar devidamente cadastradas no sistema de cadastro nacional vigente de acordo com conformação e modalidade de inserção do profissional. As jornadas de trabalho dos profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento das

UBS devem ser organizados de modo que garantam o maior acesso possível, o vínculo entre usuários e profissionais, a continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado (Brasil, 2012).

A organização do processo de trabalho da ESF preconiza os atendimentos por meio de agendamento de consultas aos grupos de maior risco e vulnerabilidade. Mantendo a assistência a demanda espontânea e aos casos que necessitem de atendimento de urgência. O Ministério da Saúde (Brasil, 2012) destaca que a programação e as ações de atenção em saúde devem ser implementadas de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. Inclui-se aqui o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais e recomenda-se evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias, dificultando o acesso dos usuários. Desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis.

Orienta visitas domiciliares a população com limitadores de saúde que impeçam a assistência na UBS, realizando atenção domiciliar multidisciplinar. É recomendado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2012) realizar atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças etc.) e em outros espaços que comportem a ação planejada.

Preconiza o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências (BRASIL, 2012).

Sugere o desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários. Ainda elaborar ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral (Brasil, 2012).

Esses indicadores destacados pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2012) norteiam o processo de trabalho que deve ser estabelecido e desenvolvido dentro da

ESF levando em consideração a individualidade, os fatores de risco e vulnerabilidade da área adstrita.

5.3.Acolhimento

O acolhimento tem destaque como diretriz prioritária em 2004 quando o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Humanização do SUS (Humaniza SUS), a qual tem como objetivo de interligar e construir vínculos entre os usuários e profissionais de saúde, incluir a população nos serviços de saúde, em quaisquer níveis da assistência, produzindo autonomia e co-responsabilidade. Aposta na criação coletiva de saídas e na atuação em rede. O Ministério da Saúde em 2009 descreve o acolhimento como ato ou efeito de acolher, expressa uma ação de aproximação, um “estar com” e “perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão, de estar em relação com algo ou alguém (BRASIL, 2011). A palavra “acolher”, em seus vários sentidos, expressa “dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito, agasalhar, receber, atender, admitir”. (FERREIRA, 1975)

O Acolhimento traz consigo não só uma tentativa de resolução, também como forma de prevenção as demandas espontâneas que geram entraves no processo de trabalho da equipe. A partir da instituição do Programa Saúde da Família (PSF) houve um esquecimento da demanda espontânea, sendo as ações das equipes centralizadas em programas preventivos. Este modelo de assistência fragmenta a saúde tal qual o modelo biomédico, porém, sendo este dividido pela classificação de prioridades na agenda direcionada para as atividades relacionadas a doenças de importância social e coletiva. (TESSER, 2010)

Para Brasil (2013) acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. O acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede sócio afetiva. Com uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, é possível garantir o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde. Isso assegura,

por exemplo, que todos sejam atendidos com prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco.

Brasil (2010) descreve que o encontro entre usuário e profissional em uma escuta qualificada permite diminuir a distância entre o que é prescrito pelos profissionais e o que é realizado pelos usuários. Frequentemente não se leva em conta o desejo, o interesse ou a compreensão das pessoas. É por isso que é necessário trabalhar com a idéia de ofertas e não apenas com restrições resultantes dos problemas de saúde, ou seja, ofertar algumas possibilidades para que o usuário possa decidir conjuntamente e se co-responsabilizar com os resultados.

Miranda e Miranda (1990) descrevem que para realizar o acolhimento os profissionais devem desenvolver habilidades interpessoais como atender, responder, personalizar e orientar. Dessa forma ao atender o individuo o acolhedor esteja apto a ouvir e emitir uma resposta coerente à dúvida do mesmo. Construindo uma vinculo no decorrer do processo de ajuda. Para tais autores a palavra acolher vem do processo de ajuda.

Segundo Franco, Bueno e Merh (1999), o acolhimento parte dos princípios; acessibilidade universal, acolhendo todos que busquem os serviços de saúde. Processo de trabalho descentralizado, estruturada em equipe multiprofissional, descentralizando o atendimento médico. Estabelecer relações sólidas de cidadania entre trabalhador e usuário.

O plano diretor de atenção primaria destaca que o paciente deve ser acolhido por um componente da equipe, este fica responsável em explanar brevemente sobre os objetivos dos serviços oferecidos e a organização do funcionamento da UBS. Posteriormente o usuário é questionado pelo qual motivo levou a procurar a unidade de atendimento. Após a escuta e análise da queixa o mesmo receberá auxílio de acordo como o protocolo de atendimento da ESF, podendo ter orientações, atendimento imediato ou agendado, visita domiciliar, vacinação, curativo e plano de ação. Caso o procura seja por uma queixa aguda ou crônica agudizada esse devera ser encaminhado para a classificação de risco. (MINAS GERAIS, 2009)

O acolhimento é um arranjo tecnológico que busca garantir acesso ao usuário com objetivo de escutar todos os pacientes, resolver os problemas mais simples, e/ou referenciá-lo se necessário. A colhida consiste na abertura dos serviços para a demanda e a responsabilização por todos os problemas de saúde em uma região. (CARVALHO, 2000, p55.)

O acolhimento é um processo amplo e dinâmico não limitado a um espaço físico ou a um profissional individualizado, abrange mais que a classificação de risco de gravidade de doenças. Expande suas ações para receptividade humanizada, realizada pela equipe multidisciplinar disposta a escutar o indivíduo por quaisquer motivo que o leve a procurar a ESF. Aptos a auxiliar o mesmo, seja com respostas claras e objetivas que venham a sanar as dúvidas, ou mesmo com ações multidisciplinares a longo ou curto prazo. Esses atos e ações visam estabelecer vínculos de confiabilidade, longitudinalidade e corresponsabilidade com a população adstrita (MINAS GERAIS, 2009).

5.4. Classificação De Risco

“A Portaria 2048 do Ministério da Saúde propõe a implantação nas unidades de atendimento de urgências o acolhimento e a triagem classificatória de risco”. (BRASIL, 2002, p. 54). Essa classificação é uma ação objetiva, dinâmica e individualizada visando avaliação inicial do indivíduo sobre os critérios de risco de gravidade, estabelecendo assim critérios de atendimento de acordo a necessidade de cada caso. Propondo outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, tem também outros objetivos importantes, como: garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; dar melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento (BRASIL, 2009).

De acordo com Brasil (2002) são descritos no protocolo de acolhimento com classificação de risco do SUS, os relatados objetivos; escuta qualificada do indivíduo que procura os serviços de saúde. Classificar, mediante protocolo, as queixas dos usuários que demandam os serviços visando identificar os que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato. Construir os fluxos de atendimento considerando todos os serviços da rede de assistência à saúde. Funcionar como um instrumento de ordenação e orientação da assistência, sendo um sistema de

regulação da demanda dos serviços de urgência/emergência. Não sendo uma ação diagnóstica, não pressupondo exclusão e sim estratificação.

Tendo como critérios de classificação alguns itens como; apresentação usual da doença. Sinais de alerta. Situação. Avaliação inicial dos sinais vitais, dentre doenças preexistentes, idade, dificuldade de comunicação, uso de droga e álcool. Sendo uma avaliação dinâmica, podendo ser mudada a classificação. Levando em consideração a queixa principal seu início – evolução – tempo de doença. Estado físico do paciente, escala de dor e de Glasgow. Medicamentos em uso, doenças preexistentes, alergias e vícios. Verifica os dados vitais: pressão arterial, temperatura, saturação de O₂. Após análise desses dados o paciente será classificado de acordo com o risco de gravidade da doença e direcionado ao atendimento respeitando o padrão de prioridade, diferenciado por cores (BRASIL, 2009).

Vermelha, urgência absoluta, atendimento imediato, encaminhar diretamente para a sala de ressuscitação, não perder tempo com classificação. Solicitar transporte via Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para pronto atendimento. Amarela, urgência, ainda não necessita de ressuscitação, porém, elevado risco de morte. Encaminhar para pronto socorro via SAMU. Verde, urgência menor. Encaminhar para consulta médica no mesmo turno, se indicação transporte sanitário para Unidade de Atenção Primária a Saúde (UAPS). Reavaliar periodicamente. Azul, caso eletivo, não há sinal de alerta. Atendimento agendado ou no mesmo turno caso haja disponibilidade (BRASIL, 2009).

A avaliação de risco e vulnerabilidade não pode ser considerada prerrogativa exclusiva dos profissionais de saúde: o usuário e sua rede social devem também ser considerados neste processo. Avaliar riscos e vulnerabilidade implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, pois muitas vezes o usuário que chega andando, sem sinais visíveis de problemas físicos, mas muito angustiado, pode estar mais necessitado de atendimento e com maior grau de risco e vulnerabilidade. (BRASIL, 2009, p32.)

O protocolo de classificação de risco é um recurso auxiliar no atendimento a população que procura as unidades de atendimento não sendo apta a dar diagnóstico patológico ou parecer excludente ao atendimento, uma vez que, não capta aspectos subjetivos, sociais, culturais, cuja compreensão é percepção é primordial para a avaliação do risco e da vulnerabilidade individual (BRASIL, 2009).

5.5. Demanda Livre

As ações programadas são formas de organizar e planejar o sistema de atendimento com objetivo de utilizar a melhor forma os recursos oferecidos a população via SUS. Incluindo atividades rotineiras e eventuais com cronogramas e fluxogramas de atendimentos adequados a necessidades da população assistida. Paim (2003) apresenta vários estudos que reforçam a importância da epidemiologia nos serviços e sistemas de saúde, tanto para elaborar diagnósticos e análises das condições de saúde da população, como no planejamento das ações, definição de prioridades, avaliação e monitoramento de ações e resultados.

Considera-se atividade de rotina as ações contidas no programa básico da ESF como vacinação, puericultura, hipertensão, tabagismo, pré-natal, grupos operativos, consultas médicas e de enfermagem dentre outros. Fora desse padrão de trabalho estabelecido encontram-se as ações eventuais denominadas demanda livre. (NEMES, 1995) Assim sendo essa população que não se enquadra nesses atendimentos padronizados gera um volume de indivíduos sem acesso ao atendimento universal preconizado pelo SUS. Para sanar esse fato propõe-se uma abordagem que englobe o atendimento programado, associado à assistência a demanda espontânea, essas propostas pela diretriz de acolhimento do humaniza SUS. Segundo Merhy, Franco e Bueno (2010), o processo de reorganização do trabalho em saúde esbarra em muitos poderes instituídos, sendo necessário desconstruir um modelo de atenção centrado em procedimento e construção de um novo modelo centrado no cuidado continuado e na prevenção.

Relatado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2011) que a atenção básica, seja resolutive, reconhecida e legítima, não pode realizar apenas promoção e prevenção no nível coletivo, nem tampouco pode se restringir a realizar consultas e procedimentos. As divergências e rivalidades entre individual e coletivo, clínica e saúde pública, prevenção e cura, doença e saúde, demanda espontânea e agenda programada, efetivamente, não contribuem para a melhoria da vida real das pessoas e, às vezes, até ajudam a piorar. Além disso, a procura exacerbada por serviços de urgência e especializada (com todas as conseqüências daí advindas), apesar de ser explicada pelo imaginário social e pelas influências do complexo médico-industrial, é também modulada pelas ofertas e pela capacidade de cuidado da atenção básica.

A implacabilidade do acolhimento a demanda espontânea provoca mudanças na organização das equipes, nas relações entre os trabalhadores e nos modelos de cuidado em saúde. Para acolher a demanda espontânea com universalidade, equidade e qualidade, não basta distribuir senhas em filas de espera, não sendo possível e muitas vezes desnecessário encaminhar todas as pessoas ao médico. O acolhimento não deve se limitar a uma triagem direcionada para assistência médica (BRASIL, 2012).

Sistematizar o atendimento da demanda espontânea vai além de estabelecer fluxogramas e direcionamento do indivíduo para a classificação de risco, exige que a equipe multidisciplinar conheça e lance mão dos diversos subsídios que a ESF dispõe para lidar com as necessidades de saúde da população, pois não são todas as necessidades individuais que carecem de atendimento/ agendamento médico e de enfermagem. Em diversos casos a escuta qualificada será altamente resolutiva (BRASIL, 2011).

5.6. Educação Permanente

A atuação na área de saúde exige aprimoramento contínuo das habilidades profissionais por se tratar de uma atividade dinâmica em constante evolução. A falta de aprimoramento e atualização científica, causa graves problemas em saúde. Após perceber que educação continuada seria instrumento de mudanças em saúde, tendo como pilar seu campo de trabalho, aprendendo com as próprias experiências e problemas, implementou-se à política nacional de gestão do trabalho e educação em saúde, âmbito SUS. Essa implementação ações que atendam as necessidades de educação permanente ofertando cursos de especialização e aperfeiçoamento aos profissionais do SUS, reduzindo as desigualdades e contribuindo para integração ensino-serviço. A consolidação e o aprimoramento da atenção básica como importante reorientadora do modelo de atenção à saúde no Brasil, requerem um saber e um fazer em educação permanente que sejam encarnados na prática concreta dos serviços de saúde. A educação permanente deve ser constitutiva, portanto, da qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular (BRASIL, 2012).

Outro pressuposto importante da educação permanente é o planejamento/programação educativa ascendente, em que, a partir da análise

coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde. É importante sintonizar e mediar às ofertas de educação permanente pré-formatadas (cursos, por exemplo) com o momento e contexto das equipes, para que façam mais sentido e tenham, por isso, maior valor de uso e efetividade (BRASIL, 2012, p. 47).

5.8. Medicalização

Segundo Llich (1981) a medicalização social é um processo sociocultural complexo que vai transformando em necessidades médicas as vivências, os sofrimentos e as dores que eram administrados de outras maneiras, no próprio ambiente familiar e comunitário, e que envolviam interpretações e técnicas de cuidado autóctones. A medicalização enfatiza e fortalece ações e procedimentos terapêuticos muita das vezes desnecessários e iatrogênicos ao indivíduo. Desvalorizando o contexto sócio econômico cultural que influem diretamente no processo saúde-doença. Os profissionais e clientes tendem a transformar toda queixa em doença de caráter biológico, distinguindo da vivencia do indivíduo, considerando que a patologia é totalmente distinta e independente da realidade vivida pelo mesmo. Tesser (2006) descreve que se tratando de doenças crônicas, tende a ocorrer o isolamento de fatores de risco, considerando causas isoladas mutáveis através de comportamentos “saudáveis” indicados do mesmo modo que drogas e cirurgias. Estas últimas, mais o fetiche dos exames complementares, são o carro chefe da cultura medicalizada.

Para Llich (1981) o excesso de função e de uso de uma ferramenta social-tecnológica ou o seu monopólio pode induzir ao que denominou de contra produtividade: uma ação paradoxal em que o resultado é o contrário do esperado: hospital que produz doença, trânsito que produz engarrafamentos. A ação médica padeceria desse mal. Ao causar uma iatrogênese social e cultural, além da iatrogenia clínica individual, as pessoas são transformadas em consumidores vorazes de mais e mais cuidado e de tecnologias especializadas e tornam-se

dependentes. Isso diminuiria a autonomia e a capacidade de agir sobre a vida e sobre o meio para manter, resgatar e ou ampliar a saúde e a liberdade – vistas como coeficiente de liberdade vivida e capacidade de instituir normas vitais, segundo Canguilhem (1978).

O maior acesso às informações sobre doenças e hábitos saudáveis que poderia representar um empoderamento da população diante da corporação médica representaria apenas o efeito de um tempo em que todas as atividades humanas são maciçamente relacionadas à saúde e há uma neurose coletiva em busca da saúde perfeita, chamada de “higiomania” por Nogueira (2001).

A ação profissional nesse ambiente de idéias e valores tende a transformar toda queixa em síndrome, “transtorno” ou doença de caráter biológico, desligando-a da vida vivida pelo doente, considerando-a realidade distinta e independente. Em doenças crônicas, cada vez mais freqüentes, ocorre o isolamento de fatores de risco que se destacam da vida e passam a ser considerados causas isoladas combatidas através de comportamentos “saudáveis” prescritos do mesmo modo que drogas e cirurgias. Estas últimas, mais o fetiche dos exames complementares, são o carro chefe da cultura medicalizada. Assim, na interpretação e na intervenção biomédicas há nítida tendência medicalizante”. (LLLICH, 1981, p22.)

A não valorização e observação do indivíduo como um todo, em seu contexto sócio econômico cultural e genético associada às informações midiáticas superficiais, aos vínculos frívolos e vulneráveis entre o cliente e a equipe de saúde ,gera uma busca exacerbada pela vida saudável, elegendo procedimentos, exames e cirurgias como solução e prevenção as doenças, causando impreterivelmente o fenômeno da medicalização (Nogueira, 2001).

6. METODOLOGIA DE PESQUISA

A elaboração desse projeto de intervenção vem da experiência vivenciado durante atuação médica no Programa de Estratégia de Saúde da Família no Município de Coração de Jesus-MG, sobre a organização do sistema de atendimento, com ênfase nas demandas espontâneas. Aplicou-se o método de planejamento estratégico situacional (PES), conforme os textos da seção 1 do módulo de iniciação científica e seção 2 do módulo de Planejamento (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), utilizando-se da Estimativa Rápida para elaborar o diagnóstico situacional. Esse método permite a coleta e análise dos dados através da escuta do discurso dos usuários e da equipe, por meio de análise dos prontuários e observação da área adstrita. O método utilizado foi o preconizado pelo planejamento estratégico situacional, seguindo a determinação da sua metodologia. Para Tancredi et al. (1998); O PES utiliza múltiplas possibilidades, reconhecendo que não há conhecimento único, sendo a realidade dependente da experiência do indivíduo que vivência o problema, pertencente a todos e suas diversidades.

A coleta de dados baseou-se na pesquisa literária por meio de leitura de artigos publicados em revistas indexados na base de dados nacionais – BIREME – SCIELO, livros e cadernos de atenção básica a saúde; com os seguintes descritores: demanda livre, estratégia de saúde da família, organização do processo de trabalho. O critério de inclusão foi idioma em português, disponibilizado no formato integral e de forma gratuita. Utilizamos entrevistas com informações relevantes e observação da área adstrita, conhecendo a problemática que orienta a criação do plano de ação.

Estudo desenvolvido no período de Março de 2015 a fevereiro de 2016. Onze meses de atuação médica na Unidade Básica de Saúde São Joaquim, que abrange as áreas rurais de São Geraldo, São Joaquim, Mucambo I/II e Carapina, com uma população adstrita de 3200 pessoas em média.

Inicialmente instituiu o hábito de reuniões mensais de equipe, com objetivo de elucidar e propor soluções para os problemas e dificuldades que gerem entraves a funcionalidade da ESF. Estabeleceu que a ação prioritária fosse à reestruturação e organização do fluxo de atendimento a população assistida pela ESF de São Joaquim. Para isso dividimos as ações em três etapas, sendo a primeira a

elaboração da agenda médica e de enfermagem, segundo o fluxograma de atendimento médico, coerente com agenda de atendimentos mensais e fidedigna aos programas preconizados pela ESF e Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Terceira reuniões com líderes comunitários a fim de divulgar, explicar e orientar sobre a mudança no sistema de atendimento da ESF. Elaboração de ofício a secretaria Municipal de saúde e secretaria municipal de transporte urbano, solicitando assiduidade do transporte à equipe da ESF.

Primeira etapa, reunião de equipe pautada na elaboração da agenda de atendimentos médico e de enfermagem programadas mensalmente, estabelecendo que as marcações de consultas fossem realizadas pelos ACS, (anexo I). Determinou dias distintos de atendimentos de acordo com os principais programas de assistência da ESF, calculado o número de consultas (anexo II) com base nas metas mensais de atendimento estabelecidos pelo PMAQ. Priorizando consultas puerperais, pré-natais e hipertenção/DM semanalmente. Tabagismo e planejamento familiar quinzenalmente. Consultas denominadas livres, destinadas ao público que não se encaixa diretamente nos grupos supracitados, semanais. Visitas domiciliares quinzenais aos pacientes que sejam portadores de alguma deficiência física e mental ou empecilho plausível que impossibilite seu acesso a UBS. Horários reservados para atendimentos da demanda espontânea sistematizados pelo protocolo de Manchester adaptado a realidade da ESF. Consulta médica imediata em casos de urgências, muita urgência e emergência (amarelo, laranja e vermelho), pouco urgente e não urgência (verde, azul) serão acolhidos e agendadas consultas médicas posteriormente pela enfermagem, caso a queixa não seja resolvida durante o acolhimento. Simultaneamente ao atendimento um grupo operativo será realizado mensalmente pelos profissionais de nível superior que compõe a equipe, com temas pertinentes ao programa assistido naquela data, tendo como resultado final quatro grupos mensais. A Agenda mensal é dinâmica, será montada no dia reservado ao Sistema de Informação da Atenção Básica(SIAB) após a reunião da equipe pelo médico e enfermeiro, adaptada de acordo com as necessidades da população e colocações feitas pelos ACS. Afixada na lousa da recepção, para que toda a população tenha acesso à mesma e distribuída aos componentes da equipe.

A segunda etapa consta de montagem do fluxograma (anexo III) de atendimento médico estabelecido durante segunda reunião de equipe, 30 dias após a primeira. As consultas médicas serão agendadas previamente pelos ACS respeitando o cronograma da agenda médica mensal. Casos de demanda espontânea serão acolhidos por todos da equipe, necessitando de atendimento médico será direcionado a sala de acolhimento, onde a queixa será escutada e submetida à classificação de risco. Classificação vermelha, laranja e amarela será atendido prontamente pelo médico. Verde e azul terá data de consulta estabelecida pela enfermagem. Para melhor acolhimento a população que busca a UBS teremos um profissional escalado diariamente, denominando “acolhedor do dia”, esse será responsável por permanecer na entrada/ recepção da UBS escutando as solicitações do paciente e direcionando o mesmo ao setor desejado, como sala de vacinação, sala de espera para atendimento médico, odontológico, medicação, curativo, dentre outras ações pertinentes a ESF.

Durante a terceira etapa, elaborou se reunião expositiva com líderes da comunidade com objetivo de elucidar a nova proposta de atendimento e escutar as colocações dos mesmos sobre a nova proposta organizacional. Efetuou se a capacitação de cinco indivíduos que atuarão como multiplicadores nas áreas adstritas de São Geraldo, São Joaquim, Mucambo I/II e Carapina, divulgando e explicando o novo modelo de organização do atendimento médico, que consta de consultas previamente agendadas pelos ACS, consultas de urgência e emergência estabelecidas pelo acolhimento e classificação de risco, visitas domiciliares mensais agendadas e grupos operativos mensais.

A medicalização social foi tema de uma reunião de equipe e líderes, brevemente abordada durante os grupos operativos, na tentativa de capacitar a equipe sobre esse novo perfil de saúde e desmistificar os conceitos repassados superficialmente à população pela mídia sensacionalista e pelo senso comum.

7. PROJETO DE INTERVENÇÃO

Partindo do diagnóstico situacional da ESF de São Joaquim, elucidamos que a demanda espontânea é o nó crítico primordial dessa estrutura de saúde, dessa forma, propomos remodelar a assistência dada à população da ESF de São Joaquim seguindo os preceitos da Política de humanização do SUS, enfatizando a diretriz do acolhimento.

As propostas de ações realizadas, tendo como base os nós críticos, foram pontuadas no quadro 1 e descritas abaixo.

Como primeiro nó crítico, identificamos a falta do agendamento programado das consultas médicas e de enfermagem, sendo todo atendimento feito através da distribuição de um número limitado de senhas por ordem de chegada dos pacientes a UBS. Iniciamos a reestruturação do atendimento através da implantação da agenda médica (apêndice A), sendo estabelecidos dias de atendimento aos grupos preestabelecidos conforme orientações dos cadernos de atendimento da ESF, porém flexíveis. Preconizou espaços na agenda para atendimentos de pacientes advindos das zonas rurais e intervenções agudas sempre que constatado a necessidade durante a classificação de risco. Elucidamos, atendimentos de consultas médicas direcionados ao programa de hiperdia associado ao grupo operativo, mantendo espaço aos atendimentos classificados em vermelho e amarelo. Sendo os verdes e azuis previamente agendados após terem sido acolhidos por toda equipe e triado pela enfermagem. Dessa forma esperamos sistematizar os atendimentos, realizando ações voltadas para a assistência individual e coletiva, preventiva e intervencionista, causando impactos reais na saúde coletiva, reduzindo dessa forma o excesso de procura por assistência médica via demanda espontânea.

O segundo nó identificado, foi a falta de acolhimento à população que procurava a ESF, este era realizado pela recepcionista, distribuindo um número pré-determinado de fichas para atendimento médico sem escuta direcionada ou critérios de prioridades. Sendo implementado a ESF de São Joaquim, através do treinamento da equipe realizado pelo médico e enfermeiro, que o ato de acolher compete a todos os componentes da equipe, sendo uma ação de escuta, amparo e acesso ao SUS a todos que procurem assistência em tal UBS. O ato de acolher foi praticado intensamente para que virasse rotina diária de trabalho, não se limitando a tempo e

espaço físico, visando fortalecer o vínculo de assistência com a comunidade e estabelecendo a corresponsabilidade do indivíduo para com a sua saúde.

A falta de classificação de risco foi o terceiro nó crítico pontuado, os atendimentos de maior gravidade identificados pela recepcionista, sem quaisquer fundamentos clínicos, eram repassados ao médico, caso o número de fichas tivesse excedido, sendo realizado o atendimento ou não de acordo com a queixa relatada pela recepcionista. Como forma de direcionar melhor os atendimentos não agendados (demanda espontânea), iniciou a aplicação do protocolo de Manchester, realizado pelo enfermeiro da equipe nos casos de queixas agudas ou aquelas não sanadas durante o acolhimento. Dessa forma tentamos aplicar o princípio da equidade, priorizando o atendimento dos indivíduos classificados com vermelho e amarelo. Agendando a intervenção médica aos verdes e azuis, de forma que garanta o atendimento universal e equitativo a toda a área adstrita, reduzindo a procura recorrente pelo atendimento via demanda espontânea, uma vez que, terá seu atendimento na presente data ou agendamento posteriormente.

Reconhecemos que a falta de conhecimento tanto da equipe de saúde, quanto da população sobre as políticas de saúde públicas e diretrizes que regem a ESF, associada ao fenômeno da medicalização como quarto nó crítico. O treinamento continuado da equipe foi instituído mensalmente com objetivo de conhecer, estudar e aprofundar nas questões de saúde pertinentes à área delimitada da ESF de São Joaquim. Conhecer as diversas áreas de abrangência da saúde e do SUS permite traçar ações e estratégias resolutivas para os nós críticos dessa área adstrita. Aplicando propostas de saúde coletiva reduzindo a procura por ações/consultas individualizadas.

Como vivemos em um mundo globalizado as informações são repassadas de forma ágil, muitas vezes superficiais e distorcidas, esse fenômeno gera riscos à saúde, fatos que anteriormente eram resolvidos ou mesmo abstraídos pelo cotidiano do contexto familiar e social são transformados em patologias. Diagnosticadas sem fundamentos técnicos e teóricos concretos e, por sua vez, tratadas sem segurança científica, gerando o fenômeno da medicalização. Essa desperta na população uma procura ávida por consultas, exames e medicações gerando iatrogênias. Vendo a necessidade de desmistificar algumas teorias populares sobre doenças estabeleceu grupos operativos com a população na tentativa de reduzir os fenômenos da

automedição, do excesso de consultas, da busca exacerbada pela vida saudável, dos procedimentos exames desnecessários.

Ao desenvolvermos o projeto de intervenção listamos os recursos necessários para aplicabilidade prática do mesmo. Materiais didáticos elucidativos; banner e folder explicativo sobre a classificação de risco/protocolo de Manchester. Fluxograma de atendimento dentro da UBS (apêndice B), afixado na recepção da UBS e utilizado durante as reuniões de líderes comunitários e treinamento da equipe, associado à distribuição de folder auto- explicativo sobre o protocolo de Manchester e fluxograma de atendimento médico. Cartazes e álbuns seriados que facilitem o entendimento da comunidade sobre as ações preconizadas pela ESF. Álbuns lúdicos que exemplifiquem as principais estratégias de atuação na saúde da mulher, criança, idoso, saúde sexual e reprodutiva, saúde bucal, saúde mental, dentre outros. Cartazes de campanhas temáticas sobre vacinação, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) /HIV (Human Immunodeficiency Virus), tabagismo, etc. Cadernos de atenção básica a saúde sobre acolhimento e demanda espontânea, volume I/II para educação continuada da equipe. O material didático será fornecido pela SMS de Coração de Jesus.

Recursos humanos; médico, enfermeiro, ACS e um morador de cada área adstrita denominado multiplicador, responsável por divulgar as informações recebidas durante as reuniões comunitárias sobre a nova organização do agendamento das consultas médicas, acolhimento humanizado e classificação de risco pelo protocolo de Manchester. As reuniões ocorreram na UBS de São Joaquim e Ponto de apoio de São Geraldo, no total de quatro encontros trimestrais, duas ministradas pelo enfermeiro e duas pelo médico.

Lousa branca afixada na entrada da UBS com exposição da agenda medica e de enfermagem atualizada mensalmente e fluxograma dos atendimentos realizados na UBS. Objeto que faz parte dos recursos da UBS, porém não utilizado para essa finalidade. Cópias da agenda de atendimento médico e enfermagem, distribuídos aos agentes de saúde mensalmente, contendo o cronograma atualizado para facilitar o agendamento das consultas via agente de saúde de acordo com o mesmo.

Um software de emergência que gere uma estratificação de risco sistematizando o fluxo de atendimento baseado em protocolos clínicos de gravidade/ protocolo de Manchester. Esse sistema popularmente conhecido TRIUS encontra-se instalado no consultório da enfermagem, onde é realizada a triagem da demanda

espontânea, funcionando como sala de acolhimento quando necessário. Profissional treinado para operar o software associado ao acolhimento humanizado.

Quadro1 – Sistematização da organização do atendimento as demandas espontâneas da ESF São Joaquim, Município de Coração de Jesus-MG:

Nó críticos	<p>Ausência de agenda programada.</p> <p>Deficiência no acolhimento da população.</p> <p>Ausência da classificação de risco.</p> <p>Falta de conhecimento da equipe e população sobre as diretrizes que regem ESF, associada à medicalização</p>
Operação	<p>Agenda mensal de atendimento medico/enfermagem.</p> <p>Implantação do acolhimento humanizado realizada por todos os membros da equipe.</p> <p>Aplicação da classificação de risco/ Protocolo de Manchester aos pacientes advindos da demanda espontânea.</p> <p>Educação continuada a equipe de saúde associada ao trabalho de educação em saúde a população por meio dos grupos operativos.</p>
Projeto	<p>Foi estabelecida agenda mensal de atendimento médico e de enfermagem, priorizando os programas de Hipertensão/Diabetes Mellitus, pré-natal e puericultura, com horários reservados aos atendimentos de urgência e emergência.</p> <p>Capacitação de toda equipe com o tema acolhimento humanizado.</p> <p>Curso de capacitação oferecido a enfermagem para aplicabilidade do protocolo de Manchester.</p> <p>Grupos operativos mensais com a população de risco.</p> <p>Reuniões e capacitações mensais com a equipe de saúde, abordando temas relevância para equipe.</p>
Resultados esperados	<p>Organizar os atendimentos programados, reduzindo a demanda espontânea exacerbada, dando prioridade de assistência aos casos de urgência/emergência. Melhorar a</p>

	capacidade da equipe quanto ao fator acolhimento humanizado, ampliando sua aplicabilidade, tornando este rotina entre todos os funcionários da ESF.
Produtos esperados	Implantação dos fluxogramas de atendimento da demanda espontânea baseados no acolhimento e classificação de risco.
Atores sócias/ responsabilidades	<p>Médica: Discussão e atendimento imediato de casos quando necessário; Disponibilização de um período na agenda de atendimentos para consultas da demanda do acolhimento. Treinamento da equipe e realização de grupos operativos junto a população de risco.</p> <p>Técnicas de enfermagem: Realização do acolhimento humanizada dos pacientes de demanda espontânea; Discussão dos casos quando necessário.</p> <p>Enfermeira: Realização de escuta humanizada e aplicação do protocolo de Manchester nos pacientes de demanda espontânea; Realização de atendimentos de enfermagem para casos necessários. Discussão dos casos quando necessário. Treinamento da equipe e grupos operativos junto a população.</p>
Recursos necessários	<p>Estrutural: Unidade de saúde São Joaquim.</p> <p>Cognitivo: Estudos de protocolos e fluxogramas de atendimentos.</p> <p>Financeiro: Baixo custo, impressão dos fluxogramas e agendas medica/enfermagem para disponibilização na ESF.</p> <p>Político: Adesão da equipe da ESF São Joaquim.</p>
Recursos críticos	Adesão e apoio da equipe e população assistida pela ESF de São Joaquim.
Controle de recursos críticos/Viabilidade	<p>Ator que controla: Equipe do ESF São Joaquim.</p> <p>Motivação: Favorável ao conhecimento clínico de eventos agudos e habilidade de acolhimento humanizado.</p> <p>Incentivo positivo a equipe.</p>

Ação estratégica de motivação	<p>Capacitação da equipe sobre acolhimento humanizado. Treinamento técnico de enfermagem sobre a classificação de risco/ protocolo de Manchester.</p> <p>Prática do uso das agendas medica e enfermagem.</p> <p>Discussões de casos em reuniões de equipe.</p> <p>Apoio dos Conselhos gestores locais e conselho municipal de saúde.</p>
Responsáveis	<p>Médica e/ou enfermeira: Capacitação da equipe para o acolhimento. Atendimentos de acordo com a agenda mensal estabelecida e com o protocolo de classificação de risco.</p> <p>Técnicas de enfermagem: Utilização do fluxograma de acolhimento a demanda espontânea na ESF.</p> <p>Enfermeira: Aplicação da classificação de risco/ protocolo de Manchester. Controle e continuidade do uso dos fluxogramas, e do acolhimento humanizado pela equipe.</p>
Cronograma	<p>Apresentação do fluxograma e agenda medica/enfermagem para a equipe da ESF e a população: Uma tarde de reunião de equipe e durante a reunião de lideres.</p> <p>Capacitação da equipe quanto ao acolhimento humanizado: dois períodos.</p> <p>Implantação do fluxograma de atendimento, aplicação do protocolo de Manchester e agenda de atendimento medico/enfermagem experimental na ESF: Trinta dias.</p> <p>Controle e continuidade: longitudinal.</p>
Gestão, avaliação, acompanhamento	<p>Apresentação da agenda medica/ enfermagem mensal a equipe da ESF e população: Médica e enfermagem.</p> <p>Capacitação com temas relevantes e reunião de equipe mensal: Médica e enfermeira.</p> <p>Reunião de lideres com feedback da população mensais: enfermagem.</p>

Fonte: Autoria própria (2016)

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a atuação médica via PROVAB na ESF de São Joaquim observou-se que o problema primordial com necessidade de intervenção era a demanda espontânea exacerbada, elucidando essa problemática, pontuou-se os nós críticos mais relevantes, na tentativa de propor soluções plausíveis à equipe da ESF, destituindo o grande contingente de indivíduos que procuravam a equipe de saúde com inúmeras queixas. Estando a equipe e a população permissivas às novas propostas, as ações sugeridas foram acolhidas, sendo a grande maioria delas praticadas com êxito, alcançando, em parte, o objetivo de reduzir a demanda espontânea. O grande limitador do projeto de intervenção foi advindo da SMS, não mantendo o compromisso de assiduidade com o transporte, gerando descrença da população quanto à regularidade dos atendimentos da equipe. Causando transtornos à organização dos atendimentos propostos pela equipe por meio dos atendimentos agendados, uma vez que não havia transporte adequado e coerente, a agenda não era cumprida, gerando um acúmulo de população não assistida. Todas as ações cabíveis à equipe foram realizadas com afincamento melhorado o fluxo da demanda espontânea.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF), 2006. Trad LAB, Rocha AARM. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. **Cienc. Saúde coletiva**. Março 2011, v.16 n. 3 p. 1969-1980.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria da Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.– Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF), Senado, 1988

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.56 p.(Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. Ed. 5. Reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. 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 urgência** / Ministério da saúde, secretaria de atenção à saúde, Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da saúde, 2009. 56 p. (série B. textos Básicos de saúde)

CAMPOS, F. C. C; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2 ed. Belo Horizonte. 2010.

CANGUILHEM. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1978.

CARVALHO, S. R; CAMPOS, G.W.S. **Modelos de atenção à saúde**: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim. Minas Gerais. Cad. Saúde Pública. 2000

MERHY E. E; FRANCO, T. B; BUENO, W. S. O acolhimento como um dispositivo de redesenhar processos de trabalho em saúde; o caso de Betim/MG. HUCITEC, São Paulo, 2010.

FERREIRA, A. B. H. Novo Dicionário Aurélio. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. p. 27.

FRANCO, T. B; BUENO, W. S; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad, Saúde Pública**, n. 15, p. 34553, 1999.

LLLICH I. **A expropriação da saúde**: nêmesis da medicina. 4ª ed. São Paulo: Nova Fronteira; 1981.

MIRANDA, C.F.; MIRANDA, M.L. **Construindo a relação de ajuda**. 6. ed. Belo Horizonte: Editora Crescer, 1990.

NOGUEIRA, R. P. Higimania: a obsessão com a saúde na sociedade contemporânea. In: VASCONCELOS, E.M. (org). **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: HUCITEC; 2001. P. 63-72

TANCREDI, F. B. et al. **Planejamento em saúde**. SP. 1998

TESSER, Charles Dalcanale. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. **Interface – Comunic, Saúde, Educ** 2006; 10(20):347362.

TESSER, Charles Dalcanale; NETO, Paulo Poli;CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência saúde coletiva** [Internet]. 2010 [cited 2013 July 14];15(3):3615-3624

APÊNDICE A - Atendimento Médico/ Janeiro 2016

Horário de atendimento: 07:00 as 13:00h.

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
/	/	/	/	1 - A. Hiperdia - G. O. Hiperdia - A. Urgência - A. Verdes/Azuis
4 - A. Pré-natal -G. O. Gestantes - A. Urgência -A. Verdes/Azuis	5 - A. livre -A. Urgência -A. Verdes/Azuis	6 - A. Puericultura -G.O. Puericultura - A. Urgência -A. Verdes/Azuis	7 - A.Tabagismo - A. Urgência- - A. Verdes/Azuis	8 - A. Puericultura -G. O. Puericultura - A. Urgência -A. Verdes/Azuis
11 - A. livre - A. Urgência -A. Verdes/Azuis	12 - A. livre - A. Urgência -A. Verdes/Azuis	13 - A. Hiperdia - A. Urgência - A. Verdes/Azuis	14 - A. Planejamento familiar - A. Urgência - A. Verdes/Azuis	15 - A. Hiperdia - A. Urgência -A. Verdes/Azuis
18 - A. Pré-natal - A. Urgência -A. Verdes/Azuis	19 -A. livre -A. Urgência -A. Verdes/Azuis	12 - A. PuericulturaUrgência - A. Verdes/Azuis	21 - A. Tabagismo - A. Urgência - A. Verdes/Azuis	22 - A. Puericultura - A. Urgência - A. Verdes/Azuis
25 - A. Livre - A. Urgência -A. Verdes/Azuis	26 -A. Saúde do adolescente - A. Urgência -A. Verdes/Azuis	27 -A. Hiperdia - A. Urgência -A. Verdes/Azuis	28. -A. Saúde do homem -A. Urgência -A. Verdes/Azuis	29 - A. Hiperdia - A. Urgência - A. Verdes/Azuis

APÊNDICE B – Fluxograma de Atendimento na UBS

