



**Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN**  
**Secretaria de Educação à Distância – SEDIS**  
**Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde - LAIS**  
**Programa de Educação Permanente em Saúde da Família – PEP SUS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**O ACOLHIMENTO ÀS DEMANDAS ESPONTÂNEA E PROGRAMADA  
COMO FERRAMENTA DE MELHORIA NA ORGANIZAÇÃO DOS  
ATENDIMENTOS NA POLICLÍNICA MARIA TADEU AGUIAR NO  
MUNICÍPIO DE SANTANA – AMAPÁ**

**DIELLE DE CARVALHO LOUREIRO**

---

**NATAL/RN**  
**2020**

---

---

O ACOLHIMENTO ÀS DEMANDAS ESPONTÂNEA E PROGRAMADA COMO  
FERRAMENTA DE MELHORIA NA ORGANIZAÇÃO DOS ATENDIMENTOS NA  
POLICLÍNICA MARIA TADEU AGUIAR NO MUNICÍPIO DE SANTANA – AMAPÁ

DIELLE DE CARVALHO LOUREIRO

Trabalho de Conclusão apresentado ao  
Programa de Educação Permanente em  
Saúde da Família, como requisito parcial  
para obtenção do título de Especialista  
em Saúde da Família.

Orientador: EDJANEIDE MARIA DA  
SILVA

---

NATAL/RN  
2020

---

---

Agradeço a Deus e a minha família, que são a base de tudo  
Ao curso de especialização, pela oportunidade de aprendizado.  
E à orientadora Edjaneide Maria da Silva, pela paciência e contribuição para a construção e  
conclusão deste trabalho.

---

---

Aos meus pacientes, que me inspiram, a cada dia, ser uma médica melhor.

---

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>06</b>
<b>2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO.....</b>	<b>08</b>
<b>3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>11</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>12</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>13</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>14</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Santana é um dos 16 municípios do estado do Amapá e está situada há, aproximadamente, 30 quilômetros da capital Macapá, região Norte do Brasil. É o segundo município mais populoso do estado, com 101.262 habitantes de acordo com o último censo de 2010, com uma população estimada de 121.364 para 2019. A história do município de Santana teve início do agrupamento populacional em Ilha de Santana, localizada à margem do rio Amazonas, em 1753. Em 1946, com a descoberta do manganês em Serra do Navio por Mário Cruz, Santana cresceu significativamente. Foi construída a Estrada de Ferro do Amapá, no final da década de 1950, para transporte do pessoal e escoamento da produção de manganês para o mercado externo. Um cais flutuante foi instalado em frente à Ilha de Santana, incentivando negócios e atraindo população. O distrito de Santana foi elevado à categoria de município com a denominação de Santana, pela Lei Federal n.º 7.639, de 17/12/1987, desmembrando-se de Macapá. Em divisão territorial datada de 2001, o município é constituído de 6 distritos: Santana, Anauerapucu, Igarapé do Lago, Ilha de Santana, Piaçacá e Pirativa, permanecendo, assim, até hoje (IBGE, 2017).

A Policlínica Maria Tadeu Aguiar está localizada no bairro Paraíso na cidade de Santana e é uma das duas unidades de saúde de referência do município. Possui quatro equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) cadastradas no Programa Mais Médicos. A unidade de saúde possui recepção, Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), laboratório, farmácia, banheiros, copa, esterilização de materiais, salas de consultórios para médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, serviço social e outros profissionais, conta com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Serviço de Atenção ao Paciente com Tuberculose, odontologia, sala de curativos e medicações e de imunização e também há alguns médicos especialistas, como ortopedista, ginecologista e obstetra, pediatra, dermatologista e outros.

A equipe 014 sofreu mudanças em sua composição, com a entrada e saída de profissionais. Atualmente é composta por uma médica, um enfermeiro, uma técnica em enfermagem, uma odontóloga, uma técnica de saúde bucal e 09 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) atuantes e 01 ACS afastada por motivo de doença. A equipe de saúde atua na área mais afastada da unidade, de vulnerabilidade social, área de ponte, bem como em área descoberta, e pessoas provenientes de regiões ribeirinhas que ficam hospedadas nas casas dos familiares, com aproximadamente 3972 pessoas, de acordo com os dados coletados pela própria equipe de saúde para o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), de 2017.

Devido à grande procura por atendimentos de demanda espontânea e quando não se consegue agendamento com os médicos especialistas, há uma crescente demanda e sobrecarga para os médicos do Programa Mais Médicos (PMM), o que dificulta o trabalho das equipes de

saúde, limitando o desenvolvimento de um trabalho voltado para a promoção da saúde e prevenção de doenças. Com isso, a microintervenção abordará o Acolhimento às demandas espontânea e programada pois foi o tema mais relevante não só para os pacientes da área de abrangência, mas para o restante da população, uma vez que a unidade de saúde é referência no município, na qual há a necessidade de implantar estratégias para evitar o grande aporte de pessoas na demanda espontânea e programada, tornando o atendimento mais qualificado e organizando o processo de trabalho.

A microintervenção tem como objetivo reorganizar o processo de trabalho da equipe de saúde; discutir o acolhimento como forma de entrada para o serviço; pôr em prática protocolos e fluxogramas que possam melhorar o déficit organizacional, diminuir o tumulto e filas durante o agendamento de consultas; abordar classificação de risco e triagem, dando prioridade para as emergências.

Diante disso, após perceber que o entrave maior seria o não acolhimento adequado às demandas espontânea e programada, que dificultaria um bom atendimento e satisfação da equipe de saúde e dos pacientes, este trabalho vem mostrar, através de um relato de experiência, como a equipe de saúde viu a necessidade de acolher, planejar e reorganizar o trabalho; pôr em prática os protocolos de triagem e as classificações de risco, lidando com a alta procura por demanda espontânea, bem como demonstrar os resultados alcançados, as dificuldades enfrentadas e como a equipe de saúde dará continuidade nas ações.

## 2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO

O Programa Saúde da Família foi criado pelo Ministério da Saúde em 1994 como estratégia para uma reorganização do modelo assistencial dentro da atenção básica, que identifica no estabelecimento de vínculos e na corresponsabilidade entre profissionais de saúde e a população, importante chave para o atendimento humanizado, superando o modelo assistencial de perfil hospitalar e centrado em procedimentos, anteriormente apontado como responsável pela insatisfação dos usuários, ineficiências do setor, iniquidades e desqualificação profissional. Em vista desta humanização, encontramos o acolhimento como ferramenta que estrutura a relação entre a equipe de saúde e a população, garantindo acesso aos usuários, com o objetivo de escutar toda a clientela, resolver os problemas de menor complexidade e referenciar os que forem necessários. É fácil perceber, portanto, que entraves existentes nesta etapa podem comprometer todo o processo de assistência à saúde e, conseqüentemente, na humanização que deve ser, não apenas fim, mas essência de todo o trabalho (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; SANTOS; SANTOS, 2011; AYRES et al, 2006).

Há necessidade, portanto, de planejar e organizar o processo de trabalho para que as ações aconteçam de forma resolutiva, em especial o acolhimento, planejamento este dado de duas formas: demanda programada e demanda espontânea. Demanda programada é toda aquela que é previamente agendada, sendo importante instrumento para as ações preventivas dos serviços que compõe a rede de Atenção Primária à Saúde. Já a demanda espontânea é toda aquela que surge na unidade de saúde inesperadamente, devendo ser acolhida, aumentando a capacidade de absorção e resolução dos problemas de saúde, fortalecendo vínculos e criando oportunidade para invenção de novas estratégias de cuidado e de reorganização de serviços (PAULINO, 2014).

A Policlínica Maria Tadeu Aguiar é uma unidade de saúde de referência no município de Santana, Amapá, portanto há uma grande procura por atendimentos em demanda espontânea, ocasionando um alto fluxo de pacientes, desorganização e tumulto. Foi observado que a equipe de saúde não tinha um momento durante a semana para trocar as experiências, bem como o cronograma não era organizado, apenas era distribuído em pré-natal, atendimentos gerais, dando prioridade para as demandas espontâneas e as visitas domiciliares só eram realizadas quando havia uma urgência. Além disso, não havia acolhimento, triagem adequada ou classificação de riscos e prioridades no atendimento para os pacientes de área de abrangência. As consultas eram agendadas às segundas-feiras, por ordem de chegada. Ao chegar paciente procurando por atendimento fora do dia da marcação, era dispensado, sem ter o devido acolhimento.

Com isso, objetivou-se reorganizar o processo de trabalho da equipe de saúde, discutir o acolhimento, protocolos, fluxogramas, classificação de risco e triagem, como forma de melhorar a entrada do paciente à unidade de saúde, diminuir o tumulto e filas durante o

agendamento de consultas e melhorar o déficit organizacional.

Foram realizadas reuniões na Policlínica Maria Tadeu Aguiar, uma vez ao mês, no período vespertino, entre os meses de julho a novembro de 2019, com 09 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) atuantes, sendo estes profissionais-chave para o melhor relacionamento com a comunidade; com a enfermeira na época; a técnica de enfermagem; a odontóloga e a técnica de saúde bucal (TSB). As reuniões serviram como mecanismo para pontuar as principais queixas da população, como a dificuldade em agendamento por consultas médicas, poucas vagas para a área de abrangência, desorganização, déficit nas visitas domiciliares, falta de ações de prevenção e promoção em saúde; criar um cronograma que incluísse todas as demandas e programar uma palestra sobre acolhimento, demanda espontânea e programada, classificação de risco e triagem, como microintervenção, afim de organizar e reestruturar os atendimentos e tentar suprir a demanda da população.

No dia 18 de dezembro de 2019, foi apresentado o novo cronograma da equipe 014, organizado em consultas pré-natal e demanda espontânea; consultas agendadas população geral; Hipertensão e puericultura; visitas domiciliares e ações na área; testes rápidos e colpocitologia (APÊNDICE A). No dia seguinte foi realizada uma palestra pelo próprio material do curso (“Unidade 1: Acolhimento”), sobre acolhimento e apresentação do Protocolo de Manchester, através de exposição multimídia (ANEXO A). Na semana seguinte foi posta em prática a nova programação, com mudança do dia de agendamento das consultas, este passando para às quartas-feiras, diminuindo assim o tumulto, já que todas as demais equipes de saúde e especialidades marcavam às segundas-feiras.

Ficou acordado um número de 10 vagas agendadas e três a cinco pacientes por acolhimento, ocorrendo primeiramente pela enfermeira e, dependendo da situação era encaminhado para a médica para atendimento espontâneo e/ou urgência e emergência ou agendado para consulta programada posteriormente; 05 pacientes para visitas domiciliares; 05 para pré-natal com a médica e 05 para a enfermeira; 05 para colpocitologia e 05 pacientes para testes rápidos. Tudo seria registrado nos livros para cada tipo de atendimento.

Apesar do início árduo para a implantação, pois os pacientes não estavam acostumados à dinâmica e a equipe de saúde ainda estava se adequando, houve melhora significativa na organização e maior facilidade ao acesso. O acolhimento passou a ser realizado de forma adequada, enquanto a triagem passou a ser feita efetivamente para demanda espontânea, dando destaque para pacientes com prioridades por leis e queixas urgentes, e pacientes graves foram orientados e encaminhados para o serviço de emergência. A procura pelos atendimentos tinha como queixas mais frequentes disúria, ansiedade, epigastria, dores musculares, dorsalgia, doença do refluxo gastroesofágico, febre, quadro diarreico e aqueles que procuravam para início do pré-natal, exames de rotina, solicitação de visita domiciliar e renovação de medicamentos de uso contínuo.

Como as reuniões foram cruciais, as mesmas serão realizadas uma vez por semana, para a equipe se reunir, pontuar no que está falhando e discutir o que pode melhorar; continuar capacitando a equipe de saúde com os protocolos mais atuais; reunir com as demais equipes de saúde e com a gestão para sugerir que também adotem sistema semelhante e que a unidade de saúde insira os fluxogramas e estratificação de risco, trabalhando sempre em conjunto em prol da melhoria da saúde e atendimentos, para a satisfação dos pacientes. A triagem bem executada e o uso de protocolo de classificação de risco seguro e validado, como o Protocolo de Manchester, através da capacitação da equipe de saúde, são essenciais para que as unidades de saúde possam implementar o acolhimento como resposta às demanda espontânea e programada para organização do processo de trabalho e prevenção de mortes evitáveis, gerando organização no atendimento de forma humanizada.

Infelizmente ainda há faltosos durante a consulta programada; alguns pacientes são resistentes em fazer acompanhamento de rotina; as gestantes demoram para iniciar o pré-natal ou não o fazem; as visitas domiciliares nem sempre são em pacientes prioritários; há desentendimentos na marcação de consultas; alguns agendamentos são de pacientes fora da área de cobertura; ainda há falhas na triagem e desorganização com os cadernos, não os atualizando.

Todavia a microintervenção foi positiva e aderida aos poucos, constatando-se satisfação por parte dos pacientes em saber que são acolhidos sempre que procuram a unidade de saúde e que há dias específicos para seu atendimento de acordo com sua condição clínica e que as visitas domiciliares e ações em área serão realizadas semanalmente, mas é necessário avaliação constante, organização, discussão, planejamento e inserção de novos critérios para aperfeiçoar as modificações, capacitar a equipe e cobrar para que a mesma faça seu melhor para que os usuários tenham acesso adequado aos serviços de saúde.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reuniões e discussões em equipe têm papel importante para se identificar as principais deficiências e/ou problemas que perduram na comunidade, bem como pôr em prática as ações e assumir novas estratégias, quando necessárias, com a finalidade de informar, explicar, ensinar, educar, prevenir e promover a saúde. Com isso, o paciente sente-se mais integrado à equipe, percebe que há uma abordagem holística desde sua entrada no serviço até o momento que toma a decisão da melhor conduta para seu problema, gerando uma melhor adesão ao tratamento, melhorando a condição de saúde.

Através das capacitações, os profissionais estão mais preparados, com o que há de mais atual, para trabalharem, identificando pacientes em risco e aderindo condutas para prevenir mortes evitáveis, otimizando o tempo e o trabalho. Percebe-se que com o passar do tempo, após adotadas medidas de prevenção e promoção em saúde através das ações na comunidade, o usuário adota medidas que melhoram sua qualidade de vida, diminuindo a procura pelo serviço e, conseqüentemente, reduzindo a demanda espontânea.

Observa-se que as dificuldades em mudanças e aceitação pelos profissionais, bem como a população, são esperadas, mas quando se trabalha de forma unida, respeitosa e organizada, dando espaço para receber e fazer críticas, o funcionamento das ações se faz necessário e, quando se percebe a mudança positivamente, a tendência é sempre querer melhorar, dar continuidade e crescer com o trabalho, preconizando a melhoria da saúde.

Destaca-se que o processo de trabalho tem que ser organizado, revisado e construído continuamente com a participação de todos envolvidos, criando mecanismos para o fortalecimento de vínculo com o paciente, demonstrando que suas queixas são valorizadas, que há uma abordagem biopsicossocial e não meramente centrada na doença, que há empatia, ações humanizadas e resolutivas.

Através dos estudos e ações em prática, pôde observar-se que as micro intervenções são viáveis, necessárias e importantes para conhecer a sua área de abrangência, saber a sua real urgência, a fim de melhorar o processo de trabalho, criar relação profissional de saúde e paciente, com planejamento estratégico da equipe, objetivando qualidade à saúde.

Vale ressaltar a importância do acolhimento como ferramenta imprescindível de contato, escuta eficaz e qualificada, para a organização das demandas espontânea e programada, bem como os cursos de especialização como forma de aprendizado e atualização dos assuntos em saúde, propiciando crescimento profissional e oportunidade para pôr em prática os conhecimentos adquiridos com a equipe de saúde e pacientes, possibilitando o acesso ao sistema de saúde de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde.

#### 4. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Patty Fidelis; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; GIOVANELLA, Lígia. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011.

AYRES, Regina Celi Vieira, et al. Acolhimento no PSF: humanização e solidariedade. **Revista O Mundo da Saúde**, v. 30, n. 2, p. 306-311, abri/jun, 2006.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ap/santana/historico>. Acesso em: 10/02/2020.

SANTOS, Ialane Monique Vieira; SANTOS, Adriano Maia. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 13, n. 4, p. 703-716, ago, 2011.

PAULINO, Janaina Aparecida. **Demanda espontânea x demanda programada: lidando com a procura maior que a oferta**. 2014. 25f. Trabalho de Conclusão de Curso - Universidade Federal de Minas Gerais, Conselheiro Lafaiete, 2014.

## 5. APÊNDICE

### APÊNDICE A: NOVO CRONOGRAMA DA EQUIPE 014 NA POLICLÍNICA MARIA TADEU AGUIAR NO MUNICÍPIO DE SANTANA-AP

	<b>SEGUNDA</b>	<b>TERÇA</b>	<b>QUARTA</b>	<b>QUINTA</b>	<b>SEXTA</b>
<b>MANHÃ 08-12H</b>	PRÉ-NATAL	VISITA DOMICILIAR	HIPERDIA	AÇÃO EM ÁREA	ESPECIALIZAÇÃO
			AGENDAMENTO DE CONSULTAS		
			ACOLHIMENTO		
<b>TARDE 14-18H</b>	CONSULTA MÉDICA	TESTES RÁPIDOS	PUERICULTURA	REUNIÃO EM EQUIPE	ESPECIALIZAÇÃO
	ACOLHIMENTO	COLPOCITOLOGIA	ACOLHIMENTO		
	DEMANDA ESPONTÂNEA				

Fonte: Autora

## 6. ANEXOS

### ANEXO A: SISTEMA MANCHESTER DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

COR	CLASSIFICAÇÃO	TEMPO DE ATENDIMENTO
VERMELHO	Emergente	Imediato
LARANJA	Muito Emergente	10 minutos
AMARELO	Urgente	60 minutos
VERDE	Pouco Urgente	120 minutos
AZUL	Não Urgente	240 minutos

Fonte: Adaptado de BEVERIDGE et al (1999).