



**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**

**NOVA ABORDAGEM AO ACOLHIMENTO ÀS DEMANDAS  
ESPONTÂNEAS E PROGRAMADAS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO  
POVOADO MANGABEIRA EM SÃO DOMINGOS/SE: UM RELATO DE  
EXPERIÊNCIA**

**IVO LIMA OLIVEIRA MARINHEIRO**

---

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

---

---

NOVA ABORDAGEM AO ACOLHIMENTO ÀS DEMANDAS ESPONTÂNEAS E  
PROGRAMADAS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO POVOADO MANGABEIRA  
EM SÃO DOMINGOS/SE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

IVO LIMA OLIVEIRA MARINHEIRO

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

---

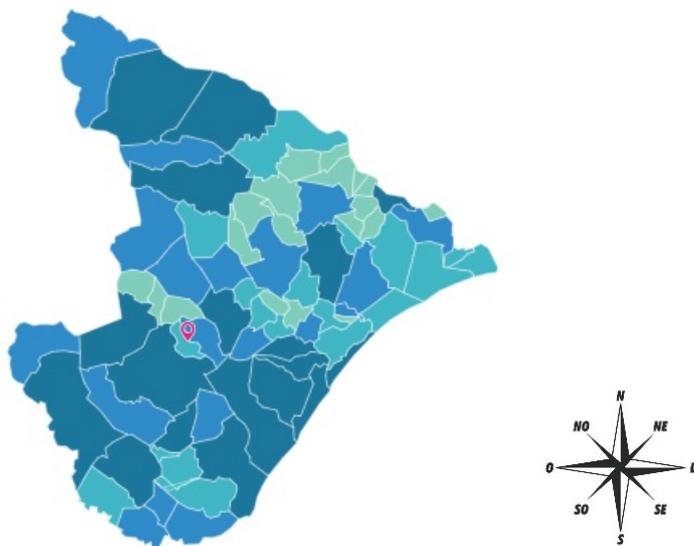
## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	3
2 RELATO DE MICROINTERVENÇÃO	6
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	8
4 REFERÊNCIAS	10
5 APÊNDICE	11

## 1. INTRODUÇÃO

São Domingos é um município localizado no centro-oeste do estado de Sergipe (Figura 1) com área de 101,999 km<sup>2</sup>, fronteiro aos municípios de Macambira, Campo do Brito e Lagarto. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019), tem uma população estimada em 11.137 habitantes (47<sup>a</sup> maior do estado), Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,588 e, comparativamente aos demais municípios de Sergipe, possui o 68<sup>o</sup> Produto Interno Bruto *per capita* (PIB) – 9.106,10 reais – com economia dependente do comércio e da agricultura, com foco na produção de farinha de mandioca em suas diversas casas de farinha (IBGE, 2019). O município também conta com 7 estabelecimentos que atendem a população através do SUS, com serviços a nível de atenção básica, e integra a microrregião de saúde do agreste central do estado, a qual engloba 14 municípios, com sede em Itabaiana-SE, para onde são encaminhados os casos de maior complexidade, que demandam de atenção secundária ou terciária (SERGIPE, 2016; IBGE, 2019).

Figura 1: Mapa de Sergipe: destaque ao município de São Domingos



Fonte: IBGE (2019)

Os territórios de saúde do município são atendidos pela Estratégia Saúde de Família (ESF) através de quatro equipes, sendo: duas para a área urbana, lotadas na mesma UBS, e duas para a áreas rural, atendendo os oito povoados da região. A equipe 3 tem como território adscrito os povoados Mangabeira e Campanha, com sede na UBS do Povoado Mangabeira, além dos povoados Tapera e Sítio Areal, atendidos em um ponto de apoio na Tapera. Corresponde à área cerca de 2300 pessoas, divididos em 6 microáreas, com destaque para o povoado Mangabeira, mais vulnerável e populoso, com 1100 pessoas em suas 3 microáreas. A equipe de saúde atualmente é composta por médico, enfermeira, técnica em enfermagem, 2

recepcionistas, 5 agentes de saúde e funcionários de serviços gerais. No entanto, não se tem CAPS, NASF, pronto-socorro e atenção secundária/terciária a nível municipal; tampouco vacinação, pequenos procedimentos, odontologia e condições básicas para suporte de urgência/emergência nos locais assistidos pela equipe.

De acordo com a realidade local e discussão com a equipe de saúde, optou-se por fazer a microintervenção sobre “Acolhimento à demanda espontânea e à demanda programada”, pois a situação atual de delimitação de quantitativo de fichas por dia, com divisão igualitária de jornada de trabalho entre os povoados, não é compatível com os princípios do SUS, como a equidade, dificultando o acesso e longitudinalidade no cuidado, sobrecarregando os serviços de maior complexidade e deixando tanto usuários como profissionais insatisfeitos devido à baixa efetividade do padrão atual (BRASIL, 1990; BRASIL, 2013).

Desta forma, definiram-se os seguintes objetivos gerais:

- Criar uma agenda para cuidados programados baseados nos preceitos da atenção primária, com acolhimento e classificação de risco para a demanda espontânea, com finalidade de facilitar o acesso e garantir o cuidado continuado;
- Elaborar modelo de ficha para acompanhamento longitudinal sumário individual do usuário, de modo a facilitar o acesso a dados essenciais ao acompanhamento de longo prazo.

O presente trabalho é composto por esta introdução, na qual foi abordado o panorama do município de São Domingos-SE e sua organização em saúde; assim como definido o tema a ser desenvolvido com seus respectivos objetivos. Na sequência, há o relato estruturado da microintervenção formado por breve introdução do tema, metodologia, resultados alcançados, continuidade das ações e considerações finais. Por fim, são apresentadas as considerações finais de todo o trabalho de conclusão do curso, as referências utilizadas e os anexos utilizados.

## 2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), tem capacidade de resolver em torno de 80% das demandas de saúde da população (CAMPOS et al., 2010). Dentre suas ferramentas, o acolhimento à demanda espontânea e à demanda programada é requisito fundamental para o bom funcionamento de uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Quando tratada de forma eficiente, adaptada à realidade local, pode ser responsável por aumentar a resolubilidade da atenção primária. Desta forma, o local passa a ter equipe de saúde mais organizada e processos de trabalho simplificados, tendo como resultados o acesso facilitado e a maior satisfação do usuário, além de redução dos direcionamentos desnecessários de casos de baixa complexidade para a atenção secundária ou terciária (BRASIL, 2011).

Não obstante, a situação de saúde encontrada no território adscrito à equipe de saúde 3 do município era diferente. Não havia acolhimento, equipe de saúde sem capacitação e desmotivada, sistema de trabalho enraizado com entrega de fichas e critério de atendimento por ordem de chegada. O resultado era filas de usuários pela madrugada, pouca qualidade no atendimento, excesso de consultas individuais, insatisfação de usuários e profissionais, exclusão de atendimento para pacientes com maior vulnerabilidade e/ou risco maior de morbimortalidade, acompanhamento frágil de pacientes com condições crônicas de saúde, assim como procura excessiva por serviços de atenção secundária e terciária.

Destarte, o presente trabalho teve como objetivo principal criar um modelo de acolhimento às demandas, adaptado à realidade local, com finalidade de facilitar o acesso e garantir o acompanhamento dos usuários, alimentado pelos objetivos secundários seguintes:

- Implementar o agendamento de consultas, por bloco de horários, para pacientes em cuidados continuados;
- Promover o acesso avançado para a demanda espontânea;
- Elaborar ficha de acolhimento e classificação de risco (Apêndice 1);
- Capacitar e empoderar demais profissionais da equipe de saúde para novo o modelo;
- Reorganizar o cronograma de trabalho do médico;
- Transparecer o projeto aos usuários, através de reuniões e atividades em sala de espera, estimulando as suas colaborações.

A metodologia articulada para atingir tais objetivos foi através de estudo do tipo relato de microintervenção embasado no fato de a equipe de saúde ser de área rural, com cerca de 2300 pessoas, divididos entre quatro povoados, atendidos em duas UBS. Ademais, por ser composta apenas por médico, enfermeira, técnica em enfermagem, recepcionista, 4 ACS e funcionários de serviços gerais; sem qualquer outra rede de apoio de fácil acesso e com carência de recursos materiais e humanos básicos. De acordo com esta realidade, o projeto ocorreu entre os dias 16/12/19 e 12/02/20, tendo suas bases definidas através de reuniões periódicas, optando-se por

públicos-alvo a própria equipe de saúde com capacitação para novo modelo de acolhimento e uso do instrumento proposto, de responsabilidade do médico; e toda a população assistida na UBS e em visitas domiciliares, durante este período, com divulgação de informações e coleta de sugestões, de responsabilidade dos demais integrantes da equipe. Por se tratar de alteração de processos de trabalho, os recursos materiais utilizados foram mínimos, basicamente papéis impressos em impressora da secretaria municipal de saúde, três agendas do ano 2020, pasta plástica catálogo, materiais básicos de escritório e projetor audiovisual para exposição do trabalho.

A expectativa pelos resultados da microintervenção foi superada. Todos os profissionais da equipe de saúde participaram da tarefa e, mesmo que relutantes a princípio, os usuários entenderam e passaram a acreditar no sucesso do projeto. De forma geral, durante as semanas, com objetivos gradualmente postos em prática, percebeu-se: aumento do uso de outros profissionais para o acolhimento e supressão das necessidades apresentadas pelo cidadão; aumento do número de procedimentos de rotina realizados na UBS, como a citologia oncológica; agendamento de pacientes com comorbidades crônicas, garantindo a continuidade no cuidado; esvaziamento da sala de espera e redução do tempo de espera para atendimento; desaparecimento das filas pela madrugada, com raros casos de atendimentos à demanda espontânea agendados, geralmente para não mais de 10 dias; maior satisfação de profissionais e usuários; redução de filas de exames complementares e procura por serviços de atenção secundária e terciária. De forma específica, os resultados atingidos foram:

- Agendamento de quatro pacientes para cuidados programados para o período das 10 às 12 horas e seis pacientes para o período das 13 às 16 horas. Apesar de reforço para o atendimento a todas as áreas programáticas, não houve distinção de horários/dias específicos. O agendamento era feito na recepção, mas com ciência e anuência do médico e/ou enfermeira. Dessa forma garantiu-se maior flexibilização de horários para grupos específicos como gestantes, maior aproveitamento do horário de trabalho, com média de 20 consultas médicas por dia, e "exclusividade" das primeiras horas do dia para os casos agudos, período mais procurado;
- Garantia de acolhimento qualificado a todos os usuários ao permitir uma rápida avaliação de cada caso do dia antes da liberação do usuário. Para isto entre um atendimento e outro, o médico poderia ser requisitado por profissional de saúde e/ou paciente para avaliar a demanda recebida na UBS; de acordo com a classificação de risco e o tempo ainda disponível, os casos eram definidos como de atendimento no dia ou agendado, sem postergar demanda que poderia ser resolvida no dia, mas sem prejudicar a qualidade da consulta;
- Facilitação do acolhimento e classificação de risco através da criação de fichas-guia; as mesmas, baseadas na Classificação de Manchester, com adaptações a realidade local, foram criadas pelo médico, mas com reuniões eventuais para ajustes com base em opiniões da equipe de saúde;
- Capacitação e empoderamento da equipe através de explanação do médico sobre o papel de cada profissional de saúde e estímulo ao aprimoramento de sua função; para tanto, foram utilizadas as reuniões mensais de produção assim como mais quatro reuniões

- eventuais para discussão e reforço do tema;
- Ajuste do cronograma do médico de forma a potencializar seu trabalho. Por ser área rural formada por quatro povoados em dois pontos de atendimento, o cronograma foi definido de modo a não passar mais de 4 dias longe de uma comunidade, reservando maior tempo para áreas mais populosas e/ou vulneráveis e separando apenas as visitas domiciliares em turno específico;
  - Transparência das propostas, expectativas e resultados, ouvindo e respeitando a opinião do usuário. Ponto crucial em saúde pública, a participação social foi estimulada em sala de espera assim como no consultório, explicando o processo de mudança implantado, solicitando a paciência e a opinião do paciente para enriquecimento da saúde local. Essas ações foram desenvolvidas em todos os dias de maior demanda, cerca de dez dias, pois com o tempo houve esvaziamento da sala de espera com as mudanças, passando o tema a ser abordado durante as consultas individuais.

Mediante os resultados, por se tratar de transformação de processos de trabalho, a intenção é de continuidade da proposta com aprimoramento do modelo, com novas ideias a serem implementadas nos meses seguintes: preparo da equipe de saúde para uso do prontuário eletrônico (a ser implementado nas próximas semanas no município); implementação de ficha de controle dos pacientes com evolução resumida das últimas consultas (Apêndice 2); aumento da oferta de ações educativas e atividades coletivas; e ampliação da participação popular em reuniões da equipe de saúde ou em momentos de sala de espera, através do estímulo às discussões e da identificação e empoderamento de líderes comunitários. Esta última parte, ampliada a população adscrita estudada, configura-se essencial a qualquer funcionamento efetivo do SUS, pois, somente assim, o usuário compreenderá direitos e deveres, usando o sistema com responsabilidade, respeitando o próximo, e contribuindo para evolução do SUS. Desta forma, os resultados obtidos – como maior praticidade nos processos de trabalho e maior satisfação dos atores sociais – garantem por si a continuidade e aprimoramento da proposta.

Isto posto, o modelo criado tem a potencialidade de aproximar do ideal a resolução de casos na APS deste local, assim como ampliar a participação popular. Para a meta ser atingida algumas dificuldades precisam ser superadas como: a carência de recursos municipais para fornecimento de suporte material e humano à equipe de saúde, a carência de redes de apoio e, não menos importante, a falta de instrução do usuário para um bom uso e conseqüente fortalecimento do SUS. Por fim, o retrato dos últimos dias de intervenção foi animador. Equipe de saúde mais unida, “leve”, participativa e organizada. População impressionada com a agilidade no serviço e a qualidade no atendimento, disposta a contribuir para manter e até melhorar o já conquistado. Gestão satisfeita e disposta a incentivar a proposta. A gratidão e o sentimento de dever cumprido recompensam todos os esforços direcionados nesta empreitada.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A visão geral de todo o curso foi positiva. O embasamento teórico associado ao conhecimento sobre a realidade local da área de intervenção substanciou as propostas de intervenção e permitiu a execução de melhorias para a situação encontrada no início do curso.

Ao utilizar esta proposta para reafirmar, através de mudanças nos processos de trabalho, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), criou-se espaço para perpetuação do aperfeiçoamento das ações em saúde locais haja visto a ampliação dos direitos dos usuários e sua corresponsabilização nesse processo.

Apesar de um primeiro bom resultado parcial, no percurso encontraram-se alguns obstáculos: cultura local baseada na medicalização dos problemas, solicitação excessiva de exames e encaminhamentos desnecessários a atenção secundária/terciária; despreparo da maior parcela da equipe de saúde para resolução das demandas; falta de responsabilização do usuário pela sua própria saúde; ausência de redes de apoio municipais e planos de melhorias pela gestão; situação de pandemia do COVID19, a qual interrompeu ou adiou as demais intervenções planejadas para puericultura e saúde mental, além de dificultar um pouco a logística imposta na UBS com esta intervenção.

Assim, acredito ter deixado um bom trabalho nesse período, sempre focado em facilitar a vida do usuário e da equipe, com uso racional dos recursos disponíveis. Os aumentos da confiança no profissional não-médico e do grau de satisfação do usuário/equipe são exemplos da relevância do trabalho proposto. E a recíproca é verdadeira. A possibilidade de ser regente em um grande projeto e a troca de experiências são condições enriquecedoras para a vida do profissional e ser humano.

O resultado final do trabalho, e parcial em termos de saúde, é a demonstração de que é possível fazer mais com o pouco recurso disponível quando estamos dispostos a evoluir as relações humanas, quebrando paradigmas e nos responsabilizando por nós mesmos e pelo próximo, não apenas aguardando passivamente um bom final.

#### 4. REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. vol 1. 62 p. (Cadernos de atenção básica).

CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. (orgs.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (Sergipe). **São Domingos: Panorama**, 2019. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/se/sao-domingos/panorama>>. Acesso em: 14 dez. 2019.

SERGIPE. Portal da Saúde. Secretaria de Estado da Saúde. **Mapa-saude-sergipe**. Disponível em: < <https://www.saude.se.gov.br/?p=120>>. Acesso em: 14 dez. 2019.

## 5. APÊNDICE

### APÊNDICE 1 – FICHA DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

PREFEITURA DE SÃO DOMINGOS-SE SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO POVOADO MANGABEIRA FICHA DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
NOME:			IDADE:		SEXO:		
DADOS	PA	GLICEMIA	TEMP	PESO	FR	FC	DOR
VALORES							

Cuidados programados

**ACOLHIMENTO**

alta demanda no dia e caso leve/expectante

Orientações e retornar se piora

agendado → **ACOLHIMENTO** →  outros

Comprometimento de vias aéreas  
 Dispneia grave ou sibilos  
 Alteração do nível de consciência  
 Sinais de choque

Convulsão  
 Dor severa  
 Angiodema  
 Outros

não → **ACOLHIMENTO** →  sim

Febre alta ≥ 39°C  
 Exantema difuso ou muito incômodo  
 Feridas infectadas ou mordedura  
 Diarreia prolongada ou infecciosa  
 Vômito persistente ou com sangue  
 Dispneia leve-moderada

Pico hipertensivo  
 Hipo/hiperglicemia  
 Sangramento  
 Dor moderada-grave  
 Dor torácica anginosa  
 Outros

não → **ACOLHIMENTO** →  sim

Gestante com dor abdominal  
 Suspeitas IST/TB/Hans

Trauma ou violência  
 Outros

não → **ACOLHIMENTO** →  sim

Síndrome gripal  
 Corrimento genital  
 Edema sem sinais  
 Conflito familiar  
 Ansiedade

Tosse  
 Dor leve  
 Tontura  
 Disúria  
 Outros

não → **ACOLHIMENTO** →  sim

Enfermeira

< 2 anos  
 refratário  
 vulnerável  
 prolongado

não → **ACOLHIMENTO** →  sim

**ENFERMEIRA**  
 Aconselhamento  
 Saúde sexual  
 Outros

**MÉDICO**  
 Renovação de Medicação  
 Relatório Médico  
 Exames  
 Outros

situação não aguda

**TÉCNICA DE ENFERMAGEM**  
 Monitoramento SSVV  
 Orientações

Vacinas  
 Outros

●
●
●
●

OUTROS: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_ ASSINATURA: \_\_\_\_\_

Fonte: (Prefeitura de São Domingos, 2020)

### APÊNDICE 2 – FICHA DE ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE

PREFEITURA DE SÃO DOMINGOS-SE SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO POVOADO MANGABEIRA FICHA DE ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE				
NOME: _____				
DATA DE NASCIMENTO: _____		IDADE: _____	SEXO: _____	
EUS: _____				
<input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> SAÚDE MENTAL <input type="checkbox"/> OPOC <input type="checkbox"/> ASMA <input type="checkbox"/> IAM / AVE <input type="checkbox"/> OUTROS: _____				
ALERGIAS _____				
CIRURGIAS _____				
ESPECIALISTAS: ODONTOLOGIA _____				
DADOS	APAZAMENTO			
	PA			
	PRET			
	PESO			
	ZLT			
	SMC			
	CC			
	FRAMINGHAM			
	TABAGISMO			
	ETILISMO			
	SEDENTARISMO			
	OPA			
	CONTRACEPTIVO			
MEDICACÕES	HEMOGRAMA			
	GLICEMIA			
	COLEST. TOTAL			
	LDL			
	HDL			
	TRIGLICERÍDEO			
	CREATININA			
	IAH			
	LAB			
	CITOLOGIA			
	MAMOGRAFIA			
	PES			
	SANGUE OCULAR			
MOTIVOS				
CONDUTA				
OBSERVAÇÕES				

Fonte: (Prefeitura de São Domingos, 2020)