



**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**

**APRIMORAMENTO DO ACOLHIMENTO ÀS DEMANDAS ESPONTÂNEA E  
PROGRAMADA E DO ACESSO QUALIFICADO NA ESF SÃO JOÃO DA  
COLINA - PITANGA/PR**

**SHEYLLA GORGES DE ALMEIDA**

---

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

---

---

APRIMORAMENTO DO ACOLHIMENTO ÀS DEMANDAS ESPONTÂNEA E  
PROGRAMADA E DO ACESSO QUALIFICADO NA ESF SÃO JOÃO DA COLINA -  
PITANGA/PR

SHEYLLA GORGES DE ALMEIDA

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: ISABELLE KATHERINNE  
FERNANDES COSTA

---

NATAL/RN  
2020

---

---

Agradeço primeiramente a Deus, por reservar tantas bênçãos para minha vida.

Sou grata a toda minha família pelo carinho, suporte emocional e confiança em mim.

Agradeço aos colegas e amigos da ESF São João da Colina, pelo companheirismo no dia a dia e por aceitarem com disposição e comprometimento participar desta jornada comigo.

Deixo o meu agradecimento aos professores que fizeram parte da minha trajetória e contribuíram para minha formação acadêmica e atuação como profissional técnica e humana.

À minha orientadora, Isabelle Katherinne Fernandes Costa, pela atenção dedicada a mim, me acompanhando durante a especialização e dispensando seu tempo à elaboração de forma satisfatória deste trabalho de conclusão de curso.

Por último, agradeço a Universidade Federal do Rio Grande do Norte e todo o seu corpo docente, por oferecerem um ensino humanizado e de qualidade.

---

---

Com muita satisfação, dedico este trabalho aos meus pais, Wilse e Celso, que apesar de todas as dificuldades sempre me apoiaram e incentivaram na realização dos meus objetivos.

---

## SUMÁRIO

1. Introdução -----	06
2. Relato de Microintervenção -----	08
3. Considerações Finais -----	11
4. Referências -----	13

## 1. INTRODUÇÃO

Pitanga é um município brasileiro localizado no centro geográfico do estado do Paraná, a 263 quilômetros da capital, Curitiba. De acordo com dados do IBGE, possui uma área territorial de 1.663,747 km<sup>2</sup> (IBGE, 2019), índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) de 0,702 (IBGE, 2010) e população estimada em 29.994 pessoas (IBGE, 2020), sendo cerca de 37% residentes na área rural. Aproximadamente 1500 pessoas vivem nas comunidades rurais de São João da Colina, Pitanga Abaixo, Borboleta Abaixo, Barra Preta, Vale da Serra, Flor da Serra e Marrequinha, e é neste território, relativamente extenso, que exerço minhas atividades.

O ESF São João da Colina compreende, então, a Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) principal, de mesmo nome, que teve sua estrutura reformada recentemente seguindo a maioria dos critérios recomendados pela atual Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (BRASIL, 2017); e duas unidades vinculadas, as UBSFs Borboleta Abaixo e Pitanga Abaixo, que ainda carecem de muitas melhorias e não possuem a ambiência preconizada. Devido à distância das demais localidades adscritas até estas unidades, também é realizado atendimento médico nos salões das igrejas das comunidades Marrequinha e Assentamento Vale da Serra (Sede de Baixo e Sede de Cima).

O território é coberto por uma equipe de saúde da família composta por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma dentista, uma auxiliar de dentista e seis agentes comunitários (duas com curso técnico em enfermagem e uma cursando graduação de enfermagem, assim, realizando funções além das de ACS, com bonificação salarial). Devido ser área rural e não possuir condições para almoço no local, eu e a enfermeira realizamos horário diferenciado: das 7h às 13:30h, diariamente. Nas segundas-feiras atendo na UBSF São João da Colina; nas terças, UBSF Pitanga Abaixo; nas quartas, UBSF Borboleta Abaixo; nas quintas, Comunidade Marrequinha e Assentamentos alternados; e por fim, nas sextas-feiras, são realizadas visitas domiciliares.

As áreas prioritárias escolhidas para a realização das microintervenções foram Acolhimento às Demandas Espontânea e Programada, Atenção à Saúde da Criança e Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

No meu território de atuação, apesar do acompanhamento satisfatório de crianças menores de 2 anos (no primeiro ano de vida mais que no segundo), o acompanhamento rotineiro após essa idade fica bastante aquém do desejado. Considerando que a puericultura é extremamente relevante não só para a proteção da saúde da criança, mas também para prevenir agravos em fases futuras da vida, esta é uma das prioridades de melhoramento na ESF definidas por mim e demais membros da equipe.

Já as DCNT, principais causas de morbimortalidade no mundo, merecem atenção especial em qualquer UBSF. Esta foi outra área prioritária identificada pela equipe que carece de melhorias,

em especial a atenção aos pacientes hipertensos e/ou diabéticos, que são bastante prevalentes na nossa população adscrita. Ações simples, porém fundamentais, como por exemplo a estratificação do risco cardiovascular, ainda não são sistematicamente aplicadas na nossa ESF e se assim o forem, podem trazer grandes benefícios para os pacientes acometidos.

Devido características do território, da população adscrita, equipe e rotina de atendimentos, as consultas são basicamente por demanda espontânea, com raros agendamentos e, inclusive, pacientes de cuidado continuado retiram ficha no dia para o retorno programado. A realização de um adequado acolhimento, não só à demanda espontânea, como também à demanda programada, possui um grande potencial de impactar positivamente no fluxo do serviço, na atenção ao cuidado e na qualidade de vida do paciente, como também facilitará a realização das microintervenções nas outras áreas acima citadas.

Este trabalho de conclusão de curso está organizado em: agradecimentos, dedicatória, introdução, relato da primeira microintervenção realizada, considerações finais e referências.

## 2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO

Instituída em 2003 pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Humanização visa a melhoria da qualidade de acesso aos serviços de saúde e tem o Acolhimento como fundamental diretriz para garantir que todos que procurem estes serviços tenham suas necessidades reconhecidas e atendidas, fortalecendo assim os princípios da Universalidade, Integralidade e Equidade do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004).

Simplificadamente, o acolhimento se dá a dois tipos de demandas: espontânea, caracterizada por uma necessidade inesperada do indivíduo; e programada, representada por consultas e atividades programadas com antecedência e passíveis de serem previstas.

O conciliamento da assistência às demandas tanto espontânea quanto programada sem prejudicar o acesso e a continuidade do cuidado tem sido um desafio aos profissionais da saúde. Neste contexto, o acesso avançado, com a máxima “Faça o trabalho de hoje, hoje”, propõe-se a reduzir ao máximo o número de agendamentos e garantir o acesso oportuno - atendimento a quem precisa, quando precisa, no horário mais conveniente e com a forma mais cômoda de agendamento.

Composta por 1 equipe de Atenção Básica, nossa ESF possui população adscrita de aproximadamente 1.500 pessoas distribuídas em área rural relativamente extensa. Os atendimentos médico e pela enfermeira são realizados em 3 UBS e 3 áreas de assentamentos, em horário diferenciado dos demais membros da equipe (que residem na região), das 07:00 horas às 13:30 horas, diariamente. Devido essas características, os atendimentos são quase na totalidade à demanda espontânea, com alguns agendamentos de retornos para reavaliação de quadros agudos ou crônicos agudizados, havendo distribuição de número limitado de fichas/senhas por dia e fichas reservadas para encaixe de casos de urgência ou emergência. Cabe ressaltar que na rotina da ESF, quando o paciente chega à UBS procurando atendimento médico, é realizada uma rápida escuta inicial/triagem apenas para a identificação do motivo da consulta, sendo então entregue a ficha a ele, ou não, caso já esgotado o número de atendimentos de demanda espontânea do dia.

Este tipo de primeiro contato tem ocasionado filas, situações desumanas em que os pacientes chegam de madrugada para garantir consulta médica, além de usuários que vão embora sem terem seus problemas escutados e outros que são consultados com grande frequência, sem real necessidade.

Assim sendo, a microintervenção objetiva o aperfeiçoamento da equipe para garantir um acesso qualificado através da implementação de um acolhimento humanizado, organizado e resolutivo, fortalecendo o vínculo entre comunidade e equipe, otimizando o serviço, reduzindo filas e respondendo às necessidades da população, bem como também pretende garantir a continuidade do cuidado de grupos prioritários através da realização de ações programáticas.

Diante do exposto, após o Acolhimento ser identificado pela equipe como área prioritária



passível de melhorias e com grande potencial benéfico para a população se bem implantado, foi realizada reunião entre a equipe da ESF São João da Colina, com exceção das profissionais da Saúde Bucal, no início do mês de fevereiro. Nesta, foram discutidas as seguintes pautas:

- Revisão dos aspectos gerais de Acolhimento e Acesso Avançado e como se dava, até aquele momento, o primeiro contato do paciente na UBS;
- Revisão do Sistema Manchester de Classificação de Risco para demanda espontânea;
- Definição de agendas para ações programáticas;
- Discussão de possíveis problemas a serem enfrentados e como contorná-los.

Considerando-se a grande prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus dentre a clientela adscrita da ESF e também a realização de consultas de puericultura, especialmente após os dois anos de idade, por oportunidade (crianças trazidas por demanda espontânea, aproveita-se para realizar a consulta rotineira, ou então há a orientação de retorno em outra ocasião para a realização desta, o que muitas vezes acaba não ocorrendo), decidiu-se pela implementação do Programa Hiperdia, que visa o acompanhamento de pacientes portadores de HAS e/ou DM, e de agenda de puericultura.

O primeiro encontro do Hiperdia foi marcado para ocorrer em 19 de março, com a participação de profissional da fisioterapia, além de consultas clínicas e renovação de receitas para estes indivíduos. Já a determinação do início da agenda de puericultura foi postergada para a reunião seguinte. Em discussão, foi levantada também a necessidade de agenda de pré-natal, porém descartada devido o baixo número de gestantes na área e existência de Grupo de Gestantes na cidade, com encontros mensais, optando-se, então, pela continuidade do pré-natal como se dava - após cada consulta, retornos marcados com a periodicidade preconizada, sem uma data específica para todas as gestantes.

Devido a reunião entre a equipe, por fatores diversos, ter ocorrido apenas no mês de fevereiro e ter havido mudanças na rotina do serviço ocasionadas para a contenção da pandemia do novo Coronavírus, houve curto período de tempo para a realização dos objetivos traçados em reunião, prejudicando a obtenção e avaliação de resultados.

Assim, objetivamente foi possível observar apenas o aumento no número de consultas no dia, como já se espera no início da implementação do acesso avançado. Houve conflitos pontuais com pessoas que exigiram consulta clínica quando poderiam ter suas necessidades sanadas por outros profissionais. Apesar de maior sobrecarga de serviço e cansaço para nós funcionários, devido uma maior resolutividade e retorno majoritariamente positivo da população, a satisfação ao final de cada dia de expediente também foi maior.

Almejando a continuidade das ações, após normalização da rotina no serviço, à curto prazo será realizada nova reunião para redefinição do primeiro encontro do grupo de hipertensos e discussão para início de agenda programada de puericultura e periodicidade de ambas, visando

não prejudicar os atendimentos às demandas espontâneas. Pretende-se manter reuniões regulares para discussão de resultados, dificuldades observadas, solução de problemas, possíveis melhorias, autoavaliação e *feedback* dos pacientes coletado pelos ACS, bem como para planejamento de temáticas e cronograma de atividades para os grupos prioritários.

Como já dito anteriormente, a avaliação dos resultados da microintervenção é bastante limitada devido o curto prazo para a realização dos planos definidos em reunião, tendo o início do Hiperdia sido adiado devido a pandemia do COVID-19, as atividades da ESF comprometidas pelo mesmo motivo, além de a implantação do acesso qualificado demandar um tempo maior que o disponível para apresentar desfechos significativos. No entanto, foi possível observar algumas fragilidades a serem trabalhadas futuramente, como o manejo do tempo de consultas e a hiperutilização do serviço por um único usuário ou grupo de usuários.

Cabe lembrar também que, pelo fato da ESF São João da Colina possuir uma grande extensão territorial adscrita, os atendimentos são realizados em seis locais distintos, além de visitas domiciliares, sendo possível as consultas médicas serem realizadas apenas uma vez na semana em cada uma das UBS vinculadas e a cada 21 dias nos Assentamentos e comunidade Marrequinha. Ao mesmo tempo em que essa rotina foi adotada visando uma maior facilidade de acesso para a comunidade, acaba também sendo a maior limitação para a implementação do acesso qualificado: um mesmo indivíduo pode ser consultado e, assim, possuir um prontuário físico em cada UBS (há prontuário eletrônico apenas na UBS principal e com internet inconstante); dificuldade de retorno breve para reavaliação - o que se tenta contornar agendando uma consulta na mesma semana com a outra profissional de nível superior se cabível, realizando a consulta antes de prosseguir para as visitas domiciliares ou local de atendimento do dia, ou conversando com o paciente sobre a possibilidade deste ir até onde a profissional estará; e não há, salvo raras exceções, presença concomitante da médica e enfermeira no mesmo local, sendo a última muito importante para reduzir a demanda para mim, pois muitas situações podem ser resolvidas por ela, bem como muitos problemas demandam consulta médica para resolução.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um dos grandes desafios do acesso é o equilíbrio entre a demanda e a oferta. A fim de garantir os princípios e diretrizes da Atenção Básica, é recomendado que cada equipe de Saúde da Família seja a responsável por uma população adscrita de 2.000 a 3.500 indivíduos (PNAB, 2017). Com número total de pessoas abaixo dessa faixa, esperaria-se uma maior facilidade tanto no acesso quanto na longitudinalidade e coordenação do cuidado dos residentes no território da ESF São João da Colina.

No entanto, há algumas situações que fogem da alçada da equipe para resolução e acabam prejudicando o acesso, a continuidade do cuidado e/ou a resolutividade, como: estradas de terra, que impossibilitam a maior parte da população de chegar até a Unidade quando chove; férias escolares, em que moradores que utilizam o ônibus escolar como transporte até a UBS ficam sem este recurso; território extenso, que prejudica o acesso a quem não tem transporte próprio, os retornos, quando é necessário fazer controle de pressão arterial, etc; distância até a área urbana, retardando muitas vezes a marcação de exames e início de tratamentos quando medicação não disponível na UBS; entre outras situações.

Também diferentemente da maioria das outras ESFs, conforme relatado em estudos e por vivência dos profissionais de nossa equipe, a atenção à demanda espontânea não é sobrepujada pela atenção à demanda programada, seguindo-se a recomendação geral de pelo menos 65% dos atendimentos para as queixas “inesperadas” e 35% para consultas previamente agendadas, tendo o nosso ESF uma diferença de porcentagem ainda maior do primeiro em relação ao segundo.

Entretanto, nossa equipe vê como deficitária a atenção a alguns grupos prioritários, havendo grande potencial de melhora com o aumento dos atendimentos à demanda programada, por isso, a escolha da criação da agenda para pacientes crônicos e de puericultura, porém mantendo a rotina de atendimentos predominantemente espontâneos. Porém, há o desafio de escolher uma periodicidade para estas agendas que não prejudique a demanda espontânea ao mesmo tempo em que garanta a longitudinalidade do cuidado a estes pacientes dos grupos prioritários.

Até o mês de março do corrente ano, já era utilizado o telefone celular para facilitar o acesso, como, por exemplo, informar por mensagens de aplicativo se ainda havia disponibilidade de fichas, quando perguntado pelo cidadão, ou então realizar a triagem do risco para encaixe no dia. Durante a pandemia do COVID-19, com a alteração da rotina de serviço e orientação de distanciamento social, houve uma interação ainda maior entre a equipe e a população por meio deste meio de comunicação, com avaliação de resultado de exames pelo celular, orientações gerais, escuta inicial, até mesmo realização de consultas de problemas menores e orientação de comparecimento à UBS para consulta presencial quando se fazia necessário. Pretendemos manter dessa forma após a normalização dos serviços, reservando

alguns minutos do dia para este fim.

Apesar do pouco tempo para concretização dos planos e obtenção e avaliação de resultados, a equipe mantém-se otimista com os objetivos que foram definidos. Até a mudança da rotina devido a pandemia do novo Coronavírus, notamos uma melhora discreta do acolhimento a quem procurava a UBS e da resolutividade do serviço.

Além disso, a população de hipertensos e diabéticos, de forma geral, reagiu animadamente com a implementação do Programa Hiperdia, com boa intenção de adesão ao primeiro encontro, inclusive por cidadãos que não costumam frequentar a UBS. A estratificação de risco destes pacientes crônicos nunca foi amplamente realizada na ESF desde sua abertura e pretende-se realizá-la em todos os pacientes e manter planilha com dados de última consulta, data de retorno, a estratificação do risco e resultado de exames. A equipe acredita que o Hiperdia facilitará a realização disso na maior parte dos acometidos, sobrando apenas uma pequena parcela de pessoas a quem terá que ser realizada busca ativa. Ainda sem data de início, também há grande expectativa em relação à agenda de puericultura, garantindo a proteção à saúde da criança e a continuidade do cuidado nesta fase fundamental da vida e do desenvolvimento.

#### 4. REFERÊNCIAS

1. **CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA**. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde, v. 1, n. 28, 2013.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
3. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados**: Pitanga. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr/pitanga.html>>. Acesso em: 14 abr. 2020.
4. ROSE, Katherine D; ROSS, Joseph S; HORWITZ, Leora I. Advanced access scheduling outcomes: a systematic review. **Arch Intern Med**, [S. l.], v. 171, n. 13, p. 1150-9, 25 jul. 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3154021/>>. Acesso em: 01 maio 2020.
5. DEGANI, N. Impact of advanced (open) access scheduling on patients with chronic diseases: an evidence-based analysis. **Ont Health Technol Assess Ser**, [S. l.], v. 13, n. 7, p. 01-48, 01 jul. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3796762/>>. Acesso em: 01 jun. 2020.
6. TESSER, Charles D; NORMAN, Armando H. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Saude soc.**, São Paulo , v. 23, n. 3, p. 869-883, set. 2014 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902014000300869&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000300869&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 10 jun. 2020.