

ESTUDO DA DEMANDA ESPONTÂNEA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UMA CIDADE DE MÉDIO PORTE DO INTERIOR DE MINAS GERAIS, BRASIL

STUDY OF SPONTANEOUS DEMAND AT FAMILY HEALTH UNIT IN A MIDDLE-SIZED TOWN IN THE STATE OF MINAS GERAIS, BRAZIL

ESTUDIO DE LA DEMANDA ESPONTÂNEA EN UNA UNIDAD DE SALUD DE LA FAMILIA DE UNA CIUDAD MEDIANA DEL INTERIOR DEL ESTADO DE MINAS GERAIS, BRASIL

Ana Carolina Esperança¹
Ricardo Bezerra Cavalcante¹
Clarice Marcolino²

RESUMO

Estudo exploratório-descritivo conduzido em uma Unidade Básica de Saúde de uma cidade de médio porte do interior de Minas Gerais, cujos objetivos foram: descrever o fluxo da demanda espontânea da unidade básica; identificar as principais queixas e agravos no acolhimento e propor medidas de intervenção para melhor organizar o fluxo e ampliar a atuação da equipe multiprofissional. Os dados, coletados pelos Técnicos Superiores de Saúde, foram resultados de 1040 acolhimentos. Na análise do fluxo, predominou o atendimento pelo médico (67,7%), seguido do enfermeiro (17,8%) e do auxiliar de enfermagem (13,3%). A conduta predominante foram as altas (64%), seguidas de retornos (21,9%). Os quatro grupos de queixas da demanda espontânea foram: respiratórias (25,8%), dermatológicas (11%), gastrointestinais (10,2%) e osteomusculares (9,1%).

Palavras-chave: Cuidados Primários de Saúde; Necessidades e Demanda de Serviços de Saúde; Medicina de Família.

ABSTRACT

This is an exploratory-descriptive study carried out in a basic health care unit in a middle-sized town in the interior of the State of Minas Gerais. The objectives were: to describe the flow of spontaneous demand; identify the main complaints and defects in reception and to propose measures of intervention to better organize the flow and widen the work of the multi-professional team. The data collected by the health technicians were taken from 1040 patient visits. The greater number was of visits to the physician (67.7%), followed by nurses (17.8%) and nursing auxiliaries (13.3%). The main procedure was discharge (64%), followed by return (21.9%). The four groups of complaints of spontaneous demand were: respiratory (25.8%), dermatological (11%), gastrointestinal (10.2%) and osteomuscular (9.1%).

Key words: Primary Health Care; Health Services Needs and Demand; Family Practice.

RESUMEN

Estudio de tipo exploratorio descriptivo llevado a cabo en una Unidad Básica de Salud de una ciudad mediana del interior del Estado de Minas Gerais – Brasil. Sus objetivos fueron describir el flujo de demanda espontánea de la unidad básica, identificar las principales quejas y motivos de acogida y proponer medidas de intervención para organizar mejor el flujo y ampliar la actuación del equipo multiprofesional. Los datos colectados por los técnicos en salud son resultado de 1040 acogidas. En el análisis de flujo predominó la atención del médico (67,7%), luego del enfermero (17,8%) y después del auxiliar de enfermería (13,3%). Predominio de conducta de altas hospitalarias (64%) y después retornos (21%). Los cuatro grupos de quejas de demanda espontánea fueron: respiratoria (25,8%), dermatológicas (11%), gastrointestinales (10,2%) y osteomusculares (9,1%).

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Necesidades y Demanda de Servicios de Salud; Medicina Familiar.

¹ Aluno do Curso de Graduação da Escola de Enfermagem da UFMG

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Profª Adjunta da Escola de Enfermagem da UFMG

Endereço para correspondência: Av. Alfredo Balena 190, CEP:30130-100 – BH/MG. E-mail: clarice@enf.ufmg.br

INTRODUÇÃO

O nível primário constitui a primeira forma de acesso aos serviços de saúde para a maioria da população. Porém, acolher toda essa clientela nas unidades básicas de saúde tem sido uma tarefa árdua e complexa, pois a garantia do atendimento com qualidade a todos os usuários, em grande parte, não se concretiza.

Desta forma, um cenário de caos se instala, são filas infindáveis na busca por atendimento; profissionais sobrecarregados; não priorização dos casos; baixa resolatividade e outras situações como as citadas por Ramos e Lima⁽¹⁾

[...] grande demanda reprimida, [...] comercialização de lugar na fila de espera, [...] inexistência de qualificação adequada dos funcionários da recepção, [...] mau atendimento no momento da consulta, na qual se estabelece relações frias, desumanizadas e de desinteresse.

Todo esse contexto torna a atenção básica à saúde um cenário desafiador, carente de novos projetos de intervenção, como citado por Merhy, 1994 apud Malta⁽²⁾

"É grande o desafio de transformar em realidade os princípios aprovados para o setor saúde nos textos constitucionais – universalidade do acesso, integralidade das ações, equidade. Torna-se um desafio construir serviços que respondam aos problemas de saúde dos usuários de maneira efetiva, implementando projetos técnico-assistenciais centrados nas necessidades dos usuários."

Assim, várias experiências têm surgido, tais como as descritas por Franco et al.⁽³⁾ que tinham como intuito garantir, na atenção básica, os princípios gerais do SUS, buscando organizar os serviços para garantir acesso universal, resolubilidade e atendimento humanizado, invertendo a lógica do atendimento: quem chega primeiro tem prioridade sobre o que precisa mais. Nesse sentido, todos devem ser ouvidos e, na medida do possível, terem seus problemas de saúde atendidos.

É partindo dessa proposta que o acolhimento também surge como uma experiência inovadora, propondo o que citam Schimith e Lima:^(4:1488)

"...a acolhida consiste na abertura dos serviços para a demanda e a responsabilização por todos os problemas de saúde de uma região". Assim, o acolhimento e os profissionais que nele atuam, são os principais responsáveis pelo gerenciamento de toda a demanda espontânea que chega aos serviços de atenção básica à saúde onde estão inseridos."

Entretanto, a experiência de implantar o acolhimento traz consigo alterações significativas; entre outras, a do processo de trabalho. Nas palavras de Malta⁽²⁾, é um "disparador de mudanças".

É nesse cenário modificado que o processo de trabalho centrado no interesse do usuário é o fator norteador das práticas assistenciais, pois o modelo curativista e biomédico, focado em um fluxo unidirecional, é rompido, dando lugar às várias intervenções multiprofissionais, aumentando o acesso dos usuários a outros saberes

primordiais na área da saúde, o que desencadeia a valorização da equipe multiprofissional. Sendo assim, nem todos que estão na fila são agendados para a consulta médica, apenas os que dela necessitam. Essa afirmação se fundamenta na experiência que a implantação do acolhimento alcançou na cidade de Betim-MG, em que se constatou a atuação de outros profissionais de saúde, entre eles, o enfermeiro.⁽³⁾

Como consequência da valorização de outros saberes, surge a necessidade de capacitação de todos os profissionais da equipe de saúde da família; exigida por esta nova dinâmica do processo de trabalho.

Ocorre também um aumento de responsabilidades em relação ao trabalho da equipe de Enfermagem, visto que, na maioria das vezes, é ela quem realiza o acolhimento e se responsabiliza pela escuta qualificada e a conduta a ser adotada.

Além disso, passa-se a repensar a humanização no atendimento que, segundo o Ministério da Saúde:⁽⁵⁾

"a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a coresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão."

A partir dos dados obtidos por meio do Sistema de Informações em Saúde⁽⁵⁾ de uma Unidade de Saúde e Família, de uma cidade de médio porte do interior de Minas Gerais, constatou-se que a demanda espontânea correspondia a 79% dos atendimentos realizados no serviço, enquanto os 21% restantes destinavam-se à demanda programada. Além disso, o volume aumentado da demanda espontânea, evidenciado pelas grandes filas existentes em praticamente todas as três equipes de saúde da família da unidade, estimulou-nos a estudar a situação com vistas a repensar o processo de trabalho em saúde vigente na unidade em questão, já que o tempo que os profissionais destinavam ao atendimento dessa demanda os impedia de dedicar-se a uma série de outras atividades que caracterizam a estrutura do Programa Saúde da Família: visitas domiciliares, grupos, consultas de pré-natal, puerpério, puericultura, entre outras.

As mudanças na estruturação dos serviços de saúde, com a implantação do Programa de Saúde da Família pressupõem atender a clientela numa lógica de oferecer um cuidado não só de atenção à queixa, mas de prevenção e promoção da saúde. Para isso é necessário repensar a organização dos serviços, estruturada para atender uma clientela acostumada a pensar sobre o cuidado da saúde como que restrito à atenção médica, tal como era tratado no sistema previdenciário e como, freqüentemente, o fazem os convênios com empresas médicas privadas.⁽⁶⁾

Os clientes da Unidade de Saúde da Família estudada, que procuram atendimento, recorrem primeiramente ao acolhimento, cabendo aos profissionais desse setor a tarefa de orientá-los informá-los e encaminhá-los para os diversos profissionais do serviço de saúde.

No sentido de responder às inquietações acima apontadas, desenvolvemos um estudo com os seguintes objetivos: descrever o fluxo da clientela que compõe a demanda espontânea da unidade de saúde no período em estudo; identificar as principais queixas e demandas no acolhimento propondo intervenções que visem organizar seu fluxo e ampliar a atuação de toda a equipe multidisciplinar. Isso se justifica, pois o atendimento estruturado a partir da demanda espontânea tem baixa potencialidade de impactar nas condições de saúde da população.

CENÁRIO DE ESTUDO

Constituiu-se de uma Unidade de Saúde e Família que é responsável por uma área de abrangência correspondente a aproximadamente 15.000 usuários, segundo dados do Sistema de Informação Municipal.⁽⁵⁾ Sendo assim, cada uma das três equipes da unidade é responsável por, aproximadamente, 5.000 usuários ou 1.000 famílias. Essa população é caracterizada por um baixo índice de escolaridade, baixa renda e com 98% das pessoas sem qualquer plano de saúde, sendo a unidade local, o único serviço de saúde disponível para essa clientela.

MATERIAL E MÉTODO

Os dados foram obtidos por meio de um formulário preenchido no acolhimento e nos consultórios dos Técnicos Superiores de Saúde. O instrumento de coleta seguiu o mesmo fluxo do paciente dentro da unidade, partindo do acolhimento e seguindo para os Técnicos Superiores de Saúde até a finalização do seu fluxo dentro da unidade. Todos os profissionais receberam orientações acerca do preenchimento do instrumento de coleta.

Foram coletados dados de 1040 acolhimentos de usuários das três equipes de saúde da família, que procuraram o serviço durante o período de dois meses.

Após a coleta, os dados foram organizados em um banco, utilizando o pacote estatístico Excel (Microsoft), no qual criamos planilhas compostas de registros em cada variável específica para os dados coletados, planilhas com tabelas de cálculo automáticas e planilhas com gráficos vinculados às tabelas de cálculo.

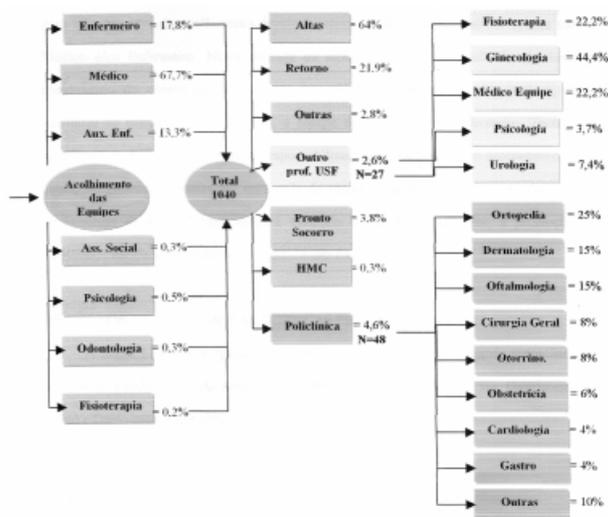
Na planilha composta de registros, foram feitos "filtros" fixando as variáveis cruzadas, utilizando a função "Count – Values" para a contagem da frequência de cada cruzamento. Essas frequências foram "linkadas" com a planilha de tabelas, na qual os números absolutos foram transformados em números relativos. Assim, essa base de tabelas possibilitou a geração de gráficos que, por sua vez, geraram a planilha de gráficos.

Esses dados foram interpretados tomando por base as categorias teóricas de processo de trabalho em saúde (trabalho em equipe, interdependência, complementaridade e fluxos) e promoção da saúde.

O FLUXO DA CLIENTELA ATENDIDA NA DEMANDA ESPONTÂNEA

Ao analisarmos a FIG. 1, constatamos que o acolhimento é a porta de entrada dos pacientes que procuram atendimento na unidade, cabendo, principalmente ao auxiliar de enfermagem, a tarefa de "receber/acolher" toda a demanda espontânea e

FIGURA 1. FLUXO DA CLIENTELA NA USF A PARTIR DO ACOLHIMENTO



encaminhá-la para os demais profissionais da unidade. Esses, por sua vez, após atendimento, são responsáveis pela alta, retorno e encaminhamentos para serviços de referência, tais como laboratórios, policlínicas, pronto socorro, hospital privado, etc.

A análise do fluxo mostrou que, do total de 1040 acolhimentos realizados durante o período de estudo, predominou o encaminhamento para o profissional médico (67,7%), seguidos do enfermeiro (17,8%) e auxiliar de enfermagem (13,3%). Verifica-se a unidirecionalidade do fluxo centrado no profissional médico, repetindo assim, o modelo biomédico historicamente sedimentado. Os outros profissionais existentes no serviço (Assistente Social, Psicólogo, Dentista e Fisioterapeuta) juntos, não somam 2% dos atendimentos realizados. Entretanto, existe um outro fluxo, fora do acolhimento para atendimento com esses profissionais. Talvez, esses outros profissionais não absorvam os pacientes que vêm do acolhimento devido à prática usual de se encaminhar apenas para o Médico e/ou Enfermeiro. Nessa unidade de saúde da família, a tarefa de direcionar o atendimento do cliente pós-acolhimento tem sido feita, na maioria das equipes, pelos auxiliares de enfermagem. Em geral, a equipe de Enfermagem (Enfermeiro, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem) tem se responsabilizado integralmente pelo acolhimento. Essa tarefa, no entanto, necessita ser repensada de modo a garantir a participação dos demais profissionais da equipe, com vistas à melhoria da saúde do paciente, à promoção da interdisciplinaridade e à visão de um cuidado não fragmentado.

OS GRUPOS DE QUEIXAS E AS DOENÇAS PREVALENTES

A TAB. I mostra os quatro principais grupos de queixas da demanda espontânea no período do estudo. São eles: Respiratórias (26%), Dermatológicas (11%), Gastrointestinais (10%) e Ósteo-musculares (9%).

A prevalência da queixa respiratória pode estar relacionada à variação de temperatura na época da coleta de dados e das condições de poluição ambiental na região.

**TABELA 1. DISTRIBUIÇÃO DOS ACOLHIMENTOS SE-
GUNDO O GRUPO DE QUEIXAS PRINCIPAIS. UNIDADE
SAÚDE DA FAMÍLIA - 2005**

Queixas	N	%
Respiratórias	268	26%
NSA*	136	13%
Dermatológicas	114	11%
Gastrointestinais	106	10%
Ósteo-musculares	95	9%
Sem queixas	82	8%
Ginecológicas	50	5%
Cardiovasculares	39	4%
Geniturinárias	38	4%
Cefaléia	34	3%
Outras**	26	3%
Febre	19	2%
Órgãos do sentido	18	2%
Saúde mental	12	1%
Odontológicas	3	0,3%
Total	113	100%

* NSA: Atendimentos feitos pelos Auxiliares de Enfermagem, que não preencheram o formulário com a queixa e a hipótese diagnóstica

** Outras: Corresponde às queixas que foram agrupadas, pois isoladas geram um percentual pouco significativo.

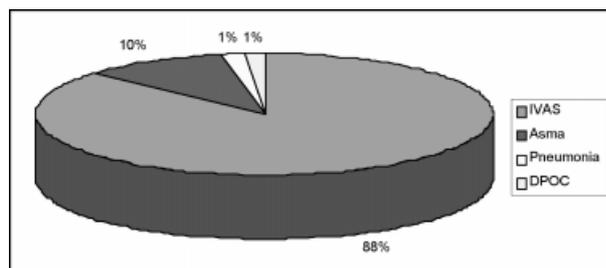
Ressalta-se que a prevalência das queixas respiratórias na região estudada é semelhante ao quadro geral da cidade, no qual o número de atendimentos e internações é desencadeado, principalmente, por doenças relacionadas ao aparelho respiratório:

" as infecções agudas de vias aéreas apresentam elevada incidência e respondem por cerca de 30% a 60% de todas as consultas pediátricas ambulatoriais, o que significa enorme demanda para os serviços de saúde. As crianças e lactentes têm cerca de 10 episódios de Infecções de Vias Aéreas Superiores (IVAS) por ano, sem significar comprometimento da resposta imunológica. As IVAS representam, em sua maioria, quadros clínicos benignos e autolimitados, de origem viral. Entretanto, apresentam risco de complicações em crianças menores de um ano, naquelas nascidas com baixo peso e em desnutridas, tornando-se, assim, potencialmente graves" (7: 101)

Na análise detalhada do grupo de queixas "Respiratórias" (GRAF. 1), verificou-se a seguinte distribuição: "Infecção das vias aéreas superiores (88%)" e vias aéreas inferiores (12%). Entre as infecções das vias aéreas superiores, as amigdalites, resfriado comum, sinusites e rinites, apresentaram distribuição semelhante. Entre as infecções de vias aéreas inferiores, verificaram-se as seguintes hipóteses diagnósticas: asma (10%), pneumonia e doença pulmonar obstrutiva crônica, ambas correspondendo a 1%.

As infecções das vias aéreas superiores podem ser prevenidas por meio da educação da comunidade e do autocuidado referente a esses tipos de doenças. A busca por tratamento e medicamentos para combater doenças como amigdalites e resfriado comum pode ser diminuída se a população for estimulada a se prevenir e autocuidar-se. Para isso, é imprescindível a atuação dos profissionais

**GRÁFICO 1 – TIPOS DE QUEIXAS RESPIRATÓRIAS NO
ACOLHIMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA, 2005**



responsáveis junto às famílias, ensinando a prevenção, o cuidado e até mesmo situações de intervenções no meio-ambiente em que estão vivendo. Ainda sobre as doenças predominantes, no grupo de queixas respiratórias, é passível de se pensar na implantação de um protocolo de atendimento desses usuários, sem que tenham que, necessariamente, serem atendidos em uma consulta médica com a finalidade de tratamento medicamentoso. Esse enfoque já é realidade em muitos centros de saúde onde outros profissionais, como o Enfermeiro, podem, por meio de ações normatizadas, como por exemplo, do Programa de Atenção às Doenças Prevalentes na Infância – AIDIPI, estarem atuando sobre essas doenças e diminuindo o fluxo de atendimento centrado na consulta médica. Dessa forma, pode-se aumentar o acesso dos usuários ao cuidado e quebrar o tradicional modelo do fluxo unidirecional, centrado no atendimento médico.

Em relação às infecções das vias aéreas inferiores, a ocorrência da asma relaciona-se, em sua maior parte, às crianças que são atendidas na unidade de saúde da família, por meio do programa de prevenção e controle da asma para crianças de até cinco anos de idade. O que se observa, no entanto, é a baixa adesão dessa clientela ao tratamento, conforme relatado pelos profissionais de saúde da unidade. Por essa razão, é importante desenvolver ações para aumentar a captação dessas crianças na comunidade e inseri-las no programa já existente, além de promover a educação continuada dos cuidadores, com ênfase no ambiente domiciliar, objetivando atuar sobre os agentes desencadeantes da asma brônquica.

No grupo de queixas dermatológicas (TAB. 2) foram encontradas: impetigo (28%), micoses (16%), dermatites (15%) e a categoria outras (19%) correspondendo a um conjunto de hipóteses diagnósticas que apareceram em menor frequência.

A análise desses dados permite-nos apontar a necessidade de desenvolver ações educativas relativas a autocuidado, hábitos de higiene, cuidado na interação com animais domésticos, o contato social com pessoas da família e da comunidade, o uso exclusivo de roupas íntimas e ainda o cuidado das mães com as crianças, principalmente no que tange às suas eliminações. Além da abordagem individual, há também a necessidade de intervenções no meio ambiente em que estas pessoas estão inseridas com a finalidade de transformar esse meio e promover melhor qualidade de vida.

TABELA 2. TIPOS DE QUEIXAS DERMATOLÓGICAS NO ACOLHIMENTO DA UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA, 2005

Queixas	N	%
Impetigo	32	28%
Outras*	21	19%
Micoses	18	16%
Dermatites	17	15%
Abcessos	7	6%
Escabiose	6	5%
Lesões	3	3%
Nódulos	3	3%
Verrugas	2	2%
Prurido	2	2%
NSA	2	2%
Total	113	100%

* Outras: Corresponde às queixas que foram agrupadas, pois, isoladas, geram um percentual pouco significativo.

No grupo de queixas gastrintestinais (TAB. 3), constatou-se a prevalência de parasitoses (49%), dor abdominal a esclarecer (14%) e diarreia (8%). Pode-se inferir que as queixas de dor abdominal a esclarecer e diarreia podem estar relacionadas com o diagnóstico de parasitoses.

TABELA 3. TIPOS DE QUEIXAS GASTRINTESTINAIS NO ACOLHIMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, 2005

Queixas	N	%
Parasitoses	52	49%
Dor abdominal a esclarecer	15	14%
Gastrite	11	10%
Dor epigástrica a esclarecer	9	8%
Diarreia	8	8%
Outras	7	7%
Gastroenterite	2	2%
Colecistolitíase	2	2%
Total	106	100%

Os dados, somados à observação das possíveis fontes infectantes na comunidade, nos dão subsídios para apontarmos a necessidade de intervenção nas condições de tratamento da água, em especial nas regiões rurais da área de estudo, no saneamento do ribeirão que atravessa toda a área de abrangência e, mais uma vez, reforçar a necessidade de se estar investindo em ações educativas na comunidade em relação à higiene e às maneiras de prevenção das parasitoses.

O principal enfoque no controle das parasitoses deve estar centrado na conquista de melhores condições de vida da população, incluindo renda familiar adequada, acesso à educação e a serviços de saúde de qualidade, lazer saudável, moradia digna e saneamento básico adequado. É necessário, ainda, que a população participe de programas de educação para a saúde e tenha condições de fazer seu autocontrole.

No grupo de queixas ósteo-musculares (TAB. 4), as mais freqüentes foram: lombalgia (36%), artralgia (16%), cervicoalgia (8%), dor a esclarecer (7%) e outras (22%).

TABELA 4. TIPO DE QUEIXAS OSTEOMUSCULARES NO ACOLHIMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, 2005

Queixas	N	%
Lombalgia	34	36%
Outras*	21	22%
Artralgia	15	16%
Cervicoalgia	8	8%
Dor a esclarecer	7	7%
Tendinite	4	4%
Mialgia	3	3%
Gota	3	3%
Total	95	100%

* Outras: Corresponde às queixas que foram agrupadas, pois, isoladas, geram um percentual pouco significativo.

O grupo das "algias", remete-nos a pensar sobre as maneiras como a população desenvolve as suas atividades de trabalho, sejam elas no ambiente domiciliar ou nas profissões/ocupações dos usuários. Ainda é importante ressaltar a necessidade de uma investigação mais profunda sobre a possibilidade de essas "algias" serem consequência de uma somatização dos problemas gerais vivenciados por esta população, sejam eles de caráter financeiro, vivência familiar, situações afetivas e espirituais. A lombalgia, artralgia, cervicoalgia, dor a esclarecer e mialgia podem, no entanto, ser tratadas em parceria com os vários profissionais presentes na unidade de saúde da família, valorizando a multidisciplinaridade e, mais uma vez, rompendo o fluxo unidirecional de atendimentos voltados para a intervenção medicamentosa apenas. Assim, a equipe composta de Fisioterapeuta, Assistente social, Psicologia e Enfermagem pode, sem dúvida, estar intervindo nessas queixas, identificando as causas dessas algias e ainda a associação correta de condutas terapêuticas a serem administradas. O "Grupo da Conversa" já é uma proposta de intervenção de grande aplicabilidade e com resultados em diversas comunidades, desenvolvendo, juntamente com os usuários, tarefas que possam auxiliar na identificação etiológica e tratamento dessas doenças.

AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DOS ATENDIMENTOS

Os 1040 atendimentos realizados no acolhimento foram classificados considerando se a demanda do cliente foi devido a uma nova queixa ou retorno e, ainda, segundo o risco. A classificação do risco baseou-se na queixa, duração e situação e foi categorizada como não-agudo, agudo ou urgente. Os retornos foram subcategorizados em queixa persistente, resultado de exames, troca de receitas, controles de pressão arterial e glicemia e atestados/laudos/encaminhamentos/exames.

Do total de acolhimentos realizados, 54% referem-se a atendimentos classificados como uma nova queixa do paciente, gerando, assim, uma nova consulta; e os 47% restantes foram retornos.

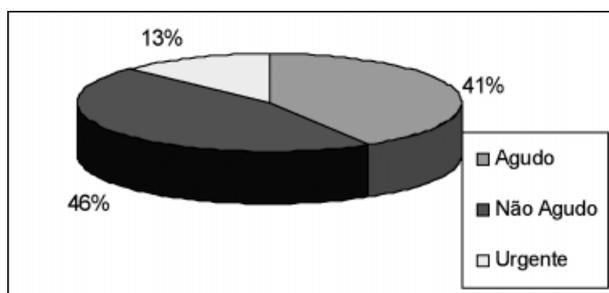
Na TAB. 5, ao desagregar a categoria retorno, observou-se que as subcategorias queixa persistente e resultado de exames, predominam na distribuição com 22% e 13% dos atendimentos, respectivamente.

TABELA 5. DISTRIBUIÇÃO DOS ACOLHIMENTOS SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO DA DEMANDA APRESENTADA PELO CLIENTE, 2005

Classificação	N	%
Nova consulta	559	54%
Queixa persistente	227	22%
Resultado de exames	135	13%
Troca de receitas	57	5%
Controlde de PA/Glicemia	48	5%
At./Lau./Enc./Exames	14	1%
Total	1040	100%

Em relação à prioridade no atendimento, apresentada no GRAF. 2, a categoria agudo corresponde aos pacientes que necessitam de atendimento no dia em que procuram a USF, de acordo com o horário de chegada. O não-agudo corresponde aos pacientes que procuram o atendimento e podem ser agendados para outro dia. A categoria urgente corresponde aos acolhimentos nos quais os pacientes devem ser atendidos com máxima prioridade. A categoria agudo corresponde a 41% dos atendimentos, e diz respeito aos pacientes que devem ser atendidos no mesmo dia, mas podem aguardar o atendimento prioritário das urgências.

GRÁFICO 2. DISTRIBUIÇÃO DOS ACOLHIMENTOS SEGUNDO A PRIORIDADE DE ATENDIMENTO, 2005



Não queremos dizer que instituir agendamentos seria a solução para reorganizar o fluxo da clientela e assim diminuir o volume da demanda espontânea, mas seria uma opção viável, visto que existe a preocupação de que o tempo destinado ao atendimento dos casos não-agudos esteja impossibilitando os profissionais do serviço de atender os casos agudos e urgentes, os quais, juntos, correspondem a 54% do total de atendimentos e devem ser priorizados.

CONDUTAS ADOTADAS APÓS O ACOLHIMENTO E ENCAMINHAMENTOS

Observa-se, na TAB. 6, que a conduta predominante são as altas, correspondendo a 64%, seguidas de retornos 22%. Os demais são encaminhados para hospitais privados de referência (0,3%), policlínica municipal (5%) e ainda para outros profissionais, dentro da própria unidade de saúde da família (3%). Isso demonstra uma provável

TABELA 6. CONDUTAS TOMADAS PELOS PROFISSIONAIS APÓS O ACOLHIMENTO OU APÓS A CONSULTA NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, 2005

Classificação	N	%
Alta	666	64%
Retorno	228	22%
Enc. Policlínica	48	5%
Enc. Pronto Socorro	39	4%
Não solucionado	29	3%
Enc. Outro prof. USF	27	3%
Enc. Hospital Privado	3	0,3%
Total	1040	100%

resolutividade do serviço, já que a grande maioria dos pacientes atendidos na unidade recebem alta após consultas com os Técnicos Superiores de Saúde. Os encaminhamentos realizados pelos Técnicos Superiores de Saúde são, em sua maioria, para o Pronto Socorro Municipal (4%) e Policlínica Municipal (5%).

Os encaminhamentos para outros profissionais da própria unidade (N=27) corresponderam a 3% do total de 1040 acolhimentos e foram, em sua maioria, para o ginecologista (44,4%), seguidos do médico da equipe (22,2%), fisioterapia (22,2%) e urologia (7,4%). Isso retrata, mais uma vez, a unidirecionalidade do fluxo de atendimento aos pacientes, e a valorização do saber médico. Ao analisarmos o fluxo dos encaminhamentos dos pacientes para a Policlínica Municipal (N=48), verificamos que estes ocorrem nas seguintes especialidades: Ortopedia (25%), Dermatologia e Oftalmologia (15%). O predomínio de encaminhamentos para a ortopedia confirma os dados do Ministério da Saúde(5), que também aponta um maior volume dos encaminhamentos para essa mesma especialidade, dentro do contexto geral do município. Esse dado reforça a necessidade de incentivos à prevenção em saúde do trabalhador e à orientação postural.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das informações obtidas e analisadas anteriormente, observa-se a necessidade de propostas de intervenção, visando a resolução dos problemas de saúde prevalentes na área de abrangência.

Uma primeira proposta de intervenção diz respeito à reorganização do processo de trabalho da unidade, considerando que as condutas adotadas pelos auxiliares de Enfermagem, na maioria das vezes, são de encaminhar o paciente para uma consulta médica (67,7%) ou a uma consulta com o Enfermeiro (17,8%), apontando o fluxo unidirecional centrado no atendimento médico.

Diante dos dados do estudo, refletimos sobre a possibilidade de ampliação dos serviços da unidade de saúde da família, através da utilização dos demais profissionais inseridos no fluxo do acolhimento, superando a prática tradicional, centrada na exclusividade da dimensão biológica, de modo que se amplie a escuta e se recoloca a perspectiva humana na interação entre profissionais de saúde e usuários, garantindo o

compartilhamento de saberes para um ganho na potência das diferentes categorias.

Verifica-se, também, a necessidade de elaborar as normatizações e capacitar a equipe para atuar sobre os problemas de saúde prevalentes e que, além disso, valorizem ações preventivas no ato de acolher, para que o mesmo deixe de ser apenas uma triagem ou uma pré-consulta, em que são aferidos alguns dados vitais e questionados os sinais e sintomas do cliente.

Além disso, é necessária maior capacitação de todos os funcionários que devem ser os responsáveis pelo acolhimento. Acredita-se que profissionais mais capacitados sejam capazes de fazer escolhas mais eficazes a respeito da conduta a ser adotada e saibam valorizar os demais profissionais da equipe, promovendo assim, a multidisciplinaridade e interdisciplinaridade.

Diante de um dos principais questionamentos em torno do acolhimento, que diz respeito a qual profissional da equipe deve pertencer a responsabilidade pelo ato de acolher, faz-se necessário repensar essa prática, promover discussões entre as equipes, valorizar outras experiências de acolhimento visando mudanças e adaptações com a finalidade de chegar-se a um modelo de qualidade, onde todos acolham, escutem, responsabilizem-se pelo problema e apresentem maneiras de solucioná-lo. Uma proposição seria a elaboração de protocolos orientados para uma intervenção multiprofissional, legitimando a inserção do conjunto de profissionais ligados à assistência, com identificação de risco pelos profissionais e com definição de prioridades.

Essa discussão é, no entanto, um substrato para a elaboração de propostas de intervenção, que não é um processo simples. O ideal é que haja o respaldo de outros setores além da saúde. Assim, as formações de vínculos entre unidades de saúde, associações comunitárias e projetos sociais, podem se tornar grandes incentivadoras, na medida em que buscam soluções para os problemas da comunidade, dentro da própria comunidade.

O outro nível de intervenção relaciona-se às queixas prevalentes, ou seja, o grupo de queixas respiratórias seguido das dermatológicas, gastrintestinais e ósteomusculares, cuja intervenção em nível comunitário seria a solução de melhor impacto, pois trabalha os condicionantes e determinantes desses problemas de saúde prevalentes. Essa medida amplia o campo da intervenção para além do biológico e incorpora a tecnologia da promoção da saúde.

A promoção da saúde é uma função essencial da saúde pública. A Carta de Otawa define promoção da saúde como "o processo de capacitação da comunidade para

atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação da comunidade no controle desse processo."^(8:19) A Carta de Otawa preconiza também cinco campos de ação para a promoção da saúde: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde.

Fundamentados nessas concepções, é que apontamos a necessidade de que sejam promovidas ações de saúde voltadas para intervir nos problemas de saúde da comunidade com proposição de um trabalho intersetorial que envolva os profissionais de saúde, as famílias, a escola, entre outros. O trabalho proposto sugere a discussão das queixas mais prevalentes, seus condicionantes e determinantes e, conseqüentemente, as formas de intervenção. Essa frente de trabalho visa "empoderar" a população para que ela tenha autonomia na solução das causas desses problemas. Assim, a ação intersetorial, o "empowerment" da população e a construção de alianças estão entre as frentes de trabalho que têm maior poder de resolutividade dos problemas de saúde encontrados neste estudo.

REFERÊNCIAS

1. Ramos DD, Lima MAD. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19(1): 27-34.
2. Malta DC. Buscando novas modelagens em saúde: As contribuições do projeto Vida e do Acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte [tese]. Campinas, São Paulo: UNICAMP; 2001.
3. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 1999; 15(2): 345-53.
4. Schimith MD; Lima MAD da S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(6):1487-94.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS – Política Nacional de Humanização, 2004. [Citado em: 09 set. 2005]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf.
6. Dalmaso ASW. Atendimento à demanda espontânea: pronto-atendimento e atividades programáticas. In: Scharaiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, Organizadores. *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec; 2000.
7. Viana MR, Organizador. *Atenção à saúde da criança*. Belo Horizonte: SAS/DNAS, 2004.
8. Brasil. Ministério da Saúde. *As cartas da promoção da saúde*. Brasília; 2002. [Citado em: 09 set. 2005]. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs/conf_tratados.html.

Recebido em: 22/02/2006

Aprovado em: 22/03/2006