

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

EDUARDA BERCKENBROCK BOLSONI

**ACESSO DOS USUÁRIOS AOS CENTROS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE
FLORIANÓPOLIS**

Florianópolis/SC

2017

EDUARDA BERCKENBROCK BOLSONI

**ACESSO DOS USUÁRIOS AOS CENTROS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE
FLORIANÓPOLIS**

Trabalho de Conclusão de Residência
Multiprofissional em Saúde da Família-
Universidade Federal de Santa Catarina
Orientadora Dra. Jussara Gue Martini

Florianópolis/SC

2017

Eduarda Berckenbrock Bolsoni

Título: ACESSO DOS USUÁRIOS AOS CENTROS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE
FLORIANÓPOLIS

Este trabalho de conclusão de curso foi julgado adequado para o título de Especialista e aprovada pela sua forma final no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina

Florianópolis, 21 de fevereiro de 2017

Prof Dra Mareni Rocha Farias
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:

Prof Dra Jussara Gue Martini

Prof Dra Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa

Prof Dr Jeferson Rodrigues

Esp Francisco Reis Tristão

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Bolsoni, Eduarda Berckenbrock

Acesso dos usuários aos Centros de Saúde do município de Florianópolis / Eduarda Berckenbrock Bolsoni ; orientadora, Jussara Gue Martini - Florianópolis, SC, 2017.

47 p.

Monografia (especialização) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Inclui referências

1. Saúde da Família. 3. Acesso aos serviços de saúde. 4. Atenção Primária a Saúde. 5. Centros de Saúde. I. Gue Martini, Jussara. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Residência Multiprofissional em Saúde da Família. III. Título.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi compreender como ocorre o acesso dos usuários aos Centros de Saúde do município de Florianópolis. Utilizou-se abordagem qualitativa por meio de pesquisa documental em relatório de gestão com base em um levantamento de informações desenvolvido pela Diretoria de Atenção Primária a Saúde no período de agosto a dezembro de 2015. Os resultados foram analisados por meio de três categorias: Formas de acesso aos Centros de Saúde, Atendimento a demanda espontânea e Atendimento a demanda programática. Os dados documentais demonstraram que os Centros de Saúde estão organizados para atendimento da demanda espontânea e demanda programática, com escuta qualificada além de estar em constantes espaços de reflexão como em reunião de planejamento e reunião de conselho local para melhoria do acesso à saúde. Contudo, alguns dados demonstraram que ainda ocorrem decisões centralizadas e relações verticais em relação às demandas vindas da população e profissionais e apresenta heterogeneidade no acesso aos Centros de Saúde do município de Florianópolis.

Descritores: Acesso aos serviços de saúde, Atenção primária a saúde, Centros de Saúde.

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	7
2	INTRODUÇÃO	8
3	METODOLOGIA	11
	3.1 Contexto de estudo.....	11
	3.2 Coleta de dados	12
	3.3 Análise dos dados	13
	3.4 Aspectos éticos	14
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	15
	4.1 Formas de acesso aos centros de saúde	15
	4.2 Atendimento a demanda programática	24
	4.3 Atendimento a demanda espontânea.....	32
5	CONCLUSÃO	42
6	REFERÊNCIAS.....	43
7	ANEXO I - AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS.....	47

1 APRESENTAÇÃO

A minha trajetória acadêmica na graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina trouxe uma abordagem teórica prática sobre o Sistema Único de Saúde e a Estratégia de Saúde da Família no decorrer do curso, assim, como despertou a minha afinidade com o assunto, por meio de oportunidades de atuação como bolsista no PET Saúde no Centro de Saúde Agrônômica, com estágio obrigatório na Atenção Básica e o Trabalho de Conclusão de Curso com o tema de consulta de enfermagem em saúde mental na atenção primária a saúde.

Destarte, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família como principal objetivo após a formação, iniciei com a pós-graduação no semestre seguinte. A escolha pela Residência não foi difícil, pois já estava convicta dos meus ideais no exercício profissional e da luta pela saúde pública de qualidade.

Contudo, no decorrer da Residência Multiprofissional em Saúde da Família emergiram reflexões que durante a graduação não haviam ficado tão claras, talvez pelo tempo em serviço, pela maturidade e crescimento profissional e pelas discussões teóricas do Programa. Estas reflexões tomavam meus pensamentos durante e após a carga horária no Centro de Saúde. Dentre elas, a Estratégia da Saúde da Família como principal porta de entrada para população, confrontava-me com a teoria, com as políticas e com cotidiano de trabalho.

As inquietações emergiram de forma gradual e a motivação pelo tema acesso dos usuários aos Centros de Saúde surgiu, sobretudo durante o estágio do primeiro ano de Residência em setores da gestão municipal, no meu caso, na Diretoria de Atenção Primária a Saúde, onde tive o conhecimento do relatório de gestão com um levantamento de informações de profissionais do município. Com o término do estágio, no retorno ao Centro de Saúde os questionamentos permaneceram, em relação às barreiras de acesso aos serviços, sobre a qualidade e integralidade do atendimento prestado e após contato com o setor da Diretoria de Atenção Primária a Saúde, orientadora e outros atores envolvidos como demais residentes, houve a decisão do assunto que será apresentado no trabalho a seguir.

2 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado através da lei 8.080/1990 que trata da saúde como direito fundamental do ser humano e dever do Estado. A garantia da saúde consiste em formular e executar políticas econômicas e sociais que visem redução de doenças e outros agravos assim como o estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços visando promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990).

Tendo como princípios do SUS: Universalidade, Integralidade e Equidade. A universalidade coloca o desafio da oferta de serviços e ações de saúde a toda população. Considera-se o acesso universal e efetivo as ações de saúde como um processo complexo e em constante construção. Na integralidade, atende-se a saúde em relação aos níveis de complexidade da Rede de Atenção em Saúde, buscando articulação entre os níveis para atingir sua maior resolutividade. A equidade visa diminuir as disparidades sociais e regionais presentes no nosso país, ou seja, ofertas distintas para necessidades diferentes em busca de igualdade (BRASIL, 2000).

A Portaria nº 648/2006 aprova a Política Nacional de Atenção Básica com o Programa de Saúde da Família e o Programa Agente Comunitários de Saúde considerada como estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil. Posteriormente, a Portaria é revogada pela Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011 com a necessidade de revisão das normas no momento atual com a chamada Estratégia de Saúde da Família.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (2011) são itens necessários à Estratégia de Saúde da Família: a existência de uma equipe multiprofissional com composição mínima de médico generalista ou especialista em Saúde da Família, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo acrescentar os profissionais de saúde bucal como cirurgião dentista generalista ou especialista em Saúde da Família e auxiliar ou técnico de saúde bucal (BRASIL, 2011).

Ainda, o número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) deve ser de um ACS para 750 pessoas e de 12 ACS no máximo por equipe de saúde da família, e cada equipe de saúde da família deve ser responsável por até 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, devendo ser considerado o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território,

quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe (BRASIL, 2011).

A Atenção Básica é desenvolvida com capilaridade e descentralização, para estar mais próxima da vida das pessoas e deve ser a porta de entrada preferencial e o principal meio de comunicação na Rede de Atenção a Saúde. Por isso, é fundamental que seja guiada pela universalidade, acessibilidade, vínculo, integralidade da atenção, equidade e participação social (BRASIL, 2012).

Destarte, a Estratégia de Saúde da Família como uma das prioridades do Ministério da Saúde, surgem avanços e desafios relacionados ao acesso, acolhimento, à capacidade de gestão e a coordenação do cuidado (BRASIL, 2013). Quando se trata de acesso, os limites e desafios a ser superados tratam de processo social de exclusão, com políticas públicas nem sempre condizentes com os segmentos sociais, além da desproporção da demanda e oferta existente e a desintegração entre os setores da Rede de Atenção a Saúde (ASSIS, JESUS, 2012).

De acordo com a Carteira de Serviços da Atenção Primária de Florianópolis, a organização do acesso em nível local deve considerar as características territoriais e necessidades da população, com a escuta qualificada como ferramenta que deve ser utilizada em todo o horário de funcionamento e por todos os profissionais de saúde do Centro de Saúde. Os atendimentos dos profissionais médicos, enfermeiros e dentistas devem estar organizados de modo que 50% da disponibilidade de horários em todos os turnos sejam destinados à demanda espontânea (FLORIANÓPOLIS, 2014).

O atendimento à demanda espontânea nos Centros de Saúde trata de atendimentos não agendados e deve se diferenciar do atendimento em unidade de pronto atendimento, pelo conhecimento prévio da população, atendimento multiprofissional, estabelecimento de vínculo e continuidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Já, a chamada demanda programática ou programada é caracterizada por agendamento prévio, como consultas de pré natal de baixo risco, realização de visita domiciliar, atendimento em grupo, atividades administrativas, entre outros (FRIEDRICH, PIERANTONI, 2006).

Tendo em vista, a importância da Atenção Primária à Saúde, destaca-se a organização em nível local de acesso aos Centros de Saúde, incluindo os horários oferecidos, os serviços

disponíveis e a qualidade do atendimento. O acesso facilitado e ampliado aos serviços de saúde favorece o vínculo do usuário e contribui para tempo e frequência da utilização dos mesmos (RAMOS, LIMA, 2003).

Assim, considerando que o acesso se constitui numa etapa importante da atenção à saúde, a pergunta de pesquisa é: Como ocorre o acesso dos usuários aos Centros de Saúde do município de Florianópolis por meio do relatório de gestão?

Objetivo geral

Analisar como ocorre o acesso dos usuários aos Centros de Saúde do município de Florianópolis, na percepção dos profissionais de acordo com relatório de gestão.

Objetivos específicos

Identificar as formas de acesso dos usuários aos serviços nos Centros de Saúde do município de Florianópolis.

Descrever como é a organização da demanda programática e espontânea das equipes de saúde da família nos Centros de Saúde do município de Florianópolis.

Identificar como acontece a divulgação para a população do fluxo de acesso e atendimentos.

Descrever os avanços e desafios para o acesso e consolidação dos princípios da Estratégia de Saúde da Família.

3 METODOLOGIA

O estudo busca compreender como ocorre o acesso dos usuários aos Centros de Saúde, a partir dos profissionais técnicos administrativos, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, auxiliares de saúde bucal, entre outros. Destaca-se a importância da visão destes profissionais que, na maioria das vezes, são os responsáveis pelo primeiro contato dos usuários com os serviços, seja por meio de telefone, recepção, informações, entre outros. Para tanto, optou-se pela pesquisa documental através de dados secundários disponibilizados pela Diretoria de Atenção Primária em Saúde - Prefeitura Municipal de Florianópolis.

A pesquisa documental é semelhante à pesquisa bibliográfica, a diferença entre ambas é a fonte. Enquanto a pesquisa bibliográfica faz uso da contribuição de vários autores, a pesquisa documental utiliza materiais que não receberam tratamento analítico, ou que ainda podem ser elaborados de acordo com o objetivo da pesquisa. Existem os documentos de “primeira mão” que não receberam análise, como cartas pessoais, diários, fotografias, entre outros. Ainda, há os documentos de “segunda mão” que de algum modo já houve tratamento analítico, como relatórios de pesquisa, relatórios de empresas, tabelas estatísticas, entre outros (GIL, 2002).

Neste estudo utilizamos o relatório de acesso produzido com base em um levantamento de informações desenvolvido pelo Departamento de Atenção Primária de Saúde no período de agosto a dezembro de 2015.

3.1 Contexto de estudo

O município de Florianópolis possui uma população estimada pelo IBGE no ano de 2016 de 477.798 habitantes. A rede municipal de saúde conta com duas Unidades de Pronto Atendimento que são localizados no Norte da Ilha e no Sul da Ilha, Policlínica Centro, Continente e Sul da Ilha, Centro de Atenção Psicossocial Infantil, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, Centro de Atenção Psicossocial II e a Vigilância Epidemiológica e Sanitária são organizadas por Distritos Sanitários (FLORIANÓPOLIS, 2016).

Além disso, possui 49 Centros de Saúde os quais são distribuídos em cinco Distritos Sanitários: Centro, Sul, Norte, Leste e Continente. Cabe salientar que o Distrito Centro conta com 6 Centros de Saúde, o Sul com 12 CS, o Distrito Norte com 11 CS, o Distrito Leste com 9 CS e o Continente com 11 CS (FLORIANÓPOLIS, 2016).

O município de Florianópolis é caracterizado por contar com equipes de saúde da família em todos os Centros de Saúde e com a implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) desde 2010. Atualmente o NASF é constituído por doze equipes compostas de pediatras, psicólogos, fisioterapeutas, psiquiatras, assistente social, farmacêuticos, profissionais de educação física, nutricionistas, entre outros (FLORIANÓPOLIS, 2010).

O presente estudo foi realizado no município de Florianópolis – Santa Catarina, devido ao vínculo que a pesquisadora obteve durante o curso de graduação em Enfermagem, com a parceria nos estágios entre Universidade Federal de Santa Catarina e Prefeitura Municipal de Florianópolis e na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Além disso, houve o contato com a Diretoria de Atenção Primária durante o estágio de gestão realizado durante o curso de residência, onde foi apresentada ao relatório, despertando reflexões e interesse do setor e pesquisadora em aprofundar o assunto sobre acesso aos centros de saúde em Florianópolis.

3.2 Coleta de dados

3.2.1 Relatório de gestão

Os dados são advindos de questionários realizados pela Diretoria de Atenção Primária em Saúde possuíam dezoito a vinte questões, sendo os questionários de vinte questões respondidos apenas pelos Agentes Comunitários de Saúde, pois era sobre o processo de trabalho dos mesmos.

As questões abordaram características do agendamento de consulta, o atendimento em demanda espontânea, atendimento realizado pela equipe de saúde da família, organização do trabalho em caso de ausência de membro da equipe, sobre limitação de vagas e tempo de espera dos usuários no Centro de Saúde. Assim como, atendimento para pessoas que não são do território de abrangência, organização da agenda dos profissionais, funcionamento do Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF), horário de funcionamento de setores, fluxos de atendimento e divulgação ao usuário e espaços para discussão sobre o acesso ao Centro de Saúde.

Os participantes foram 82 profissionais de 40 Centros de saúde do município, dentre eles 32 agentes comunitários de saúde, 28 técnicos administrativos, 13 técnicos de

enfermagem, 3 estagiários de enfermagem, 3 auxiliares de saúde bucal e 3 coordenadores do Centro de Saúde.

A partir dos questionários, os dados foram organizados em tabelas e com codinomes conforme o distrito sanitário, e posteriormente, as tabelas foram sintetizadas em documentos textuais nomeados pelos distritos sanitários, sendo assim o Distrito Sanitário Centro foi chamado de DS Centro, o leste DS Leste, o Norte DS Norte, o Sul, DS Sul e o Continente DS Continente e nomeados de acordo com a ordem numérica dos Centros de Saúde.

3.3 Análise dos dados

A análise dos dados seguiu três pólos cronológicos da análise de conteúdo recomendados por Bardin (2010):

Pré-análise – É a fase de organização propriamente dita, um período de intuições, com objetivo de sistematizar e conduzir as ideias iniciais, num plano de análise. Geralmente este pólo cronológico possui três missões: escolha dos documentos a serem submetidos à análise, formulação de hipóteses, dos objetivos e elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final.

Nesta etapa realizamos a leitura dos relatórios, registros e destaque dos dados significativos para problematização do tema em estudo.

Exploração do material- Não é mais do que a aplicação sistemática das decisões tomadas, consiste em operações de codificação, decomposição ou enumeração.

Deste modo, os dados foram organizados em tabelas com codinomes conforme os distritos sanitários representados.

Tratamento dos resultados obtidos e interpretação- Nesta etapa ocorre a síntese e seleção dos resultados, inferências e interpretação podendo ser para utilização dos resultados de análise com fins teóricos ou pragmáticos ou outras orientações para nova análise.

Sendo assim, as tabelas foram sintetizadas em documentos textuais para apresentação dos dados e após realização da leitura, foram interpretados e decodificados, gerando três categorias: Formas de acesso aos Centros de Saúde, Atendimento a demanda programática e Atendimento a demanda espontânea para análise do conteúdo aliado à literatura atual.

3.4 Aspectos éticos

Os aspectos éticos seguiram a Resolução nº 466/12, que aprova as diretrizes e normas de pesquisa que envolve seres humanos, descrevendo termos e definições, disposições preliminares, aspectos éticos da pesquisa, processo de consentimento livre e esclarecido, riscos e benefícios, protocolo de pesquisa, Comitês de Ética em Pesquisa (CEP), Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), procedimento de análise ética, pesquisador responsável, resolução, normas específicas e disposições finais.

O estudo foi realizado por meio de pesquisa documental, para tanto foi obtida autorização da Diretoria de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (Anexo 1) e a disponibilização dos documentos para análise.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Formas de acesso aos centros de saúde

O acesso aos serviços de saúde é um conceito complexo e necessita de análise nas dimensões política, econômico- social, organizacional, técnica e simbólica visando a resolubilidade e equidade em relação às necessidades de saúde. Quando falamos da dimensão política trata-se de pactuações entre instâncias, como Estadual e Municipal e participação social. Na econômica- social é necessário refletir investimentos na rede pública, nos níveis de complexidade, barreiras econômicas, culturais, sociais e físicas. Na dimensão organizacional, a qual mais será abordada neste trabalho, indica sobre as portas de entrada, fluxo do atendimento e regulação. Na dimensão técnica sobre a integralidade da atenção, acolhimento, vínculo, entre outros. Por fim, a simbólica, trata-se do processo saúde- doença, cultura, crenças, valores e subjetividade (ASSIS, JESUS, 2012).

Tendo em vista, o acesso como contexto complexo e com diversas dimensões é necessário analisar e considerar as barreiras e facilitadores no caráter organizacional, como o tempo de espera para o atendimento, o horário de funcionamento do Centro de Saúde, entre outros que serão descritos abaixo.

4.1.1 Tempo de espera no Centro de Saúde para atendimento

Segundo Brandão (2013), o tempo de espera foi o item mais mencionado quando realizada a avaliação da atenção básica na perspectiva dos usuários da Estratégia de Saúde da Família do município do Rio de Janeiro.

Quando se trata de acesso aos serviços de saúde, destacam-se as significativas diferenças entre regiões e municípios brasileiros. No município de Florianópolis, de acordo com as falas dos profissionais, o tempo de espera pode variar conforme o Centro de Saúde:

O tempo de espera varia de 5 minutos a 2 horas. (DS Continente 1, DS Continente 2)

Em média 1 hora. (DS Centro 2)

Cerca de 30 a 35 minutos. (DS Centro 2)

Se o paciente chega de manhã é atendido de manhã e se chega à tarde, é atendido de tarde, é atendido no mesmo turno. (DS Continente 8)

Alguns profissionais destacaram o atendimento preferencial:

Idoso com idade avançada tem prioridade no atendimento. (DS Sul 4)

Outros citaram a forma como é definido o tempo de espera do usuário:

É realizada classificação de risco. (DS Leste 1)

A adoção da avaliação/classificação de risco é uma estratégia importante para a garantia de acesso com equidade, possibilitando identificar as situações de maior urgência para realizar as intervenções e o tempo que as intervenções devem ocorrer. Na atenção básica, de forma geral, não é necessário adotar padrões de tempo rígidos, exceto em situações urgentes. No entanto, em algumas situações é necessário haver priorização do atendimento para redução do sofrimento da pessoa, considerando o risco e a vulnerabilidade (BRASIL, 2012).

Segundo a Carteira de Serviços do município de Florianópolis o serviço deve ser organizado de forma que o tempo de espera para atendimento no Centro de Saúde seja de até 30 minutos (FLORIANÓPOLIS, 2014).

O tempo de espera foi descrito de maneira heterogênea no município de Florianópolis e também nos distritos sanitários. Apesar da recomendação da Carteira de Serviços nem sempre o tempo estimado é de até 30 minutos e houve a descrição de atendimento preferencial para idosos e classificação de risco para espera de acordo com a necessidade. No entanto, não houve padronização entre os Centros de Saúde em relação ao tempo, atendimentos preferenciais e até mesmo, em protocolos de classificação de risco.

É importante que os profissionais de saúde e gestores estejam atentos ao tempo de espera dos usuários nos serviços de saúde, pois além de estar relacionado a fatores como satisfação do usuário no serviço, vínculo com a equipe de saúde, ainda, destaca-se a importância do atendimento no tempo certo e com qualidade conforme a necessidade do usuário visando o acesso igualitário.

4.1.2 Atendimento para usuários que não pertencem ao território

A Atenção Básica é exercida de acordo com práticas de cuidado e gestão sob forma de trabalho em equipe, dirigidas à população de territórios definidos, pelos quais recebem responsabilidade sanitária, considerando a dinâmica existente no território onde vivem essas populações (BRASIL, 2012).

Os registros sobre o atendimento nos Centros de Saúde para os usuários que não são moradores do território apresentam informações a seguir:

O mesmo fluxo dos pacientes do bairro para primeiro atendimento, depois encaminha para serviço de origem. (DS Centro 1)

Atende urgência e emergência no acolhimento. (DS Centro 2)

Encaminha para serviço de referência, Unidade de Pronto Atendimento ou Hospital Universitário. (DS Centro 2)

Encaminhado para serviço de origem se não for urgência, se for urgência nunca mandar embora. (DS Centro 3)

De acordo com conversa com equipe. (DS Centro 4)

Se trabalhar no território atende normalmente. (DS Centro 6)

Fluxo específico (vacina, curativo e acolhimento) atende. (DS Centro5)

Precisa apresentar declaração que mora no território. (DS Centro 6)

Não atende, orienta procurar Unidade Básica de Saúde de referência. (DS Leste 2)

Mesmo fluxo dos demais pacientes. (DS Continente 6, DS Continente 7, DS Leste 5)

A Constituição Federal do Brasil de 1988, no artigo 196, descreve a saúde como direito de todos e dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A Política Nacional de Atenção Básica descreve a atenção básica como exercício de práticas gerenciais e sanitárias, sob a forma de trabalho em equipe e é orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade e da equidade (BRASIL, 2007).

Segundo a Carteira de Serviços da Atenção Primária de Florianópolis é de responsabilidade do Centro de Saúde garantir o acolhimento com avaliação de risco e se for necessário, o primeiro atendimento às pessoas que não pertencem ao território de abrangência, com registro e encaminhamento adequado do usuário para o Centro de Saúde/ equipe da área que reside (FLORIANÓPOLIS, 2014).

Corroborando com as Políticas Federais e a Carteira de Serviços do município, destaca-se que a Atenção Básica é organizada por território de abrangência para planejamento de ações, conhecimento da população adstrita, contudo, a população que não pertence ao território conforme o princípio da universalidade deve ser atendido, geralmente no primeiro

atendimento para posteriormente, verificar tomada de decisões, conforme necessidade da pessoa e com encaminhamento por escrito para demais serviços de saúde.

4.1.3 Atendimento pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) também é considerado uma forma de acesso aos Centros de Saúde, pois é composto por equipes de profissionais de diversas áreas de conhecimento que devem atuar com integração e apoio aos profissionais das Equipes de Saúde da Família, compartilhando as práticas e saberes nos territórios sob responsabilidade mútua (BRASIL, 2011).

O compartilhamento de práticas e saberes pode ocorrer pelo apoio matricial ou matriciamento, um dos modos de realizar a atenção em saúde de forma compartilhada configurando-se em duas dimensões: técnica pedagógica e assistencial. Na dimensão técnica pedagógica estão incluídas as ações entre as equipes vinculadas e profissionais do NASF, atendimentos compartilhados, reunião de matriciamento, discussão de temas e ações coletivas compartilhadas, entre outros (Biblioteca Virtual em Saúde, 2015). Como descrito a seguir:

Matriciamento com a equipe. (DS Centro 1,2, 4, 5)

Atendimento em grupo. (DS Continente 2)

Já as ações relativas à dimensão assistencial do apoio matricial estão ligadas às intervenções diretas dos profissionais do NASF com os usuários, tais como atendimentos individuais ou atividades coletivas de cada categoria que o compõe (Biblioteca Virtual em Saúde, 2015). Conforme os relatos abaixo:

Educação física realiza grupos educativos, pediatra é encaminhado diretamente. (DS Continente 4)

Encaminhamento na pasta por área, orientações para os usuários do dia que o profissional vai estar na unidade. (DS Continente 6)

Farmacêutico atende por demanda espontânea uma vez na semana. (DS Continente 8)

Assistente social acontece o agendamento direto. (DS Continente 9)

Fisioterapia agenda conforme encaminhamento, o restante através do matriciamento. (DS Leste 1)

Com a nutrição o encaminhamento pode acontecer pelo grupo. (DS Sul1)

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família foram implantados tendo como objetivo ampliar as ações e a resolubilidade na Atenção Básica, entretanto, a organização neste âmbito de atenção deve promover uma atenção que contribua para o cuidado integral aos usuários do Sistema Único de Saúde, com auxílio à maior capacidade de análise e intervenção sobre problemas e necessidades de saúde da população do território (Biblioteca Virtual em Saúde, 2015).

Sendo assim, o Núcleo de Apoio a Equipe de Saúde da Família (NASF) e Equipe de Saúde de Família (ESF) devem atuar de forma compartilhada, tendo como principal ferramenta as trocas de saberes e discussões de casos. Para isso, é importante que a organização do processo de trabalho possibilite diálogo permanente entre a ESF e o NASF, para que os matriciamentos considerem a responsabilidade mútua e viabilizem reflexões e apoio resolutivo.

4.1.4 Funcionamento dos setores como vacina, farmácia, curativo durante todo o período de abertura do Centro de Saúde

O acesso na Atenção Primária a Saúde pode estar relacionado a diversos fatores, como localização da Unidade Básica de Saúde, a disponibilidade dos horários e os dias de atendimento, assim como a percepção da população em relação a estes aspectos (ASSIS, JESUS, 2012). Além do horário de funcionamento ser um dos critérios de avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que foi lançado em 2011, e tem o objetivo de incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território (PMAQ, 2016).

De acordo com a Carteira de Serviços do município de Florianópolis o horário de funcionamento oficial dos Centros de Saúde é das 8h às 12h e das 13h às 17h, com exceção de alguns Centros de Saúde que podem funcionar com horário estendido de acordo com característica local e decisão do gestor. Além disso, todo Centro de Saúde deve dispensar medicamentos essenciais durante todo o seu horário de funcionamento (FLORIANÓPOLIS, 2014).

De acordo com os resultados no relatório de gestão a sala de imunização foi o setor mais citado como fechamento prévio ao do horário definido do Centro de Saúde:

A sala de vacina variou o fechamento de 5 minutos a 30 minutos antes do horário de funcionamento. (DS Centro 1, DS Centro 3, DS Centro 6, DS Sul 1)

Alguns relatos não especificaram o tempo de funcionamento, mas afirmaram horários reduzidos:

Marcação SISREG não abre durante todo o período. (DS Centro 2)

Vacina fecha um “pouquinho” antes. (DS Centro 3)

Foram citados outros setores dos Centros de Saúde como:

Farmácia e vacina fecham 10 minutos antes de cada período. (DS Continente 4)

Vacina e curativo funciona das 8h15 as 16h45. (DS Continente 3)

Ainda demonstrou-se a heterogeneidade de estrutura e funcionamento de acordo com o local:

Farmácia das 08h às 10h e das 15h às 17h devido à falta de funcionários. (DS Leste 1)

Curativo e retirada de pontos só a partir das 10h às 16h30 por falta de espaço. (DS Sul 6)

Não tem sala de vacina. (DS Continente 2)

Não há salas, o usuário é encaminhado. (DS Leste 6)

Além disso, descreveu-se o horário de funcionamento dos setores em todo o período:

Funcionamento durante todo o período. (DS Centro 5, DS Norte 1, DS Norte 2, DS Norte 3, DS Norte 4, DS Norte 5, DS Norte 6)

Mesmo com a ampliação da cobertura da Equipe de Saúde da Família existem desafios que comprometem a Atenção Primária à Saúde como entrada preferencial do sistema, alguns deles relacionados ao funcionamento limitado ao horário de trabalho dos usuários, não funcionamento aos finais de semana, entre outros (BRASIL, 2011).

Conforme a Prefeitura Municipal de Curitiba (2014), a Atenção Primária forte e resolutiva depende principalmente do acesso facilitado, em que a pessoa está vinculada a sua equipe, que consiga o atendimento que precisa e no horário mais adequado.

Os dados demonstram divergências de informações sobre o funcionamento dos setores, o que pode estar relacionado às características da população adstrita, dos profissionais, da infraestrutura e até mesmo da gestão local. No entanto, destaca-se a importância de padronização do horário de funcionamento dos setores nos Centros de Saúde

como fator de acesso dos usuários a esses serviços, para que não ocorra uma informalidade no horário de atendimento e assim, diferença de acesso entre os usuários do mesmo território ou do município.

O horário de funcionamento pode ser uma das barreiras para entrar no serviço, para que isso não ocorra, é necessário que a população conheça e participe dos horários de atendimento, por meio de informações e troca com os profissionais, participação popular, materiais expostos nos Centros de Saúde, visando assim a longitudinalidade do cuidado, a promoção da saúde, reabilitação e prevenção de doenças.

4.1.5 Informação ao usuário do fluxo de acesso e atendimento (agendamento, grupos)

Os dados demonstraram alguns meios para informação sobre o fluxo de acesso e atendimento nos Centros de Saúde:

Folder informativo trimestral entregue pelos Agentes Comunitários de Saúde. (DS Centro 1)

Agentes Comunitários de Saúde, cartazes e mosquitinhos. (DS Continente 1)

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é destaque nas falas dos profissionais quanto às orientações e a integração entre a equipe de saúde da família e a população.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (2011) as atribuições do Agente Comunitário de Saúde são orientar as famílias sobre os serviços de saúde disponíveis e desenvolver atividades que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adstrita à Unidade Básica de Saúde (UBS).

Além disso, os meios eletrônicos também são citados:

Video que é transmitido na recepção com autoria dos profissionais. (DS Continente 3)

Telefone, e-mail por equipe. (DS Sul 1)

Equipe, Facebook, Cartaz, Jornal informativo do bairro. (DS Sul 5)

De acordo com a Prefeitura Municipal de Curitiba (2014) estudos apontam a possibilidade do contato não presencial entre a população e sua equipe de saúde como aumento de acesso e vínculo por telefone e e-mail, trazendo vantagens como agilidade no agendamento de consultas, fornecimento de informações, entre outros.

Ainda, os espaços de participação social foram abordados como meio de informação para população:

Reunião do conselho local. (DS Sul 3)

Os Conselhos Locais de Saúde (CLS) são órgãos colegiados deliberativos de caráter permanente com objetivo de formular estratégias e fiscalizar a operacionalização da política de saúde, inclusive nos aspectos financeiros e econômicos, além de aproximar os usuários da dinâmica dos serviços de saúde (Biblioteca Virtual em Saúde, 2010).

Segundo a Resolução 010/2008 o Conselho Local de Saúde é o órgão consultivo do SUS (Sistema Único de Saúde), na área de abrangência com relação direta à hierarquia do Conselho Municipal de Saúde, com atuação nos níveis de planejamento local, avaliação da execução e controle social dos serviços de saúde ou relacionados à saúde, colaborando na definição de metas a serem cumpridas na área de abrangência da unidade de saúde (Prefeitura Municipal de Florianópolis, 2008).

De acordo com a Carteira de Serviços da Prefeitura Municipal de Florianópolis, os Centros de Saúde devem disponibilizar obrigatoriamente em locais visíveis: o horário de atendimento do Centro de Saúde, mapa da área de abrangência com lista de ruas, população geral por equipe/área, identificação dos membros da equipe e dos profissionais do Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF), formas de agendamento e acesso do usuário ao Centro de Saúde/Equipe, indicadores acompanhados, contato da ouvidoria e os serviços disponíveis (FLORIANÓPOLIS, 2014).

Tendo em vista, o usuário como participante do serviço de saúde, é essencial que o mesmo conheça o funcionamento da rede de atenção à saúde, principalmente o Centro de Saúde, por meio de materiais expostos, redes sociais, profissionais de saúde e Agentes Comunitários de Saúde, entre outros. Além disso, tenha voz e vez nos espaços coletivos do Centro de Saúde para que possa conhecer e compreender os fluxos, mas também se expressar e reivindicar por condições adequadas da saúde.

4.1.6 Demandas da população trazidas pelos Agentes Comunitários são atendidas pela equipe

O Agente Comunitário de Saúde é importante integrante para que a equipe de saúde conheça a realidade da comunidade e, assim, identifique as principais necessidades da população e a realização do diagnóstico de saúde, o planejamento e execução das ações (BRASIL, 2009).

No que se refere às necessidades da população, os dados apontados no relatório descrevem espaços facilitadores para a troca entre os membros da equipe como reunião de equipe, reunião de planejamento e conselho local de saúde:

Sim, pela reunião de equipe e conselho local de saúde. (DS Centro 4)

Em espaços como reunião da equipe, reunião mensal. (DS Continente 2)

Dentre as atividades que a equipe de saúde da família desenvolve, a reunião de equipe é considerada de grande importância por ser um espaço de discussão coletiva do trabalho, nele definem e refletem sobre ações e intervenções no território, comunidade e/ou equipe, ou seja, propicia o pensamento e a tomada de decisões em conjunto (CRUZ, 2008).

Outro relato trouxe que as demandas da população não são atendidas pelas equipes:

Não. (DS Centro 2)

A grupalidade da equipe determina o maior ou menor êxito nas ações empreendidas e efeitos na comunidade. Sendo assim, outros fatores que interferem no êxito, como se as reuniões de equipe são burocratizadas, se as relações são horizontais ou verticais, a possibilidade de discutir em grupo, ou “quem tem juízo, obedece”. Aprendemos que as reuniões quentes e as relações horizontais fortalecem a equipe e transformam o trabalho, criam suporte para enfrentar os desafios, motivações para o trabalho e a criação de espaço para dividir angústias e sofrimentos (CRUZ, 2008).

Além disso, a reunião de equipe é descrita como espaço para execução de serviços burocráticos, como separação de resultados de exames, troca de receitas, preenchimentos de fichas, entre outros (CRUZ, 2008), como no relato a seguir:

Sim, quando necessário é marcada consulta e visita domiciliar. (DS Centro 5)

Muitas vezes, sabemos que esse é o espaço e tempo para organização dos serviços burocráticos, entretanto, é essencial que esse momento seja de provocar pensamentos questionadores, valorização do indivíduo e grupo e de forma coletiva realizar o planejamento das ações (CRUZ, 2008).

Em relação à demanda da população trazida pelos Agentes Comunitários de Saúde, houve destaque para oportunidades de espaço para troca entre os profissionais como reunião de equipe, reunião mensal e conselho local de saúde. Contudo, é necessário salientar que para ocorra a reflexão e resolutividade das demandas conforme cada situação, as reuniões e o

processo de trabalho devem ser baseados em relações horizontais, trabalho multiprofissional e planejamento coletivo.

4.2 Atendimento a demanda programática

A Estratégia em Saúde da Família tem como um dos principais desafios o processo de trabalho baseado em planejamento de ações e como o objetivo de reorganizar a demanda da população e promover a saúde e prevenir agravos de forma longitudinal. Por isso as agendas dos profissionais são organizadas de maneira programada para visitas domiciliares, atendimentos individuais, coletivos e procedimentos (VELLOSO, 2012).

Sendo a demanda programática aquela que tem agendamento prévio e que é um instrumento de ação quando se trata da rede de Atenção Primária à Saúde pautada em ações preventivas (FRIEDRICH; PIERATONE, 2006).

4.2.1 Marcação de consultas

Ao abordar a periodicidade com que o agendamento acontece, o relatório indica:

Marcação diária. (DS Centro 4, DS Centro 5, DS Continente 3, DS Continente 6, DS Leste 1)

Marcação quinzenal. (DS Continente 9)

Ainda, descreveram algumas particularidades na periodicidade do agendamento de acordo com faixa etária ou situação de saúde:

Marcação semanal acontece para população em geral, Marcação diária para grupo prioritário (idoso, criança, gestante). (DS Centro 1, DS Centro 3, DS Centro 6)

Agendamento para grupo prioritário (idosos, gestantes, hipertensos, criança, diabetes), as demais demanda espontânea. (DS Sul 1, DS Sul 2, DS Sul 6, DS Sul 7, DS Sul 10)

Não existe marcação de consulta para população apenas para grupo prioritário (idoso, gestante, criança). (DS Centro 2, DS Centro 6)

Marcadores são agendados, os demais vêm em acolhimento (4 vagas no período). (DS Continente 7)

A marcação de consultas é a partir de demanda espontânea, diariamente as crianças até dois anos, gestantes e os idosos conseguem marcar consulta diretamente na recepção. (DS Norte 1)

A marcação de consultas por outro meio que não o presencial também foi descrita no relatório:

Equipe única, a marcação é feita semanal via telefone apenas (forma de agendamento solicitada pela população). (DS Norte 2)

Outro profissional refere que a demanda programática pode ocorrer a partir da demanda espontânea:

Por demanda espontânea. (DS Continente 1)

Em Florianópolis diversas Unidades Básicas de Saúde trabalham com agenda de consulta para o mesmo dia, dia seguinte ou no máximo em uma semana (PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA, 2014).

O estudo de 1999, da *Kaiser Family Foundation*, com adultos menores de 65 anos encontrou que 27% das pessoas com problemas de saúde tinham dificuldade em obter acesso apropriado ao profissional de saúde. 40% das visitas às emergências não são urgentes e muitas pessoas procuram as emergências pela dificuldade em acessar as consultas na atenção primária à saúde. Muitas unidades básicas de saúde estão com sobrecarga na agenda dos profissionais, gerando estresse e insatisfação nos profissionais que atuam na administração, na equipe e no usuário (PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA, 2014).

De acordo com Murray e Berwick (2003) apud Prefeitura Municipal de Curitiba (2014) para redução de filas e espera na Atenção Primária a Saúde é preciso evitar pré agendamentos prolongados, pois pode gerar falta do paciente, consulta em outro local ou na Unidade Básica antes da data e demandas diferenciadas. Ainda, a equipe precisa estar mais voltada para as necessidades da população e com acesso menos burocratizado e definir quanto tempo será necessário para a consulta pré-agendada, considerando que esta se dará no máximo em uma semana.

O tempo entre o agendamento e o atendimento é um importante fator a ser analisado, além do tempo de duração das consultas que pode variar de acordo com a complexidade da demanda ou mesmo da característica do usuário e profissional.

Segundo a Prefeitura Municipal de Curitiba (2014) é preciso refletir sobre as necessidades das pessoas que procuram a Atenção Primária à Saúde, pois as demandas são diferentes e para isso os tempos de consultas precisam ser diferentes também. São prudentes

atendimentos mais rápidos para problemas pontuais e atendimentos mais longos para casos mais complexos, procedimentos e visitas domiciliares de acordo com cada situação.

4.2.2 Casos como renovação de receita, atestado de saúde, exame de rotina

Em relação aos fluxos para renovação de receita, solicitação de atestado de saúde ou mesmo exames considerados de acompanhamento acontecem pela demanda programática, descrito como:

Agendamento de consulta. (DS Centro 1)

É necessário agendamento de consulta. (DS Continente 2)

Pode agendar, mas se tiver urgência passa por acolhimento. (DS Sul 8)

Alguns relatos descreveram a demanda espontânea como fluxo:

Acolhimento. (DS Centro 2, DS Centro 4, DS Centro 6)

Horário de acolhimento, exceto renovação de receita que passa pela farmácia. (DS Leste 1)

Foram descritas também, outras situações e fluxos para as demandas:

Para renovar receita, deixar na “caixinha” na recepção. (DS Centro 5)

Receita vencida deixa na recepção e é renovada posteriormente. (DS Continente 4)

Receita fica na recepção e a pessoa pega uma semana depois, se for urgente a enfermeira renova na hora, para exames de rotina consulta na hora ou agenda. (DS Continente 6)

Neste registro, demonstra-se o fluxo informal que ocorre no Centro de Saúde:

Depende da situação. (DS Continente 9)

Em relação à renovação das receitas de medicamentos de uso contínuo, muitas vezes são realizadas para os usuários com doenças crônicas. Uma das doenças crônicas comuns na Atenção Básica é a diabetes. Os usuários que vivem esta situação devem ser acompanhados de acordo com as necessidades gerais previstas no cuidado integral e longitudinal com apoio ao estilo de vida, controle metabólico e prevenção de complicações (BRASIL, 2013).

A procura dos usuários em busca de atestado e renovação de receitas evidencia casos não urgentes, que necessitam de agendamento, pois há necessidade de uma avaliação criteriosa do caso e com certo tempo do profissional. No entanto, é necessário que as

consultas ocorram na maioria das vezes em um período curto de tempo. Corroborando com o Ministério da Saúde quando afirma que é necessário o planejamento das ações, incluindo a criação de fluxograma para o atendimento do usuário não agendado (ROSOLIN, 2014).

As situações aguda e não aguda, para fins de visualização e comunicação, podem ser representadas por cores, como por exemplo, o protocolo de classificação no serviço de urgência, considerando a vulnerabilidade e criação de vínculo caracterizado pela Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2013).

Considerando que a análise de confiabilidade é prejudicada pela imprevisibilidade do comportamento dos trabalhadores em sistemas complexos, como sistema de saúde (JATOBA, 2014).

É necessário que existam fluxos de atendimento nos Centros de Saúde para as demandas mais frequentes da população, como as citadas acima, renovação de receitas, solicitação de exames complementares, entre outros. Tendo em vista, a padronização as informações e compreensão dos profissionais e usuários de acordo com a realidade do município visando à confiança da população e organização dos profissionais em relação à entrada preferencial do sistema de saúde.

4.2.3 Organização da agenda dos profissionais

Quanto à gestão das agendas de atendimento individual, alguns registros destacam “grupos prioritários” para marcação:

Agenda por grupos prioritários (idoso, gestante, criança). (DS Centro 1, DS Centro 2, DS Centro 6)

Marcadores (preferenciais), preventivo, urgência. (DS Centro 3)

Vagas prioritárias (idoso, gestante, crianças), mas agenda aberta para todos. (DS Centro 5)

Agenda organizada por marcadores, a cada 3 meses abre a agenda. (DS Continente 7)

Agendamento por marcadores, crianças até 1 ano e 6 meses (outros conforme queixas). (DS Leste 1)

Em outras situações, é descrita a marcação da agenda através da demanda espontânea:

Encaminhada do acolhimento. (DS Centro 5)

Até mesmo, situações para a população em geral:

A marcação ocorre por ordem de chegada. (DS Sul 1)

De acordo com Brasil (2013) a agenda programada para grupos específicos abrange o atendimento nas ações programáticas, cujo período de acompanhamento deve ser baseado na avaliação de risco e vulnerabilidade. Essas pessoas não devem concorrer a vagas no acolhimento, sendo necessário que já saiam de uma consulta com a marcação de seu retorno.

Destarte, que se trata de oferta e não de um formato de agenda que certamente dá certo. Não é aconselhável manter uma programação de consultas segundo categorias ou grupos, pois pode ocorrer variação de demandas e de situações epidemiológicas (BRASIL, 2013). Sendo assim, a faixa etária, ações específicas como pré-natal e puericultura e doenças podem ser utilizadas como critérios para avaliação das equipes, mas não para organização dos serviços de maneira isolada (NORMAN, TESSER, 2015).

Dado isto, a demanda programática e a organização da agenda pode ser por grupos como gestante, crianças, entre outros, no entanto, a população que não pertence a um desses grupos não deve ficar sem acompanhamento de saúde, incluindo-a nas vagas para equipe. Destacando a importância da saúde da família no acompanhamento das pessoas pertencentes ao território em todas as faixas etárias.

4.2.4 Formas de agendamento ou informações além do presencial

Os agendamentos por telefone foram descritos para alguns grupos:

Agendamento por telefone para idosos. (DS Centro 1, DS Centro 2, DS Centro 4, DS Centro 6)

Agendamento por telefone para idosos e gestantes. (DS Centro 2)

Agendamento pelo telefone para idosos e informações todas as idades. (DS Continente 2)

Além do uso do telefone, alguns relatos trouxeram o uso de tecnologias como:

Informações via e-mail e telefone. (DS Centro 4)

E-mail por equipe de saúde da família e telefone do CS. (DS Continente 5)

1 equipe tem e-mail, WhatsApp e telefone. (DS Sul 8)

Uma das áreas é diferente, passa algumas informações pelo telefone e possui e-mail interno. (DS Continente 6)

Existem canais alternativos de acesso ou comunicação às equipes de saúde da família como telefone por equipe, e-mail por equipe, cartão de visita por equipe, equipe multiprofissional, blogs, agentes comunitários de saúde e web site do centro de saúde (NORMAN, TESSER, 2015).

A agilidade na comunicação dos usuários com a equipe é fundamental, por exemplo, via e-mail, telefone e agentes comunitários de saúde. Com isso, há aumento de vínculo e diminuição na pressão sobre a agenda, pois muitas orientações e diálogos podem ser realizados por meios de comunicação que são raramente utilizados na Atenção Primária a Saúde no Brasil (NORMAN, TESSER, 2015).

As informações e agendamentos realizados por meios eletrônicos podem ser potenciais a serem desenvolvidos de maneira gradual para a agilidade e efetividade no acesso aos serviços de saúde, considerando a distância e os horários de funcionamento dos Centros de Saúde e as jornadas de trabalho dos usuários.

4.2.5 Fluxos de saúde bucal

As ações de saúde bucal compõem as relações interpessoais no cotidiano das equipes de saúde da família, e tem o objetivo do cuidado e a melhoria da qualidade de vida dos usuários (RODRIGUES, ASSIS, 2005).

De acordo com Rodrigues e Assis (2005) quando a equipe de saúde bucal organiza o seu processo de trabalho, a marcação de consulta, periodicidade de atividades nas escolas, reflete o caráter individual da profissão, no entanto, é importante refletir a demanda e acesso da população a esses serviços.

Quanto ao fluxo relacionado à saúde bucal, os relatórios descrevem a organização através da demanda programática, em períodos diversos, como semanal, diário, quinzenal e com número de vagas especificadas:

Agendamento semanal (6 vagas por semana). (DS Centro 1, DS Centro 3)

Agendamento diário (grupo prioritário). (DS Centro 3)

Marcação quinzenal, com 10 a 14 vagas com retorno. (DS Leste 6)

Agendamento livre no balcão. (DS Sul 2)

Para consulta o agendamento é semanal, retorno agendado, grupo mensal de saúde bucal, visitas nas escolas e creches. (DS Sul 3)

Outros profissionais relatam a demanda espontânea como parte do processo de trabalho:

Livre demanda, crianças têm um dia na semana (quarta-feira). (DS Centro 5)

Cada semana tem um número específico, tem vaga para acolhimento. (DS Continente 2)

Todos os dias, duas vagas de acolhimento por período e agenda retorno se necessário. (DS Leste 3)

Acolhimento (6 vagas) no período. (DS Sul 2)

Conforme a Política Nacional de Saúde Bucal (2004) os princípios norteadores das ações, encontram-se: gestão participativa, ética, acesso, acolhimento, vínculo e responsabilidade profissional. O acesso é caracterizado pela atenção a demanda, realizando ações coletivas e individuais e assumindo a responsabilidade da saúde da população de um determinado espaço geográfico, priorizando casos de dor, sofrimento e infecção.

Segundo a Política Nacional de Saúde Bucal (2004) para a atenção em saúde bucal é necessária criação de fluxos que impliquem em ações resolutivas nas equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender, encaminhar (referência e contra referência) e acompanhar. O usuário precisa de um acesso que não lhe deve ser negado e se situar na estrutura do serviço de acordo com a sua necessidade.

Ainda, para a qualidade e ampliação de assistência é essencial garantir o atendimento de urgência a atenção básica e assegurar a cuidados complementares, caso necessário, em outros serviços, como pronto atendimento e hospitais, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização e ainda, adequar à disponibilidade de recursos humanos de acordo com o fluxo de demanda da realidade local (BRASIL, 2004).

4.2.6 Os médicos, enfermeiros e dentistas atendem todas as faixas etárias

Quanto ao atendimento relacionado às faixas etárias da população, observou-se que em alguns serviços o pediatra realiza o acompanhamento de modo individual às crianças até determinada idade:

Os pediatras atendem até os 14 anos, depois os médicos de família atendem. (DS Centro 1, DS Centro 6)

Sim, até os 6 meses de idade o pediatra atende. (DS Sul 1)

Em outros relatos destacou-se a barreira de atendimento conforme faixa etária, sem detalhamento das situações:

Não. (DS Centro 2)

Alguns profissionais, sim. (DS Continente 11)

Os profissionais destacaram a prática dos médicos, enfermeiros e dentistas com atendimento a todas as faixas etárias:

Sim. (DS Continente 1, DS Continente 2, DS Continente 3, DS Continente 4, DS Continente 5, DS Continente 6, DS Continente 7, DS Continente 8, DS Continente 9, DS Continente 10, DS Continente 11)

Segundo Junqueira (2008) compete ao enfermeiro e ao médico da Equipe de Saúde da Família realizar assistência integral (promoção, proteção prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias da Unidade Básica de Saúde em todas as fases do desenvolvimento, sendo infância, adolescência, vida adulta e terceira idade.

É importante destacar que o profissional pediatra constitui o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). No entanto, o NASF apesar de estar vinculada a Atenção Básica, não se constitui como porta de entrada do usuário e sua função é apoiar as Equipes de Saúde da Família (JUNQUEIRA, 2008).

De acordo com Castanhel (2011) o Programa Capital Criança tem o objetivo de reduzir a morbimortalidade infantil e materna no município de Florianópolis e qualificar a atenção à saúde do binômio (mãe-bebê).

O Programa Capital Criança foi instituído em 1997 e suas ações iniciam na atenção ao pré-natal, atenção puerperal e atenção as crianças de zero a dez anos de idade com a vinculação a Atenção Primária a Saúde com agendamento da consulta neonatal precoce entre o quinto e sétimo dia de vida com o médico da família do Centro de Saúde, a consulta com o dentista com 30 dias de vida, monitoramento das crianças e recém-nascidos em situação de risco, acompanhamento do desenvolvimento com o enfermeiro e médico da equipe, busca ativa, imunização, matriciamento com a pediatria, entre outras atividades (CASTANHEL, 2011).

Sendo assim, destaca-se a Estratégia de Saúde da Família como entrada preferencial do sistema de saúde a todas as faixas etárias, apesar de frequentemente utilizado para

determinadas situações, como crianças, gestantes, puerperas, que devem ser acompanhadas também, as demais faixas etárias e situações de saúde não podem ser ignoradas e necessitam de acompanhamento de saúde. Destarte a Equipe de Saúde da Família como vínculo com a população, o NASF geralmente intercala consultas com as equipes no caso das crianças, em demais casos, os profissionais do NASF discutem os casos, realizam atendimento conjunto, ou mesmo atendimentos individuais com responsabilidade mútua com a equipe de saúde da família.

4.3 Atendimento a demanda espontânea

A demanda espontânea é o nome dado para os atendimentos não programados ou não agendados nas Unidades Básicas de Saúde, ou seja, o usuário chega ao serviço com necessidades, como o agendamento de consultas, uma informação, sintomas, ou um caso de urgência ou emergência (INOJOSA, 2005 apud PAULINO, 2014).

O atendimento a demanda espontânea como dispositivo de reorganização do processo de trabalho exige que a equipe reflita sobre o conjunto de oferta de serviços frente às necessidades de saúde da população. Para isso, é necessário que as equipes discuta e defina (mesmo que de forma temporária para novas avaliações/planejamentos) a participação dos profissionais, a recepção do usuário, a classificação do risco e vulnerabilidade, o agendamento de consultas através da demanda espontânea e outras ofertas de cuidado (BRASIL, 2013).

O termo acolhimento significa a recepção do usuário desde a chegada ao serviço, com escuta atenta e visando a atenção resolutiva e articulação com outros serviços e/ou profissionais se necessário (BRASIL, 2006).

A demanda espontânea é chamada comumente pelos profissionais, usuários e até mesmo na literatura de “acolhimento”. No município de Florianópolis é caracterizado quando a pessoa chega ao serviço de saúde, com uma demanda, que pode ser relacionada à dor, sinais e sintomas de doenças, sofrimento psíquico, renovação de receitas de medicamentos, agendamento de consulta, retirada de materiais para aplicação de insulina, entre outras inúmeras situações. O atendimento a demanda espontânea pode ser organizado de maneiras diversas como será descrito a seguir.

4.3.1 Em relação ao atendimento da demanda espontânea (se a pessoa está com febre, sangramento, dor intensa...)

A atenção básica lida com grande variedade de situações de saúde exigindo dedicação e habilidade de suas equipes. Tendo em vista a exposição dos profissionais à dinâmica de vida

da população do território, é essencial a escuta e acolhida em relação às necessidades do usuário, seja no domicílio, espaços comunitários e nos centros de saúde (BRASIL, 2013).

Os relatos sobre o atendimento a demanda espontânea se caracterizam pela escuta qualificada por profissional de nível superior e/ou nível médio:

Passa por escuta qualificada com profissional de nível superior. (DS Centro 2, DS Centro 3, DS Centro 5)

Passa por escuta qualificada com profissional de nível superior (das 8h às 9h; das 13h às 14h). (DS Centro 4)

Passa por escuta qualificada com profissional de nível superior (por fluxo informal, depende da abertura do profissional). (DS Centro 6)

Escuta qualificada com profissional de nível superior e nível médio. (DS Sul 9)

Outros relatos descreveram a realização do atendimento pela equipe, triagem ou outros profissionais, como médico de apoio:

Se tiver vaga, passa para equipe, se não tiver vaga passa pela “triagem”. (DS Continente 4)

Por médico de apoio. (DS Continente 6)

Passa por consulta pela equipe. (DS Sul 1, DS Sul 3)

O profissional destacou também o encaminhamento para a Unidade de Pronto Atendimento:

Se existe vaga ociosa na agenda, o paciente “urgente” segundo a avaliação da recepção consegue atendimento no dia, senão ele é encaminhado diretamente para a UPA. (DS Norte 3)

É importante que exista um padrão de fluxo dos usuários dentro do serviço de saúde, sendo a recepção, na maioria das vezes, o primeiro contato do usuário, existem situações que não podem ser avaliadas na recepção, devendo disponibilizar um espaço adequado para escuta, avaliação, definição de ofertas e intervenções (BRASIL, 2013).

Além do espaço, é imprescindível que os trabalhadores encarregados de atender situações imprevistas ou sem agendamento prévio, tenham a capacidade de avaliação, clareza das ofertas de cuidado disponíveis no local e na rede de atenção a saúde, possibilidade de

dialogar com demais colegas e considere o grau de resolutividade para o cuidado considerando a necessidade da pessoa (BRASIL, 2013).

O fluxograma é tomado como ponto de partida, mas deve ser reavaliado, adaptado a singularidade de cada local, de modo ao acesso facilitado, escuta de qualidade e o atendimento às necessidades de saúde. No que se refere à definição de intervenções deve ser considerada a estratificação dos casos em “agudos” (podendo ser realizado o atendimento imediato, no período ou no dia de acordo com a situação) e “não agudos” (as intervenções podem ser programadas) (BRASIL, 2013).

Em situações em que o usuário vem na demanda espontânea, é indispensável que exista a escuta da demanda, a avaliação do risco biológico e da vulnerabilidade subjetivo-social e definição das ofertas de cuidado, dependendo da avaliação. Se o caso for agudo será organizado em atendimento imediato, atendimento prioritário e atendimento do dia. Nestes casos, as ofertas podem ser: atendimento médico, de enfermagem ou odontológico, entre outros, considerando riscos e desconfortos, permanência em observação, conforme necessidade e/ ou remoção para outro serviço com atenção à continuidade do cuidado (BRASIL, 2013).

4.3.2 O atendimento a demanda espontânea é realizado pela equipe do território do paciente

Conforme Ministério da Saúde (2013) existem modelos de atendimento a demanda espontânea utilizados em diferentes locais:

Atendimento pela equipe de referência do usuário onde cada usuário é acolhido pelos profissionais de sua equipe, que pode ser a primeira escuta realizada pelo enfermeiro, mais de um profissional organizando o acesso dos usuários em um determinado momento. Já, em algumas equipes o enfermeiro realiza a primeira escuta até certa hora e posteriormente, é realizado pelo técnico de enfermagem, com o restante da equipe na retaguarda, caso necessário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Além disso, existem as Equipes do atendimento do dia que foram implantados em Centros de Saúde com mais de uma equipe, com a possibilidade do técnico de enfermagem, enfermeiro e médico com a agenda exclusiva para este atendimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Existe ainda, o Acolhimento misto com a equipe de referência e a equipe do acolhimento do dia: Neste formato o enfermeiro e médico de uma equipe ficam sem agendamento prévio e com disponibilidade após o horário ou quantidade de atendimentos realizados pelas equipes de referência, atuando como intermediário para acolhimento do dia e por equipe (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O atendimento a demanda espontânea, em alguns casos, é realizado pela equipe de referência/ território do usuário:

Sim, preferencialmente. (DS Centro 3, DS Centro 4, DS Centro 5, DS Centro 6)

Sim, obrigatoriamente. (DS Centro 4)

Outros dados demonstraram que o atendimento a demanda espontânea não ocorre pela equipe:

Não. (DS Centro 1, DS Centro 2)

Não, posto pequeno, quem tiver disponível. (DS Leste 2)

Considerando as formas de atendimento à demanda espontânea, a equipe do acolhimento do dia salienta a vantagem da flexibilidade e disponibilidade para o atendimento a demanda espontânea, no entanto, observou-se a desvantagem da menor responsabilização e vínculo com a população (BRASIL, 2013).

O atendimento misto, a comunicação constante e intensa entre as equipes e os instrumentos para gestão das agendas é primordial para a resolutividade e flexibilidade do seu uso (BRASIL, 2013). É essencial lembrar que não existe o modelo certo para o atendimento a demanda espontânea, mas múltiplos formatos possíveis, podendo ser inventados e remodelados, com pactuação e análise dos trabalhadores e usuários (BRASIL, 2013).

4.3.3 Organização do atendimento quando a equipe não pode realizá-lo

A organização do atendimento a demanda espontânea quando a equipe não pode atender, é descrita a seguir:

Escala de retaguarda. (DS Centro 1, DS Centro 3, DS Centro 4, DS Centro 5, DS Centro 6)

Equipe ou profissional de apoio. (DS Centro 2, DS Centro 4, DS Centro 5, DS Centro 6)

Escala de retaguarda, se a agenda está lotada, negocia com o paciente outro retorno.
(DS Continente 9)

Profissional de apoio, geralmente técnico de enfermagem. (DS Continente 10)

Uma das alternativas descritas é a área irmã:

Área irmã. (DS Continente 3, DS Continente 5)

As equipes irmãs são equipes que dão cobertura recíproca ao usuário da outra área, em caso da ausência da outra equipe ou do membro dela. Essa é uma das formas de lidar com a ausência dos profissionais sem a opção da “equipe de acolhimento” que seria responsável por toda a demanda do dia, independente da área do usuário (SCHOLZE, 2014).

Em alguns casos, não há alternativas caso a equipe não possa atender ou neste caso, é realizado o encaminhamento para Unidade de Pronto Atendimento:

Manda embora, acolhimento é das 8h às 9h. (DS Sul 8)

Manda embora. (DS Centro 5)

Atendimento não é por território, se não tiver mais vaga, encaminha para a UPA. (DS Leste 2)

Destacam-se como desafios para o acesso, quando não existem alternativas para o atendimento caso a equipe não possa realizá-lo, com horários restritos, sem avaliação clínica por profissional de saúde e encaminhamentos muitas vezes desnecessários a outros serviços de saúde.

Apesar destes desafios nas unidades básicas é preciso salientar que o atendimento do usuário deve ser sempre que possível realizado pela sua equipe de referência, estimulando o vínculo e longitudinalidade, ainda que aconteçam situações que os profissionais atenderão a pessoa de outra área, não sendo motivo para limitar o acesso e pensar na organização de processo de trabalho em situações que a equipe de referência não possa fazê-lo (SCHOLZE, 2014).

Em grande parte dos casos, o primeiro contato dos usuários com o serviço é dado com os profissionais que atuam na recepção, que muitas vezes não tiveram formação específica para atuar na área da saúde. Estes profissionais podem desenvolver certa percepção de risco ou facilitar o acesso para uma avaliação mais rápida do profissional de saúde, mas para isto, precisam estar envolvidos com reuniões sistemáticas com abordagem sobre organização da

recepção e escuta as pessoas, não sendo responsável pela avaliação clínica do usuário ou encaminhamentos a outros serviços (BRASIL, 2013).

Para a implantação de práticas e processos de acolhimento visando à qualidade do atendimento, não são suficientes normas burocráticas. É equivocado restringir o acolher aos trabalhadores da recepção ou a uma “sala de acolhimento”, pois está se limitando a uma etapa ou lugar (BRASIL, 2013). Ressalta-se que situações inesperadas são inerentes a vida e requerem organização do processo de trabalho e ao mesmo tempo flexibilidade e empatia entre os membros da equipe (BRASIL, 2013).

4.3.4 Limite de vagas

É dado que existem limites na oferta do serviço, pois os profissionais têm tempo restrito para o atendimento, no entanto, é necessária a reflexão sobre a limitação das vagas que ocorre nos Centros de Saúde do município.

Em relação à limitação de vagas, pode-se observar que em algumas situações não há limite principalmente em relação à demanda espontânea:

Sem limite de vagas. (DS Centro 5)

Para urgência não tem limite. (DS Continente 1, DS Continente 8)

Vagas de urgência por período para médico e odontologia, enfermeiro do acolhimento sem limites de atendimento. (DS Centro 1)

Não tem limite para acolhimento e agendados 12 vagas. (DS Leste 4)

Urgência é livre, de manhã a demanda espontânea em aberto, de tarde agenda e urgência. (DS Sul 6)

Sem limites de vagas, intercala agenda, urgência e acolhimento. (DS Sul 10)

Em outras situações, o limite é estipulado de acordo com o horário:

Limite de vagas dentro do horário estipulado (metade de cada período). (DS Centro 3)

50% vagas para acolhimento, 50% demanda programada. (DS Continente 5)

Demanda espontânea das 8h às 10h, consulta 5 vagas. (DS Sul 3)

Em outros momentos, as vagas são distribuídas de acordo com a numeração estipulada:

Tem limite, mas depende da demanda, Consulta agendada tem limite, número de vagas varia. 6 vagas por equipe, se ultrapassar, avaliam. (DS Continente 10)

Há limite de vagas para acolhimento, porém se chega alguém além do limite é acolhido pela equipe de enfermagem que faz uma avaliação inicial do paciente. (DS Norte 2)

Demanda espontânea 5 vagas e consulta agendada 6 por turno. (DS Sul 1)

A estratificação ou classificação de risco é uma estratégia que pode indicar as intervenções e tempo necessário para que isso ocorra e a partir da escuta qualificada pensar no atendimento imediato para alguns casos, outros em curto prazo para amenizar o sofrimento da pessoa e para outros casos, pode acontecer com acompanhamento em longo prazo. Destarte que a classificação de risco deve ser adequada ao cenário da Atenção Primária a Saúde por se tratar de situações específicas deste nível de atenção e com objetivo da criação de vínculo e longitudinalidade (BRASIL, 2013).

Entretanto, para que a classificação aconteça de forma igualitária, é essencial atentar para além dos termos biológicos, mas também o risco de vulnerabilidade, favorecendo situações de prioridade e a qualidade do atendimento as pessoas (BRASIL, 2013).

A escuta qualificada inclui a escuta do que o usuário pensa da situação vivenciada com atitude de respeito e apoio e construção de autonomia e classificação de risco deve ocorrer como um processo dialógico (BRASIL, 2013).

Além disso, quando falamos em escuta qualificada não é suficiente realizar a escuta em um horário estipulado ou por pessoas específicas e depois criar barreiras de atendimento. Isso requer um conjunto de ações articuladas entre usuários, trabalhadores e gestores. Para isto, são essenciais arranjos organizacionais, entretanto, buscar arranjos que considerem a dinâmica de cada realidade e a troca de experiência entre serviços, visando o acesso facilitado (BRASIL, 2013).

4.3.5 Os médicos, enfermeiros e dentistas atendem todas as demandas de saúde

Alguns profissionais relataram que os médicos, enfermeiros e dentistas atendem todas as demandas de saúde:

Sim. (DS Leste 1, DS Leste 2, DS Leste 3, DS Leste 4, DS Leste 5, DS Leste 6, DS Centro 1, DS Centro 3, DS Centro 4, DS Centro 5, DS Centro 6)

No entanto, em outras falas o atendimento as demandas de saúde não foram contempladas, exemplificando fluxos de atendimento:

Não. (DS Centro 2)

Não, situação de rua não atendem. (DS Continente 11)

Depende da demanda, demanda grave com agenda cheia encaminha para UPA. (DS Sul 10)

Apesar de restrições no atendimento relacionado à pessoa em situação de rua, é necessário salientar que a responsabilidade da atenção à saúde da população de rua, assim como de outro cidadão, é de todos os profissionais do Sistema Único de Saúde, especialmente os profissionais da atenção básica (BRASIL, 2013).

Inclusive em alguns municípios existem as Equipes de Consultório na Rua (ECR), que são equipes da atenção básica que tem o objetivo da articulação e prestar atenção à pessoa em situação de rua. Entretanto, a atenção integral à saúde deve ocorrer com articulação com as demais Equipes de Saúde da Família, Núcleos de Apoio à Saúde da Família, assim como Centros de Atenção Psicossocial, instituições do Sistema Único de Assistência Social e outras instituições públicas (BRASIL, 2013).

Assim como a população em situação de rua, as demandas graves também foram descritas como restrições no atendimento, mas é preciso acentuar que a atenção básica tem a função de grande articulador da rede de saúde, priorizando atendimento em demanda espontânea de pessoas com doenças crônicas em situações agudas ou mesmo urgência de menor gravidade. Já, em casos de emergência, a equipe deve estar capacitada para avaliação, suporte básico de vida e acionar o serviço de remoção para continuidade da assistência (BRASIL, 2013).

Sendo assim, as demandas mais frequentes podem ser resolvidas na atenção básica com baixa densidade tecnológica e alta complexidade com empoderamento da prática e habilidades profissionais, inclusive habilidades de comunicação. Ainda, tendo a atenção básica como referência para o usuário, onde pode ser realizado o primeiro atendimento mesmo que a pessoa seja encaminhada para outros serviços da Rede de Atenção a Saúde.

4.3.6 Pessoa com demandas de saúde são encaminhadas para casa ou outro serviço de saúde sem passar por avaliação de profissional de saúde

Em relação ao encaminhamento do usuário com demandas de saúde sem avaliação do profissional da saúde, as respostas foram divergentes e demonstraram realidades locais e fluxos informais dependendo do serviço ou profissional disponível.

Alguns registros destacaram o encaminhamento sem avaliação do profissional de saúde como:

Sim, encaminhados para Unidade de Pronto Atendimento. (DS Centro 2)

Depende o que for a recepção já encaminha. (DS Centro 6)

Sim, fraturas, por exemplo, são encaminhadas. (DS Centro 6)

Se não residir ou não trabalhar no território, é encaminhado ao Hospital, Unidade de Pronto Atendimento ou Centro de Saúde de origem. (DS Continente 5)

Sim, depende do profissional. (DS Continente 9)

Demanda espontânea tem apenas para preventivo, todas as outras demandas não agendadas são encaminhadas diretamente para a UPA pela recepção. (DS Norte 3)

Em outras situações, surgiu a avaliação por profissional de saúde no “Acolhimento”, na realização da “Escuta” e com os profissionais da enfermagem como importantes atores nesta prática.

Não, passa pelo acolhimento. (DS Centro 1, DS Centro 4)

Nunca manda embora. (DS Centro 3, DS Centro 6)

Fluxo informal (pactua conforme necessidade e pactuação entre profissionais). (DS Centro 3)

Não, passa pela enfermagem. (DS Continente 1)

Sempre passa pelo acolhimento. (DS Sul 7)

Todos passam pela escuta. (DS Sul 6)

O acolhimento, termo utilizado comumente relacionando a demanda espontânea, possui vários significados tanto no dicionário quanto nos setores de saúde. Acolher nos serviços de saúde é com sentido de acolhida mesmo, “receber” bem, ouvir a demanda e exercer a empatia. Entretanto, o acolhimento deve ser realizado por todos os profissionais e

não pode ser considerado sinônimo de classificação de risco, pois o acolher pode incluir a avaliação de risco ou não, dependendo da demanda apresentada (COREN, 2015).

Acolher o usuário que procura a unidade básica na demanda espontânea com o objetivo de resolver suas demandas de saúde e com responsabilidade profissional é saber que o usuário deve ser atendido pelo profissional da equipe técnica (BRASIL, 2006).

Conforme o Parecer 009/2015 do Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina, a Enfermagem é respaldada para a prática do Acolhimento e também da Classificação de risco dos usuários em qualquer serviço de saúde, inclusive na atenção básica com capacitação de acordo com protocolo utilizado na instituição, sendo a classificação de risco privativa do profissional enfermeiro. As categorias de auxiliares e técnicos de enfermagem poderão realizar a escuta qualificada, principalmente na Atenção Básica. No entanto, não poderão realizar a classificação de risco sem a presença do enfermeiro.

Os encaminhamentos para demais serviços de saúde ou até mesmo para casa, devem ser realizados por profissionais da saúde, sendo a categoria enfermeiro como habitado para classificação de risco, além de disponibilizar um ambiente apropriado e restrito para avaliação clínica, intervenções e tomada de decisões.

5 CONCLUSÃO

O contexto do presente estudo está relacionado à complexidade do acesso à saúde no Brasil, considerando o Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Atenção Básica, a Estratégia de Saúde da Família e refletindo especificamente a Atenção Primária do município de Florianópolis. O estudo alcançou o objetivo de contextualizar o acesso da população aos Centros de Saúde, a organização das equipes de saúde da família e núcleo de apoio à saúde da família, fluxos de acesso e atendimento e os avanços e desafios para o acesso e consolidação para a Estratégia de Saúde da Família.

O estudo demonstrou que os Centros de Saúde do município estão organizados em atendimentos a demanda espontânea e demanda programática preferencialmente pela equipe de referência, com espaços de reflexão e troca entre os profissionais e usuários como reuniões de planejamento mensal, reunião de equipe e reunião de conselho local que abordam o acesso dos usuários ao serviço. Contudo, é evidente que existem decisões centralizadas e relações verticais quanto às demandas vindas da população e dos profissionais.

O acesso aos serviços de saúde abrange um conceito complexo, caracterizado também pela organização do trabalho em nível municipal e local, sabe-se que a realidade e demanda dos Centros de Saúde ocorrem de formas distintas e devem ser considerados na busca do cuidado integral e no seu contexto social, econômico e cultural.

Um dos limites observados na pesquisa foi à heterogeneidade na organização do trabalho em relação ao atendimento com equipe de referência, ao horário de funcionamento de setores, atendimento dos profissionais que compõe o Núcleo de Apoio a Saúde da Família, número de vagas e encaminhamentos para demais serviços. Apesar do respeito às diferentes realidades, é necessário que exista padronização e igualdade do acesso das pessoas aos Centros de Saúde, que a população conheça e participe dos fluxos de atendimento, do horário de funcionamento e consolide a confiança e vínculo com os profissionais da Equipe de Saúde da Família.

Ainda, os relatórios de gestão são ferramentas essenciais para compreender o contexto dos serviços de saúde, permitindo à aproximação dos gestores com o cotidiano dos profissionais e usuários, à análise dos dados e retorno dos resultados ao serviço para impulsionar mudanças, além da elaboração de mais pesquisas sobre o assunto de extrema relevância tendo em vista o acesso efetivo à Atenção Primária a Saúde.

6 REFERÊNCIAS

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência e Saúde Coletiva**, Bahia, v. 11, n. 17, p.2865-2875, jan. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a02.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2016.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: 70, 2010.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **Quando foi iniciada a Estratégia de Saúde da Família no Brasil?** Disponível em: <<http://aps.bvs.br/aps/quando-foi-iniciada-a-estrategia-de-saude-da-familia-no-brasil/>>. Acesso em: 28 jun. 2016.

Biblioteca Virtual em Saúde Atenção Primária. **Como criar um Conselho Local de Saúde?** Disponível em: <<http://aps.bvs.br/aps/quais-os-principais-passos-para-a-criacao-de-um-conselho-local-de-saude-o-conselho-necessita-de-algum-tipo-de-registro-deve-possuir-estatuto/>>. Acesso em: 20 out. 2016.

BRANDÃO, Ana Laura da Rocha Bastos da Silva; GIOVANELLA, Ligia; CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 18, p.103-114, 28 jun. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/12.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2016.

BRASIL. **Acolhimento à demanda espontânea**. 2013. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/documentos-norteadores/cadernos_de_atencao_basica_-_volume_i.pdf>. Acesso em: 12 out. 2016.

BRASIL. **ATENÇÃO PRIMÁRIA INTEGRAL À SAÚDE Indicadores para avaliação**. Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/sites/default/files/biblioteca_home/Atencao_Primaria_Integral_a_Saude.pdf>. Acesso em: 27 set. 2016.

BRASIL. **Constituição Federal (artigos 196 A 200)**. Brasília, Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaoofederal.pdf>. Acesso em: 26 set. 2016.

BRASIL. **INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO EXTERNA DO SAÚDE MAIS PERTO DE VOCÊ – ACESSO E QUALIDADE**. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Instrumento_Avaliacao_Externa_AB_SB.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2016.

BRASIL. **Lei Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 28 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DIRETRIZES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL**. 2004. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf>. Acesso em: 20 out. 2016.

BRASIL. **O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**. 2009. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf>. Acesso em: 12 out. 2016.

BRASIL. **POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA**. Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2016.

BRASIL. **Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006**. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2016.

BRASIL. **Portaria Nº 2.488 de 21 de Outubro de 2011**. Brasília, Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/atencao-a-saude/arquivo/2581/portarias>>. Acesso em: 10 set. 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SUS Princípios e Conquistas**. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2017.

CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA 28: ACOLHIMENTO A DEMANDA ESPONTÂNEA. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_28.pdf>. Acesso em: 26 set. 2016

CASTANHEL, Marcia Sueli del. **Programa Capital Criança**. 2011. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/saepr/construindo-um-protocolo-nico-para-uma-ateno-integral-primeira-infncia-9927389>>. Acesso em: 28 nov. 2016

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA (2015). **Parecer Coren/sc Nº 009/ct/2015/pt**. Disponível em: <<http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2015/07/Parecer-009-2015-Acolhimento-com-Classificacao-de-Risco-CT-Alta-e-Media-Complexidade.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2016.

CRUZ, Maria Luiza Santa et al. Reunião de equipe: uma reflexão sobre sua importância enquanto estratégia diferencial na gestão coletiva no Programa de Saúde da Família (PSF). **Psicologia Revista**, São Paulo, v. 17, n. 12, p.161-183, jan. 2008. Disponível em: <<file:///C:/Users/Eduarda/Downloads/18030-45341-1-SM.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2016.

FRIEDRICH, Denise Barbosa de Castro; PIERANTONI, Célia Regina. O trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológica e econômica em Juiz de Fora. **Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 16, p.83-97, maio 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v16n1/v16n1a06.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2016.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002. 175 p. Disponível em: <<http://docente.ifrn.edu.br/mauriciofacanha/ensino-superior/redacao-cientifica/livros/gil-a.-c.-como-elaborar-projetos-de-pesquisa.-sao-paulo-atlas-2002./view>>. Acesso em: 13 mar. 2017.

JATOBÁ, Alessandro et al. ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA ABORDAGEM PARA APOIAR A TOMADA DE DECISÃO. **Revista Brasileira de Ergonomia**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p.34-46, jan. 2014. Disponível em: <<http://www.abergo.org.br/revista/index.php/ae/article/view/341/214>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

JUNQUEIRA, Simone Rennó. **Competências profissionais na estratégia Saúde da Família e o trabalho em equipe.** Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_9.pdf>. Acesso em: 07 out. 2016.

IBGE. **População estimada 2016.** Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=420540>>. Acesso em: 13 mar. 2017

NORMAN, Armando Henrique; TESSER, Charles Dalcanale. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 24, n. 1, p.165-179, mar. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902015000100013>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0165.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2016.

PAULINO, Janaina Aparecida. **Demanda espontânea x Demanda programada: lidando com a procura maior que a oferta.** Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4674.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2017.

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/pactos/pactos_vol4.pdf>. Acesso em: 10 set. 2016.

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2016.

Prefeitura Municipal de Curitiba. **Novas possibilidades de organizar o Acesso e a Agenda na Atenção Primária à Saúde.** Disponível em: <http://arquivos.leonardof.med.br/SaudeCuritiba_CartilhaAcessoAvancado_2014-06-05.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2016.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. **Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde.** Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0BxvFvjfrlbyweVIIYUtpMWRZZHM/edit?pref=2&pli=1>>. Acesso em: 28 jun. 2016.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. **Instrução Normativa N° 001/2010.** Florianópolis.

RAMOS, Donatela Dourado; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p.27-34, fev. 2003. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19n1/14902.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2016

RODRIGUES, Ana Aurea Alécio de Oliveira; ASSIS, Marluce Maria de Araújo. Oferta e demanda na atenção à saúde bucal: o processo de trabalho no programa saúde da família em alagoinhas bahia. **Revista Baiana Saúde Pública**, Bahia, v. 29, n. 2, p.273-285, jul. 2005. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/1008/pdf_306>. Acesso em: 20 set. 2016.

ROSOLIN, Renata Ap. de Moraes. **A Influência da demanda espontânea na (des)caracterização do processo de trabalho na Estratégia Saúde Da Família.** 2014. 112 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu, 2014. Disponível em: <<http://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/110493/000788496.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 28 out. 2016.

SCHOLZE, Alessandro da Silva. Acolhimento com classificação de risco para a Estratégia Saúde da Família : a prática em uma unidade docente-assistencia. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Itajaí, v. 31, n. 9, p.219-226, abr. 2014. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/637/632>>. Acesso em: 08 ago. 2016.

VELLOSO, Valeria Barros. **Organização de demanda espontânea e programada e acolhimento na estratégia de saúde da família: um relato de experiência.** Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3827.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2017.

7 ANEXO I - AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS



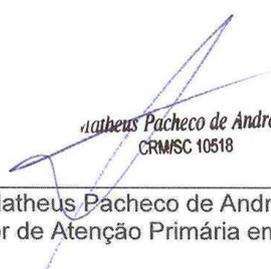
Estado de Santa Catarina
Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde

TERMO DE AUTORIZAÇÃO E COMPROMISSO PARA USO DE INFORMAÇÕES

Eu, Matheus Pacheco de Andrade ocupante do cargo de Diretor de Atenção Primária em Saúde – DAPS na secretaria municipal de saúde, após ter tomado conhecimento do projeto de pesquisa Acesso dos usuários aos centros de saúde do município de Florianópolis, orientada pela Dra Jussara Gue Martini que tem como objetivo principal analisar como ocorre o acesso dos usuários aos centros de saúde do município de Florianópolis conforme dados de gestão, autorizo Eduarda Berckenbrock Bolsoni a ter acesso às informações dos questionários de acesso aos Centros de Saúde produzidos por esta diretoria para a referida pesquisa.

Esta autorização está sendo concedida desde que as seguintes premissas sejam respeitadas: as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do presente projeto; os pesquisadores se comprometem a preservar as informações constantes nos questionários, garantindo a privacidade das equipes envolvidas.

Florianópolis, 06 de novembro de 2016



Matheus Pacheco de Andrade
CRM/SC 10518

Matheus Pacheco de Andrade
Diretor de Atenção Primária em Saúde