

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**BERNARDO DOS SANTOS SILVA**

**ORGANIZAÇÃO DA PORTA DE ENTRADA DO SISTEMA DE SAÚDE**  
**DO MUNICÍPIO DE CLARO DOS POÇOS**

**CORINTO - MINAS GERAIS**

**2013**

**BERNARDO DOS SANTOS SILVA**

**ORGANIZAÇÃO DA PORTA DE ENTRADA DO SISTEMA DE SAÚDE  
DO MUNICÍPIO DE CLARO DOS POÇÕES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

**CORINTO- MINAS GERAIS**

**2013**

**BERNARDO DOS SANTOS SILVA**

**ORGANIZAÇÃO DA PORTA DE ENTRADA DO SISTEMA DE SAÚDE  
DO MUNICÍPIO DE CLARO DOS POÇÕES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - orientadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

Aprovado em Belo Horizonte em: 21 de outubro de 2013

Dedico este trabalho

Aos meus pais, pelo apoio incondicional.

A minha mulher e meu pequeno filho, companheiros de toda essa jornada, incentivando-me em todos os momentos.

À comunidade de Vista Alegre pela acolhida.

À Equipe de Saúde da Família Dona Regina Medeiros, por compartilhar comigo os desafios dessa jornada.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por possibilitar esse importante momento em minha vida.

A toda a equipe do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

A minha orientadora Maria Rizioneide Negreiros de Araújo, pelo conhecimento compartilhado.

## RESUMO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é apresentada como forma de reestruturação da atenção primária a partir de um conjunto de ações conjugadas em sintonia com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). A ESF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde do cidadão e da família de forma contínua e integral. Este trabalho tem como foco a ESF Dona Regina Medeiros, no distrito de Vista Alegre da cidade de Claro dos Poções/MG. O grande desafio identificado no processo de trabalho da equipe Dona Regina Medeiros através do diagnóstico situacional foi a organização da demanda espontânea. O objetivo deste trabalho foi elaborar um projeto de intervenção para organizar o processo de trabalho da equipe de saúde da família Dona Regina Medeiros e solucionar a alta demanda espontânea que busca o serviço diariamente. O plano de ação para efetivar essa organização foi baseado na matriz de planejamento do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, contemplando quatro dos principais nós críticos: a subutilização dos equipamentos para Classificação de Risco; a seleção de clientes que serão acolhidos por meios de senhas de atendimento; o atendimento por ordem de chegada e a falta de capacitação. Espera-se que as intervenções propostas neste trabalho possam ser difundidas em todas as equipes de saúde do município de Claro dos Poções e que reflitam em um maior grau de satisfação dos usuários que demandam de atendimento nas unidades básicas de saúde do município.

**Palavras chave:** Organização. Demanda espontânea. Estratégia de Saúde da Família.

## **ABSTRACT**

The Family Health Strategy (FHS) is presented as a way of restructuring primary care from a set of joint actions in line with the principles of the Health System Brazilian. The FHS prioritizes prevention, promotion and restoration of health of the citizen and of the family on an ongoing and integral. This work focuses on the FHS Dona Regina Medeiros, in the Vista Alegre District, belonging to the Claro dos Poções City, Minas Gerais State. The major challenge identified in the process of work Dona Regina Medeiros team through situational analysis was the organization of spontaneous demand. The aim of this study was to develop an intervention project to organize the process of work family health team Dona Regina Medeiros and solve the high spontaneous seeking the service daily. The plan of action to realize the organization was based in the planning matrix of the Specialization Course in Primary Health Care Family, comprising four (4) major critical nodes: the underutilization of equipment for Risk Classification, selecting customers to be served through passwords, the service in order of arrival and lack of training. It is expected that the interventions proposed in this work can be spread across all teams health of city and reflect in a higher degree of satisfaction of users who require care in the primary health care units of the municipality.

**Keywords:** Organization. Spontaneous Demand. Family Health Strategy.

## **SUMÁRIO**

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	<b>11</b>
<b>3 OBJETIVO</b>	<b>15</b>
<b>4 METODOLOGIA</b>	<b>16</b>
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>	<b>17</b>
5.1 A Estratégia de Saúde da Família	<b>17</b>
5.2 Acolhimento e Demanda Espontânea	<b>19</b>
<b>6 PROJETO DE INTERVENÇÃO</b>	<b>22</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>29</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>30</b>



## 1 INTRODUÇÃO

A organização do processo de trabalho em saúde passa por uma organização da forma de atendimento a ser ofertado à população. Sem dúvida é importante entender a nosologia prevalente no território da equipe e, conseqüentemente, os recursos tecnológicos disponíveis são importantes para a organização da porta de entrada do serviço de saúde.

Em 1994, o Ministério da Saúde propôs uma forma de prestar assistência nos serviços básicos de saúde por meio do Programa de Saúde da Família (PSF), recentemente renomeado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), visto que o termo “programa” remete a uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. Essa proposta se apresenta como um marco referencial para a organização do modelo assistencial preexistente e não prevê um tempo definido para término dessa organização, é um processo contínuo (FERTONANI, 2003).

A Estratégia de Saúde da Família é apresentada como forma de reestruturação da atenção primária a partir de um conjunto de ações conjugadas em sintonia com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). O principal propósito da ESF é levar a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida da população brasileira. A ESF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde do cidadão e da família de forma contínua e integral (DA COSTA, 2008).

A organização e a gestão dos processos de trabalho nos serviços de saúde, principalmente, no trabalho das equipes de saúde da família, constituem em um dos eixos centrais para reordenação da atenção a saúde no SUS (FARIA *et al.*, 2009).

Quando realizei a disciplina Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde (FARIA *et al.*, 2009) tive a oportunidade de fazer o diagnóstico situacional do território da Unidade Básica de Saúde (UBS) onde atuo e muitos foram os problemas elencados. No entanto, considerando que para ajudar na solução dos problemas identificados, priorizei organizar a porta de entrada da UBS.

O grande desafio que identifiquei no processo de trabalho da equipe da UBS Dona Regina Medeiros foi a organização da demanda espontânea, principalmente por tratar-se de uma equipe situada na zona rural do município de Claro das Poções e ainda ser a atenção básica a única porta de entrada no sistema municipal de saúde.

A referência de média e alta complexidade situa-se no município de Montes Claros. A equipe de saúde da família tem que ser resolutiva e, portanto, precisa organizar o seu processo de trabalho para não prejudicar a demanda programada em detrimento do volume de atendimentos que surge pela demanda espontânea.

Com a finalidade de ofertar um atendimento às demandas e necessidades da população com qualidade, propus elaborar um projeto de intervenção para buscar estratégias para organizar o processo de trabalho a partir da reestruturação do atendimento as demandas de saúde, organizando, assim, a demanda espontânea que hoje é o grande estrangulamento da porta de entrada do serviço de saúde.

## 2 JUSTIFICATIVA

Claro dos Poções é um município brasileiro do estado de Minas Gerais e surgiu por volta de 1900, ao redor de fazendas que pertenciam ao município de Coração de Jesus. Tem uma extensão territorial de 720 km<sup>2</sup>. A sua população é de 7.781 habitantes, sendo que 5.257 residem na zona urbana e 2.524 na zona rural, segundo o Censo Demográfico do IBGE (2010).

A cidade fica a 74 km da sede da sua microrregião de saúde que é Montes Claros. O município possui 100% de cobertura pela estratégia de Saúde da Família, totalizando três equipes.

Possui duas Unidades Básicas de Saúde (UBS); uma unidade situa-se no distrito de Vista Alegre e outra na sede do município. Vista Alegre é uma comunidade situada a 24 km da sede do município as margens da BR 365. É nessa comunidade que atua a equipe da estratégia de saúde da família Dona Regina Medeiros, que é composta por um enfermeiro, um médico, um cirurgião dentista, duas técnicas de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde, um motorista de ambulância, um motorista do carro do Saúde em Casa. Além do distrito de Vista Alegre, essa equipe desenvolve atividade na comunidade de Boa Sorte que possui cerca de 648 habitantes.

No quadro 1 apresenta-se a população cadastrada na Unidade Básica de Saúde Regina Medeiros do município de Claros das Poções, por faixa de idade.

Quadro 1 - População segundo a faixa etária na área de abrangência da ESF Regina Medeiros do município de Claro dos Poções - MG, referente aos anos de 2009 e 2010.

Faixa Etária	2009		2010	
	N	%	N	%
< de 1 ano	27	1,1	25	1,0
1 a 4 anos	82	3,4	53	2,0
5 a 9 anos	174	7,1	165	7,0
10 a 14 anos	222	9,1	209	9,0
15 a 19 anos	246	10,1	238	10,0
20 a 49 anos	1109	45,5	1149	47,0
50 a 59 anos	233	9,6	231	9,0
60 anos e +	344	14,2	367	15,0
TOTAL	2437	100,0	2437	100,0

Fonte: SIABmun, 2009 e 2010

O principal agravo que acomete a população é a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), em que temos 335 usuários diagnosticados. A doença de chagas vem logo a seguir com 52 usuários diagnosticados. O diabetes e o alcoolismo ficam como o terceiro agravo que mais acomete a população, ambos com 26 usuários diagnosticados.

Com relação às doenças de notificação compulsória, destaca-se a leishmaniose tegumentar americana. Em 2010 foram notificados quatro casos da doença, todos receberam o tratamento adequado e obtiveram alta com regressão total das lesões.

Durante a realização do diagnóstico situacional foram identificados os seguintes “nós” críticos:

- População extremamente adaptada ao “assistencialismo”.
- Grande demanda de atendimento a problemas agudos e dificuldade de acompanhamento dos problemas crônicos.
- Famílias em áreas de risco, próxima a rodovia -BR, sujeitas a acidentes.

- Prostituição infantil nas proximidades da rodovia-BR a margem da comunidade.
- Animais soltos nas proximidades da BR.
- Casas na zona rural propícias para a proliferação do “Barbeiro”.
- Trabalho infantil.
- O principal destino do lixo é a céu aberto.
- A equipe de saúde tem descuidado com o cumprimento dos indicadores de programas da atenção básica.

Por meio das atividades realizadas no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família e das questões levantadas pelo diagnóstico situacional, nota-se que a organização da porta de entrada do serviço é relevante para que a demanda apresentada pelo usuário seja acolhida, escutada, problematizada e reconhecida como legítima. Desataca-se que os mesmos usuários que são acompanhados regularmente pelas ações programáticas podem apresentar exacerbações em seu quadro clínico e necessitar atenção em momentos que não o de acompanhamento agendado.

Perde a credibilidade, perante os usuários, uma equipe que os acompanha na atividade programada e não lhes dá suporte no momento de agudização (BRASIL, 2011).

Apesar da equipe de saúde fazer agendamento de consultas para determinados grupos, diariamente a equipe depara-se com muitas pessoas que buscam a UBS para consulta médica e, às vezes, a equipe não consegue atendê-las, gerando insatisfação e certo tumulto na porta de entrada. Há dias da semana que a porta de entrada é mais tumultuada e as demandas muitas vezes não são classificadas como urgente. Reconhece-se que a comunidade também precisa se organizar para buscar atendimento a UBS.

Considerando que o município só realiza procedimentos da atenção básica à saúde é de suma importância organizar a porta de entrada das UBS, de modo que a

população seja atendida quando procurar o serviço e ainda saia satisfeita com o atendimento.

### **3 OBJETIVO**

Elaborar um projeto de intervenção com a finalidade de organizar o processo de trabalho da equipe de saúde da família Dona Regina Medeiros para solucionar a alta demanda espontânea que busca o serviço diariamente.

#### **4 METODOLOGIA**

Para a elaboração do projeto de intervenção seguiu-se as seguintes etapas:

Seleção do problema mais relevante identificado na comunidade identificado quando da realização do diagnóstico situacional;

Revisão da literatura para levantar as evidências já existentes sobre a organização da demanda espontânea na atenção básica à saúde.

Para o levantamento das publicações existentes sobre o tema pesquisou-se na Biblioteca Virtual em Saúde, em especial na base de dados da Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS) e nas publicações da Organização Pan-americana de Saúde e do Ministério da Saúde.

A pesquisa na base de dados foi realizada por meio dos seguintes descritores:

Organização;

Demanda Espontânea;

Estratégia de Saúde da Família.



## 5 REVISÃO DA BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 A Estratégia de Saúde da Família

A Atenção Básica em Saúde é a “porta de entrada” do usuário no sistema de saúde, é o primeiro nível de contato, onde os indivíduos, a família e a comunidade em geral trazem suas novas necessidades e problemas. É nesse nível de atenção em que se forma a base dessas necessidades e problemas e é onde se determina o trabalho de todos os outros níveis de saúde (DA COSTA, 2008).

O ciclo evolutivo da atenção básica perpassa por diversas matrizes até a então política da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Dentre essas matrizes podemos destacar: a Medicina Geral e Comunitária, com origem no Rio Grande do Sul; a Ação Programática em Saúde, em São Paulo; o Programa do Médico de Família, em Niterói e o Modelo de Defesa da Vida da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Entretanto, a principal influência da Saúde da Família se dá a partir da ampliação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), no Ceará, pela Secretaria Estadual de Saúde e pela Secretaria Municipal de Saúde de Quixadá. Foi esse modelo, surgido no Nordeste do país, que foi acolhido como base da proposta de saúde da família no SUS; um modelo que se caracteriza por romper com o clássico da medicina familiar e instituir-se como prática de saúde da família (MENDES, 2011).

A ESF desenvolve um conjunto de ações que engloba a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Essas ações são desenvolvidas através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigida a população de territórios bem delimitados, pelas quais a ESF assume responsabilidades. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver problemas de saúde das populações de maior frequência e relevância. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. A Equipe deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, inteireza e inserção sócio cultural, além

de buscar a promoção de sua saúde a prevenção e tratamento de doenças e a redução dos danos ou de sofrimentos que possam estar comprometendo sua possibilidade de viver de modo saudável (BRASIL, 2003).

Segundo Fernandes e Seclen (2004), a Estratégia de Saúde da Família destaca-se como inovadora e reestruturadora das ações e serviços de saúde, ao transpor uma visão fragmentada do ser humano para uma compreensão integral na dimensão individual, familiar e coletiva, ou seja, o resgate da prática generalista, onde a compreensão do processo saúde-doença a que estão expostos os indivíduos passa a ser pensada de forma mais ampla, segundo a realidade local, comunitária e familiar.

O Ministério da Saúde estabelece que as Equipes de Saúde da Família sejam compostas basicamente pelo médico generalista ou de família, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde; tenham como objetivos centrais a prestação de assistência integral, contínua, com resolutividade e qualidade às necessidades de saúde da população adscrita, destacando-se a perspectiva da família. Para tanto, requer-se abordagem multidisciplinar, processos diagnósticos da realidade, planejamento de ações e organização horizontal do trabalho, compartilhamento do processo decisório, além do estímulo ao exercício do controle social (BRASIL, 1997).

Da Costa (2008) afirma que a ESF possui um espaço concreto de atuação, tendo o núcleo familiar como base e unidade para o desenvolvimento de sua atuação. Como orientador das políticas intersetoriais, tem papel fundamental, uma vez que, pelas mesmas razões, é capaz de compreender que estruturas precisam ser modificadas visando ao bem estar da comunidade.

Essa estratégia é capaz de ser importante mobilizadora das forças sociais que nesse espaço atuam, de modo a interagirem com o governo local na busca de soluções para seus problemas (BRASIL, 2003). As ações seguem a lógica da vigilância à saúde e da valorização da relação com o usuário e a família (SCHERER, MARINO e RAMOS, 2005).

Da Costa (2008) destaca que as estratégias desenvolvidas através das Equipes de Saúde da Família vislumbram a necessidade de se quebrarem a impessoalidade e a indiferença que imperam nos serviços públicos, permitindo, entre outras coisas, a participação do usuário no seu cotidiano, como também deve estimular os profissionais a aprender a lidar com o subjetivo, o afetivo e o psíquico dos indivíduos ou comunidades.

## **5.2 Acolhimento e Demanda Espontânea**

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) possui objetivos e ações detalhadas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que destaca a assistência integral, resolutiva, de boa qualidade, por meio da articulação de ações preventivas e de promoção de saúde, em um território definido, focalizando a atenção na família e nas comunidades. A ESF deve atender tanto a demanda espontânea quanto a programada, realizando ações de prevenção, promoção e assistência por meio de um atendimento humanizado, criando vínculo entre profissionais e usuários, com responsabilização da equipe pela área adscrita, bem como a coordenação do cuidado que inclui o direcionamento do usuário aos outros níveis de atenção quando necessário (FARIA e CAMPOS, 2012).

O conceito de “demanda” remete à ação de demandar; procura, pedido ou exigência, mais ou menos expresso pelo usuário, situado entre o desejo e a necessidade. Portanto, atender à demanda espontânea implica em ouvir e responder, de alguma forma, à expressão de uma necessidade trazida pelo usuário (BELO HORIZONTE, 2010).

Ao abordar a demanda espontânea pode-se referir a um tipo de atenção que se deve aplicar às condições e aos eventos agudos, inesperado, solicitada pelo usuário em momento de manifestação de um sintoma ou sinal e sem possibilidade de uma previsão temporal. O serviço de saúde deve se planejar para absorver esse tipo de atenção. Contudo, a atenção a essa demanda deve ser minimizada através de implementação de ações de melhoria da atenção programada às condições crônicas. Ou seja, a diminuição das agudizações das condições crônicas será resultado, em grande parte, da maior oferta de atenção programada aos portadores

dessas condições de saúde, especialmente nas ESFs, porque isso é parte fundamental de um modelo efetivo de atenção (MENDES, 2012).

A prevalência de um sistema fragmentado, em que se priorizam as condições e os eventos agudos, desequilibrou as respostas sociais, privilegiando a atenção à demanda espontânea em detrimento da atenção programada. É esperado que houvesse condições agudas e eventos agudos decorrentes de agudizações de condições crônicas, mas há que se aumentar, relativamente, a atenção programada das condições crônicas para se buscar uma situação de equilíbrio. Um serviço de atenção à saúde focado na atenção à demanda espontânea é um sinal da fragilidade da atenção às condições crônicas (MENDES, 2012).

Para ajudar na solução desse problema, foi proposta a Política Nacional de Humanização como um movimento para implementar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) na prática da assistência. A operacionalização dessa política dá-se pela oferta de dispositivos assistenciais, dentre os quais se destaca o Acolhimento. O Acolhimento é uma alternativa à recepção tradicional, destinado a modificar o modo de organização e funcionamento dos serviços de saúde a partir das seguintes intenções: indicar alternativas de solução da demanda de todos que procuram o serviço, superar o modelo hegemônico de atenção à saúde médico-centrado por meio da participação de uma equipe multiprofissional e qualificar a relação trabalhador-usuário por meio de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania (BARALDI e SOLTO, 2010).

Acolhimento é uma forma de organização da atenção à demanda espontânea nos serviços de saúde, de forma que todos os usuários que busquem o serviço tenham suas demandas ouvidas e sejam encaminhadas com alternativas de solução de forma humanizada (BRASIL, 2007).

O acolhimento foi pensado como estratégia de mudança no processo de trabalho em saúde e, apesar de constituir uma etapa desse processo (o momento de recepção do usuário e a abertura das possibilidades de resposta), não deve ser reduzida, ao contrário, deve ser entendida e praticada como conteúdo. O ato de escuta é um momento de construção, em que o trabalhador utiliza seu saber para a construção de respostas às necessidades dos usuários, e pressupõe o envolvimento de toda a

equipe que, por sua vez, deve assumir postura capaz de acolher, de escutar e de dar resposta mais adequada a cada usuário, responsabilizando-se e criando vínculos (FRANCO, BUENO e MERHY, 1999).

Para a organização das demandas trazidas pelos usuários tem se implantado nas Unidades Básicas de Saúde um sistema de acolhimento através da Classificação de risco.

A classificação de risco é uma forma dinâmica de organizar a demanda espontânea baseando-se na necessidade de atendimento pelo usuário, principalmente, nos casos de urgência e emergência. O profissional de saúde, através da Classificação de risco, direciona os usuários que necessitam de atenção de uma forma adequada e equânime (BRASIL, 2010).

Um dos sistemas mais utilizados para Classificação de risco internacionalmente é o sistema Manchester. Esse sistema foi proposto pelo Grupo de Triagem de Manchester, Reino Unido, com o objetivo de estabelecer um consenso entre médicos e enfermeiros sobre uma ferramenta de classificação de risco para os serviços de urgência e emergência. Os protocolos existentes possuíam nomenclaturas, definições e tempos diferentes para a avaliação médica. A ideia foi desenvolver nomenclatura e definições comuns, sólida metodologia operacional, programas de formação e guia de auditoria (MENDES, 2012).

Com a aplicação do sistema Manchester de classificação de risco nas unidades de Atenção Primária em Saúde obteve-se resultados muito positivos, em especial na redução das filas de espera para o atendimento. Ressalta-se, também, que a classificação de risco tem sido muito bem avaliada pela população de diversos municípios e regiões, como em: Curitiba, Pará de Minas, Pirapora, Uberlândia, sendo os três últimos municípios de Minas Gerais (MENDES, 2012).

## 6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Nas equipes de Saúde da Família do município de Claro dos Poções-MG e, em especial a ESF Dona Regina Medeiros, que possui rotinas semelhantes às demais unidades do município, a atenção dispensada à demanda espontânea é por meio do acolhimento, realizado pelo enfermeiro da equipe e, na ausência desse, pelo técnico de enfermagem. Podemos destacar algumas dificuldades encontradas na prática desse acolhimento, como:

- Todas as equipes possuem os equipamentos necessários para realizar o acolhimento com classificação de risco, entretanto, não implementaram em sua prática.
- Distribuição de senhas de atendimento em um horário preestabelecido para os usuários que demandam atendimento, fazendo com que tenham que amanhecer em filas.
- Atendimento baseado na ordem de chegada ao serviço ou priorização de casos mais urgentes sem utilização de critérios para classificação.
- Falta de capacitação de toda a equipe no acolhimento aos usuários que buscam o serviço.

Este projeto de intervenção será implementado na ESF Dona Regina Medeiro e, posteriormente, será replicado às demais equipes do município.

Conforme discutido no módulo Planejamento do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, será utilizada a matriz de planejamento para elaboração do plano de ação.

Quadro 2 – Problema: subutilização dos equipamentos para Classificação de Risco

<b>Nó crítico</b>	<b>Operação/projeto</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Produtos Esperados</b>	<b>Recursos Necessários</b>
Subutilização de equipamentos para a Classificação de risco	<b>Acolhimento com Classificação de risco</b> Inserir o protocolo de Manchester no acolhimento da ESF com o equipamento TRIUS®, adquirido pelo município junto a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais	Realizados 100% dos atendimentos no acolhimento pelo enfermeiro com a classificação de risco através do equipamento TRIUS® já existentes na unidade.	Equipamento TRIUS® em operação na Unidade de Saúde.	<b>Econômicos:</b> Manutenção do aparelho TRIUS. Compra de materiais de escritório. <b>Organizacionais:</b> Sala reservada para esse fim. Atribuição de funções para equipe durante esse processo. <b>Cognitivo:</b> Pessoal capacitado para classificação de risco. <b>Político:</b> Apoio logístico e parceria.

Comentários: Os equipamentos para classificação de risco adquiridos pelo município se encontram em perfeito estado de conservação e prontos para serem utilizados, com o *software* atualizado. A unidade de saúde já possui um ambiente estratégico que pode ser utilizado para classificação de risco, preservando a privacidade do usuário.

Quadro 3 – Problema: seleção de clientes que serão acolhidos por meios de senhas de atendimento

<b>Nó crítico</b>	<b>Operação/projeto</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Produtos Esperados</b>	<b>Recursos Necessários</b>
Distribuição de senhas de atendimento em um horário preestabelecido para os usuários que demandam de atendimento.	<b>Acolhimento para todos</b> Estabelecer fluxograma de atendimento aos usuários a partir da recepção da unidade, compreendendo também o atendimento dos pacientes classificados segundo o risco, de forma que todos os usuários sejam escutados e orientados quando da procura de atendimento na unidade.	Acolhidos 100 % dos usuários que procuram o serviço em seu horário de funcionamento, independente do número de senhas distribuídas.	Redução das filas e tempo de espera dos usuários até o início do acolhimento. Aumento do grau de satisfação dos usuários com o serviço prestado.	<b>Cognitivo:</b> Através de reuniões com a equipe de saúde, estabelecer um protocolo de fluxo de atendimento na unidade. <b>Organizacionais</b> : Organizar o processo de trabalho para abrir espaço na agenda para reuniões para criações do protocolo. <b>Político:</b> Apoio logístico e parceria. <b>Econômico:</b> Impressora e copiadora, material de escritório.

**Comentários:**

A equipe de saúde Dona Regina Medeiros carece da implementação de rotinas próprias de seu processo de trabalho. Fluxogramas de atendimento ao usuário, abrangendo todo o processo de trabalho ajudarão a equipe a melhor acolher o



seu usuário. Pois, conforme a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SÃO PAULO, 2004, p.7)

É imprescindível a existência de espaços nos serviços de saúde para a discussão coletiva de casos, do processo de trabalho e na adequação das normas, protocolos e orientações à realidade local, para o desenvolvimento de seus próprios fluxogramas e normas de atendimento.

Quadro 4 – Problema: atendimento por ordem de chegada.

<b>Nó crítico</b>	<b>Operação/projeto</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Produtos Esperados</b>	<b>Recursos Necessários</b>
Atendimento baseado na ordem de chegada ao serviço ou priorização de casos mais urgentes sem utilização de critérios para classificação.	<b>Protocolo de Manchester</b> Organizar o atendimento com base na classificação de risco, com determinação de tempo de espera para consultas médicas baseadas nos critérios técnico-científicos do protocolo de Manchester.	Classificados 100 % dos usuários segundo o risco, grau de urgência, que procuram o serviço no período destinado ao acolhimento realizado pelo enfermeiro. Cumprimento de 90 % dos tempos de espera pré-definidos pelo protocolo	Redução do tempo de espera e priorização de atendimento aos casos mais urgentes. Direcionamento de fluxo de atendimento aos usuários para demanda programada. Aumento do grau de satisfação dos usuários com o serviço prestado. Padronização no atendimento ao usuário, dando respaldo ao classificador.	<b>Cognitivo:</b> Enfermeiro habilitado a realizar a classificação de risco segundo o protocolo de Manchester. Equipe de Saúde treinada para o atendimento segundo o referido protocolo <b>Organizacionais:</b> Rotinas predefinidas para os profissionais nesse processo <b>Político:</b> Apoio logístico e parceria.

Comentários: O acolhimento é realizado hoje na ESF em um horário pré-definido, das 7: 30hs às 9:00hs nas segundas, terças, quartas e sextas-feiras. Na quinta-feira

são realizados atendimentos em outra comunidade de abrangência da ESF, comunidade de Boa Sorte, onde são realizados atendimentos programados: consultas médicas, de enfermagem, visitas domiciliares e atividades de educação em saúde.

O enfermeiro da equipe realiza a primeira escuta do acolhimento com classificação de risco até o horário pré-definido, a partir do qual desempenhará suas outras atribuições, passando a primeira escuta do acolhimento a ser realizada pelo técnico de enfermagem da equipe, estando o enfermeiro e o médico na retaguarda (obs.: o enfermeiro classificador deve ser habilitado para tal, através de curso e certificação).

É de suma importância a implantação de um sistema de classificação para garantir que estes usuários sejam avaliados por ordem de necessidade clínica e não por ordem de chegada. Assim, a priorização clínica continua a ser um ponto muito importante e central da gestão de risco clínico nos cuidados de saúde (BELO HORIZONTE, 2010).

O protocolo de Manchester classifica o usuário em 5 categorias com diferente grau de prioridade e tempos de espera para atendimento:

Quadro 5: Categorias do protocolo de Manchester

<b>COR</b>	<b>PRIORIDADE</b>	<b>TEMPO ALVO</b>
<b>VERMELHO</b>	<b>EMERGENCIA</b>	<b>ATENDIMENTO IMEDIATO</b>
<b>LARANJA</b>	<b>MUITO URGENTE</b>	<b>10 MINUTOS</b>
<b>AMARELO</b>	<b>URGENTE</b>	<b>60 MINUTOS</b>
<b>VERDE</b>	<b>POUCO URGENTE</b>	<b>120 MINUTOS</b>
<b>AZUL</b>	<b>NÃO URGENTE</b>	<b>240 MINUTOS / AGENDADOS</b>

Os usuários classificados como azul serão atendidos de forma programada. Os usuários classificados como verde, dependendo da demanda da equipe e da avaliação do enfermeiro, poderão ser encaixados em outro turno de atendimento para consulta médica.

Quadro 6 - Problema: falta de capacitação

Nó crítico	Operação/projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
Falta de capacitação de toda a equipe no acolhimento aos usuários que buscam o serviço.	<p><b>Capacitação profissional</b></p> <p>Organizar oficinas para que os profissionais da equipe e da unidade de saúde sejam capacitados a acolher o usuário com qualidade e entender a aplicabilidade da Classificação de Risco no acolhimento dos usuários das equipes de saúde da família.</p>	<p>Capacitados 100 % dos profissionais da equipe e da Unidade Básica de Saúde.</p>	<p>Profissionais capacitados a acolher o usuário com qualidade.</p> <p>Aumento do grau de satisfação dos usuários com o serviço prestado.</p>	<p><b>Cognitivo:</b></p> <p>Facilitadores capacitados a conduzir as oficinas</p> <p><b>Organizacionais:</b></p> <p>Organizar a agenda da equipe para viabilização de tempo para as oficinas</p> <p><b>Político:</b></p> <p>Apoio logístico e parceria com município e estado para identificação de facilitadores para as oficinas.</p> <p><b>Econômicos:</b></p> <p>Viabilização de recursos para transporte, insumos necessários para a oficina.</p>

Comentários:

As oficinas que serão realizadas são de grande valia para efetivação desse plano de intervenção, pois são vários os atores envolvidos no acolhimento e todos na unidade fazem parte desse processo. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011, p. 40),

[...] o desafio de organizar adequadamente o acolhimento em uma unidade de saúde exige a agregação de novos sujeitos capazes de se envolver com a gestão do cuidado. No trabalho em saúde, a produção e o desenvolvimento da gestão do cuidado são aspectos indissociáveis e que demandam a integração de mais atores do que apenas os membros das equipes mínimas da Estratégia Saúde da Família.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Espera-se que este trabalho, Organização da Porta de Entrada do Sistema de Saúde de Claro dos Poções, permita aos profissionais de saúde uma reflexão quanto ao processo de trabalho da equipe de saúde da família Dona Regina Medeiros e quanto à organização do atendimento a demanda espontânea através do acolhimento e da utilização da classificação de risco. Que as intervenções dessa proposta possam ser difundidas em todas as equipes de saúde do município de Claro dos Poções e que a ESF Dona Regina Medeiros seja referência no início desse processo.

Enfim, espera-se que as intervenções propostas propiciem um maior nível de satisfação dos usuários e dos profissionais de saúde do município, para que as equipes de Saúde da Família desempenhem de forma eficiente e eficaz o seu papel como porta de entrada da Rede Assistencial da Microrregião e do Sistema de saúde como um todo.

## REFERÊNCIAS

BARALDI, D. C.; SOUTO, B. G. A. A demanda do Acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família em São Carlos, São Paulo. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**. v. 36, n.1 jan/abril 2011. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1983-2451/2011/v36n1/a1918.pdf> Acesso em: 29 set. 2013.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte**. Belo Horizonte: SMS, 2010. 52 p. Disponível em: [http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=oficina\\_5\\_tutor\\_programacao.pdf](http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=oficina_5_tutor_programacao.pdf) Acesso em: 29 set. 2013.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Atenção Primária e Promoção à Saúde**. Brasília: CONASS, 2007. 232p.

BRASIL, Departamento de Atenção Básica. **Documento final da comissão de avaliação da atenção básica**. Produto do trabalho da comissão instituída pela portaria nº 676 GM/MS de 03 de junho de 2003. Diário Oficial da União 2003 jun 4.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção a Demanda Espontânea na APS**. 28. Brasília: Cadernos da Atenção Básica, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento a Demanda Espontânea**. Brasília: Cadernos da Atenção Básica, 2011. 56p.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Coordenação de Saúde da Comunidade, Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde; 1997.

DA COSTA, G. D. *et al.* Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev. bras. enferm.** [online]. v.62, n.1, p. 113-118, 2008. ISSN 0034-7167. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/17.pdf> .Acesso em: 20 mai. 2009

FARIA, H. P.; WERNECK, M. A. F.; TEIXEIRA, P. F. S.; SANTOS, M. A. *Processo de trabalho em saúde*. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009. 68p.

FARIA, R. C.; CAMPOS, E. M. S. Demanda Espontânea na Estratégia de Saúde da Família: Uma Análise dos Fatores que a Influenciam e os Desafios na Reorientação do Modelo Assistencial do SUS. **Rev APS**. 2012 abr/jun. Disponível em: [www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/download/1475/626](http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/download/1475/626). Acesso em: 29 set. 2013

FERNANDES, A. S.; SECLLEN, P. J. Experiências e desafios da atenção básica e saúde da família: caso Brasil. Brasília: OPAS; 2004.

FERTONANI, H. P. O desafio de construir um novo modelo assistencial em saúde: reflexões de trabalhadores do PSF de uma unidade de saúde de Maringá PR. 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O Acolhimento e os Processos de Trabalho em Saúde. **Cad. Saúde Pública**. v. 15.; n. 2. Abr/jun 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0319.pdf> Acesso em: 29 set. 2013

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo populacional do Brasil: dados demográficos 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> Acesso em: 31 de out 2011.

MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011, 549 p.

MENDES, E. V. O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: O imperativo da Consolidação da Estratégia de Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012, 512 p.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde. *1º Caderno de Apoio ao Acolhimento: Orientações, Rotinas e Fluxos sob a Ótica do Risco/Vulnerabilidade*. São Paulo, 2004. 143 p. Disponível em: [http://www.saudedafamilia.org/projetos/outros\\_projetos/acolhimento/caderno\\_1.pdf](http://www.saudedafamilia.org/projetos/outros_projetos/acolhimento/caderno_1.pdf) Acesso em: 29 set. 2013.

SCHERER, M. D. A.; MARINO, R. S. A.; RAMOS, F. R. S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Revista Interface-Comunicação Saúde Educação, Botucatu**, 2005, v. 9, n. 16, p. 53-66.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Claro dos Poções. **Sistema de Informação da Atenção Básica**. 2011. Claro dos Poções: Secretaria Municipal de Saúde, 2011.