

MARCELA PEREIRA DE SOUZA LEITE

**PROPOSTA DE UM PROTOCOLO DE ACOLHI-
MENTO PARA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE DE VIRGOLÂNDIA, MINAS GERAIS.**

**VIRGOLÂNDIA, MINAS GERAIS
2009**

MARCELA PEREIRA DE SOUZA LEITE

**PROPOSTA DE UM PROTOCOLO DE ACOLHI-
MENTO PARA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE DE VIRGOLÂNDIA, MINAS GERAIS.**

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: Professora Stela Maris Aguiar Lemos

**VIRGOLÂNDIA, MINAS GERAIS
2009**

AGRADECIMENTOS

Ao querido amigo Rubens Gama Renan, que me proporcionou muito conhecimento e a oportunidade de realizar o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

À equipe de saúde de Virgolândia, que participou ativamente da elaboração deste trabalho, durante as oficinas.

Aos meus avós que me acolhem em sua casa.

Aos meus pais e irmãs que me apoiaram durante minha formação.

A Deus que colocou pessoas tão especiais no meu caminho e que me deu forças para conseguir concluir este trabalho em tempo hábil.

RESUMO

O acolhimento constitui uma forma de organizar o trabalho em saúde, sendo fundamental para a garantia de um acesso humanizado e equânime aos usuários. Este estudo visou elaborar e propor um protocolo de acolhimento com classificação de risco para a atenção primária à saúde de Virgolândia, a partir de oficinas crítico-reflexivas da atenção primária à saúde (APS) de Virgolândia, Minas Gerais. Num primeiro momento realizou-se a análise da atenção primária à saúde e elaborou-se o diagnóstico situacional da atenção primária à saúde do município e o plano de ação para o fortalecimento da mesma. A implantação do protocolo de acolhimento foi vista pela equipe como ação imprescindível para a reorganização da APS. Assim, durante a segunda oficina e após muita discussão e reflexão, foi elaborado e proposto um protocolo de acolhimento com classificação de risco, baseado no protocolo de Manchester e nas demandas dos usuários da APS de Virgolândia. Ao final, propôs-se uma matriz de gerenciamento do processo de implantação do acolhimento. O protocolo elaborado pressupõe o acolhimento por meio de uma escuta qualificada e humanizada, capaz de dar uma resposta ao sujeito, garantindo-lhe acesso e atendimento humanizado e equânime.

ABSTRACT

The reception is a way of organizing work in health is central to ensuring a humane and equitable access to users. This study aimed to develop and propose a host agreement with the evaluation of risk for primary health Virgolândia, through workshops, critical reflective of primary health care (PHC) of Virgolândia, Minas Gerais. Initially held on analysis of primary health care and worked out the situational diagnosis of primary health care in the city and action plan for strengthening the same. The implementation of the host agreement was seen by staff as action essential for the reorganization of the PHC. So during the second workshop and after much discussion and reflection, was proposed and presented a host agreement with ratings, based on the protocol of Manchester and the demands of the users of the PHC Virgolândia. In the end, it proposes an array of management of the implementation process of the host. The protocol assumes the host prepared by a qualified hearing and humane, capable of responding to the subject, ensuring access to care and humane and equitable.

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção primária à Saúde
CD	Cirurgião Dentista
CEABSF	Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família
DATASUS	
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Equipe de Saúde da Família
ESPMG	Escola de Saúde Pública de Minas Gerais
HAN	Hanseníase
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
PEP	Programa de Educação Permanente
PDAPS	Plano Diretor da Ate
PNH do SUS	Programa Nacional de Humanização do SUS
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SISPRENATAL	Sistema de informação do pré-natal
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

RESUMO	_____	iii
ABSTRACT	_____	iv
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	_____	v
1. INTRODUÇÃO	_____	7
2. OBJETIVOS	_____	10
3. DESENVOLVIMENTO	_____	11
3.1 Metodologia	11
3.2 Análise e discussão dos resultados	15
4. CONCLUSÃO	_____	66
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	_____	67
ANEXOS	_____	70

1. INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde (APS) é um conjunto de ações que englobam promoção de saúde, prevenção de agravos e doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É aquele nível do sistema de serviços de saúde que oferece a porta de entrada no sistema para todas as pessoas e promove intervenções no âmbito individual e coletivo (STARFIELD, 2002 E CONASS, 2004 APUD ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS – ESPMG, 2009). Deve, portanto, cumprir três funções básicas: resolver a maior parte dos problemas de saúde, organizar os fluxos dos usuários dentro do sistema e responsabilizar-se por eles em qualquer ponto de atenção à saúde em que estejam (MENDES, 2002 APUD ESPMG, 2009).

Para que os princípios da universalidade, equidade e integralidade do SUS sejam efetivados e as funções básicas da atenção primária cumpridas, o Brasil tem passado por um processo de expansão do programa de saúde da família - PSF – e das unidades básicas de saúde – UBS. A expectativa é melhorar o acesso das pessoas aos serviços, dar maior resolutividade aos seus problemas e garantir um cuidado integral às suas demandas. Contudo, esta evolução não tem sido suficiente para assegurar uma efetiva acessibilidade aos serviços e a integralidade do cuidado (CASTRO E SHIMAZAKI, 2006).

Apesar dos grandes avanços do sistema vigente, ainda há muitos entraves nos modelos de atenção no que se refere ao modo como o usuário é acolhido nos serviços de saúde. Isto pode ser visualizado durante um simples diálogo do usuário com o profissional. Este muitas vezes tem a escuta pouco qualificada e é pouco solidário em sua relação com o outro (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Além disso, segundo Castro e Shimazaki (2006), observam-se, não raramente, cartazes na porta da unidade informando o número limitado de consultas e, às vezes, a falta do profissional médico; atendimento por ordem de chegada e sem avaliação de risco; e as respostas tradicionais: *“não tem consulta”*, *“não tem agenda”*, *“o doutor não pode atender”*, enfim, a cultura do não. Percebe-se, assim, a real necessidade de os gestores e profissionais de saúde reverem suas práticas e conceitos. Devem voltar-se para o desenvolvimento de novas habilidades e competências gerenciais, técnicas e de relacionamento que viabilizem um acesso com equidade e resolutividade. Para esta reorganização dos serviços, com vistas à garantia de acesso solidário universal dos indivíduos ao sistema de saúde, a implantação do acolhimento é fundamental (RAMOS E LIMA, 2003).

O acolhimento possibilita a criação de vínculo e confiança dos usuários com as equipes e os serviços de saúde e é uma das diretrizes mais importantes da Política Na-

cional de Humanização do Sistema Único de Saúde (PNH do SUS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2006). Esta deve operar transversalmente em toda a rede do SUS para ofertar atendimento de qualidade em todos os níveis de atenção. Supõe o diálogo e a troca de saberes entre os profissionais e entre estes e os pacientes e familiares, levando em conta as necessidades sociais, desejos e interesses dos diferentes atores envolvidos no campo da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Desta forma, o acolhimento deve contribuir para a edificação de uma ética da diferença, da tolerância com os diferentes e da inclusão social (BECK E MINUZI, 2008).

Segundo Castro e Shimazaki:

O acolhimento tem como propósito identificar a população residente e o território de abrangência da unidade básica de saúde, reconhecer os problemas de saúde, organizar a porta de entrada e viabilizar o primeiro contato através da equipe de saúde, humanizando o atendimento e alcançando a satisfação do usuário. (CASTRO E SHIMAZAKI, 2006, p.12).

O acolhimento fundamenta-se no trabalho integrado de toda equipe de saúde, sendo um processo que requer a participação multiprofissional e não pertence apenas à equipe de enfermagem (CASTRO E SHIMAZAKI, 2006).

Culturalmente, esta prática muitas vezes é restrita, ora a uma dimensão espacial, como lugar confortável, onde é feita a recepção dos indivíduos, ora à noção de triagem que seleciona quem passará por atendimento, numa lógica de exclusão daqueles não selecionados. Estas noções não devem ser tomadas isoladamente para não restringir o acolhimento. Quando isto acontece, as unidades permanecem convivendo com as famosas filas que priorizam o atendimento por ordem de chegada, atendem sem critérios de classificação de risco e reproduzem um modelo preocupado com a produção de procedimentos e atividades em detrimento dos resultados e efeitos para os sujeitos. Nesta concepção, o foco da atenção é a doença e não o sujeito e suas necessidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O acolhimento promove maior organização dos serviços de saúde, uma vez que permite a classificação dos indivíduos conforme o risco e viabiliza a utilização da agenda, com conseqüente organização da demanda espontânea e programada. Contudo, a implantação do acolhimento não é tarefa fácil, pois requer uma mudança organizacional dos serviços e uma quebra cultural das formas de acesso aos mesmos. Exige da equipe o desenvolvimento de novas tecnologias em saúde, para a instrumentalização dos profissionais e o estabelecimento de um novo processo de trabalho. Além disso, faz-se necessária a mobilização e participação popular em todas as etapas desta mudança. Portanto, é imprescindível uma articulação entre gestor, equipe e conselho municipal de saúde,

para que haja a consolidação de um serviço equânime, voltado para as necessidades da população (CASTRO E SHIMAZAKI, 2006).

Em Virgolândia, município mineiro situado a aproximadamente 400 km da capital Belo Horizonte, o serviço de atenção primária ainda se baseia na queixa do usuário e está voltado para a doença, dando ênfase às ações curativas. A partir da leitura e análise do portfólio, construído ao longo do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) e das oficinas de implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS) foi possível identificar a inexistência de acolhimento, com conseqüente desorganização da demanda, como problema central a ser trabalhado no serviço de saúde deste município. Virgolândia possui 100% de sua área coberta pelo PSF e mesmo assim tem reproduzido um modelo assistencial fragmentado e centrado no profissional médico. Os usuários são atendidos, muitas vezes, de forma não humanizada, pouco valorizam as ações de promoção de saúde e a demanda atendida é quase que exclusivamente espontânea. Portanto, a proposta de criação e implantação de um protocolo de acolhimento no serviço de saúde de Virgolândia trará um impacto positivo no processo de trabalho da equipe e na organização do serviço (FRANCO, BUENO, MERHY, 1999).

2. OBJETIVOS

Objetivo geral

- Elaborar um protocolo de acolhimento para a unidade de PSF de Virgolândia.

Objetivos específicos

- Descrever as oficinas realizadas para a elaboração do protocolo de acolhimento.
- Apresentar os produtos das oficinas: matriz de análise da atenção primária à saúde, diagnóstico situacional, plano de ação de fortalecimento da APS e protocolo de acolhimento da unidade de PSF de Virgolândia.
- Descrever estratégias para organizar a demanda atendida pelas Equipes de Saúde da Família (ESF).
- Discutir o acolhimento enquanto estratégia para garantia de acesso e de atendimento equânime e universal para a população de Virgolândia.
- Problematizar a humanização do processo de trabalho das equipes de saúde da unidade.
- Sugerir fluxogramas de atendimento aos ciclos de vida, seguindo as propostas das linhas guias.
- Elaborar uma matriz de gerenciamento do processo de implantação do acolhimento.

3. DESENVOLVIMENTO

3.1 METODOLOGIA

Cenário do estudo:

O cenário do estudo é a Unidade de Saúde da Família de Virgolândia. Esta funciona das 07:00 às 17:00, com duas ESF, sendo que a primeira adesão ao programa ocorreu em 1998. À noite a unidade funciona com o médico em plantão de sobreaviso e uma técnica de enfermagem em plantão noturno por 12 horas. Há ainda duas unidades de apoio na zona rural que não funcionam diariamente – comunidade do divino e empoadado. Vale dizer que as UBS possuem prédio próprio, com estrutura mínima para o funcionamento do PSF. A unidade central, onde funcionam os dois PSF, possui uma recepção, dois consultórios de enfermagem, dois consultórios médicos, dois consultórios odontológicos, uma sala de vacina, uma farmácia com seu almoxarifado, uma sala de fisioterapia e outra para a psicologia, um laboratório de análises clínicas, sala de curativo, sala de medicação, salas de observação, sala de nebulização, sala de eletrocardiograma e uma sala de Raio X.

As ESF cobrem 100% da população – 5968 habitantes (Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), 2009)- e possuem uma média de 397,86 habitantes por Agente Comunitário de Saúde (ACS), distribuídos em 15 microáreas. A ESF Dona Catita, cobre a zona urbana e conta com sete ACS, um médico, uma enfermeira e uma técnica de enfermagem. A equipe Juventino Alves Ferreira faz a cobertura da zona rural e possui oito ACS, uma enfermeira, um médico e uma técnica de enfermagem. Cada ESF conta com uma Equipe de Saúde Bucal (ESB) sem técnico em saúde bucal (TSB). Além disso, a equipe de saúde conta com psicólogo, fisioterapeuta, bioquímico, farmacêutica, auxiliares administrativos, auxiliares de serviços gerais, funcionários do programa de controle de endemias e auxiliares enfermagem que fazem plantões 12/36h na unidade de funcionamento 24h e outros dois que ficam na sala de vacina, exclusivamente.

Mesmo com toda esta estrutura, o modelo assistencial vigente tem reproduzido a lógica de um sistema fragmentado, direcionado às consultas médicas e às ações curativas e não possui acolhimento. O atendimento é feito por ordem de chegada, e como colocado por Castro e Shimazaki (2006), vê-se com frequência cartazes na porta da unidade informando o número de fichas.

Plano de Intervenção:

Trata-se de um estudo crítico e reflexivo da atenção primária à saúde de Virgolândia, Minas Gerais, que considera os profissionais da área da saúde como agentes ativos

de transformação de si e de sua realidade (VASCONCELOS, GRILLO E SOARES, 2008). Para a ESP (2009) estes profissionais devem ser eminentemente ativos e participativos, porque se não estimulados à reflexão, provavelmente não terão a oportunidade de atuarem sobre seu processo de trabalho e transformá-lo. Desta forma, para cumprir com os objetivos propostos pelo projeto deste trabalho, realizaram-se duas oficinas, que tiveram como eixos norteadores:

Aprender a aprender que engloba aprender a conhecer, aprender a fazer e aprender a ser; a autonomia e o discernimento, no âmbito de sua competência, para assegurar a integralidade, a equidade, a qualidade e a humanização das ações prestadas ao indivíduo, à família e à comunidade; a integração teoria e prática; a articulação do processo ensino-aprendizagem e do trabalho em saúde; atitudes e valores éticos orientados para a cidadania e para a solidariedade. (ESP, 2009, p.33)

As oficinas foram conduzidas por duas profissionais da APS de Virgolândia, uma cirurgiã dentista e uma enfermeira, facilitadoras do processo de implantação do PDAPS no município e concluintes do CEABSF. Antes da replicação no município, estas profissionais passaram por uma capacitação microrregional, realizada por tutores universitários. Em Virgolândia, as oficinas foram realizadas no salão do sindicato dos trabalhadores rurais da cidade e teve todos os profissionais da área da saúde convidados: auxiliares de serviços gerais e administrativos, secretário de saúde, motoristas, as ESF e ESB, demais profissionais de nível superior e técnico e a equipe de controle de endemias. Para melhor produção, a equipe foi dividida em duas turmas e ambas as oficinas aconteceram em dois momentos: oficina 1, dias 22 e 23 de julho de 2009, com a turma um e dois, respectivamente, e a oficina 2, dias 08 e 09 de dezembro de 2009, seguindo o mesmo padrão da primeira.

Para a realização das oficinas foram utilizadas apresentações em Power Point para a exposição dialogada do conteúdo, o caderno de estudo da oficina de implantação do PDAPS 2 e 3 e o caderno da oficina 5, papel Kraft, pincéis e calculadora. As atividades propostas foram realizadas em grupos aleatórios que tinham um coordenador e um relator. O primeiro teve a função de orientar e sistematizar as discussões do grupo, observando a adequação ao tema e tempo definido para cada atividade. O segundo apresentou as conclusões do grupo sob a forma de plenária, colocando-se diante da turma com uma postura persuasiva. Destas discussões, saíram os produtos das oficinas e proposta de protocolo de acolhimento para a APS de Virgolândia.

Oficina 1: análise da atenção primária à saúde, diagnóstico situacional da atenção primária à saúde do município e plano de ação para o fortalecimento da APS de Virgolândia

Esta oficina aconteceu nos dias 22 e 23 de julho e contou com a participação de 52 trabalhadores da área da saúde. Uma turma participou da oficina no dia 22 – 27 participantes – e a outra no dia 23.

Iniciou-se a oficina com a acolhida dos participantes, dando-lhes boas vindas e acomodando-os em seus lugares. Posteriormente, foi realizada exposição dialogada sobre a atenção primária à saúde, onde se discutiu o conceito da atenção primária à saúde, suas funções básicas e princípios que a norteiam.

Assim, com estes conceitos já construídos, a turma foi distribuída em seis grupos para a realização da análise da atenção primária do município, considerando cada um dos seis princípios.

Cada princípio possuía itens para serem verificados e pontuados de acordo com a realidade do município. O item que o município atende com excelência, recebeu pontuação 4; o que apenas atende pontuação 3; o que atende parcialmente, pontuação 2; o que atende de forma incipiente, pontuação 1; e o que não atende pontuação zero. Desta forma, cada grupo ficou responsável pela análise e pontuação de um princípio. Ao final, realizou-se uma plenária e o relator de cada grupo posicionou-se à frente da turma para expor as conclusões de seu grupo.

Depois de analisar a APS do município, seguiu-se com a atividade de realização do diagnóstico situacional. O método utilizado pelo grupo baseou-se no Roteiro para o Diagnóstico da Linha Base (anexo 1) proposto pela ESPMG na oficina 2 e 3 de implantação do PDAPS (2009). Para o preenchimento deste Roteiro foram feitas pesquisas nas bases de dados do DATASUS, SIAB, SISCOLO, SISPRENATAL, prontuários odontológicos, base de dados da farmácia e laboratório, busca de dados com auxiliares administrativos e profissionais de nível médio e superior, etc. e nas matrizes de análise da APS anteriormente citadas. A turma foi dividida em três grupos e cada um ficou responsável pela análise e discussão de alguns indicadores: grupo I indicadores de 1 a 32; grupo II de 33 a 68; grupo III de 69 a 84. Ao final eles consolidaram os dados e fizeram a apresentação em plenária.

Após a análise das matrizes e elaboração do diagnóstico situacional, os grupos partiram para a discussão do plano de ação para o fortalecimento da APS de Virgolândia. Desta forma, para cada item crítico dos princípios, os grupos propuseram um plano de ação definindo o item, objetivos, ação, responsável e prazo para execução. Concluindo, cada relator foi à frente apresentar as discussões do grupo.

Desta forma, como a oficina 1 aconteceu em dois momentos, no dia 27 de julho a equipe de gerentes da UBS se reuniu para consolidação dos dados da oficina. Esta reunião acontece quinzenalmente com os profissionais de nível superior da unidade e o secretário municipal de saúde, a fim de avaliarem o processo de trabalho da APS do município e gerencia-lo. É coordenada pelo psicólogo da equipe e, quando necessário, outras pessoas envolvidas no processo são convidadas a participarem – vereadores, assistente social, representantes da educação, do transporte, etc. Portanto, neste dia a equipe consolidou e sistematizou as informações das planilhas de análise da APS de Virgolândia, o diagnóstico situacional e as planilhas com o plano de fortalecimento da APS do município.

Oficina 2 – Acolhimento e classificação de risco, elaboração de protocolo de acolhimento para a atenção primária em Virgolândia e planilha de gerenciamento do acolhimento.

A oficina 2 foi realizada nos dias 08 e 09 de dezembro e teve a participação de 47 funcionários da equipe de saúde. No primeiro dia foram 26 participantes e no segundo, dia 09 de dezembro, 21.

Como na primeira oficina, esta iniciou com a acolhida dos profissionais e apresentação da equipe aos novos membros das ESF e ESB. Em seguida, as facilitadoras realizaram exposição dialogada sobre o tema acolhimento, discutindo conceitos, objetivos, seus elementos e a importância do acolhimento com classificação de risco, utilizando o protocolo de Manchester como referência para a avaliação e classificação do usuário de acordo com a gravidade do caso.

Com os conceitos de acolhimento estruturados e de classificação de risco estudados, os profissionais iniciaram o trabalho de elaboração do protocolo de acolhimento da atenção primária à saúde de Virgolândia, utilizando como referência para a classificação de risco o protocolo Manchester. Para a elaboração dos fluxos segundo o ciclo de vida, utilizou-se as linhas guias da secretaria de estado de saúde. A parte inicial da construção do protocolo constou da definição do conceito de acolhimento e classificação de risco, sua importância e objetivos e quais os pré-requisitos para a implantação do acolhimento com classificação de risco segundo o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004). Em seguida, iniciou-se uma discussão sobre o protocolo de Manchester e qual a melhor forma de implantação da classificação de risco em Virgolândia. A partir de então, a turma discutiu os objetivos do protocolo e o funcionamento do acolhimento, estabelecendo a porta de entrada dos usuários para a APS em Virgolândia, os profissionais responsáveis, horários e

locais de funcionamento, os fluxos segundo os ciclos de vida e as responsabilidades da equipe e dos profissionais.

Posteriormente, foi realizada nova exposição dialogada sobre a importância da organização dos processos de trabalho, seguida da realização do exercício de elaboração da matriz de gerenciamento dos processos de trabalho. Para isto os participantes foram distribuídos em três grupos, a fim de que cada um pudesse discutir e elaborar um sistema de gerenciamento do processo de implantação do acolhimento na APS de Virgolândia, segundo a matriz. Os grupos discutiram as diversas ações que seriam necessárias para a implantação do acolhimento, indicando o local e o momento de realização da ação, o responsável por ela, os instrumentos de referência que detalham a atividade são utilizados, o local de registro e proposta de avaliação do processo de implantação do acolhimento com classificação de risco segundo o protocolo de acolhimento da unidade de saúde de Virgolândia. A parte final da oficina 2 constou de uma plenária e o relator de cada grupo expôs as conclusões de seu grupo. Ao final, os participantes consolidaram os resultados e uma matriz de gerenciamento foi criada em cada oficina.

Finalmente no dia 15 de dezembro aconteceu a reunião de gestores para a consolidação do protocolo de acolhimento da unidade de saúde de Virgolândia e da planilha de gerenciamento do processo de implantação do acolhimento.

3.2 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A consolidação e sistematização das planilhas de análise da atenção primária, do diagnóstico situacional e das planilhas do plano de fortalecimento da APS, evidenciaram a necessidade de implantação do acolhimento com classificação de risco na atenção básica de Virgolândia. A seguir está apresentado o produto final da discussão:

3.2.1 Análise da APS de Virgolândia.

Quadro 1 – Apresentação dos dados referentes à análise do princípio: primeiro contato.

Princípio: PRIMEIRO CONTATO		
Item de verificação	Pontuação	Justificativa
1. As UBS são a porta de entrada dos usuários para o sistema de serviços de saúde.	3	A grande maioria entra para o sistema via UBS.
2. As UBS são de fácil acesso para os usuários residentes no território.	2	O acesso é difícil para os moradores da zona rural, porque a maior parte das comunidades não possui transporte coletivo para a população.
3. As UBS atendem em horário adequado às necessidades dos usuários.	2	O atendimento médico não possui horário fixo. Portanto, muitas vezes, a UBS e os usuários se adequam ao horário deste profissional, o que interfere no horário dos demais.
4. As UBS estão dimensionadas para garantir a cobertura da população residente no município.	4	Possuímos uma UBS para atender uma população inferior a 6.000 habitantes e mais duas unidades de apoio na zona rural.
5. As equipes de saúde da família/saúde bucal estão dimensionadas conforme os parâmetros preconizados pelo Ministério da saúde.	3	O dimensionamento obedece aos parâmetros, mas poderia ser melhor se não seguisse apenas a idéia de território solo.
6. Os agentes comunitários de saúde estão dimensionados para viabilizar a cobertura da população, conforme os parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde.	3	O dimensionamento obedece aos parâmetros, mas poderia ser melhor se não seguisse apenas a idéia de território solo.
7. Existe um processo de avaliação inicial das necessidades dos usuários que acessam a UBS para a detecção dos casos de risco e priorização do atendimento.	1	Não há esta avaliação, mas casos evidentes de urgência são atendidos prioritariamente.
8. Existem critérios padronizados de priorização de atendimento para os casos de urgência/emergência.	0	Não há protocolo para que seja feita essa priorização.
9. Existem critérios padronizados de captação precoce de usuários para a atenção programada (atenção às condições crônicas. Ex: hipertensos, gestantes).	4	Existem critérios, mas a captação precoce às vezes deixa de acontecer por falta de interesse do usuário.
10. O agendamento da UBS é realizado de modo a garantir o atendimento necessário a cada usuário.	2	Só há agendamento para usuários que possuem alguma condição referida.
TOTAL	24	60%

Quadro 2 – Apresentação dos dados referentes à análise do princípio: longitudinalidade.

Princípio: LONGITUDINALIDADE		
Item de verificação	Pontuação	Justificativa
1. As UBS estão estruturadas para atender os usuários em todos os ciclos de vida da família: infância, adolescência, vida adulta e velhice.	2	Há uma falha no atendimento aos adolescentes e idosos não portadores de doenças crônicas.
2. As UBS estão organizadas para viabilizar a continuidade do cuidado aos usuários com patologia e/ou condições crônicas: gestante, hipertenso, diabético, tuberculose, hanseníase, transtorno mental, HIV/AIDS, cárie, doença periodontal e lesão de mucosa bucal.	2	No que depende da APS de Virgolândia, a continuidade do cuidado é garantida. Quando necessário, o usuário é encaminhado a outros pontos de atenção. Em relação à odontologia, a continuidade do cuidado não é viabilizada.
3. As equipes das UBS acompanham a evolução clínica dos usuários portadores de patologias/ condições crônicas (ex: hipertenso, diabético).	4	A equipe tem feito o acompanhamento destes usuários, orientada pelo programa do Hiperdia e através de um arquivo rotativo criado pelo próprio município.
4. As UBS contam com protocolos clínicos para o atendimento dos ciclos de vida – criança, adolescentes, adultos e idosos – e das principais patologias crônicas – hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, transtornos mentais, DST, HIV/AIDS, cárie, doença periodontal e lesão de mucosa bucal, etc. e condições crônicas – gestantes.	3	As UBS possuem os protocolos clínicos da SES, mas muitas vezes não os utiliza. A odontologia não tem protocolo clínico definido, apenas a Linha Guia da SES.
5. Os protocolos clínicos são utilizados rotineiramente pelos profissionais das UBS.	2	Alguns protocolos, como o da gestante, Hiperdia e de atendimento à criança, são usados rotineiramente.
6. Os profissionais das UBS contam com um processo de educação permanente.	1	Nem todos os profissionais recebem cursos ou discutem o trabalho com frequência. A implantação do PDAPS tem dado esta oportunidade a todos.
7. Cada equipe de saúde é responsável por um número de usuários/ famílias residentes no território.	3	As equipes possuem um número de pessoas/famílias adscritas sob sua responsabilidade, mas será importante repensar a divisão vigente.
8. Existe vínculo entre a equipe da UBS e os usuários/famílias residentes no território de sua responsabilidade.	2	Há este vínculo, principalmente entre as ESF/SB e os usuários. Nem todos os profissionais da UBS possuem vínculo.
TOTAL	19	59,37%

Quadro 3 – Apresentação dos dados referentes à análise do princípio: integralidade.

Princípio: INTEGRALIDADE		
Item de verificação	Pontuação	Justificativa
1.A UBS viabiliza aos usuários os exames laboratoriais quando necessário, no tempo adequado.	4	Os exames disponibilizados pelo laboratório da UBS são viabilizados em tempo adequado. Alguns exames são analisados em outro município e sobre eles não possuímos governabilidade.
2. Os profissionais da UBS dispõem de critérios definidos para a solicitação de exames de apoio diagnóstico.	2	Só há critérios para a solicitação de exames para gestantes, hipertensos e diabéticos.
3. Os profissionais da UBS têm o retorno do resultado dos exames laboratoriais no tempo adequado.	2	O laboratório libera os resultados em tempo adequado, mas muitas vezes os usuários não os buscam ou simplesmente não procuram/conseguem consulta para apresentá-los ao profissional solicitante.
4. A UBS viabiliza aos usuários consultas especializadas quando necessário, no tempo adequado.	2	As consultas são ofertadas em tempo adequado, mas há questões que fogem a governabilidade do município, por exemplo, a quantidade restrita de algumas especialidades.
5. Os profissionais da UBS dispõem de critérios definidos para a solicitação de consultas especializadas.	2	Não há critérios e cada profissional solicita as consultas especializadas conforme sua formação e experiência.
6. Os profissionais da UBS têm o retorno das informações da consulta especializada de forma adequada, para viabilizar a continuidade do cuidado ao usuário.	0	Às vezes acontece a contra-referência, porém nem sempre ela é objetiva e/ou legível.
7. A UBS viabiliza aos usuários internamentos quando necessário, no tempo adequado.	4	Sempre que necessário, os usuários ficam em observação no centro de saúde e são encaminhados para internação hospitalar, em tempo hábil.
8. Os profissionais da UBS dispõem de critérios definidos para a solicitação de internamentos hospitalares.	2	Não há critérios e cada profissional solicita as internações conforme sua formação e experiência.
9. Os profissionais da UBS têm o retorno das informações referentes ao internamento, de forma adequada, para viabilizar a continuidade do cuidado ao usuário.	0	Não existe contra-referência.

Item de verificação	Pontuação	Justificativa
10. Os profissionais da UBS dispõem de critérios definidos para a prescrição de medicamentos de uso contínuo, para usuários portadores de patologias crônicas (ex: para hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, transtornos mentais, entre outras).	2	Há critérios para a prescrição aos portadores de tuberculose e hanseníase.
11. A UBS viabiliza o acesso dos usuários portadores de patologias crônicas aos medicamentos de uso contínuo, para contribuir com a continuidade do cuidado (ex: para hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, transtornos mentais, entre outras).	4	Estes medicamentos estão sempre disponíveis e a lista do município é maior que a padronizada pelo ministério e estado.
TOTAL	24	54,54%

Quadro 4 – Apresentação dos dados referentes à análise do princípio: coordenação.

Princípio: COORDENAÇÃO		
Item de verificação	Pontuação	Justificativa
1. A UBS tem prontuário para registro das informações do atendimento prestado pela equipe multiprofissional ao usuário.	2	Há prontuário, mas em péssimas condições. Isto tem contribuído para a perda das informações dos usuários, de um ou da família inteira. Portanto há famílias sem prontuário.
2. Os profissionais das UBS preenchem o prontuário adequadamente.	2	Nem todos os profissionais preenchem adequadamente o prontuário com a evolução clínica do paciente.
3. O prontuário é arquivado de forma adequada para garantir segurança e sigilo das informações nele contida.	0	Os prontuários ficam em arquivos sem chave e numa sala que também não é fechada, sendo de fácil acesso.
4. A SMS conta com comissão de revisão de prontuário.	0	Há um desconhecimento sobre as funções desta comissão.
5. Os profissionais das UBS preenchem adequadamente os instrumentos destinados aos usuários, como por exemplo, o cartão da gestante, a cartilha da criança, entre outros.	2	Nem todos os profissionais preenchem adequadamente os instrumentos destinados aos usuários.
6. A UBS conta com um sistema de informação adequado às necessidades da equipe de saúde, capaz de disponibilizar informações clínicas, epidemiológicas e gerenciais no tempo adequado.	2	Falta informatização e o acesso é restrito. Além disso, há desorganização administrativa (ex: não há um responsável/coordenador do Centro de Saúde II).
7. Os profissionais das UBS alimentam os sistemas de informação do Ministério da Saúde de forma adequada e nos prazos estabelecidos. Ex: SIAB, SIASUS, SISpré-natal, SISHiperdia, SINAM, entre outros.	4	Só há problemas quando o sistema falha.
8. Os profissionais das UBS acessam os relatórios dos sistemas de informação do Ministério da Saúde. Ex: SIAB, SIASUS, SISpré-natal, SISHiperdia, SINAM, entre outros.	2	Poucos profissionais acessam e utilizam estas informações para o planejamento e monitoramento das ações.
9. A SMS dispõe de mecanismos para que as equipes de saúde realizem a programação local adequada à população adscrita e recursos disponíveis na UBS.	2	Os recursos são escassos e falta local adequado. A programação é feita isoladamente por cada setor.

Item de verificação	Pontuação	Justificativa
10. A SMS dispõe de um mecanismo de contratualização com as equipes de saúde da UBS, mediante metas pactuadas resultantes da programação local.	0	Não há programação local, portanto somente quando a SMS é cobrada é que se faz uma programação para melhorar as metas.
11. A SMS realiza o monitoramento das metas pactuadas na programação local.	0	Não há programação local. O monitoramento só acontece na GRS, anualmente, quando a SMS é cobrada.
TOTAL	16	36,36%

Quadro 5 – Apresentação dos dados referentes à análise do princípio: centralização na família.

Princípio: CENTRALIZAÇÃO NA FAMÍLIA		
Item de verificação	Pontuação	Justificativa
1. A equipe de saúde realiza o cadastro de todas as famílias residentes no território.	4	100% das famílias são cadastradas e há uma atualização mensal dos cadastros.
2. A equipe realiza a classificação de risco para as famílias residentes no território de sua responsabilidade.	0	A equipe trabalha com uma ficha A antiga e não realiza a classificação das famílias por risco.
3. A equipe monitora as famílias de acordo com o grau de risco priorizando as de maior risco.	0	A equipe trabalha com uma ficha A antiga e não realiza a classificação das famílias por risco e nem o monitoramento.
4. A equipe de saúde utiliza os instrumentos de abordagem familiar. Ex: genograma, listagem de problemas familiares, Firo, Practice, entre outros.	0	Há um desconhecimento da equipe sobre a existência destes instrumentos.
5. A equipe de saúde realiza ações de prevenção de doenças/agravos de acordo com a necessidade das famílias residentes no território.	3	Há várias ações na UBS, no domicílio e nas diversas comunidades.
6. A equipe de saúde realiza ações de educação em saúde voltada para as famílias de usuários portadores de patologias crônicas.	3	Acontecem grupos operativos mensalmente. Na zona rural eles estão restritos a algumas comunidades devido ao acúmulo de tarefas do profissional enfermeiro.
7. A equipe de saúde realiza visitas domiciliares de acordo com a necessidade das famílias residentes no território.	2	Isto é feito parcialmente porque ainda não houve a classificação das famílias por risco.
8. As equipes dispõem de materiais de educação em saúde destinado ao usuário/famílias.	3	As equipes recebem materiais de educação constantemente, às vezes em quantidade insuficiente.
TOTAL	15	46,87%

Quadro 6 – Apresentação dos dados referentes à análise do princípio: orientação comunitária.

Princípio: ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA		
Item de verificação	Pontuação	Justificativa
1. A equipe de saúde identifica de forma sistematizada e periódica as necessidades de saúde da comunidade.	2	A equipe procura identificar estas necessidades, mas falta organização e informação sobre a classificação de risco.
2. A equipe de saúde desenvolve ações de educação em saúde para a comunidade.	3	A equipe realiza grupos operativos, orientação individual e familiar, durante consultas e visita domiciliar, para educação dos usuários e prevenção de doenças.
3. A equipe de saúde desenvolve ações de prevenção de doenças/agravos para a comunidade.	3	A equipe realiza grupos operativos, orientação individual e familiar, durante consultas e visita domiciliar, para educação dos usuários e prevenção de doenças, além de trabalhar com a puericultura, PCCU e pré-natal.
4. A UBS conta com conselho local – Conselho Municipal - de saúde atuante.	1	O conselho existe, mas não é atuante.
5. O conselho local de saúde participa do planejamento das ações desenvolvidas pela equipe de saúde.	0	O conselho não participa do planejamento e monitoramento das ações desenvolvidas pela equipe de saúde.
6. O conselho local de saúde participa do monitoramento das ações realizadas pela equipe de saúde.	0	O conselho não participa do planejamento e monitoramento das ações desenvolvidas pela equipe de saúde.
TOTAL	9	37,50%

TABELA 1- Distribuição da pontuação na análise da APS por eixo temático

PRINCÍPIOS	PONTUAÇÃO MÁXIMA	PONTUAÇÃO ALCANÇADA	
		NÚMERO	%
PRIMEIRO CONTATO	40	24	60%
LONGITUDINALIDADE	32	19	59,37%
INTEGRALIDADE	44	24	54,54%
COORDENAÇÃO	44	16	36,36%
CENTRALIZAÇÃO NA FAMÍLIA	32	15	46,87%
ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA	24	09	37,50%
TOTAL	216	107	49,54%

Para STARFIELD (2002) apud ESPMG (2009), a atenção primária deve se orientar pelos seguintes princípios: ser o primeiro contato do usuário com o sistema – garantindo acesso; atender com excelência a todos os ciclos de vida – desde o nascimento até a velhice; viabilizar o cuidado integral do sujeito, possibilitando a continuidade do cuidado; coordenar a rede de atenção, sendo responsável pelo indivíduo em todos os níveis; centralizar suas ações na família, considerando o contexto onde ela se insere; e desenvolver atividades voltadas à promoção da saúde e prevenção de doenças para a comunidade, contando com o apoio popular do conselho municipal de saúde.

A análise dos princípios da atenção primária evidenciou que em Virgolândia a saúde não tem atendido com excelência a todos estes princípios. Percebe-se, conforme visualizado na tabela 1, que ela cumpre com apenas 50% do que deveria, atendendo, de um modo geral, parcialmente aos princípios. Contudo, deve-se levar em consideração que muitas variáveis interferem nas relações políticas internas e da intermunicipalidade. Vê-se que os princípios da coordenação e orientação comunitária são os que menos cumprem com seu dever dentro da APS: 36,36% e 37,5%, respectivamente. A atenção primária não exerce seu papel de coordenação da rede, porque o sistema ainda é fragmentado e a participação popular do conselho municipal de saúde não existe, pois este possui ações bastante reprimidas e aquém das suas funções. Além disso, apesar de a unidade de saúde de Virgolândia ser muitas vezes o primeiro contato do usuário com o sistema, a demanda é desorganizada e não existe um processo de avaliação inicial dos usuários que acessam a UBS e de critérios padronizados de priorização de atendimento para os casos de urgência/ emergência. Portanto, apesar da APS cumprir 60% do seu papel enquanto primeiro contato, o acesso é restrito.

Para este trabalho, vamos nos restringir às discussões pautadas no princípio primeiro contato, quadro 1.

A partir desta matriz pode-se perceber que a atenção primária à saúde de Virgolândia, apesar de ser a porta de entrada dos usuários para o sistema de saúde, não tem garantido acesso equânime e universal aos seus usuários. Contudo, para que este primeiro contato seja feito com excelência, o acesso das pessoas ao serviço é fundamental. Matumoto (1998) citado por Ramos e Lima (2003), refere que o acesso é a primeira barreira a ser vencida pelo usuário, quando ele está em busca da satisfação de uma necessidade de saúde. Portanto, a acessibilidade é o elemento estrutural necessário para a primeira atenção e é tida como “a capacidade de obtenção de cuidados de saúde, quando necessário, de modo fácil e conveniente” (ACURCIO E GUIMARÃES, 1996 APUD RAMOS E LIMA, 2003). Este elemento deve ser analisado através da disponibilidade, que se relaciona com a obtenção da atenção necessária ao usuário e sua família; da co-

modidade, que diz respeito ao tempo de espera, conveniência de horários, forma de agendamento, facilidade de contato com os profissionais, etc.; da aceitabilidade, que está relacionada com a satisfação dos usuários quanto aos profissionais, o tipo de atendimento prestado, à localização e aparência do serviço (CASTRO E SHIMAZAKI, 2006).

Fica evidente que em Virgolândia a APS não é de fácil acesso aos moradores da zona rural, principalmente, no que diz respeito ao aspecto geográfico. Possui seu horário de funcionamento estipulado segundo as necessidades dos profissionais e não dos usuários, os critérios de agendamento somente funcionam para os indivíduos que estão cadastrados em algum programa e o atendimento é por ordem de chegada, sem critérios de classificação de risco.

Outro ponto importante para o desenvolvimento deste trabalho e para o planejamento de ações voltadas à melhoria da APS foi à discussão e elaboração do diagnóstico situacional. Este nada mais é do que o diagnóstico da situação de saúde da área de abrangência da unidade de saúde da família de Virgolândia. Ele é importante para a definição das ações de enfrentamento dos problemas identificados e para a avaliação da eficácia e eficiência destas. Assim, pode-se afirmar que sua matéria prima é a informação. Portanto, faz-se necessário o acesso a esta ou a produção da mesma com qualidade, e para isto, é preciso trabalhar e entender os sistemas de informação, base de dados, construção de indicadores, etc. (CARDOSO, FARIA E SANTOS, 2008).

Em seguida pode-se visualizar o diagnóstico situacional da atenção primária à saúde em Virgolândia. Vale ressaltar que o histórico da saúde foi construído durante o CE-ABSF e discutido e analisado junto aos participantes durante a oficina.

3.2.2 Diagnóstico situacional

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE VIRGOLÂNDIA

Virgolândia possui, segundo dados do IBGE, estimativa, cerca de 5.815 habitantes. Está situada cerca de 100 km de Governador Valadares e há aproximadamente 400 km da capital Belo Horizonte.

Sua área rural é consideravelmente maior em extensão do que a urbana e tem a pecuária de corte como a principal atividade econômica.

Politicamente foi administrada por muitos anos por um único partido. Desde 2000, outro partido assumiu o poder executivo do município, sendo o prefeito reeleito em 2003. Em 2008, a eleição foi conquistada pelo mesmo partido. A cidade vem sofrendo bruscas transformações com as obras, a contratação de recursos humanos e a implantação de projetos no setor da educação, saúde e assistência social.

A segurança pública tem preocupado a população com crimes que vêm acontecendo e ninguém é punido. Estes, muitas vezes estão ligados ao tráfico de drogas. Tradicionalmente, duas comemorações têm movimentado Virgolândia: a semana Santa, com festas religiosas, e em setembro, no feriado da independência do Brasil, a tradicional festa do peão boiadeiro.

Histórico da saúde

Segundo alguns documentos da década de 50, havia na cidade o funcionamento de uma Associação de Caridade denominada São Gonçalo de Virgolândia, mais conhecida pelas pessoas da cidade como “hospital”. Foi construído e equipado com verba doada pelos moradores do Município. Há ainda um documento escrito a mão que, segundo relato do tesoureiro da época (hoje com 90 anos), mostra o que era necessário para regulamentar o “hospital”: registro em cartório; atestado de funcionamento pela Coletoria Federal de Peçanha; registro no ministério da saúde no departamento hospitalar; registro no conselho nacional de serviço social; registro na secretaria de saúde estadual. Esse morador informa que apesar de ter conseguido o atestado de que a associação estava em pleno funcionamento, o documento era mentiroso. Alega que quando não conseguiram colocar o “hospital” em funcionamento, os atendimentos médicos passaram a acontecer num imóvel junto ao prédio da prefeitura, num andar acima – aproximadamente em 1958/1960.

Dáí em diante e durante a década de 70, não havia um modelo assistencial definido. O atendimento médico continuou acontecendo, esporadicamente, aos sábados, e não havia equipe ou outro profissional atendendo no município. Ao final desta década, foram contratados alguns auxiliares da saúde e pela primeira vez a equipe de saúde começa a se formar. Em 04/04/1979 foi feito o primeiro prontuário. Um dado interessante é que estes prontuários funcionaram como uma ficha de cadastro. Assim, ao abrir um prontuário este continha dados sócio-econômicos e pessoais da família.

Já na década de 80, e mais especificamente em 1981, foi contratado um médico para atender durante toda a semana. Pela primeira vez a cidade teve um médico residente. Além desse profissional, a equipe de saúde continuava com os auxiliares da saúde – nenhum membro profissionalizado. Assim, segundo relatos do médico, ele era o chefe de todo o serviço: esterilização, vacina, curativo, estoque de medicamentos, etc. Em 1986 houve um concurso publico para Auxiliares da Saúde. O modelo assistencial era hospitalocêntrico, centrado nas ações de diagnóstico e tratamento da queixa do sujeito. Não havia ações de promoção da saúde e prevenção de agravos – relato de um técnico de enfermagem que trabalhou na época como auxiliar da saúde. Em agosto de 1988 foi criada a Associação de Desenvolvimento Comunitário de Virgolândia com o objetivo de promover o desenvolvimento da comunidade e representá-la junto aos órgãos públicos e privados no atendimento de suas reivindicações. Em conversa com o presidente da associação na época, ele colocou que essa associação tinha o objetivo primordial de conseguir apoio, principalmente financeiro, para a construção de um hospital no município. Contudo, depois de muito estudo e discussão, concluiu-se ser inviável a construção de um hospital em Virgolândia – a planta não foi aprovada pela SES e não possuía um responsável técnico. Enquanto isso, através da leitura da ata das reuniões desta associação, percebe-se que em 1988 já havia sido iniciada a construção da atual unidade de saúde. É importante refletir dois pontos: nestas atas verificava o interesse da associação na elaboração de um diagnóstico sócio-econômico da população e o município, mesmo antes da lei 8142/90, já trazia a participação popular na saúde.

Em 1991, com a lei 8080/90 e 8142/90, foi criado o conselho municipal de saúde – segundo informações de um morador. Não encontramos registros oficiais. Sabe-se que esse conselho teve seu poder vetado devido a perseguições. Portanto, não há relatos de ações deste órgão colegiado. Por volta de 1997, concluiu-se a construção da primeira UBS do município. Ocorreu então a transferência das ações da atenção básica para essa unidade e no imóvel acima da prefeitura permaneceram as internações, partos, suturas, etc.

Segundo relatos, em 1998 foi criada uma Equipe de PSF que era completa apenas no papel. Havia uma técnica de enfermagem, uma enfermeira, um médico e alguns ACS (inicialmente quatro para todo o município). Apenas a enfermeira e ACS eram realmente atuantes no PSF. Pela primeira vez na história o município conta com o profissional enfermeiro. Realizou-se um treinamento dos profissionais para que realmente acontecesse a mudança do modelo de saúde. Sabe-se que os ACS levavam três meses para conseguirem cobrir toda sua área de atuação. O PSF enfrentou muitos problemas principalmente com a rotatividade de profissionais. Em 2001, aproximadamente, criou-se um PACS e novos profissionais foram contratados. Contudo, com o tempo, avaliou-se que o município poderia comportar mais um PSF: sua população demandava e o território era muito extenso. Em 2002 uma nova ESF foi implantada, juntamente com as ESB. Desta vez, segundo informações, o conselho municipal participou da implantação. Este, em 2002, estruturou-se e passou a funcionar, depois de muita luta de seus idealizadores. Neste mesmo ano foi inaugurado o Hospital Municipal Edson Lopes – sem aprovação da vigilância sanitária, que encontra em pleno funcionamento. Desde então, os atendimentos que ocorriam no prédio da prefeitura passaram a acontecer naquele local. Para efeitos legais, este hospital é cadastrado como UBS 2 e é mantido exclusivamente com verbas municipais. Os investimentos em estrutura continuaram ao longo dos anos. No ano de 2004 foi inaugurada uma unidade de saúde no Distrito de Virgolândia – Divino, sem que, no entanto, houvesse contratação de pessoal. Nesta UBS acontecem atendimentos das ESF e ESB rurais semanalmente.

A farmácia, até o ano de 2001, permanecia funcionando no prédio da prefeitura. Desta forma, os usuários tinham que andar cerca de quatro quarteirões para buscar seus remédios. Com a contratação da farmacêutica, a farmácia foi transferida para o estabelecimento do centro de saúde, junto aos consultórios médico e odontológico.

Apenas no ano de 2005, no segundo mandato do ex-prefeito, é que o PSF foi implantado efetivamente, com a contratação de diversos profissionais, e posterior concurso para a efetivação dos mesmos e de outros que não compunham o quadro da saúde até então. Têm-se, hoje, vários profissionais que estão envolvidos direta ou indiretamente com Programa Saúde da Família: psicólogo, fisioterapeuta, bioquímica, farmacêutica, ESF e ESB com seus profissionais mínimos exigidos, auxiliares administrativos, etc. Em 2007 foi inaugurada uma segunda unidade de apoio na zona rural, na comunidade do Empoçado. Os atendimentos são quinzenais e não acontecem atendimentos odontológicos. Já no ano de 2008, a UBS 2, mais conhecida como Hospital Edson Lopes, sofreu uma reforma e em 2009 passou a ser a unidade de saúde de Virgolândia, onde acontecem todos os atendimentos da atenção primária à saúde: consultas médicas e de enfer-

magem, atendimento odontológico, fisioterápico e psicológico, laboratório de análises clínicas, farmácia, sala de vacina, etc.

Verifica-se que houve brusca mudança no modelo assistencial de Virgolândia. Busca-se hoje, através da estratégia da saúde da família, atender aos usuários dentro das perspectivas do SUS, garantindo-lhes três princípios básicos: universalidade, equidade e integralidade.

A saúde hoje

Virgolândia, segundo dados do SIAB – sistema de informação da atenção básica, possui uma população de 5968 habitantes, sendo 52,08% residentes na zona rural. Apesar desta porcentagem, o município não possui estrutura adequada para manter a qualidade de vida destes moradores na zona rural. Não está preparado para garantir transporte coletivo e nem para incentivar e manter essa população no campo. Vivencia-se um processo de êxodo rural acompanhado de desemprego, baixos salários e más condições de vida. Isto explica o baixo percentual de usuários de plano de saúde, 5,36%. As pessoas dependem quase que exclusivamente da Atenção Primária à Saúde (APS) de Virgolândia. Além disso, 15,87% da população é constituída por idosos e a atenção primária não está preparada para fazer um acompanhamento adequado destes usuários, principalmente, daqueles que não possuem alguma condição referida. Faz-se necessário mudar o foco da atenção, da condição aguda para a condição crônica, e a APS assumir o seu papel de coordenação da rede, para garantir um atendimento focado na promoção da saúde e prevenção de doenças e complicações.

Tabela 2 – Distribuição da população de Virgolândia segundo a faixa etária

POPULAÇÃO SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA NO MUNICÍPIO DE VIRGOLÂNDIA 07/2009.		
Faixa Etária	2009	%
Menor de 1 ano	65	1%
1 – 4 anos	315	5%
5 – 9 anos	537	9%
10 – 19 anos	1315	22%
20 – 59 anos	2788	47%
60 anos e +	948	16%
Total	5968	100%

Fonte: SIAB (2009).

Em 2007, durante o curso técnico dos ACS, foram realizadas entrevistas com diversos usuários em relação aos dados de morbidade e mortalidade do município. O resultado final demonstrou acordo com os dados do DATASUS de 2005.

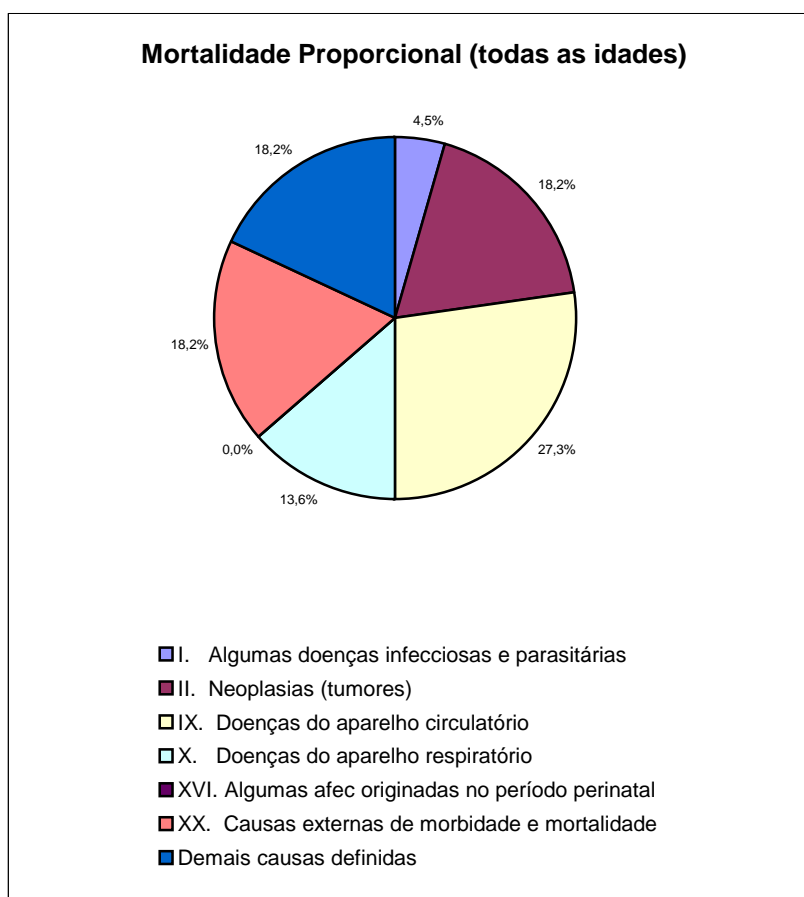


Figura 1 – Gráfico da distribuição de mortalidade proporcional em Virgolândia.
Fonte: Ministério da Saúde, SIM (2005).

Concluiu-se que as doenças que mais tem afetado a população Virgolandense são as verminoses, doenças crônicas (hipertensão e diabetes), doenças dermatológicas, neoplasias e traumas. Essas morbidades estão relacionadas ao sedentarismo, obesidade, tabagismo, alto índice de analfabetismo, restrição no acesso à alimentação, ausência de tratamento de esgoto e água, falta de filtro nas residências, etc. Portanto, o perfil mórbido do município não sofreu grandes transformações nos últimos anos. O mesmo tem acontecido com a taxa de mortalidade. Percebe-se no gráfico que a principal causa de morte em 2005 foram as neoplasias, seguidas das doenças do aparelho circulatório e causas externas. Vê-se que os dados do DATASUS estão em conformidade com aqueles coletados durante as entrevistas. As neoplasias de mama, intestino e próstata são as mais evidentes de acordo com a observação da equipe de saúde. A hipertensão e diabe-

tes descontrolados e os acidentes com motocicletas (entre veículos e atropelamentos) têm contribuído para estas taxas de mortalidade. O quadro a seguir mostra o percentual de internação por grupo em Virgolândia, DATASUS, 2006:

Tabela 3 - Distribuição percentual de internações por grupo - Virgolândia / 2006

Distribuição percentual de internações por grupo - Virgolândia / 2006	
Capítulo CID	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3,0%
II. Neoplasias (tumores)	3,0%
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	-
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1,5%
V. Transtornos mentais e comportamentais	0,7%
VI. Doenças do sistema nervoso	2,2%
VII. Doenças do olho e anexos	-
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-
IX. Doenças do aparelho circulatório	5,2%
X. Doenças do aparelho respiratório	7,4%
XI. Doenças do aparelho digestivo	7,4%
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1,5%
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	3,0%
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	8,1%
XV. Gravidez parto e puerpério	40,7%
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	0,7%
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	2,2%
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	3,7%
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	8,1%
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-
XXI. Contatos com serviços de saúde	1,5%
CID 10ª Revisão não disponível ou não preenchido	-
Total	100,0%

Fonte: Ministério da Saúde, SIH (2006).

De acordo com o fator de alocação, Virgolândia encontra-se no grupo 4, recebendo a quantidade máxima de recursos disponibilizados pelo Estado à saúde. Esse fator é definido pelos índices de necessidade em saúde (INS) e porte econômico que se encontram elevados: 1,54 e 1,78, respectivamente. Embora ruim, a situação de Virgolândia é mais confortável que a de outros municípios da microrregião, como por exemplo, Peçanha com INS de 1,65 e Santa Maria do Suaçuí 1,78. Isto demonstra uma fragilidade do sistema de saúde vigente e o quanto se tem que trabalhar para reorganizar as redes de atenção do Estado, uma vez que uma sede de micro – Santa Maria do Suaçuí, possui INS maior que o de um município pertencente à região. As Equipes de Saúde da Família (ESF) da cidade têm recebido o incentivo do saúde em casa e o PAB variável e fixo regularmente. O PACS recebe R\$ 8.715,00, o Programa de Saúde Bucal R\$ 6.000, o PSF R\$ 19.200,00, PAB fixo R\$ 8.288,92. Infelizmente, nem todo incentivo recebido pelo progra-

ma de agentes comunitários de saúde é repassado a estes profissionais. Em Virgolândia o gasto público com saúde em relação ao PIB municipal em 2008 foi de 21,25%. A meta é um gasto mínimo de 15%. Contudo, sabe-se que grande parte destes 21,25% foi gasta com assistencialismo, ficando a atenção primária prejudicada.

O sistema de saúde de Virgolândia é composto por uma UBS que funciona das 07:00h às 17:00h, com duas ESF, sendo que a primeira adesão ao programa ocorreu em 1998. À noite a unidade funciona com o médico em plantão de sobreaviso e uma técnica de enfermagem em plantão noturno por 12 horas. Há ainda duas unidades de apoio na zona rural que não funcionam diariamente – comunidade do divino e empoçado. Vale dizer que as UBS possuem prédio próprio, com estrutura mínima para o funcionamento do PSF. As ESF cobrem 100% da população e possuem uma média de 397,86 habitantes/ACS. Cada uma delas conta com uma ESB. Apesar de estarem dimensionadas conforme os parâmetros do Ministério da Saúde, a territorialização do município seguiu a concepção de território-solo, levando em consideração apenas os aspectos geográficos e, às vezes, populacionais. As equipes são responsáveis por uma população adscrita, que está subdividida em 15 microáreas e não realizam a classificação de risco e nem possuem algum instrumento de abordagem familiar. Apesar disso, a UAPS de Virgolândia está organizada para acompanhar os portadores de patologias crônicas, mesmo não utilizando os protocolos clínicos da secretaria de estado, rotineiramente.

Um problema que tem sido enfrentado é a rotatividade do profissional médico. De acordo com os dados de 2008 o número de consultas médicas por habitantes neste ano foi de 1,48, sendo preconizado de duas a três consultas. Isso é justificado pela falta de atendimento das especialidades básicas no município (pediatria e ginecologia), falta de produção (não preenchimento do impresso de atendimento médico), e, às vezes, ausência do clínico. A odontologia não possui dados em relação às primeiras consultas programáticas, mas elas têm acontecido para as crianças em idade escolar. Segundo as cirurgiãs dentistas, têm prioridade no atendimento as crianças que possuem maior número de dentes cariado.

A atenção primária deve mudar sua forma de fazer saúde e realmente cumprir seus princípios: ser o primeiro contato do usuário com o sistema – garantindo acesso; atender com excelência a todos os ciclos de vida – desde o nascimento até a velhice; viabilizar o cuidado integral do sujeito, possibilitando a continuidade do cuidado; coordenar a rede de atenção, sendo responsável pelo indivíduo em todos os níveis; centralizar suas ações na família, considerando o contexto onde ela se insere; e desenvolver atividades voltadas à promoção da saúde e prevenção de doenças para a comunidade, contando com o apoio popular do conselho municipal de saúde.

Ao analisar estes princípios, concluiu-se que em Virgolândia a saúde cumpre com apenas 50% do que deveria. Contudo, deve-se levar em consideração que muita coisa não depende apenas da ação da APS. Envolve questões extramunicípio e políticas. Portanto, os princípios da coordenação e orientação comunitária são os que menos cumprem com seu dever dentro da APS: 36,36% e 37,5%, respectivamente. A atenção primária não exerce seu papel de coordenação da rede, porque o sistema ainda é fragmentado e a participação popular do conselho municipal de saúde não existe, pois este possui ações bastante reprimidas e aquém das suas funções. Apesar de a unidade de saúde de Virgolândia ser muitas vezes o primeiro contato do usuário com o sistema, a demanda é desorganizada e não existe de um processo de avaliação inicial dos usuários que acessam a UBS e de critérios padronizados de priorização de atendimento para os casos de urgência/ emergência. Conclui-se que mesmo a APS cumprindo com 60% do seu papel enquanto primeiro contato, o acesso é restrito.

Não há também mecanismos estabelecidos para o agendamento de consulta especializada, pois não há protocolo para esse procedimento. Normalmente, quando esta é agendada, o tempo médio de espera do usuário é de aproximadamente um mês. Soma-se a isto, a falta de critérios definidos para a solicitação de exames de apoio diagnóstico. Segundo o laboratório de análises clínicas do município, tem-se cerca de 61% de exames sem alterações. Avalia-se que este número poderia ser maior se houvessem mais investimentos em prevenção de doenças e promoção de saúde.

A relação de medicamentos do município de Virgolândia é ótima, sendo melhor que a do próprio estado. Vale ressaltar que os remédios de uso contínuo para portadores de doenças crônicas são disponibilizados de forma regular, não faltando aos que deles necessitam.

O número de consultas/habitante/ano de urgências/emergências odontológicas é questionável, pois segundo a cirurgiã dentista, muitos usuários que entram no sistema como urgência/emergência não o são de fato. O que é considerado na odontologia como esse tipo de consulta são a dor intensa, exacerbada e contínua, a fratura coronária, a lesão de tecido mole devido a queda e o abscesso extra-oral com ou sem fistula. Na maioria das vezes estes pacientes não possuem estes sinais e sintomas e são registrados como urgência/ emergência por conseguirem atendimento sem agendamento prévio.

Não há protocolo para solicitar internamentos hospitalares em municípios da região. Os encaminhamentos acontecem conforme a programação pactuada integrada (PPI), onde são realizados pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde. Em relação às falsas internações que acontecem na unidade de saúde, é preciso esclarecer que não há hospital em Virgolândia, mas sim uma UBS que funciona

24 h, tendo um técnico de enfermagem em plantão diurno e outro noturno e os médicos das ESF em sobreaviso. Os usuários ficam “internados” para observação, permanecendo na unidade até mais de 24 horas em algumas situações, mas não há um sistema de informação para registros deles no SUS.

O Conselho Municipal de Saúde tem uma atuação incipiente havendo reuniões apenas quando estas são extraordinárias. Isso significa que ele não participa do planejamento e monitoramento das ações. A Conferência de Saúde, que antes acontecia a cada dois anos, teve sua quarta edição realizada em setembro desse ano, após quatro anos da última.

As UBS do município possuem prédio próprio e estão adequadas às mais diversas atividades realizadas. O mesmo não se pode falar dos equipamentos e transporte sanitário, pois são obsoletos, inadequados e insuficientes para o serviço. Tem-se uma UBS central – onde funcionam os dois PSF- e duas de apoio nas maiores comunidades da região (Empoçado e Distrito do Divino) atendidas pelo PSF Juventino Alves Ferreira, da zona rural. Apenas a central disponibiliza medicamentos de uso contínuo para os usuários portadores de patologias crônicas. Isso gera transtornos para o serviço, uma vez que os usuários que consultam nas unidades de apoio precisam buscar seus remédios na UBS central, longe de suas casas. Faltam recursos humanos para equipar essas UBS. Portanto, não há unidade convencional. O Município possui duas ESF completas e os profissionais que nelas atuam muitas vezes não possuem nem o curso básico de saúde da família – apenas as profissionais que estão concluindo o CEABSF têm uma formação específica. Outra situação desfavorável é a enorme rotatividade dos médicos. Felizmente isto não acontece com os demais profissionais, pois a grande maioria é concursada.

São poucos os que têm acesso à educação permanente. Esta situação tende a melhorar com as oficinas de implantação do Plano Diretor, onde todos participam ativamente do processo de mudança do modelo de saúde vigente, e com a instalação da antena do Canal Minas Saúde, com programação que deve favorecer a todos das equipes.

De acordo com os dados existentes, a assistência ao pré-natal demonstra-se efetiva. O percentual de nascidos vivos de baixo peso, a incidência de tétano neonatal e sífilis congênita foi de 0% em 2008. Isso é o reflexo de um pré-natal de qualidade que garante à gestante acesso e cuidado integral, desde a vacinação até a realização de exames mínimos preconizados. A assistência odontológica também tem dado ótimos resultados. 78% das crianças de cinco anos estão livres de cárie, segundo o levantamento epidemiológico feito nesse ano de 2009 - em 2007 esta porcentagem foi de 39,7% e em 2005 apenas 14,7%. Os adolescentes de 12 anos estão com CPOD de 2,42, dados também do levantamento epidemiológico desse ano, o que é um excelente índice já que o

preconizado pela OMS é de no máximo 3,0. Nos anos de 2007 e 2005, respectivamente, tivemos valores de 3,64 e 3,5. Infelizmente a equipe de Saúde Bucal não possui dados em relação ao atendimento dos outros ciclos de vida porque não são programados. Isso precisa ser mudado para que a odontologia garanta um atendimento longitudinal de qualidade.

Não há dados em relação às condições sensíveis à atenção ambulatorial voltadas ao adulto, ao idoso e às crianças, porque não há na UBS nenhum instrumento de coleta de dados das taxas de internação destas condições. Torna-se necessária a criação de mecanismos de registro destas informações.

É necessária uma política de saúde realmente voltada para a saúde e não para a enfermidade. A saúde precisa ser considerada uma política pública. Para tal é fundamental a boa vontade dos dirigentes e funcionários envolvidos na Atenção Primária para que a promoção de saúde e prevenção de doenças sejam prioridades na gestão e organização do serviço.

A análise situacional da atenção primária do município de Virgolândia tornou possível a identificação dos principais problemas que dificultam a prestação de um cuidado com qualidade, além de servir como subsídio para a elaboração de um plano de ação baseado nas necessidades da população. Para Cardoso, Faria e Santos (2008), a não realização de um bom diagnóstico da realidade vivenciada pela equipe, dificulta a definição das intervenções necessárias para o enfrentamento de problemas futuros. Eles colocam que o diagnóstico é fundamental para o processo de planejamento, sendo um passo importante para a elaboração de um plano de ação. Assim, para cada problema selecionado foi feito um projeto de intervenção:

3.2.3 Plano de Ação

**PLANO DE AÇÃO PARA O FORTALECIMENTO DA APS
VIRGOLÂNDIA – MG**

A seguir está apresentado um plano de ação que é uma das etapas do planejamento estratégico situacional, que visa orientar a organização dos processos de trabalho em saúde.

Quadro 7 – Plano de ação para o fortalecimento da APS em Virgolândia

<u>Princípio: PRIMEIRO CONTATO</u>				
Item crítico	Objetivo	Ação	Responsável	Tempo
1. Inexistência de um processo de avaliação inicial dos usuários que acessam a UBS e de critérios padronizados de priorização de atendimento para os casos de urgência/emergência.	Priorizar atendimento sem exclusão, implantando o acolhimento com classificação de risco.	<ul style="list-style-type: none"> . Criar protocolo de acolhimento com classificação de risco. . Capacitar a equipe de saúde. . Implantar protocolo de acolhimento com classificação de risco. 	. Marcela Pereira de Souza Leite	6 meses

<u>Princípio: LONGITUDINALIDADE</u>				
Item crítico	Objetivo	Ação	Responsável	Tempo
1. Ausência de um PEP para todos os profissionais.	Capacitação constante de todos profissionais	Ofertar cursos à equipe; garantir capacitação profissional.	Secretário de Saúde	1 mês
2. Não utilização rotineira dos protocolos clínicos.	Utilização dos protocolos clínicos da SES.	Estruturar as UBS, Tele-saúde; capacitar a equipe a utilizar os protocolos.	Secretário de Saúde	1 mês

<u>Princípio: INTEGRALIDADE</u>				
Item crítico	Objetivo	Ação	Responsável	Tempo
1. Falta de critérios para a solicitação de exames de apoio diagnóstico e para solicitação de internamento hospitalar e consulta especializada.	Criação de protocolo de solicitação de exames, consultas especializadas e internamentos hospitalares.	Criar protocolo de solicitação de exames, de consultas especializadas e de internações hospitalares.	Médico (Charles Ivson)	6 meses

<u>Princípio: COORDENAÇÃO</u>				
Item crítico	Objetivo	Ação	Responsável	Tempo
1. Ausência de comissão de revisão de prontuário.	Melhorar a organização dos arquivos e o preenchimento dos prontuários.	Criar comissão; organizar arquivos; cobrar dos profissionais o correto preenchimento dos prontuários.	Secretário de Saúde	2 meses
2. A não contratação entre SMS e equipe.	Realização da programação local e a proposição de metas.	Programar o serviço local; pactuar metas; contratar com a equipe.	Luzia Nunes	4 meses

<u>Princípio: CENTRALIZAÇÃO NA FAMÍLIA</u>				
Item crítico	Objetivo	Ação	Responsável	Tempo
1. Não realização da classificação de risco para as famílias.	Classificação de risco das famílias	Revisão dos cadastros da ficha A; classificação das famílias por grau de risco.	Enfermeiro	2 meses
2. Não realização de visitas domiciliares pela equipe de acordo com as necessidades das famílias.	Realização de visita domiciliar conforme programação e com segurança; utilizar veículos em boas condições; manter carros na área da saúde.	Reunião para definição do cronograma dos carros com responsáveis; manutenção dos carros para garantir o bom funcionamento; não emprestar carro da saúde para outros setores.	Luzia. Secretário dos transportes Secretário de saúde	1 mês

<u>Princípio: ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA</u>				
Item crítico	Objetivo	Ação	Responsável	Tempo
1. Não atuação do conselho de saúde e não participação do mesmo no planejamento e monitoramento das ações.	Melhorar a atuação do Conselho Municipal de Saúde. Rever a composição do conselho.	Definir um cronograma anual das reuniões, com horário, local e data definidos; informar aos conselheiros qual a função do Conselho Municipal de Saúde e seu regimento.	Presidente do conselho.	4 meses

Fonte: Produto da oficina 1

O plano é um produto momentâneo do processo de planejamento e serve de instrumento para o acompanhamento da execução das ações, a correção de rumos e a avaliação dos resultados alcançados em relação aos objetivos propostos (CARDOSO, FARIA

E SANTOS, 2008). Para Cecílio (1997), o planejamento estratégico segue algumas etapas. Inicialmente deve-se definir claramente o ator que planeja, isto é, a pessoa responsável por assinar o plano e responder por ele, junto à equipe de trabalho. Daí a importância de se definir o plano de ação com toda a equipe. Posteriormente, tem-se que ter bem claro e definido a missão da instituição, formular bem o problema a ser enfrentado, descreve-lo através da utilização de descritores e desenhar as ações para o enfrentamento do mesmo, estabelecendo prazos. Assim, para garantir os propósitos deste estudo, atendeu-se para o plano de ação relacionado ao princípio primeiro contato.

Pensando em estratégias que promovam a transformação do cotidiano do serviço de saúde de Virgolândia, a equipe de saúde viu o acolhimento como um dispositivo capaz de gerar reflexões e mudanças na organização destes serviços. Malta et al. (1998) coloca que uma das intervenções mais efetivas para a reorganização do modelo assistencial atual é a construção de processos de acolhimento dos usuários, que permitam a atuação multiprofissional resolutiva e acesso universal e humanizado.

Para que a construção ocorra efetivamente, é necessário que haja mudanças no processo de gestão dos serviços. Segundo ESPMG (2009), a utilização da gestão da clínica tem trazido ganhos de eficácia e eficiência para os sistemas de saúde, pois considera o sujeito como um todo, dentro de seu contexto cultural e econômico e foca a promoção de saúde e a ação preventiva. Castro e Shimazaki (2006) expõem que esta proposta de gestão propõe o desenvolvimento de algumas tecnologias – linhas guias, protocolos clínicos, gestão de casos, etc. - com o intuito de instrumentalizar os profissionais, estabelecendo um conjunto de atividades, desempenhos e fluxos, para a reorganização dos processos de trabalho na unidade de saúde. Assim, o MS (2006) acrescenta que o acolhimento aliado a estas mudanças do processo de trabalho e gestão, é importante para a humanização dos serviços, devendo acontecer durante todas as etapas do atendimento integral do usuário e não se restringindo apenas à porta de entrada.

Portanto, com o objetivo de garantir acesso universal, priorizando o atendimento segundo critérios de classificação risco, a equipe de saúde propôs em seu plano de ação a implantação do acolhimento com classificação de risco através da elaboração e implantação de um protocolo, com capacitação da equipe. Definiu-se como responsável a enfermeira facilitadora do PDAPS num prazo de 6 meses – janeiro de 2010.

Deste modo, a elaboração deste diagnóstico situacional, a identificação e priorização dos problemas da APS de Virgolândia e a construção do plano de ação foram etapas fundamentais para processo de planejamento. Cardoso, Faria e Santos (2008) dizem que esta é uma forma mais sistematizada de enfrentar os problemas de uma equipe e menos improvisada e, portanto, com maior possibilidade de sucesso. Para tanto, torna-se neces-

sária a construção de mecanismos de acompanhamento e avaliação dos resultados das ações implementadas.

Como exposto anteriormente, a proposta do acolhimento envolve a inserção de todos os profissionais ligados à assistência neste processo. Surge então a necessidade de padronização de condutas assistenciais e definição das atribuições entre as categorias e uma demanda por capacitação. É necessário que seja feita uma discussão inicial, com o objetivo de criar protocolos, a partir de outros padronizados pela Secretaria Estadual de Saúde e Ministério da Saúde. Contudo, o processo de formulação do protocolo da unidade de saúde deve ser formado sob a ótica da ação multiprofissional, legitimando a inserção de toda equipe, a humanização do atendimento, a identificação de risco e a definição de prioridades (MALTA ET AL., 1998). O MS (2006) propõe esta elaboração de protocolos a partir de acordos participativos, prevendo a avaliação da necessidade do usuário em função do seu risco e sua vulnerabilidade, proporcionando a priorização da atenção. Acrescenta que com a avaliação de risco, o acolhimento configura-se como “uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e na implementação da promoção da saúde” [...] “no cotidiano das práticas em saúde”.

Desta forma, durante a oficina 2, a equipe de saúde elaborou um protocolo de acolhimento com a participação multiprofissional, levando em consideração as necessidades dos usuários e a realidade vivida pela APS em Virgolândia. Abaixo está apresentada a proposta de protocolo de acolhimento para a unidade de saúde de Virgolândia e a discussão com a literatura compilada:

3.2.4 Protocolo de Acolhimento

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO DA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE VIRGOLÂNDIA

INTRODUÇÃO

O PSF foi criado pelo ministério da saúde em 1994 numa proposta de estruturação e organização do SUS, com o objetivo de colaborar para a implementação dos princípios de universalização, descentralização, integralidade e participação comunitária. O programa prioriza as ações de proteção e promoção à saúde dos sujeitos e das famílias, de forma integral e contínua (BRASIL, 1994, APUD GOMES E PINHEIRO, 2005). Para tanto, é essencial que haja uma ampliação do acesso aos serviços de saúde, através de um trabalho em equipe e da mudança no processo de trabalho da mesma (SCHOLZE ET AL., 2006). Segundo este autor, uma das estratégias que faz parte dessa política, é o acolhimento. Este é visto como forma de aplicação dos princípios da universalidade, equidade e integralidade.

Para Malta et al. (2008),

O acolhimento consiste na mudança do processo de trabalho em saúde de forma a atender a todos os que procuram os serviços de saúde, restabelecendo no cotidiano o princípio da universalidade, assumindo nos serviços uma postura capaz de acolher, escutar e dar resposta mais adequada a cada usuário [...]; reorganizar o processo de trabalho, de modo possibilitar a intervenção de toda equipe multiprofissional, encarregada da escuta e resolução do problema do usuário. [...] toda equipe participa da resolução do problema, colocando em prática outros “saberes” existentes, potencializando-se a capacidade de resposta e intervenção (MALTA et al., 2008, p 128).

O acolhimento no campo da saúde consiste na qualificação da escuta, na construção de vínculos solidários e na garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços. Portanto, ele não é um local, mas uma postura ética: não existe hora marcada ou profissional específico para fazê-lo. Diferencia-se da triagem por não ser uma etapa do processo de trabalho e por não trabalhar com a lógica da exclusão, já que todos serão atendidos e terão uma resposta para a sua demanda. Acolhimento implica em compartilhamento de saberes, angústias e invenções através da escuta e deve estar presente em todos os locais e momentos do serviço. Se bem realizado, garante o acesso dos usuários e possibilita um atendimento mais resolutivo e equânime (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O acolhimento fundamenta-se em três elementos básicos: acessibilidade, atendimento e humanização. A acessibilidade é o elemento estrutural do acolhimento e engloba a disponibilidade, comodidade, custo e aceitabilidade do serviço pelo usuário, considerando barreiras físicas, disponibilidade em horários que atendam as necessidades dos usuários, existência de transporte coletivo, etc. O atendimento é o elemento processual e implica em resolutividade e responsabilidade da equipe e de cada profissional em sua área de atuação. Depende do conhecimento do problema pelos profissionais, da qualidade da atenção prestada e da co-responsabilização do usuário. A humanização é o elemento que permitirá a real efetivação do vínculo entre o profissional, a equipe e a comunidade, tornando as unidades ambientes mais acolhedores (CASTRO E SHIMAZAKI, 2006).

Para Ministério da Saúde (2004):

Acolher com a intenção de resolver os problemas de saúde das pessoas que procuram uma unidade de saúde pressupõe que todas as pessoas que procuram a unidade, por demanda espontânea, deverão ser acolhidas por profissional da equipe técnica. O profissional deve escutar a queixa, os medos e as expectativas; identificar riscos e vulnerabilidade, acolhendo também a avaliação do próprio usuário; e se responsabilizar para dar uma resposta pactuada ao problema, conjugando as necessidades imediatas dos usuários com o cardápio de ofertas do serviço, e produzindo um encaminhamento responsável e resolutivo à demanda não resolvida. Nesse funcionamento, o acolhimento deixa de ser uma ação pontual e isolada dos processos de produção de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 11).

Desta forma, este protocolo propõe a utilização da tecnologia de Avaliação com Classificação de Risco, para uma maior agilidade no atendimento a partir da análise do grau de necessidade do usuário proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Para a ESP (2009), a classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos usuários que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. A partir deste processo de classificação, os casos poderão ser categorizados por prioridades, a partir da utilização de um protocolo clínico.

Segundo dados do SIAB – sistema de informação da atenção básica, Virgolândia possui uma população de 5968 habitantes, sendo 52,08% residentes na zona rural. Conta com uma unidade de saúde da família onde funcionam as duas equipes de saúde da família (ESF) e outras duas unidades de apoio na zona rural. As equipes cobrem 100% da população do município e tem ações voltadas à prevenção de agravos e doenças e à promoção da saúde. Contudo, o modelo médico centrado, voltado às atividades curativas, ainda prevalece.

O acolhimento é a estratégia fundamental para a mudança deste modelo assistencial vigente. Ele modifica a lógica do atendimento por ordem de chegada, possibilitando um acesso mais equânime, universal e integral aos indivíduos. Deve acontecer em todos os momentos do processo de trabalho da equipe de saúde. Contudo, é importante a existência de um local reservado onde aconteça o acolhimento com a classificação de risco, resguardando o usuário e garantindo-lhe privacidade.

Desta forma, para os usuários que procuram a unidade, motivados por um problema, queixa ou evento agudo, propõe-se a classificação de risco. Esta deve ser realizada por profissionais devidamente treinados para proceder uma entrevista objetiva que possibilite a exclusão ou identificação de sinais de gravidade.

A classificação de risco objetiva:

- Humanizar e personalizar o atendimento, valorizando a singularidade;
- Avaliar o usuário logo na sua chegada para identificar a gravidade do caso;
- Estabelecer a prioridade de atendimento do usuário, de acordo com a gravidade do caso;
- Determinar o ponto de atenção e o atendimento adequado, de acordo;
- Com a gravidade ou a necessidade de atendimento de cada caso;
- Prestar informações adequadas ao usuário/familiares;
- Informar o tempo de espera (ESP, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde (2004), para a implantação do acolhimento com classificação de risco são necessários alguns pré-requisitos:

- Estabelecimento de fluxos, protocolos de atendimento e classificação de risco;
- Qualificação das Equipes de Acolhimento e Classificação de Risco (recepção, enfermagem, orientadores de fluxo, segurança, auxiliares administrativos e de serviços gerais);
- Sistema para o agendamento de consultas (organização da demanda programada);
- Quantificação dos atendimentos diários e perfil da clientela e horários de pico (para avaliação do processo).

OBJETIVOS

- Utilizar a estratégia de escuta ampliada do motivo da procura ao serviço, levando em conta o contexto em que o usuário está inserido.
- Identificar problemas e necessidades de saúde do usuário.
- Garantir a assistência aos problemas apresentados pelo usuário, conforme fluxogramas da unidade.
- Adaptar a classificação de risco proposta pelo protocolo de Manchester à realidade do serviço de saúde do município.
- Qualificar a relação trabalhador da saúde-usuário, que deve se dar por parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania.
- Oferecer soluções possíveis, com segurança para o paciente, agilidade para o serviço e uso racional dos recursos disponíveis.
- Buscar a eliminação das filas e informar o tempo de espera aos usuários.
- Estabelecer a prioridade de atendimento do usuário, de acordo com a gravidade do caso.
- Definir toda equipe de saúde como orientadora de fluxo na unidade.

APRESENTAÇÃO

Considerando a realidade do serviço de saúde de Virgolândia, os recursos disponíveis e os padrões de doença, fez-se necessário a criação de uma classificação de risco própria, baseada no protocolo de Manchester (anexo 2). A equipe não está capacitada para a utilização na íntegra deste protocolo e durante a oficina, propôs uma classificação com três prioridades:

Prioridade 1 - Vermelho:

- O usuário classificado com prioridade 1 necessita de ressuscitação ou deve ser categorizado como caso de EMERGÊNCIA. Ex.: trauma grave, alteração do estado mental, comprometimento do estado hemodinâmico, queimaduras de segundo e terceiro grau, dor precordial, quadros hemorrágicos intensos, entre outros.
- Deve ser categorizado como caso de EMERGÊNCIA ABSOLUTA. Ex.: parada cardíaca, choque, politraumatismo, coma profundo, entre outros.
- Este atendimento é prioridade absoluta, os primeiros cuidados são imediatíssimos, podendo em alguns casos, acontecer em até 15 minutos.
- O ponto de atenção para atendimento destes usuários é a unidade de atenção primária de Virgolândia – pois o município não possui pronto socorro. Se houver estabilização do quadro, e for possível o transporte, o usuário deverá ser encaminhado para o pronto socorro mais próximo utilizando o transporte disponível.

Prioridade 2 - Amarela:

- Deve ser categorizado como caso de URGÊNCIA. Ex.: traumatismos moderados, quadros dolorosos de intensidade moderada, quadros de sibilância de intensidade moderada, quadro febril de baixa intensidade em criança, gestantes com queixas.
- Este atendimento é prioridade, os primeiros cuidados são imediatos e o transporte sanitário deve ser acionado se houver necessidade de transferir o sujeito para o pronto socorro mais próximo.
- O ponto de atenção para atendimento destes usuários é a unidade de atenção primária de Virgolândia e, se necessário, transferir para o pronto socorro mais próximo.

Prioridade 3 - Azul:

- O usuário classificado com prioridade 3 não apresenta Sinal de Alerta, trata-se de caso eletivo. Ex.: quadro gripal, dor de intensidade leve, trauma menor, entre outras.

- Este atendimento ou consulta pode ser agendada ou realizada de imediato, caso haja disponibilidade.
- O ponto de atenção com competência para o atendimento destes usuários é a UAPS.

FUNCIONAMENTO

A proposta de funcionamento do acolhimento foi discutida entre os profissionais da equipe de saúde de Virgolândia e referenciou-se no protocolo de acolhimento da secretaria municipal de saúde de Campinas (CAMPOS, CARPINTERO e BUENO).

Porta de entrada

- Unidade de atenção primária à saúde de Virgolândia.

Profissionais responsáveis

- O acolhimento com classificação de risco deverá ser realizado pelo médico ou enfermeiro da ESF, preferencialmente. Também poderá e deverá ser feito pelo auxiliar ou técnico de enfermagem da ESF, dentro de seus conhecimentos e habilidades técnicas.
- O acolhimento odontológico deverá ser realizado pela equipe de odontologia em seus consultórios específicos.
- A classificação de risco odontológica ficará sob a responsabilidade da cirurgiã dentista.
- Os prontuários serão separados pela recepcionista e o preenchimento da ficha de acompanhamento familiar – acolhimento (ficha 1) será de responsabilidade do profissional que fará o acolhimento.
- Deverá ser preenchida a ficha de produção do acolhimento (ficha 2).

Horário de funcionamento

- Manhã: de 08:00h às 09:30h. Tarde: 13:30h às 15:00h.

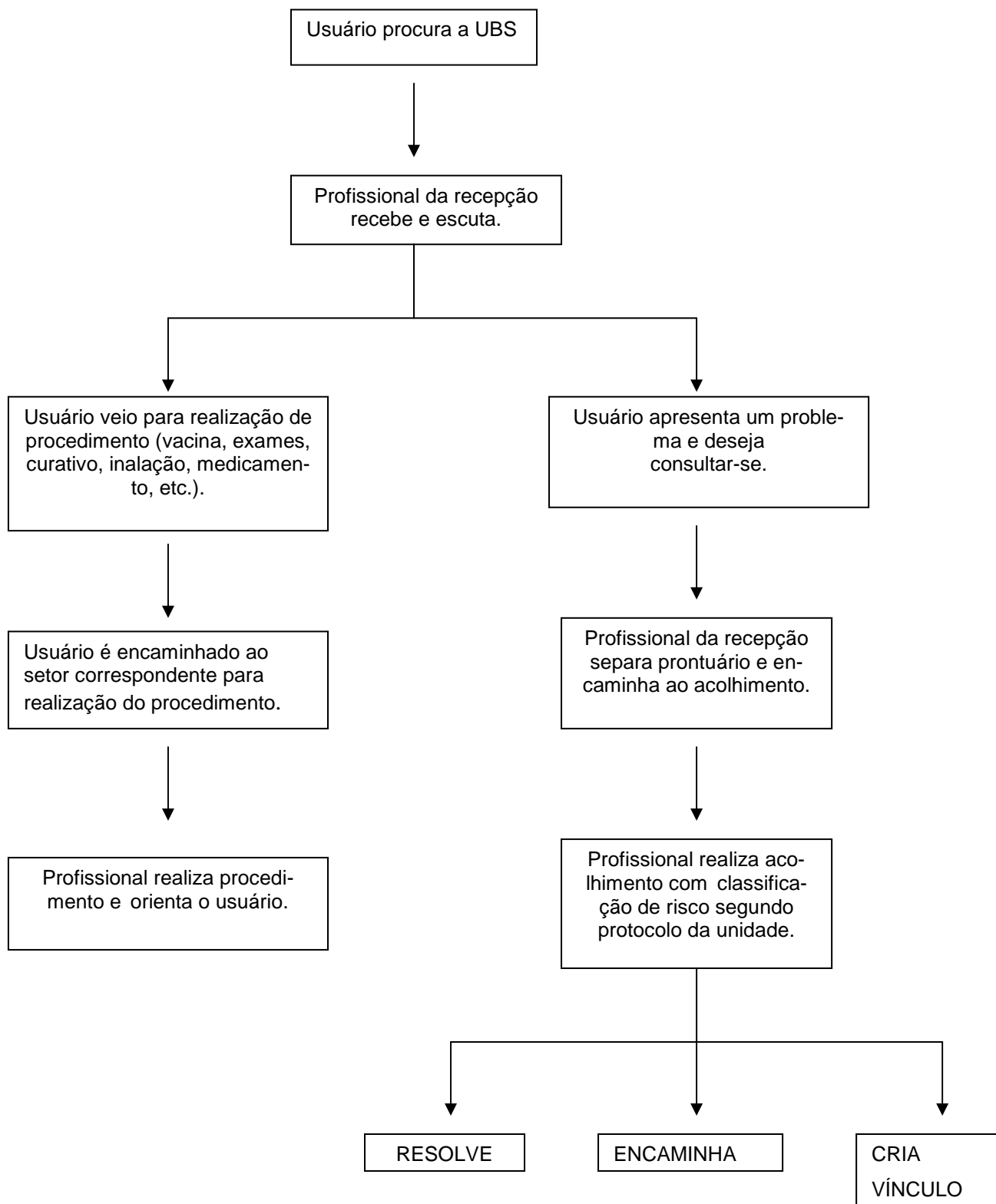
Local de funcionamento

- Serão utilizados os consultórios dos profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas.

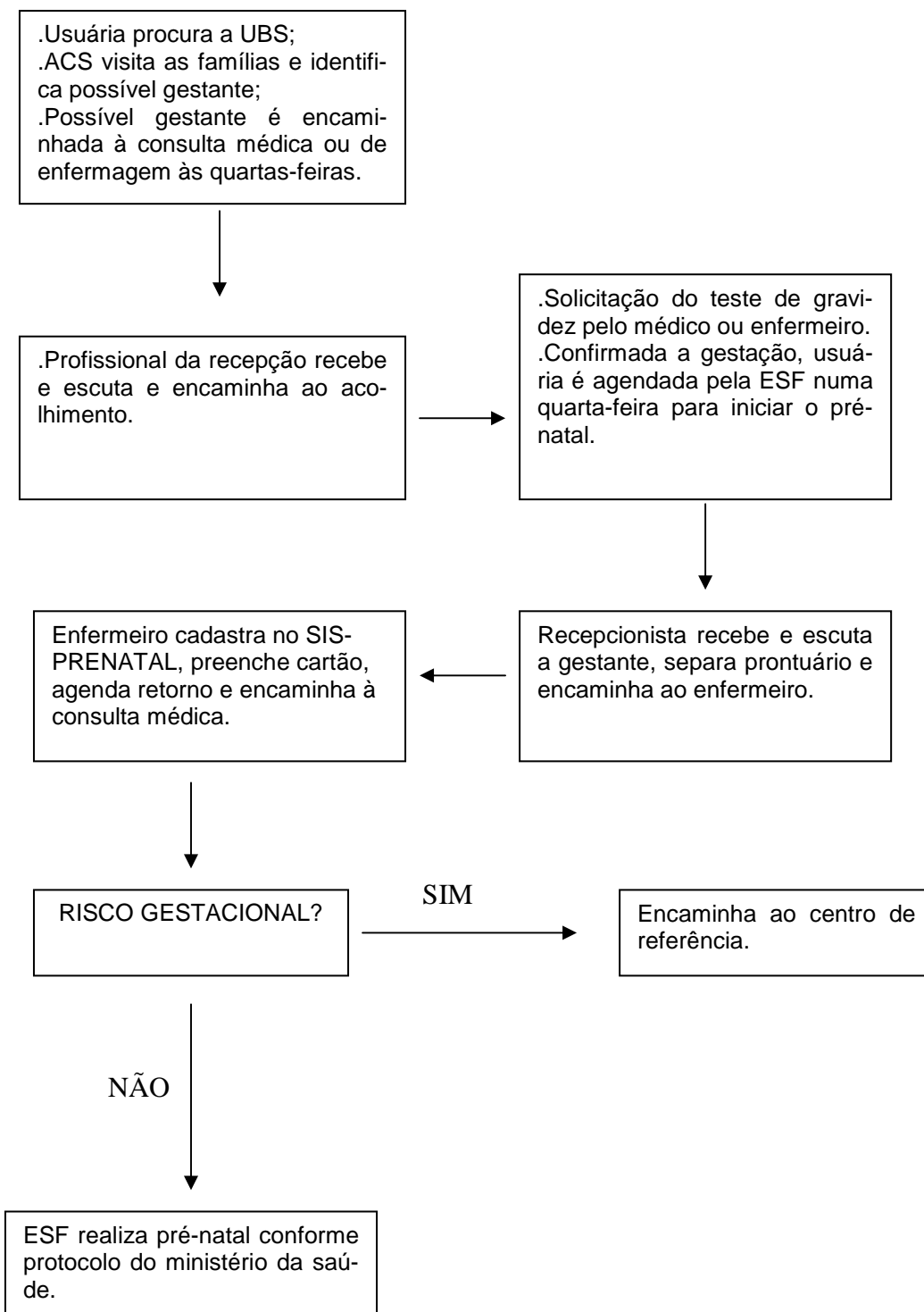
Fluxos

Os fluxogramas abaixo propostos foram construídos com base nas linhas guias da Secretaria de Estado de Saúde e adaptados à realidade da atenção primária à saúde de Virgolândia e, portanto, devem ser considerados no momento do acolhimento:

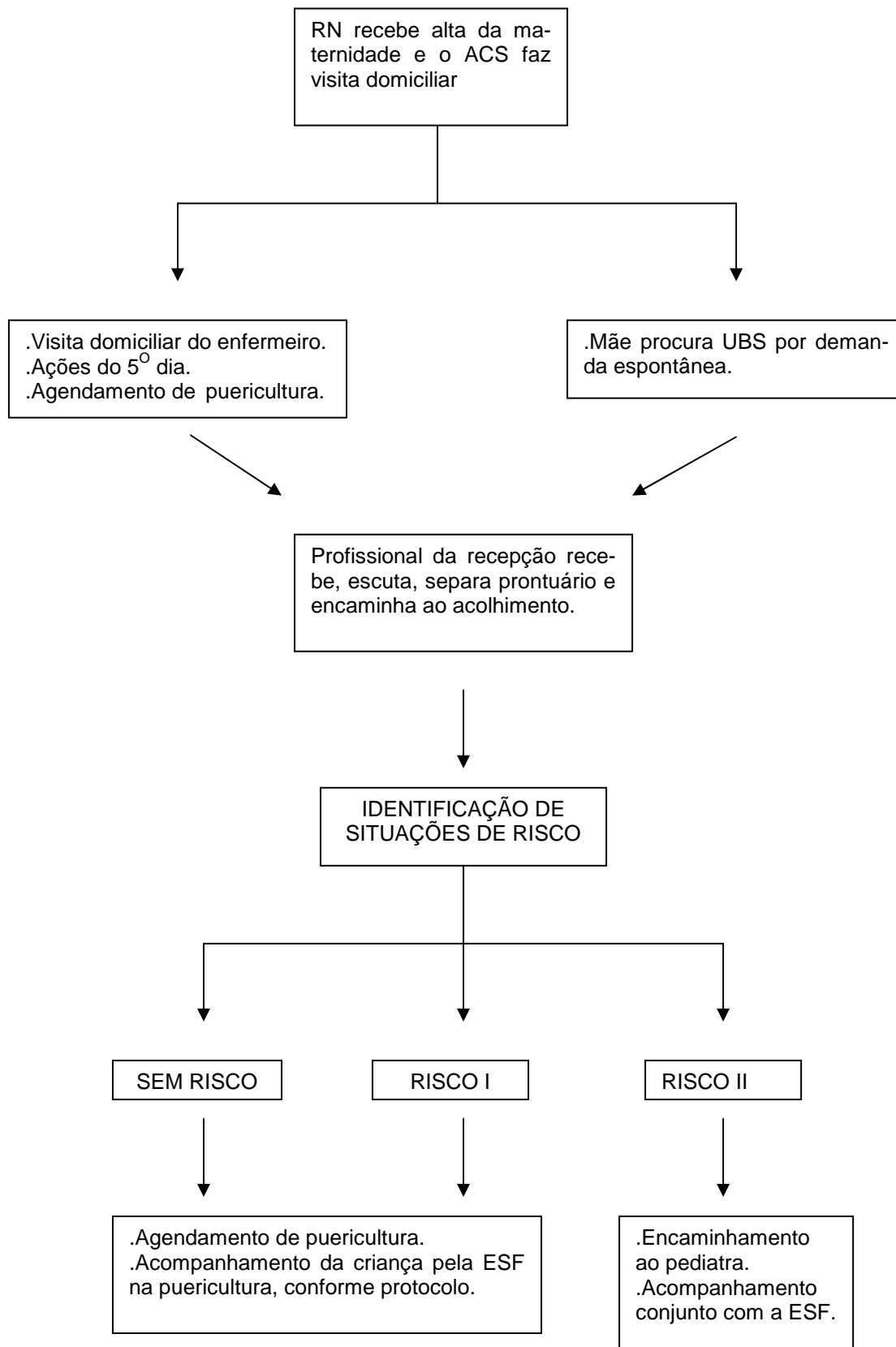
1. Fluxograma do acolhimento à demanda espontânea (CASTRO e SHIMAZAKI, 2006).



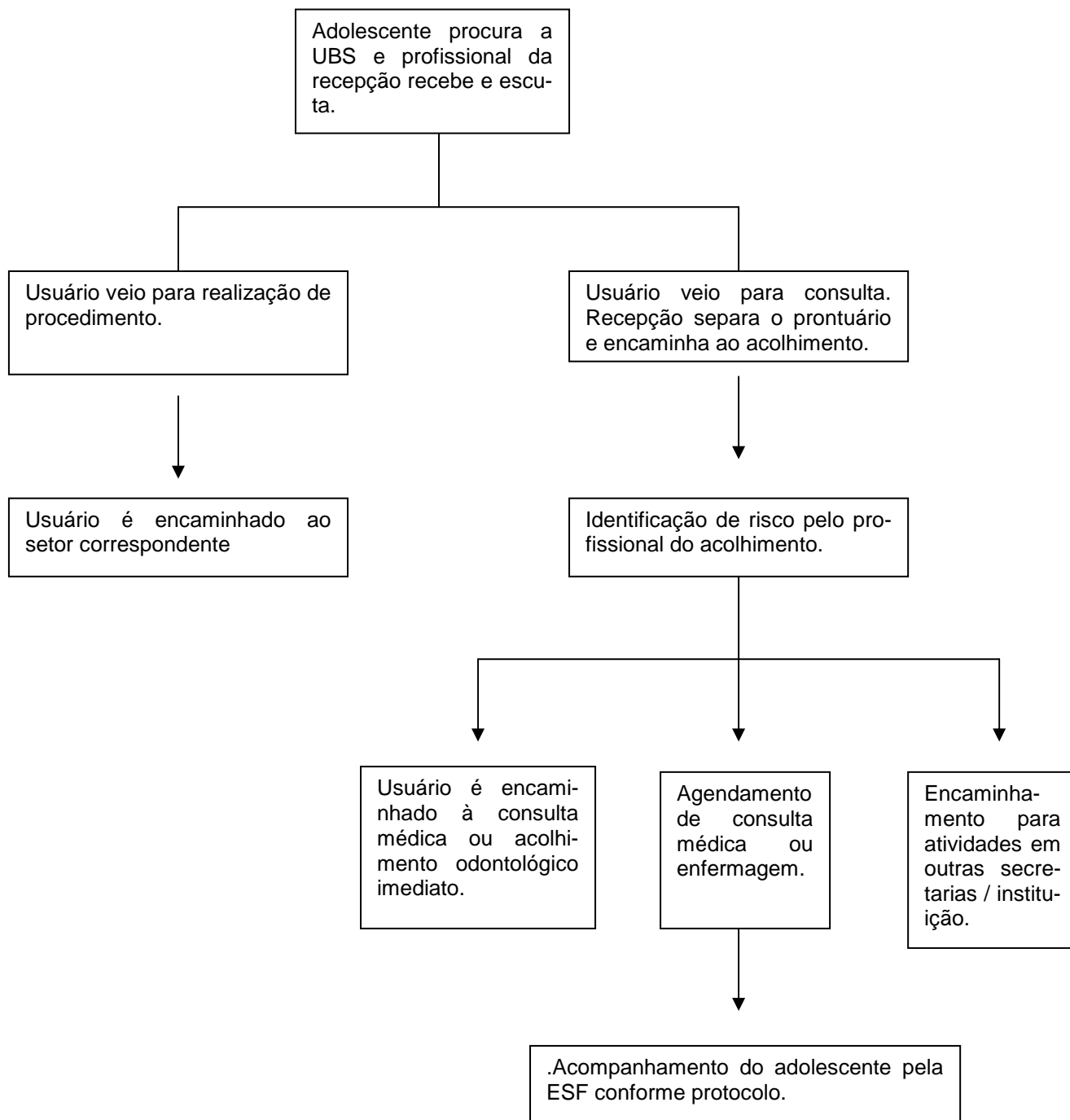
2. Fluxograma do acolhimento à gestante (SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2006).



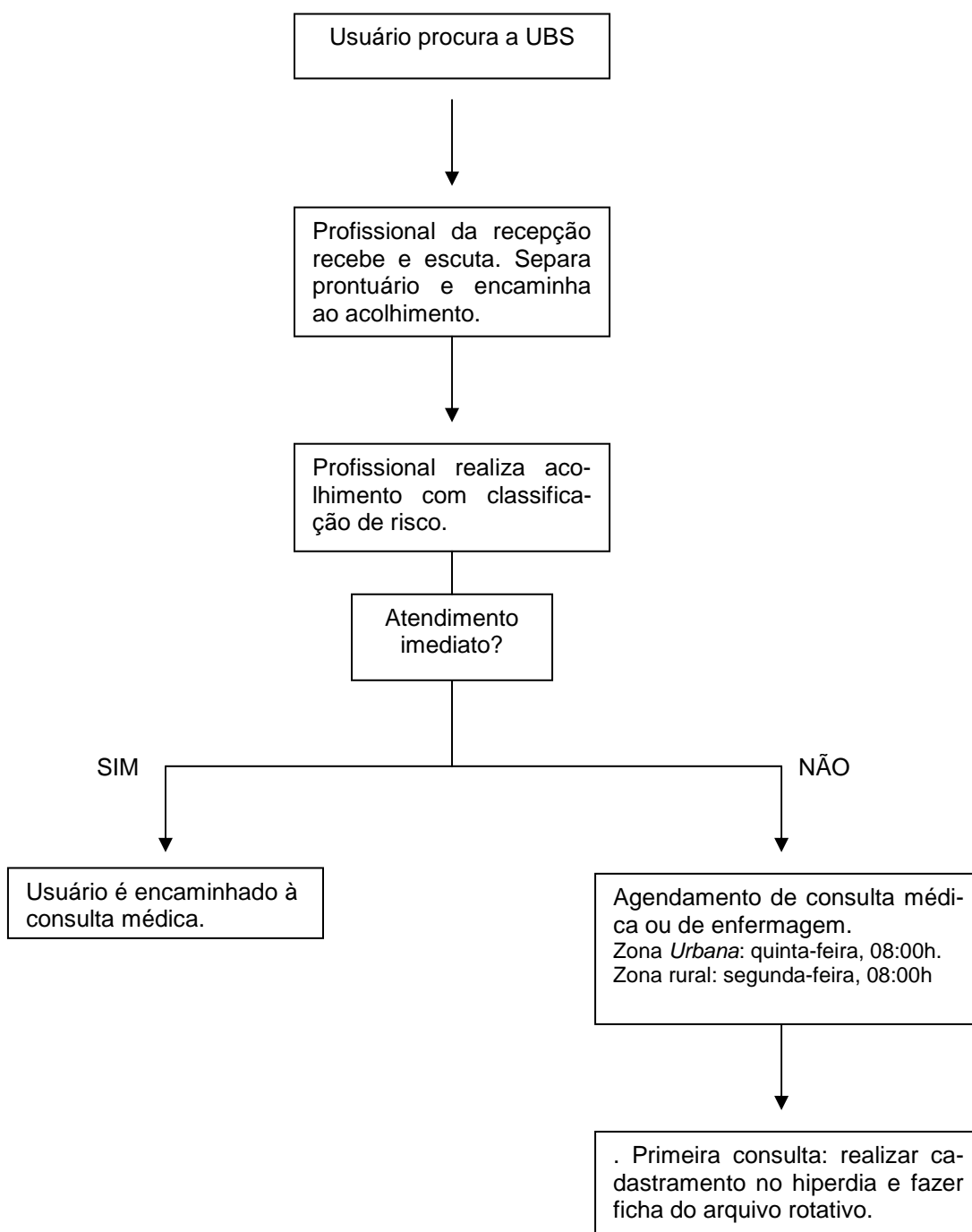
3. Fluxograma do acolhimento à criança (SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2005).



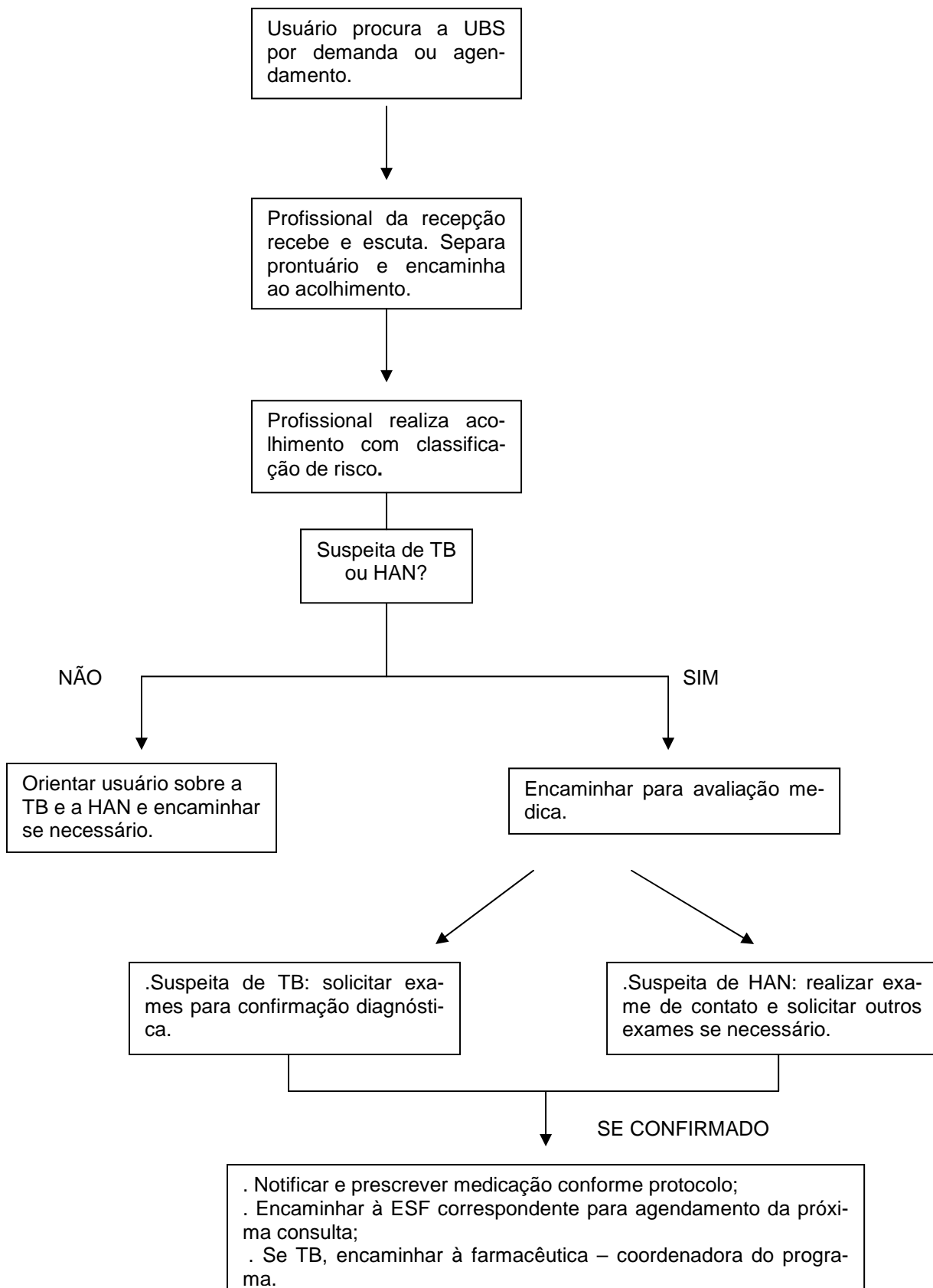
4. Fluxograma do acolhimento ao adolescente (SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2006).



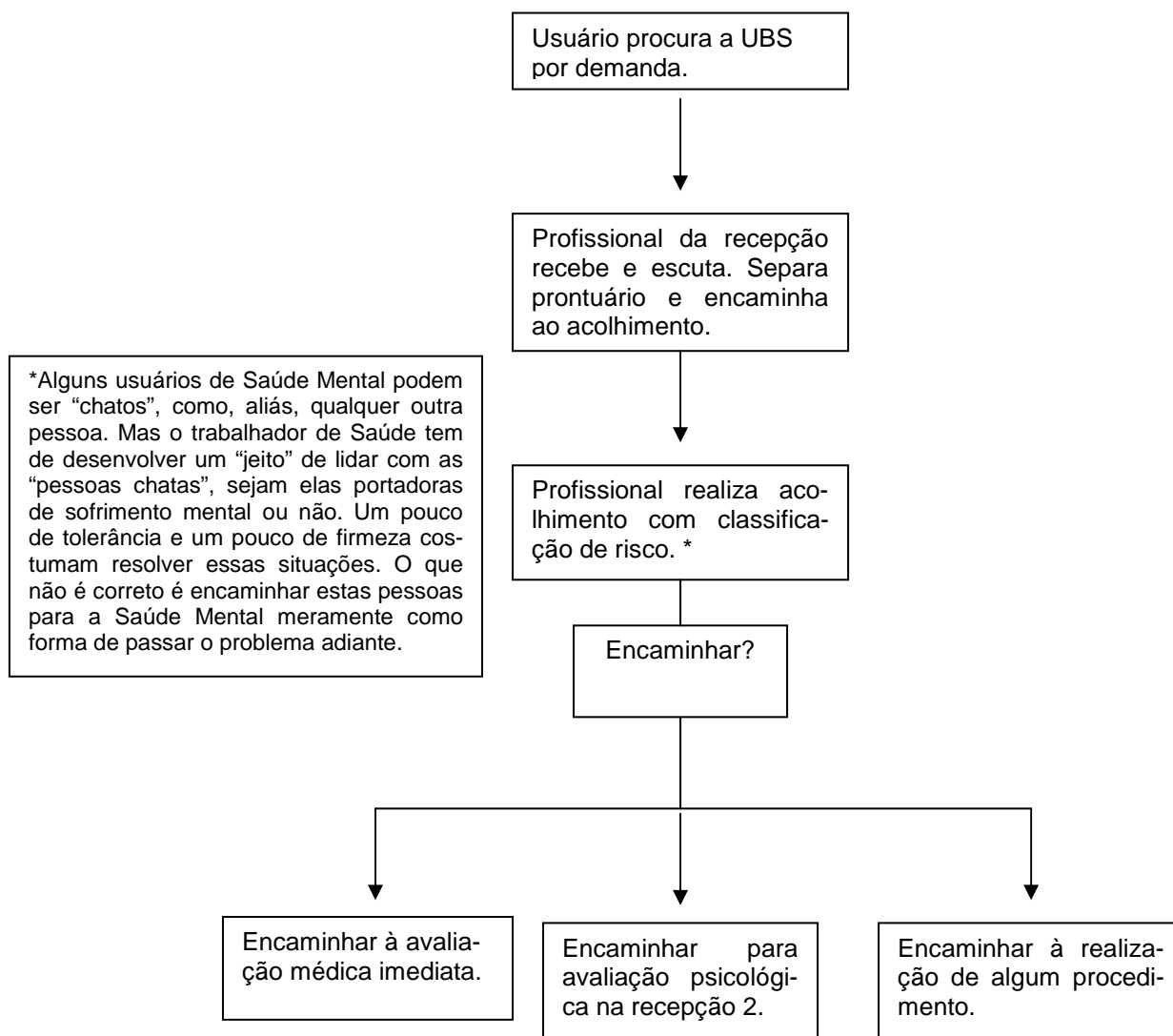
5. Fluxograma de acolhimento ao Hipertenso e Diabético (SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2006)



6. Fluxograma do acolhimento ao caso suspeito de tuberculose (TB) ou hanseníase (HAN) (SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2007).

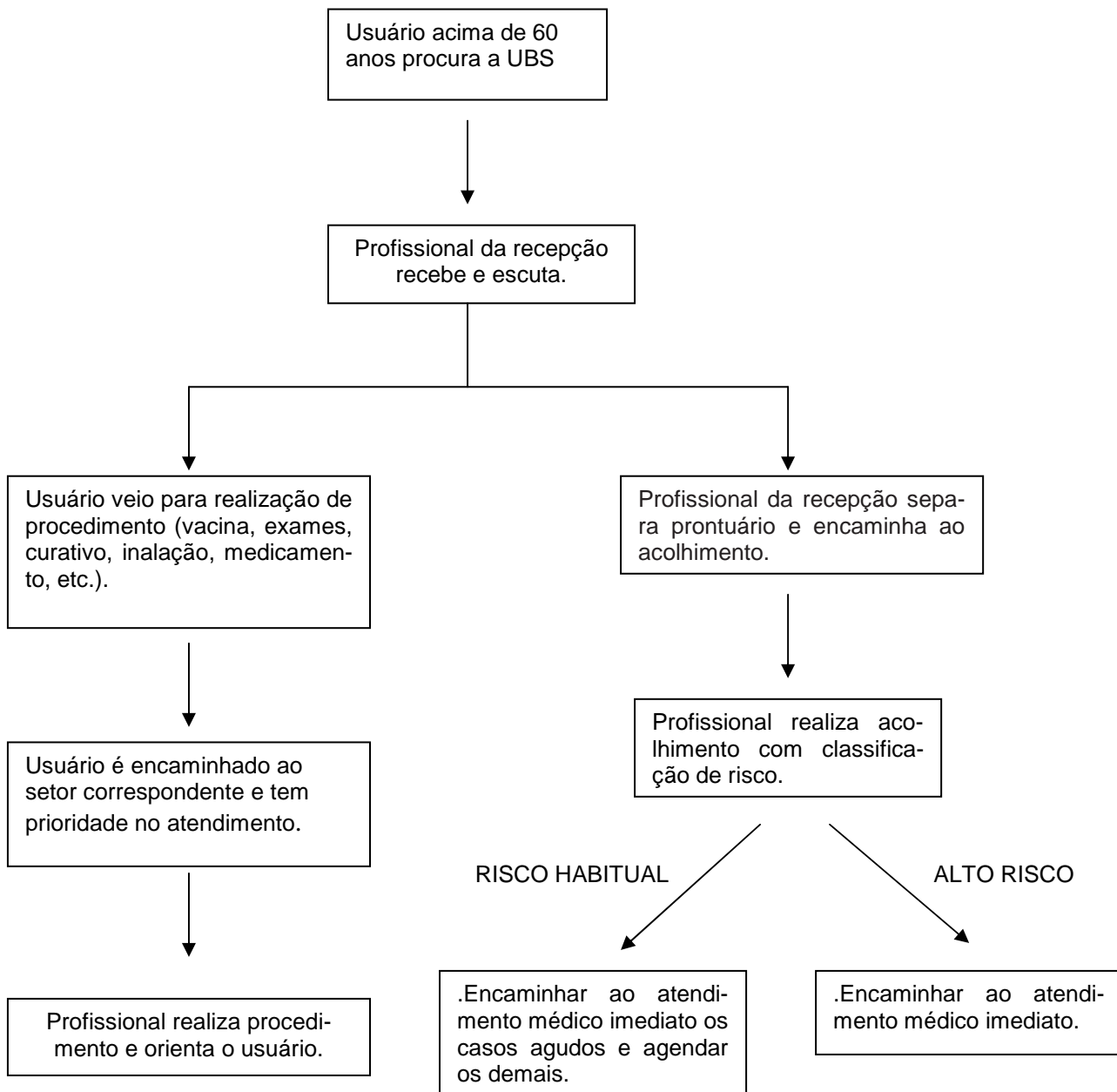


7. Fluxograma do acolhimento ao portador de sofrimento mental (SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2007).

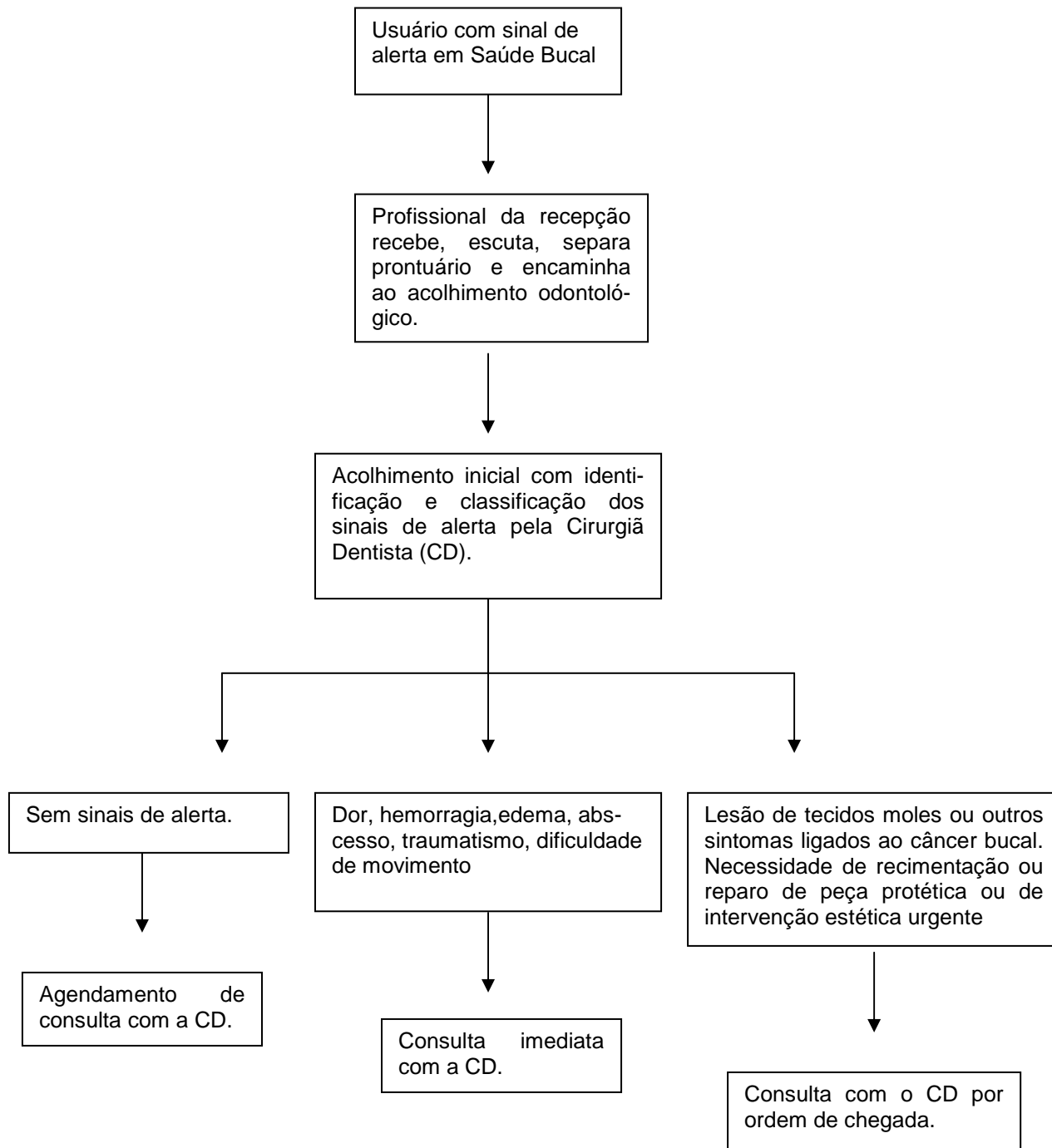


. **Observação:** de maneira geral, não convém deixar o acolhimento dos portadores de sofrimento mental apenas a cargo da equipe de Saúde Mental, separando-o do acolhimento dos outros usuários. Contudo, deve-se ressaltar: a qualquer momento, o técnico de Saúde Mental – em Virgolândia o psicólogo -pode e deve ser chamado para ajudar a esclarecer uma dúvida, definir um encaminhamento, participar de uma avaliação.

8. Fluxograma do acolhimento ao idoso (SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2007).



9. Fluxograma do acolhimento odontológico (SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2006).



Responsabilidades

Caberá a toda equipe de saúde:

1. Nos casos aparentemente de urgência/emergência é fundamental manter a calma e obter do paciente e de seus acompanhantes o maior número de informações possíveis.
2. Preocupar-se em primeiro lugar em acolher, acomodar, um paciente que chega em sofrimento agudo, isso tranquiliza os acompanhantes, dá segurança e facilita seu trabalho.
3. Quando for necessário colocar um paciente em observação, preocupe-se com o seu bem estar, comodidade e privacidade. Trate-o como você gostaria de ser tratado. Cubra-o se estiver frio. Providencie travesseiro se for o caso. Troque o lençol. Não acomode na mesma sala, sem biombo, homens e mulheres. Em caso de crianças peça a mãe ou pai para permanecerem junto. Todo paciente tem direito de se comunicar com seu acompanhante. O acompanhante bem informado e tranquilizado contribui para que tudo corra bem.
4. O paciente que chega agressivo deve ser abordado com competência profissional por toda a equipe – do guarda ao médico. Uma técnica muito eficaz e preventiva é levá-lo imediatamente a uma sala onde você possa, demonstrando calma, interesse e segurança, convidá-lo a sentar-se e a colocar seu problema. A postura de “responder na mesma altura” é a mais inadequada e anti-profissional possível. Muitos pacientes que chegam agressivos, xingando e ofendendo os funcionários querem “platéia”, querem demonstrar força, e quando convidados a sentar-se numa sala para colocar seu problema, desarmam-se com mais facilidade.
5. Nunca dispense da recepção um paciente com traumatismo ou ferimento leve. Mesmo que o ferimento apresentado seja aparentemente muito leve, o paciente deve ser levado até a sala de procedimentos e orientado sobre cuidados de higiene e investigado sobre vacinação anti-tetânica. Da mesma forma os pacientes com traumas e suspeita de entorse ou fratura devem ser investigados, receber medicação analgésica, se for o caso, encaminhados por escrito pelo médico e orientados para ir ao Pronto Socorro de ortopedia. Na falta de médico na Unidade a Enfermeira deve fazer o encaminhamento anotando nele e no prontuário o fato.
6. Havendo médico na Unidade nenhum caso de urgência deve ser dispensado sem avaliação, independentemente do número de consultas que o médico realizou. Caso contrário isto pode se caracterizar por omissão de socorro.

7. O paciente portador de alguma condição crônica jamais deve ficar sem medicação. Caso o médico que o atende não esteja presente, deverá ser realizado um atendimento de enfermagem, a enfermeira deverá ser chamada.
8. Os pacientes deverão ser chamados pelos profissionais pelo nome, sempre que possível, sendo abordados na porta dos consultórios – nunca atrás da mesa, gritando pelo próximo ou solicitando ao paciente já atendido que chame o próximo.
9. Todos os usuários devem ser cumprimentados e questionados pelo motivo de sua espera – muitos aguardam por uma simples informação.
10. Todos deverão manter o ambiente de trabalho humanizado, mantendo uma interdisciplinaridade que permitirá a troca de conhecimentos e maior integração da equipe. Não se trabalha isolado.
11. É função de toda equipe trabalhar com o “POSSO AJUDAR?”, de forma a serem orientadores de fluxo dentro da unidade.

Caberá ao auxiliar e/ou técnico de enfermagem:

1. Realizar a escuta do motivo da procura ao serviço;
2. Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas em nível de sua qualificação, priorizando o atendimento segundo a classificação de risco;
3. Buscar ajuda junto aos demais membros da equipe (fisioterapeuta, cirurgiã dentista, médico, psicólogo, farmacêutica, bioquímico, enfermeiro, agente comunitário de saúde, auxiliar administrativo, etc.) para ajudar a esclarecer uma dúvida, definir um encaminhamento e até mesmo, participar de uma avaliação de risco.
4. Referenciar o paciente à equipe responsável por ele;

Caberá ao enfermeiro:

1. Realizar supervisão do acolhimento realizado pelo auxiliar e/ou técnico de enfermagem;
2. Receber os pacientes que procuraram o serviço com queixa, sinal ou sintoma e realizar acolhimento com classificação de risco, ofertando, se necessário, a consulta de enfermagem, assim como proceder aos encaminhamentos necessários;
3. Buscar ajuda junto aos demais membros da equipe (fisioterapeuta, cirurgiã dentista, médico, psicólogo, farmacêutica, bioquímico, enfermeiro, agente comunitário de saúde, auxiliar administrativo, etc.) para ajudar a esclarecer uma dúvida, definir um encaminhamento e até mesmo, participar de uma avaliação de risco.
4. Referenciar o paciente à equipe responsável por ele;

Caberá ao médico:

1. Na existência de dois profissionais médicos atuantes no PSF, receber os pacientes que procuraram o serviço com queixa, sinal ou sintoma e realizar acolhimento com classificação de risco, ofertando, se necessário, a consulta médica, assim como proceder aos encaminhamentos necessários;
2. Buscar ajuda junto aos demais membros da equipe (fisioterapeuta, cirurgiã dentista, médico, psicólogo, farmacêutica, bioquímico, enfermeiro, agente comunitário de saúde, auxiliar administrativo, etc.) para ajudar a esclarecer uma dúvida, definir um encaminhamento e até mesmo, participar de uma avaliação de risco.
3. Referenciar o paciente à equipe responsável por ele;

Caberá à cirurgiã dentista:

1. Receber os pacientes que procuraram o serviço com queixa, sinal ou sintoma odontológico e realizar acolhimento com classificação de risco odontológico – segundo a linha guia de atenção em saúde bucal, ofertando, se necessário, a consulta odontológica, assim como proceder aos encaminhamentos necessários;
2. Buscar ajuda junto aos demais membros da equipe (fisioterapeuta, cirurgiã dentista, médico, psicólogo, farmacêutica, bioquímico, enfermeiro, agente comunitário de saúde, auxiliar administrativo, etc.) para ajudar a esclarecer uma dúvida, definir um encaminhamento e até mesmo, participar de uma avaliação de risco.
3. Referenciar o paciente à equipe responsável por ele;

FICHA 1 – FICHA DE PRODUÇÃO - ACOLHIMENTO**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VIRGOLÂNDIA****FICHA DE PRODUÇÃO – ACOLHIMENTO**

DATA: ___/___/___

TURNO: () MANHÃ () TARDE

Nº	NOME	IDADE	QUEIXA	RESOLUTIVIDADE
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				

 ASSINATURA DO PROFISSIONAL E CARIMBO

FICHA 2 – FICHA DE ACOMPANHAMENTO FAMILIAR - ACOLHIMENTO

FICHA DE ACOMPANHAMENTO FAMILIAR - ACOLHIMENTO											
NÚMERO PRONTUÁRIO:				ESF RESPONSÁVEL:							
Nº	NOME	DATA NAS.	DATA ATENDIMENTO	PROBLEMA/ CONDIÇÃO	Mês 01	Mês 02	Mês 03	Mês 04	Mês 05	Mês 06	

Observação: a numeração deverá ser colocada com caneta de cor referente à classificação do usuário, segundo a prioridade de seu atendimento.

LEGENDA: encaminhamentos (marcar apenas os números nos quadros dos meses)

1	Cons. Med. Criança	6	Cons. Med. idoso	11	Cons. Enf. Idoso	16	Cons. Domiciliar	21	Vacinação	26	Farmácia
2	Cons. Med. Adolescente	7	Cons. Enf. Criança	12	Cons. CD	17	Laboratório	22	ECG	27	Outros
3	Cons. Med. Adulto	8	Cons. Enf. Adolescente	13	Ação escovação	18	Visita Domiciliar	23	Citologia oncótica	28	
4	Cons. Med. Gestante	9	Cons. Enf. Adulto	14	Ação Aplic. Flúor	19	Ação educativa	24	Fisioterapia	29	
5	Cons. Med. Puérpera	10	Cons. Enf. Gestante	15	Cons. Outros profissionais	20	Triagem neonatal	25	Psicologia	30	

Pensando no ato de acolher com a intenção de resolver os problemas de saúde das pessoas, a equipe de saúde de Virgolândia elaborou e propôs a implantação do protocolo supracitado. Este pressupõe uma acolhida realizada por um profissional da equipe técnica, que deve responsabilizar-se por dar uma resposta à queixa do indivíduo, após escutá-lo e avaliá-lo conforme seu grau de risco, considerando, obviamente, as percepções deste sujeito acerca do seu processo de adoecimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Segundo Beck e Minuzi (2008), para que o serviço realmente se transforme num espaço resolutivo e de construção de sujeitos valorizados e autônomos, o acolhimento deve ser um instrumento de humanização da atenção à saúde. Esta é a melhor forma para a construção de vínculo entre trabalhadores e indivíduos, famílias e comunidades e para a instituição de um atendimento integral que visa a promoção e proteção da saúde, ao tratamento, recuperação e reabilitação dos sujeitos.

Pinheiro (2002) apud Gomes e Pinheiro (2005) coloca que esta integralidade pode ser entendida como *“uma ação resultante da interação democrática entre atores no cotidiano de suas práticas, na oferta do cuidado de saúde nos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde”*. Assim, pode-se reconhecer o acolhimento com uma prática integral, usuário-centrada, com o objetivo de garantir acesso universal, reorganizar o processo de trabalho e qualificar a relação trabalhador usuário. O profissional deve atentar não apenas ao sofrimento físico, mas também ao psíquico, realizando, verdadeiramente, esta abordagem integral do sujeito (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O protocolo de acolhimento contribuirá para o estabelecimento da prática da integralidade, de forma que o serviço assuma sua função de acolher, escutar e dar respostas, deslocando o eixo de seu processo de trabalho para a equipe multiprofissional e tornando as relações profissional-usuário mais humanizadas. Vê-se, portanto, que a materialização deste princípio está diretamente relacionada ao acolhimento e vínculo (GOMES E PINHEIRO, 2005).

A criação deste vínculo entre o profissional e o indivíduo, como discutido durante a oficina 2, só é possível quando se estabelece entre eles uma postura solidária e respeitosa de um para com o outro, valorizando-se enquanto seres humanos. Esta discussão foi importante para a definição das responsabilidades de toda a equipe em relação ao acolhimento. O que se pode perceber no serviço de saúde prestado pela atenção primária de Virgolândia é que muitos profissionais não assumem esta postura acolhedora, dificultando a criação de vínculos entre o serviço e a comunidade.

O acolhimento quando bem realizado, possibilita a ampliação da capacidade da equipe de saúde em responder as demandas dos usuários, diminuindo a centralidade do

profissional médico e melhor utilizando as habilidades dos demais profissionais (BECK E MINUZI, 2008). Franco, Bueno e Merhy (1999) expõem que com esta prática os profissionais não médicos passam a usar todo seu arsenal tecnológico e conhecimento na escuta e solução das demandas trazidas pela população.

Vale lembrar que, todavia, a satisfação do usuário nem sempre é vista como o principal produto da prestação de serviço da atenção primária à saúde. O funcionamento da unidade de Virgolândia sempre se voltou aos horários e necessidades dos profissionais. A criação deste protocolo deixa claro que o principal produto do acolhimento é o usuário satisfeito. Por isto, foi elaborado para atender às necessidades da população, propondo um funcionamento que a atenda.

A ESP (2009) coloca que para obter o produto desejado é fundamental o gerenciamento de todo o processo de acolhimento. Para tanto, é preciso criar um padrão de trabalho que defina as responsabilidades, a frequência em que é executado e os indicadores de desempenho. Na tentativa de gerenciar o processo de implantação do acolhimento com classificação de risco na unidade de atenção primária à saúde de Virgolândia, a equipe elaborou uma matriz de gerenciamento – baseada na “Matriz de Gerenciamento do Processo” proposta pela ESP (2009) oficina 5. Nesta definiu-se as diversas ações que seriam necessárias para a implantação do acolhimento, indicando o local de realização da ação, o momento em que acontece, o responsável, quais os instrumentos de referência que detalham a atividade são utilizados e onde são registradas e como realizar o monitoramento do processo.

A matriz de gerenciamento do processo de implantação do acolhimento elaborada pela equipe de saúde de Virgolândia pode ser vista a seguir:

3.2.5 Matriz de Gerenciamento do Processo de Implantação do Acolhimento

QUADRO 8 – Matriz de Gerenciamento do Processo de Implantação do Acolhimento com Classificação de Risco em Virgolândia

Matriz de Gerenciamento do Acolhimento com Classificação de Risco da Unidade de Atenção Primária à Saúde de Virgolândia							
O QUE	RESULTADO ESPERADO	RESULTADO DO PROCESSO	ONDE	QUANDO	QUEM	INSTRUMENTO DE REFERÊNCIA	REGISTRO
Recepção	Recebimento e acolhimento do cidadão, identificação do problema que o levou a procurar a unidade, encaminhamento de acordo com fluxogramas e atualização das informações do prontuário.	Realização do atendimento de acordo com critérios clínicos estabelecidos no protocolo de acolhimento da unidade de Virgolândia no ponto de atenção certo, no tempo certo e de forma segura, ética e com qualidade.	Na recepção da UAPS de Virgolândia.	De 07:00h às 17:00h, de segunda a sexta-feira.	Enfermeiro Fernando – PSF.	. Protocolo de acolhimento. . Fluxograma.	. Caderno de registro. . Prontuário
Classificação de risco	Diminuição do risco de mortes evitáveis e priorização do atendimento de acordo com critérios clínicos no tempo adequado e não por ordem de chegada. Obrigatoriedade de encaminhamento responsável.		Nos consultórios de realização do acolhimento com classificação de risco, na UAPS de Virgolândia.	De segunda a sexta-feira: Manhã - 08:00h às 09:30h. Tarde - 13:30h às 15:00h.	Enfermeira Marcela.	. Protocolo de acolhimento da UAPS de Virgolândia.	. Prontuário familiar. . Fichas de produção do acolhimento e de acompanhamento familiar.
Assistência	Assistência com priorização do atendimento de acordo com critérios clínicos no local, com tratamento e custos adequados.		Nos consultórios e salas da UAPS de Virgolândia.	De 07:00h às 17:00h, de segunda a sexta-feira.	Auxiliar de enfermagem Luzia.	. Protocolo.	. Prontuário. . Cadernos de registro. . Fichários.
Encaminhamento	Encaminhamento de um paciente para outro ponto de atenção, podendo ser interna ou externa, de forma segura.		Nos consultórios e salas da UAPS de Virgolândia.	De 07:00h às 17:00h, de segunda a sexta-feira, sempre que necessário.	Auxiliar administrativa Flávia.	. Protocolo.	. Prontuário familiar. . Receituário.
INDICADOR							
IDENTIFICAÇÃO	MEMÓRIA DE CÁLCULO	FONTE DE DADOS	FREQUÊNCIA DE MEDIÇÃO	PARÂMETRO	META PARA 1 ANO	RESPONSÁVEL	
Satisfação do usuário	% de satisfação = $\frac{\text{n}^\circ \text{ de usuários satisfeitos}}{\text{n}^\circ \text{ total de usuários atendidos}} \times 100$. Usuários	. Trimestralmente	Até 50% - ruim 51 a 60% - regular 61 a 90% - bom 91 a 100% - ótimo	Ao final de 1 ano da implantação do acolhimento com classificação de risco pretende-se ter 70% dos usuários que utilizam este serviço satisfeitos, avaliando o acolhimento com um bom conceito.	Enfermeira Marcela Leite	

Diante do exposto, a equipe de saúde construiu o instrumento acima se baseando nas ações necessárias para o alcance dos resultados do processo de implantação do acolhimento. Estas foram relacionadas no item “o que” e são essenciais para implantação efetiva de um acolhimento integral dos usuários. Mattos (2001) apud Pinheiro e Gomes (2005), coloca que a integralidade se faz presente no encontro, na conversa e na atitude profissional que busca entender o sujeito de forma holística, considerando seu contexto social, econômico e cultural. Assim, uma recepção capaz de acolher o cidadão, e identificar o problema que o levou a procurar a unidade, uma classificação de risco que diminua o risco de mortes evitáveis e priorize o atendimento de acordo com critérios clínicos e uma assistência de qualidade, associada a encaminhamentos seguros, são pontos fundamentais para a garantia do atendimento no ponto de atenção certo, no tempo certo e com qualidade e ética.

Nos itens “onde” e “quando” estão explicitados o local onde a ação vai ocorrer dentro da APS de Virgolândia e o momento ou frequência em que é realizada, respectivamente. No primeiro caso as atividades se restringem à recepção e às salas e consultórios da unidade. Em relação ao momento em que ações ocorrem, este está restrito ao horário de funcionamento da unidade – de 07:00h às 17:00h, de segunda a sexta-feira, sendo que a classificação de risco terá momentos específicos dentro deste horário.

Para que um processo de gerenciamento tenha sucesso, é importante que cada etapa dele tenha um responsável – “quem”. Este não necessariamente será o executor da ação. O “quem” diz respeito à pessoa que possui autoridade sobre a etapa e a “quem” se pode recorrer caso haja alguma dificuldade no processo (ESP, 2009). Pensando nisso, a equipe definiu os profissionais da equipe que terão a responsabilidade de gerenciar as ações propostas e quais os instrumentos que irão subsidiá-los no detalhamento das atividades, para que não haja o retrabalho.

A equipe vê os protocolos como a melhor forma de organização e padronização das ações dentro da UAPS de Virgolândia. Então, quando se pensou no item “instrumento de referência” a equipe definiu os protocolos como principal documento capaz de auxiliar os responsáveis e os executores da ação. Por fim, no item “registro” os participantes definiram prontuário, fichas de produção e acompanhamento, receituários, ficha de prescrição médica e cadernos, como as principais formas de registro disponíveis. Estes documentos podem ser usados para o fornecimento de evidências de verificações, ações preventivas ou corretivas.

Desta forma, criou-se um indicador que represente, quantitativamente, os resultados do processo de implantação do acolhimento em Virgolândia. A equipe definiu a satisfação do usuário como a identificação do indicador, sendo este usuário a origem das

informações. Programou-se, a consolidação e avaliação dos dados coletados para cada três meses após a implantação do acolhimento, definindo o parâmetro a ser utilizado e uma meta de 70% de usuários satisfeitos com o acolhimento para um ano após sua implantação. Trabalhar com este indicador permitirá à equipe fazer medição com qualidade e sem desviar do foco principal – gerenciamento e melhoria dos resultados, além de fornecer informações importantes para a tomada de decisões. Se necessário, a equipe poderá trabalhar com mais indicadores, sem ultrapassar o número de cinco (ESP, 2009).

4. CONCLUSÃO

O acolhimento pode ser compreendido como uma forma de organização do trabalho em saúde e de estruturação do PSF. As oficinas realizadas permitiram a elaboração de um protocolo de acolhimento com classificação de risco que pressupõe o acolhimento por meio de uma escuta qualificada e humanizada, capaz de dar uma resposta ao sujeito, garantindo-lhe acesso e atendimento humanizado e equânime.

Os profissionais fizeram a análise da atenção primária à saúde, estruturaram o diagnóstico situacional da atenção primária à saúde do município e elaboraram o plano de ação para o fortalecimento da APS de Virgolândia. Além disso, propuseram um protocolo de acolhimento adaptado à realidade da APS do município, elaborando fluxogramas de acolhimento aos diversos ciclos de vida. Acredita-se que a implantação deste protocolo possa contribuir para a organização de um acolhimento que promova uma agilidade no atendimento a partir da análise e avaliação da necessidade do usuário, proporcionando a priorização da atenção aos mais vulneráveis e com maior risco, em detrimento ao atendimento por ordem de chegada.

Junto à proposta de protocolo criou-se uma matriz de gerenciamento do processo de implantação do acolhimento na APS de Virgolândia que contribuirá para a avaliação desta implantação.

Propõe-se que este protocolo seja implantado após aprovação do conselho municipal de saúde – de forma a garantir a participação da população - e que a equipe receba outras capacitações para a utilização deste documento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BECK, C. L. C.; MINUZI, D. O acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica. **Saúde, Santa Maria**, v.34, n.1-2: p.37-43, 2008.

CAMPOS, G. W. S.; CARPINTERO, M. C.; BUENO, J. M. S. **Protocolo de acolhimento da secretaria municipal de saúde de Campinas**. Disponível em: http://www.campinas.sp.gov.br/saúde/programas/protocolos/protocolo_acolhimento.htm. Acesso em 26 de setembro de 2009.

CARDOSO, F. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde**: planejamento e avaliação das ações em saúde. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008. 81p.

CASTRO, A. J. R.; SHIMAZAKI, M. E. **Protocolos clínicos para unidades básicas de saúde**. Belo Horizonte: editora Gutenberg, 2006. 240p.

CECÍLIO, L. C. O. Uma sistematização e discurso de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: MERHY, L. L.; ONOCKO, R. (organizadores). **Agir em Saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p.151-67.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Implantação do plano diretor da atenção primária à saúde**: análise da atenção primária à saúde e diagnóstico local. Oficinas 2 e 3. Belo Horizonte:ESPMG,2009. 89p.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Implantação do plano diretor da atenção primária à saúde**: programação local e municipal. Oficina 4. Belo Horizonte:ESPMG,2009. 89p.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Implantação do plano diretor da atenção primária à saúde**: redes de atenção à saúde. Oficina 1. Belo Horizonte:ESPMG,2009. 118p.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Implantação do plano diretor da atenção primária à saúde**: acolhimento e classificação de risco. Oficina 5. Belo Horizonte:ESPMG,2009. 53p.

FARIA, H. P. et. al. **Organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde: processo de trabalho em saúde**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008. 66p.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, 15(2):345-353, abr-jun,1999.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.17:p.287-301, mar/ago 2005.

MALTA, D. C. et al.. Acolhimento: uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrada. In: CAMPOS, C. R. et al.. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. Reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, p.121-142.1998.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à saúde da criança**. 1ed. Belo Horizonte: SAS/ SES, 2005. 224p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Manual do prontuário de saúde da família**. 1ed. Belo Horizonte: SES/MG, 2008. 256p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Gerência de Atenção Básica e Gerência de Normalização de Atenção à Saúde. **Atenção ao pré-natal, parto e puerpério**. 2ed. Belo Horizonte:SAS/ SES, 2006. 84p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Gerência de Atenção Básica e Gerência de Normalização de Atenção à Saúde. **Atenção à saúde do adolescente**. 1ed. Belo Horizonte:SAS/ SES, 2006.152p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Gerência de Atenção Básica e Gerência de Normalização de Atenção à Saúde. **Atenção à saúde do idoso**. 2ed. Belo Horizonte:SAS/ SES, 2007. 186p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Gerência de Atenção Básica e Gerência de Normalização de Atenção à Saúde. **Atenção à saúde do adulto: hanseníase**. 2ed. Belo Horizonte:SAS/ SES, 2007. 62p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Gerência de Atenção Básica e Gerência de Normalização de Atenção à Saúde. **Atenção à saúde do adulto: hipertensão e diabetes**. 1ed. Belo Horizonte:SAS/ MG, 2006. 198p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Gerência de Atenção Básica e Gerência de Normalização de Atenção à Saúde. **Atenção à saúde do adulto: tuberculose**. 2ed. Belo Horizonte:SAS/ SES, 2007.144p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Gerência de Atenção Básica e Gerência de Normalização de Atenção à Saúde. **Atenção em saúde mental**. 2ed. Belo Horizonte:SAS/ SES, 2007. 238p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Gerência de Atenção Básica e Gerência de Normalização de Atenção à Saúde. **Atenção em saúde bucal**. 1ed. Belo Horizonte:SAS/ SES, 2006. 290p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de informações de saúde: informações gerais. **Sistema de informação sobre mortalidade (SIM)**, 2005. Disponível em: www.datasus.gov.br. Acesso em 20 de abril de 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de informações de saúde: informações gerais. **Sistema de informação hospitalar (SIH)**, 2006. Disponível em: www.datasus.gov.br. Acesso em 20 de abril de 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) de Virgínia**. Acesso em julho de 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Textos básicos de saúde: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília:editora Ministério da Saúde, 2004. 20p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Textos básicos de saúde: acolhimento com avaliação e classificação de risco**. Brasília:editora Ministério da Saúde, 2004. 20p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Textos básicos de saúde:** acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2ed. Brasília:editora Ministério da Saúde, 2006. 44p.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de saúde pública**, v.19, n.1:Rio de Janeiro, jan/feb. 2003. Disponível em:

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000100004.

Acesso em 20 de outubro de 2009.

SCHOLZE, A. S et al.. A implantação do acolhimento no processo de trabalho de equipes de saúde da família. **Revista espaço para a saúde**, Londrina, v.8, n.1:p.7-12, dez.2006.

VASCONCELOS, A.; GRILLO. M. J. C.; SOARES, S. M. **Organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde: práticas pedagógicas em atenção básica à saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade.** Belo Horizonte:Editora UFMG, 2008. 67p.

ANEXOS

Anexo 1 - Roteiro para o Diagnóstico da Linha de Base

DIMENSÃO		CATEGORIA	Nº DE ORDEM	INDICADOR
CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO	Identificação do Município	Nome do município		Virgolândia
		Código do município		317190
		Características socioeconômicas e demográficas	1	Índice de necessidade de saúde - 1,54
			2	Índice de porte econômico – 1,78
			3	Volume da população – 5.968
			4	Percentual de população rural – 52,08 %
	5		Percentual de idosos – 15,87 %	
	6	Percentual de usuários de planos de saúde – 5,36 %		
	Gestão do sistema de saúde	Gestão da UBS	7	Percentual de UAPS que tem gerência profissional – 0 %
	Recursos para a saúde	Investimento municipal em saúde	8	Gasto público municipal com saúde em relação ao PIB municipal – 21.25 %
		Recebimento de Incentivos da APS pela	9	Percentual de ESF que receberam 0 incentivo Saúde em Casa – 100 %
		SMS	10	SMS recebeu PAB-Variável – Sim Programa ACS: R\$ 8.715,00 Programa SB: R\$ 6.000,00 Programa SF: R\$ 19.200,00 PAB fixo: R\$ 8.288,92
	PROCESSO	Adesão estratégia da SF	11	Percentual de UBS com PSF – 100 %
12			Tempo de adesão à estratégia da SF – 11 anos PSF II – 1998 PSF I – 2001	
Organização e cobertura da Médico/enfermagem		13	Cobertura PSF – 100 %	
		14	Cobertura UAPS – 100 %	
		15	Cobertura total APS – 100 %	
			Relação habitante / ACS – 397,86 hab/ACS	
APS		16	PSF I: 408 hab/ACS PSF II: 388,5 hab/ACS	
		17	Relação habitante / UAPS central: 5.168 UAPS Divino: 800	
ANALISE DOS PRINCÍPIOS DA APS	Cobertura do atendimento de saúde bucal	18	Cobertura SB/PSF – 100 %	
		19	Cobertura SB/UAPS – 100 %	
	20	Cobertura total SB/APS – 100 %		
	Primeiro contato 60%	21	Longitudinalidade 59,37%	Percentual médio alcançado pelas UBS's nos itens de verificação de cada um dos princípios da APS em relação a pontuação máxima estabelecida
			Integralidade 54,54%	
			Coordenação 36,36%	
Centralização familiar 46,87%				
Orientação				

		Comunitária 37,5%		
	PROCESSO DE TRABALHO NA APS	ATENÇÃO PRIMARIA	22	Percentual de UAPS que tem delimitação de seu Território – 100%
	PROCESSO DE TRABALHO NA APS		23	Percentual de UAPS que realizam 0 cadastramento de todas as famílias residentes no Território – 100%
	PROCESSO DE TRABALHO NA APS		24	Percentual de UAPS que realizam classificação de Risco – 0%
	DIMENSAO	CATEGORIA	Nº DE ORDEM	INDICADOR
			25	Percentual de UAPS que monitoram famílias segundo grau de risco - 0%
			26	Percentual de UAPS que utiliza instrumentos de abordagem familiar – 0%
			27	Percentual de UAPS que estão organizadas para atender todos ciclos vida – 0%
			28	Percentual de UAPS que estão organizadas p/ acompanhar condições crônicas – 100%
			29	Percentual de UAPS que tem protocolos clínicos – 100%
			30	Percentual de UAPS que utilizam dados de sistemas de informação para planejamento e monitoramento de suas ações – 0%
			31	Numero de consultas médicas básicas/ habitante/ano – 1,48
			32	Numero de primeiras consultas odontológicas Programáticas – não temos o dado
		ATENÇÃO	33	Percentual de UAPS que tem critérios e mecanismos de agendamento para consultas especializadas – 0%
		ESPECIALIZADA	34	Tempo médio de espera entre a solicitação e a realização da consulta especializada- 1 mês
		APOIO DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO	35	Percentual de UAPS que tem critérios definidos Para a solicitação exames de apoio diagnóstico – 0%
			36	Existência de relação padronizada de medicamentos no município - sim
	PROCESSO DE TRABALHO NA APS		37	Percentual de exames dentro dos limites normalidade (atendendo protocolo, exame negativo/positivo) - 61,02 %
			38	Regularidade do fornecimento de medicamentos de uso contínuo para os portadores de patologias

				Crônicas – regular e contínuo
		URGÊNCIA E EMERGENCIA	39	Numero de consultas/habitante/ano realizadas nos Serviços de urgência e emergência – 0,04 cons. Odontológicas/ hab/ ano 2008
		ATENÇÃO HOSPITALAR	40	Percentual de UAPS que solicita internamentos hospitalares de acordo com critérios definidos – 0%
DIMENSAO		CATEGORIA	Nº DE ORDEM	INDICADOR
	Mobilização social		41	Percentual de internações ocorridas por acesso direto do usuário ao hospital em relação ao total de internações – 0%
		Conselho Municipal de Saúde atuante	42	Frequência das reuniões – apenas extraordinárias
		Existência de Conselhos Locais de Saúde atuantes	43	Percentual de UAPS com CLS que participa do planejamento e monitoramento das ações desenvolvidas pelas ES – 0%
		Conferência Municipal De Saúde	44	Conferência Municipal de Saúde realizada - a cada 4 anos
ESTRUTURA	Estrutura física	Infra-estrutura física	45	Percentual de UAPS instaladas em prédio próprio específico para US – 100%
			46	Percentual de UAPS com área física adequada - 100%
		Infra-estrutura de transporte	47	Percentual de equipes que dispõem de transporte adequado – 0%
	Insumos	Medicamentos	48	Percentual de UBS com adequada disponibilidade de medicamentos de uso contínuo para viabilizar o acesso dos usuários portadores de patologias crônicas – 33,33%
	Recursos Humanos	Disponibilidade	49	Proporção de ESF completas – 100%
			50	Percentual de médicos do PSF com pós-graduação em saúde da família – 0%
Recursos Humanos	Capacitação		51	Percentual de médicos da AP _convencional com pós-graduação em saúde da família – 0%
			52	Percentual de profissionais de nível superior do PSF que fizeram o curso básico de SF – 0%
			53	Percentual de profissionais de nível médio do PSF que fizeram o curso básico de SF – 0%
	Relações de trabalho e emprego		54	Percentual de médicos com acesso ao PEP - 0%
			55	Mediana de tempo de trabalho dos médicos do PSF, no município – 5 meses e 9 dias
			56	Mediana de tempo de trabalho dos médicos da

				AP _convencional, no município – não temos APS convencionais
			57	Mediana de tempo de trabalho das enfermeiras do PSF, no município – permanecem mais de 3 anos por serem concursadas.
			58	Mediana de tempo de trabalho das enfermeiras da AP _convencional, no município - não temos APS convencionais
			59	Mediana de tempo de trabalho do CDs do PSF, no município – 2 anos, 10 meses e 12 dias
	DIMENSAO	CATEGORIA	Nº DE ORDEM	INDICADOR
			60	Mediana de tempo de trabalho do CDs da APS convencional no município – não possuímos AP convencional
			61	Mediana de tempo de trabalho das ACS na função, no município – permanecem mais de 3 anos por serem concursadas.
			62	Percentual de médicos do PSF com contrato administrativo – 100%
			63	Percentual de médicos da AP _convencional com contrato administrativo – não possuímos AP convencional
			64	Percentual de enfermeiras do PSF com contrato administrativo – 0%
			65	Percentual de enfermeiras da AP _convencional com contrato administrativo – não possuímos AP convencional
			66	Percentual de ACS com contrato administrativo - 6,6%
			67	Percentual do CDs do PSF com contato Administrativo – 50%
			68	Percentual de CDs da AP _convencional com contrato administrativo não possuímos AP convencional
RESULTADO	Assistência pré-natal	Baixo peso	69	Percentual de nascidos vivos de baixo peso ... - 0% (considerando siab 2009)
		Prevenção de Doenças Transmissíveis (colocar por extenso para não confundir)	70	Coeficiente de incidência de sífilis congênita no Município – 0 (zero)
			71	Coeficiente de incidência de tétano neonatal no Município – 0 (zero)
	Condições sensíveis a atenção ambulatorial	Saúde da Criança	72	Taxa de internação por diarreia de crianças menores de 1 ano e de crianças de 1 a 5 anos - não temos o dado
			73	Taxa de internação por doenças respiratórias agudas de crianças menores de 1 ano e de

				crianças de 1 a 5 anos – não temos o dado
		Saúde do Adulto- idoso	74	Taxa de internação por infarto agudo do Miocárdio – não temos o dado
			75	Taxa de internação por acidente vascular cerebral – 0 (zero)
			76	Taxa de internação por insuficiência cardíaca Congestiva – não temos o dado
			77	Percentual de internações por complicações do diabetes mellitus – não temos o dado. A taxa de internação por complicações é de 3,79/ 10 000 habitantes com 30 anos ou mais.
		Saúde Bucal	78	Proporção de crianças de 5 anos livres de cárie. - 78%
DIMENSAO	CATEGORIA		NDE ORDEM	INDICADOR
			79	CPOD -12 anos – 2,42
			80	Proporção de adolescentes com todos os dentes Presentes – não temos o dado
			81	Proporção de adultos com 20 ou mais dentes funcionais – não temos o dado
			82	Proporção de idosos com 20 ou mais dentes funcionais – não temos o dado
	Todas as fases do ciclo de vida e condições	83		Percentual de internações por condições sensíveis a atenção ambulatorial – não temos o dado
		84		Taxa de internação por condições sensíveis a atenção ambulatorial – não temos o dado

Fontes:

(1) ESP, 2009

(2) Relato dos profissionais da unidade

Anexo 2 – Protocolo de Manchester

PROTOCOLO DE MANCHESTER¹

A Classificação de Risco deve ser realizada a partir de um protocolo clínico único, que padronize a linguagem em todos os pontos de atenção, nos sistemas de apoio e logísticos.

A SES de Minas Gerais, a partir da avaliação dos protocolos clínicos existentes e validados internacionalmente, com resultados comprovados nos países desenvolvidos, padronizou a utilização do Protocolo de Manchester.

O Protocolo de Manchester, inicialmente, foi formulado para a utilização no Reino Unido e, atualmente, está em operacionalização em vários países da Europa e Austrália. Algumas vantagens deste protocolo sobre os demais: não trabalha com diagnóstico; possibilita a classificação de risco em todos os pontos de atenção primária (inclusive pelo *call center*), secundária e terciária; poder ser informatizado; além de ser passível de auditoria clínica.

Este Protocolo tem como base a classificação de risco a partir de determinantes (sinais ou sintomas) e para cada determinante tem-se um fluxograma decisório. O Protocolo classifica em 5 categorias por grau de prioridade. Os níveis de prioridade são identificados, respectivamente, por cores. Assim:

- A prioridade 1 é identificada com a cor vermelha;
- A prioridade 2 é identificada com a cor laranja;
- A prioridade 3 é identificada com a cor amarela;
- A prioridade 4 é identificada com a cor verde;
- A prioridade 5 é identificada com a cor azul.

PROPOSTA DE REDUZIR ÀS CORES VERMELHA, AMARELA E AZUL

Prioridade 1 - Vermelho:

- O usuário classificado com prioridade 1 necessita de ressuscitação.
- Deve ser categorizado como caso de EMERGÊNCIA ABSOLUTA. Ex.: parada cardíaca, choque, politraumatismo, coma profundo, entre outros.
- Este atendimento é prioridade absoluta, os primeiros cuidados são imediatíssimos, o transporte deve ser realizado prioritariamente pelo SAMU.

¹ Texto de apoio extraído do Guia de Implantação do PDAPS, oficina 5: acolhimento e classificação de risco.

- O ponto de atenção com competência para o atendimento destes usuários é o pronto socorro e o acesso deve ser imediatíssimo.

Prioridade 2 - Laranja:

- O usuário classificado com prioridade 2 deve ser categorizado como caso de EMERGÊNCIA, mas ainda não necessita de ressuscitação. Ex.: trauma grave, alteração do estado mental, comprometimento do estado hemodinâmico, queimaduras de segundo e terceiro grau, dor precordial, quadros hemorrágicos intensos, entre outros.
- Este atendimento é prioridade, os primeiros cuidados são imediatos (no máximo em 15 minutos), o transporte deve ser realizado prioritariamente pelo SAMU.
- O ponto de atenção com competência para o atendimento destes usuários é o pronto socorro e o acesso deve ser imediato.

Prioridade 3 - Amarelo:

- Deve ser categorizado como caso de URGÊNCIA MAIOR. Ex.: traumatismos moderados, quadros dolorosos de intensidade moderada, quadros de sibilância de intensidade moderada, entre outras.
- Este atendimento é prioridade, os primeiros cuidados são imediatos, o transporte sanitário deve ser acionado.
- O ponto de atenção com competência para o atendimento destes usuários é o pronto atendimento e o acesso deve ser imediato.

Prioridade 4 - Verde :

- O usuário classificado com prioridade 4 é classificado como URGÊNCIA MENOR. Ex.: quadro febril de baixa intensidade em criança, gestantes com queixas, quadros dolorosos de baixa intensidade, entre outros.
- Este atendimento deve ser priorizado, preferencialmente, na UAPS, para o mesmo turno, após os primeiros cuidados e medidas necessárias nos casos de emergência e de urgência maior.
- O ponto de atenção com competência para o atendimento destes usuários é a UAPS.

Prioridade 5 - Azul :

- O usuário classificado com prioridade 5 não apresenta Sinal de Alerta, trata-se de caso eletivo. Ex.: quadro gripal, dor de intensidade leve, trauma menor, entre outras.
- Este atendimento ou consulta pode ser agendada ou realizada de imediato, caso haja disponibilidade.

- O ponto de atenção com competência para o atendimento destes usuários é a UAPS.