

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

**PLANO DE INTERVENÇÃO NO PROCESSO DE TRABALHO DOS  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA  
TORNAR AS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE PORTA DE ENTRADA DA REDE  
DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE ILCÍNEA-MG.**

**JOILSON GOMES LEONARDO**

**CAMPOS GERAIS - MINAS GERAIS**

**2011**

**JOILSON GOMES LEONARDO**

**PLANO DE INTERVENÇÃO NO PROCESSO DE TRABALHO DOS  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA  
TORNAR AS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE PORTA DE ENTRADA DA REDE  
DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE ILCÍNEA-MG.**

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

Banca examinadora

Profa. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - orientadora

Profa. Eulita Maria Ladeia.

Aprovada em Belo Horizonte: 17/12/2011

Agradeço a todos que me ajudaram nessa jornada,  
principalmente aos meus orientadores e mestres.

Dedico este trabalho a minha família e amigos, que me incentivaram a percorrer esta nova caminhada.

“Se alguém procura a saúde, pergunta-lhe primeiro se está disposto a evitar no futuro as causas da doença; em caso contrário, abstém-te de o ajudar”

Sócrates

## RESUMO

A Atenção Primária a Saúde (APS) é constituída de um conjunto de ações que visa à promoção, a prevenção e a reabilitação em saúde, na qual a Estratégia de saúde da Família constitui a porta de entrada preferencial para os usuários na rede dos serviços de saúde. O que se tem visto é grande número de usuários procurando atendimento em Prontos Socorros, demonstrando que as Unidades Básicas de Saúde não são consideradas pelos usuários como porta de entrada no sistema de saúde. Analisando a Atenção Primária em Saúde no município de Ilícinea-MG, por meio das Equipes de Saúde da Família, constatou-se que as mesmas encontram-se atuando de maneira incipiente, ou seja, as Unidades Básicas de Saúde não se constituem porta de entrada preferencial dos usuários na rede de serviços de saúde, o atendimento é realizado na maioria das vezes no Pronto Atendimento Municipal por demanda espontânea. O presente trabalho teve por objetivo elaborar de um plano de intervenção para reorientar a porta de entrada do serviço de saúde a partir das unidades básicas de saúde com equipe de saúde da família, com a implantação do protocolo de Manchester para a classificação de risco dos usuários. Foi realizada uma revisão da literatura nacional e ainda analisar documentos oficiais e portarias sobre o tema. Definiu-se não considerar o recorte temporal das publicações. Os resultados apresentados destacam a importância da classificação de risco para reorganizar para reorganizar a porta de entrada dos serviços de saúde e ainda qualifica o atendimento trazendo benefícios tanto para os usuários como para os profissionais de saúde que fazem o atendimento. O plano de intervenção elaborada propõe organizar o fluxo de atendimento em todas as UBS do município por meio do acolhimento com classificação de risco.

Descritores: Atenção Primária. Protocolo de Manchester. Atendimento.

## **ABSTRACT**

The Primary Health Care (PHC) consists of a set of actions aimed at the promotion, prevention and rehabilitation in health, in which the Family Health Strategy is the gateway of choice for users on the network of health services. What we have seen large numbers of people are looking for ER visits, resulting in the inability of family health teams on how to become a gateway for users in health systems. Analyzing the Primary Health Care in the city of Ilícinea-MG, through the Family Health Teams, it was observed that it is installed so nascent, that is, this is not the gateway users' preference network of health services, care of the clientele is mostly conducted in the Emergency Unit Municipal spontaneous demand. The present work aimed to propose the elaboration of an action plan to reorient the entrance of the health service from a team of UBS family health, emphasizing the first level of the system for health care, shifting practice the host, establishing the use of the Manchester Protocol for risk classification of users in the municipality of Ilícinea-MG. The literature emphasizes the importance of the host with the risk rating to rearrange the front door of health care and still qualify bringing benefits to both users and for health professionals who do care. The intervention proposal drafted proposes to organize the flow of all UBS service in the municipality through the host with the rating.descrit.

**Descriptors:** Primary, Manchester Protocol, Service.

## SUMARIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>09</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>12</b>
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>15</b>
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>16</b>
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRAFICA .....</b>	<b>17</b>
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>21</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>23</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>24</b>



## 1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária a Saúde (APS), conhecida como Atenção Básica, na qual a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é considerada o seu eixo estruturador, constitui um conjunto de ações na saúde visando à promoção, a prevenção e a reabilitação, sendo a porta de entrada preferencial para os usuários na rede dos serviços de saúde. Tem como funções a resolução de problemas, a organização dos serviços de saúde em rede e a responsabilização pela qualidade da saúde dos usuários em qualquer ponto de atenção. Instituída em 1994 pelo Ministério da Saúde, a ESF, enquanto política nacional pública constitui-se numa estratégia de reorientação da prática assistencial por meio da atuação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2009).

A ESF apresenta-se como um novo modelo de se trabalhar à saúde, no qual a família se torna o centro de atenção, introduz uma nova visão no processo de intervenção em saúde, uma vez que age de maneira preventiva. Embora tenha ocorrido uma grande expansão das equipes de saúde da família nos municípios brasileiros, o acesso dos usuários aos serviços dessas equipes não tem se dado de maneira eficiente. O que se tem visto são grandes números de usuários procurando atendimento em Prontos Socorros, o que pode ser inferido a incapacidade das equipes de saúde da família de tornarem a Unidade Básica de Saúde (UBS) como a porta de entrada dos usuários no sistema de saúde (RIBEIRO, 2009).

Nesse sentido a prática do acolhimento com classificação de risco vem se tornando uma estratégia eficiente e necessária, uma vez que tem como objetivos organizar a porta de entrada dos usuários nos serviços de saúde e viabilizar o acesso as ações de saúde, com vistas a atender as demandas dos usuários adscritos do território da UBS.

Segundo Pereira (2006) o acolhimento é um instrumento de mudança no processo de trabalho em saúde, onde as relações entre trabalhadores e

usuários são modificadas, havendo humanização na atenção, responsabilização e uma maior resolutividade das ações de saúde prestadas. Esse autor reforça a importância do acolhimento como uma ferramenta para organizar a porta de entrada dos serviços de saúde.

O atendimento é um dos elementos do acolhimento e uma das suas implicações está em reconhecer o risco em que se encontra o usuário, possibilitando um atendimento de imediato. Nessa etapa o acolhimento permite a equipe a identificar os sinais de emergência ou de urgência que o usuário apresenta e aqueles que não se incluem nessa situação poder ter seu atendimento viabilizado por meio de agendamento programado (MINAS GERAIS, 2009).

O acolhimento com classificação de risco torna-se então necessário, uma vez que os usuários em situação de emergência/urgência deverão ser atendidos de imediato. A Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2009) define que a classificação de risco deve ser realizada por profissionais capacitados, a partir de protocolo clínico único, padronizando o atendimento em todos os níveis de atenção à saúde por meio do Protocolo de Manchester. Para tanto vem fazendo essa capacitação dos profissionais dos municípios que aderiram o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS).

O Protocolo de Manchester possibilita a identificação dos riscos e permite a classificação a partir de sinais e sintomas, e para cada um deles um tipo de conduta a ser adotada. Classifica em 5 categorias de acordo com o grau de prioridade e essas são definidas por cores. O usuário classificado como prioridade azul não apresenta sinal de alerta, tem como ponto de atenção a UBS e seu atendimento pode ser realizado de imediato ou agendado, conforme disponibilidade de agenda.. A prioridade verde significa uma urgência menor, tem como ponto de atenção a UBS, o atendimento deve ser priorizado para o mesmo turno. A prioridade amarela significa uma urgência maior, o ponto de atenção é o Pronto Atendimento. A prioridade laranja é caracterizada como emergência, o atendimento não pode exceder a 15

minutos e o ponto de atenção é o Pronto Atendimento. A prioridade vermelha significa uma emergência absoluta, o atendimento deve ser imediatíssimo e também o ponto de atenção é pronto atendimento (MINAS GERAIS, 2009).

A classificação de risco nas equipes de saúde da família está pautada nas cores verde e azul, do protocolo de Manchester, por prestarem serviços classificados como de urgência menor e eletivos (TURCI, 2008; TOLEDO, 2009).

Meu interesse pelo tema surgiu quando realizei a disciplina planejamento e avaliação das ações de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) e elaborei o diagnóstico situacional da população adscrita das UBS. Concomitantemente, realizei a disciplina práticas educativas em atenção básica: tecnologias para a abordagem ao indivíduo, família e comunidade (VASCONCELOS; GRILLO, 2009), tive a oportunidade de discutir o acolhimento como uma ferramenta de trabalho das equipes de saúde da família. Naquele momento, trouxe para mim a responsabilidade de fazer um plano de intervenção para tornar as UBS, do município que atuo, como a porta de entrada dos usuários na rede de serviços de saúde. Essa motivação foi reforçada pela necessidade de atender as diretrizes emanadas pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais para viabilizar o PDAPS.

## 2 JUSTIFICATIVA

Ilicínea é um município com uma população de **11.488** habitantes, localizado na região sul do estado de Minas Gerais. Está situada em uma região marcada pelo complexo hidrográfico de Furnas. A principal atividade industrial do município são as fábricas de confecção, que somam ao total de 14 empregando direta e indiretamente quase **1.000** pessoas. Entre as principais atividades do setor agropecuário destacam-se a produção do café e do milho.

Os serviços de Saúde ofertados a população são realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) contando a rede conveniada, destacando o Hospital São Vicente de Paula de cunho filantrópico.

A rede de serviços de saúde está estruturada da seguinte maneira:

5 Unidades básicas de Saúde (UBS) com equipes de saúde da família.

1 Centro Municipal de Saúde.

1 Pronto Atendimento Municipal.

1 Hospital Geral de pequeno porte.

1 Farmácia Básica Municipal.

1 Laboratório Municipal.

1 Centro de Atendimento Psicossocial e

1 Equipe de Apoio a Saúde da Família (NASF).

O modelo de gestão adotado é a Gestão Plena de Atenção Básica, onde todos os atendimentos em atenção primária à saúde são de responsabilidade Municipal. As UBS foram implantadas em 1998 com 2 equipes: PSF Rosário e PSF Centro. Mais tarde foram implantadas mais 2 equipes: PSF Santa Maria e PSF Rural. No ano de 2000 foram todos desativados. Em 2004 foram reativadas 3 equipes: PSF Rosário, Glória e Santa Maria. Em 2009 foram implantadas mais 2 equipes: PSF Central e Rural, totalizando **5** equipes cobrindo assim **100,0%** da população ilicinense. As UBS funcionam no horário das 7:00 às 16:00 horas. As ações em saúde desenvolvidas pelas equipes de saúde da família possuem um grau de resolutividade considerado como baixa,

pois os usuários quase sempre são encaminhados para outros serviços incluindo média e alta complexidade.

O Centro Municipal de Saúde atende especialidades médicas mais comuns, tais como: pediatria, cardiologia e ginecologia, por referenciamento das UBS. O Pronto Atendimento Municipal (PAM) foi inaugurado na década de 1990, no prédio do Hospital São Vicente de Paulo. Serve de referência no que diz respeito ao atendimento de urgência/emergência, além de atender uma demanda de serviços de saúde de baixa complexidade, funcionando 24 horas/dia. O Pronto Atendimento é o responsável pela transferência, quando necessária, dos usuários pelo SUS-Fácil. Possui serviço de radiodiagnóstico e imagem.

O Hospital São Vicente de Paulo é um hospital geral, de pequeno porte e de caráter filantrópico, com **32** leitos. Possui um centro cirúrgico onde se realiza apenas cirurgias de cesarianas.

A estrutura dos serviços de saúde municipais é insuficiente para o atendimento de toda população, fato que faz com que o município necessite de contratar algumas modalidades de serviços com outras instituições não municipais por meio do Consórcio Intermunicipal de Saúde (CISSUL).

O município de Ilícinea participou de todas as oficinas do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde que teve início em 2009 e término em 2010.

Analisando a Atenção Primária em Saúde no município de Ilícinea - MG, por meio das Equipes de Saúde da Família, observou-se que a mesma encontra-se instalada de maneira incipiente, ou seja, esta não se constitui a porta de entrada preferencial dos usuários na rede de serviços de saúde, o atendimento da clientela é realizado na maioria das vezes no Pronto Atendimento Municipal por demanda espontânea (Brasil, 2010).

Pretende-se, portanto apresentar um plano de intervenção para reorientar o processo de trabalho das equipes de saúde para realizarem a classificação de

risco a partir do protocolo de Manchester e assim, reforçar a importância do primeiro nível do sistema, como porta de entrada do serviço de saúde a partir das UBS.

A elaboração do plano de intervenção visa contribuir para que a procura por atendimento no Pronto Atendimento seja para casos de urgência e emergência. Essa organização da porta de entrada é importante, uma vez que permite a integralidade da assistência e a prestação de cuidados contínuos em saúde.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

Elaborar um plano de intervenção para tornar as unidades básicas de saúde a porta de entrada dos usuários na rede de serviços do município.

#### **3.2 Específicos**

Identificar os nós críticos referentes ao atendimento da clientela nas unidades básicas de saúde do município.

Propor a implantação do acolhimento com classificação de risco pelo Protocolo de Manchester nas unidades básicas de saúde com equipes de saúde da família.

## 4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento deste trabalho optei por fazer uma revisão da literatura nacional nos documentos, leis e portarias do Ministério da Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG) e na base de dado LILACS. Definiu-se também fazer o levantamento sem definição de periodicidade.

No banco de dados LILACS a busca se deu por meio dos seguintes descritores:

**Acolhimento. Saúde da Família. Classificação de Risco. Protocolo de Manchester.**

.A finalidade da revisão foi buscar evidências sobre a importância da valorização das unidades básicas de saúde como porta de entrada na rede de atenção à saúde.

A capacitação dos profissionais já foi feita pela equipe da SES/MG ficando para o gestor municipal elaborar o plano de intervenção para o município.



## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A ESF apresenta um novo modelo de se trabalhar à saúde, na qual a família se torna o centro de atenção, introduz uma nova visão no processo de intervenção em saúde, uma vez que age de maneira preventiva (ROSA; LABATE, 2005).

Embora tenha ocorrido uma grande expansão das equipes de saúde da família nos municípios brasileiros, o acesso dos usuários aos serviços dessas equipes não tem se dado de maneira eficiente. É ainda consenso entre os gestores municipais que os usuários continuam procurando atendimento em prontos socorros, resultando na incapacidade das equipes de saúde da família em se tornarem a porta de entrada dos usuários nos sistemas de saúde.

Para Ribeiro (2009, p. 1)

O Pronto-Socorro é uma área destinada à assistência de pacientes críticos, que devem ser atendidos com a máxima brevidade, por profissionais habilitados. No entanto, o que se verifica com muita frequência é a utilização desses serviços por pacientes estáveis, que poderiam ser atendidos em ambulatórios, o que causa transtornos na gestão do serviço, principalmente a demora no atendimento, com consequente queda da qualidade do serviço, usuário insatisfeito e afastamento de profissionais habilitados.

Nesse sentido a prática do Acolhimento torna-se necessário uma vez que tem como um dos seus objetivos organizar a porta de entrada dos usuários e viabilizar o primeiro acesso no atendimento humanizado em saúde, garantindo a satisfação do usuário.

Nascimento, *et al.* (2011) discutem que parte da população brasileira não busca o acesso regular a serviços de saúde e quando necessita exige o recebimento de atenção imediata, muitas vezes não condizente com as suas

necessidades. O acolhimento com classificação de risco deve portanto fazer parte das rotinas de trabalho das instituições de saúde.

A classificação de risco, para Nascimento *et al.* (2010, p.85)

[...] é uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera, propõe outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, tem também outros objetivos importantes: garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera [...]

O acolhimento com a classificação de risco gera vários benefícios para os usuários, como diminuição da ansiedade, redução do tempo de espera, apoio emocional para o usuário e familiares em momentos de crise, entre outros. Para os profissionais de saúde uma melhor relação com o usuário pela diminuição da pressão por atendimento não planejado, maior confiança no trabalho realizado e, em especial, a diminuição do estresse (TORRES; LELIS, 2010).

A prática do acolhimento vem ao encontro com os princípios da acessibilidade, integralidade da assistência e longitudinalidade na APS. Para Starfield (2002) a acessibilidade constitui-se no primeiro contato do usuário na rede de serviços de saúde, sendo conhecido como porta de entrada.

Para Ribeiro (2009) a acessibilidade pode ser entendida como a adequação entre a oferta de serviços e a demanda por tais serviços. Toda vez que o indivíduo necessitar de um cuidado em saúde ele deverá contar com um profissional para ajudá-lo a perceber se seu problema necessita de atendimento imediato ou não. A integralidade da assistência permite que a atenção em saúde disponha de recursos para a abordagem correta das necessidades de saúde dos usuários. O princípio da longitudinalidade cumpre-se no acolhimento uma vez que este permite o reconhecimento da população adscrita sob a responsabilidade da unidade básica de saúde, com identificação dos problemas de saúde.

A organização do Acolhimento se faz mediante duas classificações: o que é demanda espontânea e o que é demanda programada. Isto permite que o atendimento seja realizado a partir da identificação de sinais de emergência ou de urgência, usuários que não se incluam nessa situação podem ter seu atendimento viabilizado por meio de agendamento programado.

De acordo com Dal Pai e Lautert (2011, p. 525)

Assim, a classificação de risco visa subsidiar a ordem dos atendimentos para que os usuários não sejam orientados pela hora de chegada, mas por parâmetros clínicos de gravidade que permitam identificar as situações que não podem aguardar o atendimento devido ao risco de morte. Trata-se, portanto, de uma tecnologia que procura garantir o atendimento imediato do usuário que enfrenta risco à vida, além de prever e informar o tempo de espera para os indivíduos que não apresentam este risco.

A classificação de risco torna-se então necessária uma vez que os usuários em situação de emergência/urgência deverão ser atendidos de imediata. Para Ribeiro (2009):

A tecnologia de Avaliação com Classificação de Risco pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada. Desta maneira exerce-se uma análise (Avaliação) e uma ordenação (Classificação) da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos (RIBEIRO, 2009, p. 8).

O acolhimento com classificação de risco é realizado por profissionais capacitados, a partir de protocolo clínico único, padronizando o atendimento em todos os níveis de atenção à saúde por meio do Protocolo de Manchester. Esse protocolo constitui-se em importante instrumento para a reorganização do serviço em saúde com eficiência e qualidade, conforme a Resolução SES/MG nº 2334 de 08 de junho de 2010 (MINAS GERAIS, 2010).

O Protocolo de Manchester foi utilizado pela primeira vez na cidade de Manchester no Reino Unido e hoje se encontra em operação em vários países. Tem como vantagens: não faz diagnóstico, permite a classificação de risco em qualquer ponto da rede de atenção à saúde, seja na APS, na atenção secundária e na terciária, além de por ser informatizado e possibilitar auditoria. O Protocolo de Manchester possibilita a identificação dos riscos e permite a classificação a partir de sinais e sintomas, e para cada um deles há um tipo de conduta a ser adotada. Classifica em 5 categorias de acordo com o grau de prioridade e essas são definidas por cores. A **cor vermelha** significa que o atendimento deve ser realizado de imediato, significa urgência absoluta; a **cor laranja** classifica o risco como de emergência e o cuidado deve ser prestado em no máximo 15 minutos; a **cor amarela** caracteriza o atendimento como urgência maior podendo o cuidado ser prestado em até 60 minutos; a **cor verde** classifica o risco como sendo de urgência menor, podendo o cuidado ser prestado em até 120 minutos; já a **cor azul** classifica o risco como eletivo, ou seja, o atendimento pode ser agendado (BELO HORIZONTE, 2002).

A classificação de risco pelas equipes de saúde da família está pautada nas cores **verde e azul**, do Protocolo de Manchester, por prestarem serviços classificados como de urgência menor complexidade e eletivos. Embora existam outros tipos de classificação de risco, o Protocolo de Manchester é o adotado no Estado de Minas Gerais para a organização da rede de urgência/emergência (MINAS GERAIS, 2009).

**6 PLANO DE INTERVENÇÃO NO PROCESSO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA TORNAR AS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE PORTA DE ENTRADA DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE ILICÍNEA-MG.**

Para que as Equipes de Saúde da Família se tornem referência primária no atendimento, garantindo a integralidade da assistência e a prestação de cuidados contínuos em saúde, propõe-se o seguinte plano de intervenção:

**Quadro 1:** Plano de intervenção para tornar as Equipes de Saúde da Família a porta de entrada preferencial dos usuários na rede de serviços de saúde no município de Ilícinea-MG.

<b>Nó crítico</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Ação</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>
As ESF não constituem a porta de entrada preferencial para os usuários na rede de serviços de saúde.	Tornar as equipes de ESF a porta preferencial para os usuários na rede de serviços de saúde.	Facilitar o acesso dos usuários residentes no território de abrangência dimensionando a capacidade e garantindo o atendimento nas UBS.	Secretaria Municipal de Saúde, Coordenador da Atenção Básica, Equipes de Saúde da Família.	1 ano
Não há um processo de avaliação das necessidades dos usuários nas UBS, detectando os casos de risco e nem priorização do atendimento.	Garantir atendimento priorizado segundo o grau de risco.	Implantar processo de avaliação das necessidades dos usuários por meio da classificação de risco através do Protocolo de Manchester.	Secretaria Municipal de Saúde, Coordenador da Atenção Básica, Equipes de Saúde da Família.	1 ano
Não há padronização do atendimento nas UBS, este é realizado por demanda espontânea.	Padronizar o atendimento da clientela, utilizando critérios de urgência/emergência.	Implantar classificação de risco através do Protocolo de Manchester.	Secretaria Municipal de Saúde, Coordenador da Atenção Básica, Equipes de Saúde da Família	1 ano
Não existe agendamento nas UBS, com a captação dos usuários por demanda programada, segundo os ciclos de vida: infância, adolescência, adultos e idosos.	Garantir o agendamento dos usuários nas UBS segundo demanda programada de acordo com os ciclos de vida.	Implantar a agenda programada nas UBS de acordo com as necessidades dos usuários, por ciclos de vida.	Secretaria Municipal de Saúde, Coordenador da Atenção Básica, Equipes de Saúde da Família.	1 ano

Nota: o profissional responsável pelo acolhimento com classificação de risco, de acordo com as diretrizes da SES/MG é o enfermeiro da UBS. Os nós críticos foram identificados nas Oficinas do PDAPS e o envolvimento da gestão é também uma diretriz do PDAPS.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A Atenção Primária à Saúde é constituída por um conjunto de ações que proporcionam a promoção, a prevenção e reabilitação em saúde. Garante através de seus princípios norteadores que o atendimento a população seja realizado de maneira integral, além de permitir a resolução de problemas bem como a organização dos serviços de saúde e se responsabiliza pela qualidade do atendimento nos diversos pontos de atenção.

Portanto, como política de saúde, a ESF, reorienta a prática do cuidado, tornando viável o modelo adotado pela Atenção Primária, fortalecendo-a. Constitui-se a porta de entrada preferencial para o atendimento do usuário na rede de serviços de saúde. Torna-se então necessário no município de Ilícinea-MG, a adoção do Plano de Intervenção para que as UBS com Equipes de Saúde da Família constituam-se a porta de entrada preferencial dos usuários na rede de serviços de saúde, adotando o acolhimento com a classificação de risco pelo Protocolo de Manchester em todas as unidades.

Na qualidade de gestor municipal dessa cidade e por meio das pactuações com a SES/MG pretende-se em curto prazo viabilizar este plano.

## REFERÊNCIAS

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Urgência e Emergência. **Proposta de Regulação da Porta de Entrada das Unidades de Urgência e Emergência de Belo Horizonte**. Belo Horizonte: SMSA, 2002. 8p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **As oficinas para a organização das redes de atenção à saúde**: CONASS, 2010. 108 p. (CONASS Documenta; 21), p.18.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O Trabalho do agente comunitário de saúde**. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, p.20, 2009.  
CAMPOS, F. C.; FARIA, H. P. de.; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. NESCON/UFMG – curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2008. 80p.

DAL PAI, D.; LAUTERT, L. Sofrimento no trabalho de enfermagem: Reflexos do “Discurso Vazio” no Acolhimento com Classificação de Risco. Escola Anna Nery- Revista de Enfermagem- 15(3):524-530; jul-set.2011.

MINAS GERAIS. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Análise da Atenção Primária à Saúde e Diagnóstico Local**. Oficina 2 e 3 - Guia do Participante. Belo Horizonte: ESPMG, 2009.

MINAS GERAIS. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Acolhimento e Classificação de Risco**. Oficina 5 - Guia do Participante. Belo Horizonte: ESPMG, 2009.

MINAS GERAIS, Secretaria do Estado de Saúde. Resolução SES Nº 2334, de 08 de junho de 2010. Define o valor do incentivo financeiro por município para implantação do Protocolo de Classificação de Risco em Urgência e Emergência- Sistema Manchester.



NASCIMENTO, E.R.P. do; *et al.* Classificação de risco na urgência: avaliação da equipe de enfermagem. *Rev. Enferm. UFRJ*; Rio de Janeiro, Jan/Mar, v 19, n 1, p.84-8,2011.

PEREIRA, R. P. A. **O Acolhimento e a Estratégia Saúde da Família.** *Grupo de Estudos em Saúde da Família.* AMMFC: Belo Horizonte, 2006. Disponível em [http://www.smmfc.org.br/gesf/RPAP\\_acolhimento\\_esf.htm](http://www.smmfc.org.br/gesf/RPAP_acolhimento_esf.htm) Acesso em: fev. de 2011.

RIBEIRO, L.M. **Emergência X Atenção Eletiva, um problema a ser resolvido.** Fundação Oswaldo Cruz/Escola de Saúde Pública Sérgio Arouca. 2009. Trabalho de conclusão de Curso de Gestão em Saúde, 2009.

ROSA, W.; LABATE, R.C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** nov/dez.v.13, n. 6. p.1027-34, 2005.

STARFIELD, B. **Atenção Primária:** equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TOLEDO, A. D. Acúria de enfermeiros na classificação de risco 2009 em unidade de pronto socorro de um hospital municipal em Belo Horizonte, 138 f. Dissertação (Mestrado), Belo Horizonte, 2009.

TORRES, H. de C.; Lélis, R. B. Oficina de formação de profissionais de equipe de S.F. para gestão de acolhimento com classificação de risco. **Ciência y enfermería.** v 16, n. 2, p.107-113, 2010.

TURCI, M. A. Avanços e desafios na organização da atenção básica à saúde em Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde. Belo Horizonte 2008, 432 p.

VASCONCELOS, M; GRILLO, M. J.C.; SOARES, S.M. **Práticas pedagógicas em Atenção Básica a Saúde.** Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. NESCON/UFMG. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2009, 72p.