

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Fernanda Scaglioni Reis Brito

**ACOLHIMENTO COMO CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA SALA DE ESPERA NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE BOM PASTOR DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO
DEL REI - MINAS GERAIS**

Juiz de Fora - Minas Gerais

2020

Fernanda Scaglioni Reis Brito

**ACOLHIMENTO COMO CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA SALA DE ESPERA NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE BOM PASTOR DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO
DEL REI - MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
Gestão do Cuidado em Saúde da Família,
Universidade Federal do Triângulo
Mineiro, como requisito parcial para
obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Maria Dolôres Soares
Madureira

Juiz de Fora - Minas Gerais

2020

Fernanda Scaglioni Reis Brito

**ACOLHIMENTO COMO CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA SALA DE ESPERA NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE BOM PASTOR DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO
DEL REI - MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Maria Dolôres Soares Madureira

Banca examinadora

Profa. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira orientadora (UFMG)

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 30 de setembro de 2020.

Dedico este trabalho aos colegas de trabalho da Unidade Básica de Saúde Bom Pastor que juntos sempre procuramos trabalhar da melhor forma para toda população.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família e aos amigos de trabalho que me incentivam e são fonte de apoio e dedicação a profissão. Aos colegas de trabalho da Unidade Básica de Saúde Bom Pastor por toda parceria e compreensão de equipe, procurando sempre ser unidos e melhores para o Sistema Único de Saúde.

RESUMO

A falta do acolhimento e da avaliação dos pacientes que chegam à Unidade Básica de Saúde pode gerar grandes consequências. O trabalho a seguir tem como objetivo apresentar um projeto de intervenção para melhorar o acolhimento à demanda espontânea dos usuários adscritos à Equipe de Saúde da Família Bom Pastor do município de São João Del Rei em Minas Gerais. Trata-se de um estudo que pretende estabelecer estratégias que possam servir de apoio para as equipes ao acolher o usuário. A metodologia utilizada na elaboração do trabalho constou do planejamento estratégico situacional e de uma revisão bibliográfica referente ao problema. Espera-se com a implantação das ações sanar a dificuldade da equipe de saúde em realizar os acolhimentos, estratificar a importância das consultas médicas e como conduzir cada usuário da rede para suas devidas necessidades.

Palavras-chave: Acolhimento. Atenção Básica à Saúde. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

The lack of reception and evaluation of patients arriving at the Basic Health Unit can have great consequences. The following study aims to present an intervention project to improve the reception to spontaneous demand of users enrolled in the Bom Pastor Family Health Team of the municipality of São João Del Rei in Minas Gerais. This is a study that aims to establish strategies that can support teams when welcoming the user. The methodology used in the preparation of the work consisted of the situational strategic planning and a bibliographic review related to the problem. It is expected with the implementation of the actions to health the difficulty of the health team in performing the receptions; stratify the importance of medical consultations and how to lead each user of the network to their needs.

Keywords: Reception. Primary Health Care. Family Health Strategy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 - Aspectos demográficos da comunidade adscrita à Equipe de Saúde Bom Pastor do município de São João Del Rei em Minas Gerais, 2020.	14
Tabela 2 - Aspectos epidemiológicos da comunidade adscrita à Equipe de Saúde Bom Pastor do município de São João Del Rei em Minas Gerais, 2020.	15
Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Bom Pastor, Unidade Básica de Saúde Bom Pastor, município de Bom São João Del Rei, estado de Minas Gerais	18
Quadro 2 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Acolhimento dos usuários sem classificação de risco”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Bom Pastor, do município São João Del Rei, estado de Minas Gerais	29
Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Acolhimento dos usuários sem classificação de risco”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Bom Pastor, do município São João Del Rei, estado de Minas Gerais	30
Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Acolhimento dos usuários sem classificação de risco”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Bom Pastor, do município São João Del Rei, estado de Minas Gerais	31

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
RAS	Redes de Atenção à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Aspectos gerais do município	11
1.2 O sistema municipal de saúde	12
1.3 Aspectos da comunidade	14
1.4 A Unidade Básica de Saúde Bom Pastor	16
1.5 A Equipe de Saúde da Família Bom Pastor, da Unidade Básica de Saúde Bom Pastor	16
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Bom Pastor	17
1.7 O dia a dia da Equipe Bom Pastor	17
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	17
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	18
2 JUSTIFICATIVA	20
3 OBJETIVOS	21
3.1 Objetivo geral	21
3.2 Objetivos específicos	21
4 METODOLOGIA	22
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	23
5.1 Acolhimento na Atenção Básica à Saúde	23
5.2 Classificação de risco no acolhimento da demanda espontânea	24
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	27
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	27
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	27
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	28
6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)	28
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	33

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

São João Del Rei é um município de Minas Gerais, localizado na região do Campo das Vertentes, Sudeste do estado. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município foi fundado por bandeirantes paulistas aproximadamente em 1701-1702, como arraial Rio das Mortes sendo que em 1713 passou à condição de vila denominada São João Del Rei e em 1838 passou a ser uma cidade (IBGE, 2020).

Sua arquitetura é vasta não se restringindo apenas ao Barroco, sendo possível observar na região do Centro Histórico diversas linhas arquitetônicas. A cidade é conhecida também por ser uma cidade universitária, contando com a Universidade Federal de São João Del Rei, o Centro Universitário Presidente Tancredo Neves e o Campus do Instituto Federal do Sudeste de Minas; por isso existe um número grande de repúblicas estudantis no município.

Em São João Del Rei nasceram pessoas conhecidas nacionalmente e/ou internacionalmente como o presidente do Brasil Tancredo Neves, o cardeal dom Lucas Moreira Neves, Otto Lara Resende, padre José Maria Xavier (compositor sacro), Francisca Paula de Jesus, que aguarda a canonização e Chico Lobo, violeiro cantador.

Segundo o IBGE (2020), a cidade em 2010 possuía uma população total de 84.404, sendo a população urbana com 79 790 pessoas e população rural com 4 614; 40.494 pessoas do sexo masculino 43 910 do sexo feminino. A população estimada para 2019 foi de 90.082.

São João Del Rei (SJDR) apresenta diversas instituições de ensino, nos vários níveis e modalidades. A cidade conta com a 34ª Superintendência Regional de Ensino (SRE), unidade regional da Secretaria de Educação do Estado de Minas Gerais. A SER/SJDR atua nos 19 municípios pertencentes à microrregião de São João Del Rei.

A Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJ) é a principal instituição de nível superior do município. Conta ainda com o Instituto de Ensino Superior Presidente

Tancredo Neves (IPTAN), o Campus São João del-Rei do Instituto Federal do Sudeste de Minas (IF-Sudeste), e polos de educação a distância da Universidade Aberta do Brasil, do Centro Universitário Internacional (UNINTER), Universidade Paulista (UNIP), Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL) e da Universidade Católica de Brasília (UCB).

1.2 O sistema municipal de saúde

A atenção primária à saúde municipal conta com treze equipes da Estratégia Saúde da Família (EFS). Na Policlínica são disponibilizados atendimentos com equipe multiprofissional com serviços médicos de ortopedia, dermatologia, cardiologia (incluindo realização de eletrocardiograma). Há serviço especializado para paciente com suspeitas ou em tratamento de Infecção Sexualmente Transmissível (IST), o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). Possui também a unidade Viva Vida que dispõe de ginecologia e urologia. Há o Núcleo Materno que disponibiliza atendimento de ginecologia e obstetrícia, como também de pediatria. Há no município equipes de apoio com serviço de fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e nutricionista, porém com defasado número de funcionários.

Já na atenção de urgência e emergência, o município possui a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) em regime de 24h, aonde o paciente que chega à unidade, é atendido pelo enfermeiro, que faz uma breve avaliação do quadro clínico do paciente utilizando o protocolo de Manchester, em seguida faz o encaminhamento do mesmo para o local de atendimento, tendo apoio diagnóstico com exames laboratoriais e Raio X.

A assistência farmacêutica é um “conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e seu uso racional”, com o objetivo de oferecer distribuição gratuita de medicamentos do Sistema Único de Saúde (SUS), porém muitos medicamentos encontram-se em falta no município, dificultando o tratamento agudo e crônico de diversos pacientes (BRASIL, 2004a *apud* BRASIL, 2014, p.26).

Os convênios de serviços de saúde são uma prática entre os municípios da zona da mata mineira. Sendo assim, o modelo de atenção à saúde local prioriza ações de

promoção, prevenção e vigilância em saúde com vistas à melhoria da qualidade de vida com as diversas áreas do setor da saúde.

Com tudo isto, ainda existe uma demanda ansiosa quanto aos serviços oferecidos no Município no âmbito do SUS para melhor resolutividade na rede da atenção primária a fim de evitar os serviços especializados oferecidos na Policlínica.

Em relação à vigilância da saúde, mediante a uma coleta sistemática observa a distribuição e incidência de doenças, sendo consolidada e avaliada gerando informes de mortalidade, tanto como outros dados importantes e regulamentação da distribuição dessas informações a todos os que necessitam conhecê-la (UNA-SUS, 2016).

Os níveis e pontos de atenção em saúde são planejados conforme as Redes de Atenção à Saúde (RAS), que se organizam por meio de pontos de atenção à saúde, ou seja, locais onde são ofertados serviços de saúde que determinam a estruturação dos pontos de atenção secundária e terciária. Nas RAS o centro de comunicação é a Atenção Primária à Saúde (APS), sendo esta ordenadora do cuidado, já que esta é considerada a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS) e, os problemas que não podem ser completamente resolvidos ali, são encaminhados para consultas com especialistas, realização de exames ou atendimento nas Unidades de Pronto Atendimento, hospitais, Centros de Atenção Psicossocial, entre outros, tanto no município quanto fora dele (por exemplo, em Juiz de Fora)

Apesar de tudo isso, ainda existe uma grande demanda quanto aos serviços oferecidos no Município no âmbito do SUS, além de falha na contrarreferência quando os pacientes são referenciados para outro serviço de atenção à saúde, dificultando a continuidade do seu tratamento na Atenção Primária à Saúde (APS).

1.3 Aspectos da comunidade do Bom Pastor

O Bairro do Bom Pastor, onde se situa a Unidade Básica de Saúde (UBS) Bom Pastor, é uma comunidade de cerca de 5600 habitantes, localizada na zona urbana de São João Del Rei. Hoje, a população empregada vive basicamente da prestação de serviços, da economia informal e alguns são autônomos, mas o número de

desempregados ainda é significativo. A estrutura de saneamento básico na comunidade é relativamente boa, com presença constante de coleta de lixo municipal, no que se refere ao esgotamento sanitário. Grande parte da comunidade vive em moradias de boa qualidade, com presença total de água encanada e condições básicas para higiene pessoal.

1.3.1- Aspectos demográficos

Tabela 1 - Aspectos demográficos da comunidade adscrita à Equipe de Saúde Bom Pastor do município de São João Del Rei em Minas Gerais, 2020.

Faixa Etária/Ano	Masculino	Feminino	Total
< 1	37	42	79
1-4	111	101	212
5-14	338	303	641
15-19	207	186	393
20-29	386	376	497
30-39	332	372	704
40-49	316	330	646
50-59	322	314	636
60-69	158	196	354
70-79	63	107	170
≥ 80	33	63	96
TOTAL	2303	2390	4693

Fonte: Ficha para cadastramento das famílias (Ficha A) da eSF Bom Pastor.

1.3.2 Aspectos epidemiológicos

Tabela 2 - Aspectos epidemiológicos da comunidade adscrita à Equipe de Saúde Bom Pastor do município de São João Del Rei em Minas Gerais, 2020.

Condição de Saúde	Quantitativo (nº)
Gestantes	13
Hipertensos	521
Diabéticos	150
Pessoas com doenças respiratórias (asma, DPOC, enfisema, outras)	26
Pessoas que tiveram AVC	16
Pessoas que tiveram infarto	13
Pessoas com doença cardíaca	85
Pessoas com doença renal (insuficiência renal, outros)	01
Pessoas com hanseníase	03
Pessoas com tuberculose	02
Pessoas com câncer	19
Pessoas com sofrimento mental	43
Acamados	23
Fumantes	135
Pessoas que fazem uso de álcool	27
Usuários de drogas	11

Fonte: Cadastro da população da área de abrangência. 2019.

1.3.3. Principais problemas relacionados à situação de saúde da população adscrita à área de abrangência da sua equipe.

Medicamentos básicos estão em falta, obrigando os usuários a comprar muitos deles nas farmácias locais; aqueles que não têm condições acabam abandonando o tratamento, o que é bastante preocupante;

A maioria dos exames está sendo liberada excepcionalmente para gestantes, pois o município alega que a verba liberada é pouca, atrasando alguns diagnósticos, controles e outros;

Não há 100% de cobertura da população pela ESF;

A maior prevalência dos problemas de saúde é de: hipertensão arterial sistêmica (HAS) e, em segundo lugar, diabetes mellitus (DM), tanto como causas das doenças cardiovasculares mais prevalentes na comunidade, como causa importante de internações e óbitos;

A maioria dos pacientes quer renovar receita sem ir à consulta; oriento aos agentes comunitários de saúde (ACS) que marquem consulta no horário de atendimento aos pacientes crônicos para que seja feita uma consulta, além de apenas renovar a medicação. Afinal, a consulta é do paciente e com o paciente, e não compete ao ACS levar a receita pronta e entrega-la na casa do mesmo; caso o paciente seja impossibilitado fisicamente de comparecer à Unidade, agendamos uma visita no seu domicílio.

A ineficácia da contrarreferência dos médicos especialistas dificulta para os médicos da APS manter a longitudinalidade e esquematizar estratégias de manutenção e acompanhamento dos usuários ao receber um tratamento por especialistas.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Bom Pastor

A Unidade de Saúde do Bom Pastor foi inaugurada há cerca de 11 anos e está situada na Rua Letícia D'Ângelo, 965, em São João Del Rei. É uma unidade alugada para a ESF com uma ampla área para atender a demanda populacional local, sendo dividida com mais uma equipe da ESF do PIO XII.

A área destinada à recepção está adequada, supre bem os anseios dos usuários durante o atendimento da equipe da saúde da família. O espaço da recepção possui cadeiras suficientes para a quantidade de pacientes que usufruem do local. A sala de reuniões é ampla e bem utilizada pelos funcionários.

A população tem muito apreço pela Unidade de Saúde, fruto de anos de luta e participação política e administrativa. A Unidade, atualmente, não está bem equipada e não conta com muitos recursos para o trabalho da equipe; tem apoio de um carro para atenção à comunidade e a presença dos serviços de Tratamento Fora do Domicílio (TFD). Muitos ambientes às vezes ficam inundados devido às goteiras, mas a reforma ainda não saiu, pois o município alega falta de verba.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Bom Pastor da Unidade Básica de Saúde Bom Pastor

As Equipes de Saúde da Família (eSF) Bom Pastor e PIO XII apresentam 14 ACS, duas enfermeiras, três técnicas de enfermagem, uma auxiliar de saúde bucal (ASB), dois cirurgiões dentistas, duas faxineira e dois médicos.

Sendo que sete ACS são destinadas para auxiliarem a eSF Bom Pastor.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Bom Pastor

A Unidade de Saúde funciona das 7h às 17h e, para tanto, é necessário o apoio dos ACS, que se revezam durante a semana, segundo uma escala, em atividades relacionadas à assistência, como recepção e arquivo, pois não tem atendente fixo na UBS.

1.7 O dia a dia da equipe Bom Pastor

A eSF Bom Pastor apresenta atualmente uma agenda em que divide seu período da manhã com atendimento de demanda espontânea e consultas previamente agendadas.

Apresenta também em sua agenda um dia específico para visita domiciliar e pacientes com doenças crônicas.

O acolhimento é realizado em uma sala especial para a atividade, sendo principalmente realizada no horário de 7:00 às 8:00hs. Caso apresente demanda de acolhimento fora do horário, há sempre uma enfermeira disponível para realizá-lo. Entretanto no acolhimento não é feita a classificação de risco dos usuários.

Atualmente está em atividade apenas o grupo de tabagistas, que está formado por 35 indivíduos. Possuímos em nossa equipe uma reunião semanal as segundas para ser realizadas atividades de educação permanente e educação em saúde;

O trabalho da equipe flui, no geral, de uma forma positiva, dentro das condições a nós oferecidas; existem algumas divergências, porém estamos sempre tentando entrar em acordo, da melhor forma possível, a partir do diálogo, mas nem sempre alcançamos o sucesso. Por exemplo, algumas dificuldades que posso pontuar, são: em relação à minha agenda de atendimentos; há dificuldade em se negar atendimento à população.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

Por meio da estimativa rápida, o diagnóstico situacional de saúde da área de abrangência da eSF Bom Pastor possibilitou identificar os principais problemas. Resumidamente são eles: falta de medicamentos básicos; dificuldade na realização de exames, atrasando alguns diagnósticos; alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis; acolhimento inadequado dos usuários; desorganização da agenda; desemprego da população.

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

Identificados os problemas, os mesmos foram classificados, conforme mostra o quadro 1, por ordem de prioridade de acordo com a importância, a urgência na resolução e a capacidade da equipe para enfrentá-los (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Bom Pastor, Unidade Básica de Saúde Bom Pastor, município de Bom São João Del Rei, estado de Minas Gerais

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Acolhimento dos pacientes sem classificação de risco	Alta	8	Dentro	1
Falta de medicamentos	Alta	6	Parcial	2
Alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis		6		
Falta de exames	Alta	2	Parcial	3
Organização da agenda	Alta	5	Dentro	4
Desemprego	Média	3	Fora	5

Fonte: Autoria própria.

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenados considerando os três itens

O maior problema a ser enfrentado, em relação à falta do acolhimento como classificação de risco dos pacientes, é a resistência dos próprios funcionários da Unidade de Saúde em realizá-lo, tendo dificuldade para negar atendimento ao usuário, já que muitos geralmente criam conflitos para conseguirem as consultas. Já tentei atuar em todos os pontos abordados por eles: pedi pessoalmente a cada um, expliquei os benefícios e riscos da sua prática e da falta da prática da triagem, já expliquei como a qualidade do atendimento se torna inferior devido à pressa dos atendimentos e a grande quantidade de demanda, porém mesmo assim continuam resistentes.

2 JUSTIFICATIVA

O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido como diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços (BRASIL, 2010a, p.18).

A falta do acolhimento e da avaliação dos pacientes que chegam à Unidade para serem consultados, a fim de garantir um melhor acesso ao serviço, tornando-o rápido e efetivo, pode gerar grandes consequências. Ao não realizar o acolhimento como forma de triagem, além de não saber antecipadamente o motivo da consulta (a partir de uma escuta qualificada do cidadão que procura o sistema de saúde), dificultando, assim, a classificação, mediante protocolo, as queixas dos usuários que demandam os serviços da Unidade, visando identificar os que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato.

A partir da realização do acolhimento e da avaliação dos pacientes que chegam à Unidade para serem consultados, espera-se um melhor acesso ao serviço, tornando-o rápido e efetivo, pois, além de saber antecipadamente o motivo da consulta (a partir de uma escuta qualificada do cidadão que procura o sistema de saúde), serão avaliados também os sinais vitais do paciente, visando identificar, assim, os que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Apresentar um projeto de intervenção para melhorar o acolhimento à demanda espontânea dos usuários adscritos à Equipe de Saúde da Família Bom Pastor do município de São João Del Rei em Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

Qualificar a equipe de saúde para estar preparada para o acolhimento à demanda espontânea.

Orientar os usuários da área de abrangência a respeito de cada funcionalidade da rede para que possam procurar por ajuda nos locais mais adequados para cada demanda.

4 METODOLOGIA

Trata-se de projeto de intervenção a ser realizado na Unidade Básica de Saúde do Bom Pastor, no município de São João Del Rei - Minas Gerais, onde está sendo tentada a implantação do acolhimento na sala de espera da UBS. Os problemas foram identificados e classificados, definindo o problema prioritário: Acolhimento dos usuários; posteriormente foram seguidos os demais passos do Planejamento Estratégico Situacional (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Para dar sustentação teórica ao tema, realizou-se uma revisão bibliográfica, consultando: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), a Biblioteca Virtual em Saúde do Nescon e documentos de órgãos públicos. Para esta revisão foram utilizados os descritores: Acolhimento, Atenção Básica à Saúde, Estratégia Saúde da Família.

A redação do texto seguiu as orientações do módulo: Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2018) e Modelo atualizado de trabalho de conclusão de curso (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2019).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Ao revisar o Caderno de Atenção Básica Acolhimento a Demanda Espontânea (BRASIL, 2013), percebemos que a Atenção Primária à Saúde apresenta um caráter que aproxima o cotidiano de seus usuários e coletivos em seus territórios devido ao serviço apresentar um caráter com maior grau de descentralização e capilaridade. A equipe que a compõe possui uma possibilidade maior de criar vínculos, se responsabilizar e atuar na realização de ações coletivas de promoção e prevenção no cuidado individual, familiar e também territorial, dando assim a sua devida importância ao acolhimento realizado de forma eficiente e integrativa.

5.1 Acolhimento na Atenção Básica à Saúde

O atendimento à demanda espontânea, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013, p.15), principalmente, “às urgências e emergências envolve ações que devem ser realizadas em todos os pontos de atenção à saúde, entre eles, os serviços de atenção básica”. Essas ações englobam a organização e o processo de trabalho da equipe, juntamente com as ações relacionadas ao cuidado e às condutas na solução da demanda apresentada pelo usuário.

Ressalta-se que ao atender à demanda espontânea, as equipes da ABS podem encontrar algumas dificuldades para definir as condutas terapêuticas ou “situações novas que requerem invenção de novas estratégias de cuidado e de reorganização do serviço” (BRASIL, 2013, p.21).

Portanto, o acolhimento é “um processo que demanda transformações intensas na maneira de funcionar a atenção básica” porque é necessário que as ações sejam articuladas, com participação de “usuários, trabalhadores e gestores, pois a implantação do acolhimento dificilmente se dá apenas a partir da vontade de um ator isolado” (BRASIL, 2013, p.25).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2010, p.51) compreende o acolhimento como:

Processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída. Ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma

escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário.

Segundo Abreu, Amendola e Trovo (2017), citando Merhy (2007), o uso de tecnologias leves (relacionadas ao conhecimento da produção das relações entre sujeitos) no espaço relacional do trabalho são materializadas em atitudes da equipe que a compõe. Sendo compreendido como tecnologias leves: acolhimento, formação de vínculos, espaço para encontros e escuta, entre outros, materializando-se nas atitudes dos sujeitos.

Pode-se dizer que na prática da eSF, o acolhimento e o estabelecimento de vínculos, entre equipe e usuário, diferenciam de forma positiva, quando comparada ao modelo tradicional de atenção básica (ABREU; AMENDOLA; TROVO, 2017). Entretanto muitas das vezes essas atividades não são de fato executadas, tendo como enfoque a doença e queixa do paciente. Podendo assim influenciar na adesão dos usuários e por vezes contribuir para a fragmentação do cuidado e distanciamento da equipe como um todo (BRASIL, 2012).

5.2 Classificação de risco no acolhimento da demanda espontânea

Como sabemos a atenção à demanda espontânea na ESF é um desafio, devido à expectativa de que sua implantação se volte para atividades de promoção e proteção da saúde para grupos homogêneos como gestantes ou hipertensos. Porém, o cotidiano das equipes, muitas das vezes, é “marcado pela busca de soluções para problemas interpretados como urgências/emergências dos usuários” e seus familiares, o que gera discordâncias e conflitos entre os mesmos e as equipes (SCHOLZE, 2014, p.220).

Sendo assim, as UBS apresentam um dilema em como organizar o processo de trabalho das eSF, em como lidar de forma adequada com as situações emergentes de demanda espontânea sem que estas atrapalhem o estabelecimento de vínculos provindo das consultas de retorno e processos de acompanhamento através da longitudinalidade das ações assistenciais (SCHOLZE, 2014).

Segundo artigo acima citado, na Unidade de Saúde em que foi realizado o estudo, foi conduzida uma reflexão sobre as possibilidades de empregar formas de Acolhimento como Classificação de Risco. A partir de um referencial teórico sobre o acolhimento, médicos e enfermeiros buscaram superar limitações no acesso. Mediante a socialização e discussão teórica de diferentes protocolos e experiências referentes à implantação do acolhimento, a equipe chegou à conclusão de que para um acolhimento resolutivo era necessária alguma forma de classificação de risco, sendo possível assim hierarquizar as demandas (SCHOLZE, 2014).

De acordo com o Protocolo de Acolhimento Como Classificação de Risco do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), o processo segue a seguinte ordem, e poderia ser adotado na Unidade, sem maiores dificuldade:

- Usuário procura a unidade de saúde;
- Na recepção é acolhido pelo funcionário e é confeccionada a ficha de atendimento;
- Logo após é encaminhado ao setor de Classificação de Risco, onde é acolhido pelo técnico ou auxiliar de enfermagem que mediante uma escuta qualificada colhe as informações, verifica os dados vitais, e de acordo com o protocolo faz a classificação de risco da demanda do usuário.

Deve-se enfatizar que todo paciente deve ser acolhido, avaliado de acordo com a classificação de risco e encaminhado, de forma responsável para outro profissional ou serviço de saúde de referência (BRASIL, 2017).

A classificação é assim dividida permitindo que a equipe estabeleça a partir de tais critérios a necessidade de atendimento médico:

- Verde - sem critérios de risco: orientação pela auxiliar/técnica de enfermagem e, quando necessário, o usuário terá atendimento eletivo com médico ou enfermeira conforme agenda.
- Amarelo - critérios de risco presentes sem risco imediato: o usuário tem avaliação com a enfermeira no mesmo turno e/ou avaliação médica com demora permitida até o próximo turno.
- Vermelho - critérios de risco imediato: o usuário tem avaliação médica imediata, sendo conduzido à sala de medicação (SCHOLZE, 2014, p.223).

A classificação de risco constitui “uma ferramenta que, além de garantir atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado, propicia informações aos usuários sobre sua condição de saúde e o tempo de espera; promove o trabalho em equipe” (BRASIL, 2009 *apud* SILVA; BARROS; TORRES, 2012, p.226).

Além disso, favorece o processo de trabalho da equipe por meio da discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado, contribuindo para a satisfação dos usuários e fomentando o vínculo entre os serviços da rede assistencial (SILVA; BARROS; TORRES, 2012). Muniz (2017, p.52) reforça que o acolhimento da demanda espontânea é um potente instrumento que fortalece a “responsabilização, criação de vínculo e qualificação do processo de trabalho”.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Esse plano de intervenção diz respeito ao problema priorizado “Acolhimento sem classificação de risco” e segue os passos do Planejamento Estratégico Situacional (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Diante de todos os problemas apontados no território e na comunidade onde estou atuando, dou maior destaque para a falta do acolhimento como classificação de risco dos pacientes que aguardam para serem consultados. Apesar de todos os problemas listados, vejo um grande problema ao avaliar a veracidade da necessidade da consulta por demanda daquele paciente. Muitos que são atendidos em demanda espontânea possuem comorbidades crônicas das quais é mais indicado o agendamento para as mesmas, diminuindo assim a quantidade excessiva de demanda no turno da manhã.

São realizadas, em média, 40 consultas por dia, sendo 30 na parte da manhã e 10 no turno da tarde. Seguindo o cronograma de atendimentos, o turno da manhã é destinado e apenas sete atendimentos agendados, sendo a maior parte para a demanda espontânea, enquanto a tarde atendemos consultas de pacientes crônicos (HAS, DM e saúde mental, por exemplo, para renovação de receitas), puericultura, pré-natal etc. Vejo a necessidade da realização do acolhimento como triagem, principalmente no turno da manhã (parte destinada aos atendimentos de demanda espontânea) pois assim conseguiríamos ter ideia se algum paciente tem necessidade de ser atendido prioritariamente, como, por exemplo, uma crise hipertensiva ou asmática, ou uma criança com febre (correndo risco de convulsionar) que poderia ser administrado um antitérmico e outros,

Na minha Unidade não é realizado o acolhimento em nenhum momento, por isso julgo fundamental e necessária a sua prática para o melhor funcionamento da mesma e, conseqüentemente, dos atendimentos.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Vale frisar que o acolhimento não funciona como instrumento de diagnóstico de doenças e nem substitui o atendimento médico, apenas é uma maneira de hierarquizar conforme a gravidade do paciente, determinando prioridade no atendimento. “Não pressupõe exclusão, e sim extratificação”.

O maior problema a ser enfrentado, em relação à falta do acolhimento como classificação de risco dos pacientes, é a resistência dos próprios funcionários da Unidade de Saúde em realizá-lo, tendo dificuldade para negar atendimento ao usuário, já que muitos geralmente criam conflitos para conseguirem as consultas. A demanda demasiada da solicitação por consultas médicas dificulta um acolhimento de qualidade pois há muitos usuários para pouco tempo determinado a atividade do acolhimento. A falta de espaço destinado para o acolhimento na unidade por vezes ocupado para outras atividades torna o acolhimento também dificultado.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Os principais “nós críticos” identificados do problema foram:

- Resistência dos próprios funcionários da Unidade de Saúde
- Muitos usuários na demanda espontânea
- Processo de trabalho da equipe desarticulado

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passos)

Quadro 2 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Acolhimento dos usuários sem classificação de risco”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Bom Pastor, do município São João Del Rei, estado de Minas Gerais

Nó crítico 1	Resistência dos funcionários
6º passo: operações	Conscientizar a equipe de saúde sobre a importância do acolhimento, orientando seus membros em como classificar os pacientes e suas necessidades, orientar consultas da enfermagem e sua importância, orientar as ACS sobre os recursos que a APS oferece e quais são os demais apoios da rede.
6º passo: projeto	Vamos acolher
6º passo: resultados esperados	Proporcionar a prática do acolhimento como triagem na sala de espera da Unidade de Saúde
6º passo: produtos esperados	Triagem (abordagem da QP do paciente, breve HDA), aferição dos sinais vitais, classificação de risco
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: intelectual/técnico; conhecimento técnico-científico para realizar o acolhimento e triar o paciente Financeiro: insumos (estetoscópio, esfigmomanômetro, fitas de glicemia, termômetro e outros Político: apoio da Secretaria de Saúde para capacitação da equipe
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: Capacitar a equipe de forma homogênea Político: Sensibilizar a gestão municipal em relação à necessidade da capacitação da equipe Financeiro: Conseguir patrocínios para incentivar as atividades
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Incentivar a equipe a idealizar um funcionamento do local de trabalho em harmonia, sempre objetivando um bom funcionamento da equipe; Reuniões semanais para capacitação dos mesmos; Cursos online e presenciais a respeito do tema. Realizados pelos médicos e enfermeiras da equipe. Cursos oferecidos pela SMS.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Acompanhar desenvolvimento da equipe após cada capacitação, objetivar que após 3-4 meses obtenha-se resultado efetivo no acolhimento e conduta dos mesmos.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Torna-se necessário selecionar um ACS para monitorar a efetividade das atividades dos outros funcionários e, assim, verificar se o serviço está surtindo resultados positivos e, principalmente, se a população está satisfeita com o atendimento inicial de triagem. Vale ressaltar que, para o bom andamento das consultas, é importante que não haja atraso neste primeiro atendimento. O responsável por acompanhar a execução do acolhimento como forma de triagem na sala de espera não atuará como um fiscal, mas sim como um colaborador de um bom serviço em grupo, ajudando e orientando sempre que possível, a fim de auxiliar os colegas e a população. A princípio, a ideia é de que o projeto inicie em meados de agosto e, no mais tardar, início de setembro, para que seja possível nova abordagem do tema com os profissionais que irão atuar no mesmo, além de fornecer capacitação e aperfeiçoamento de técnicas para os funcionários.

Fonte: Autoria própria (2019).

Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Acolhimento dos usuários sem classificação de risco”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Bom Pastor, do município São João Del Rei, estado de Minas Gerais

Nó crítico 2	Muitos usuários na demanda espontânea
6º passo: operação (operações)	Conscientizar e orientar a população os locais mais adequados para cada queixa da rede de saúde disponível no município
6º passo: projeto	Salas de espera educacionais
6º passo: resultados esperados	Redução da demanda espontânea devido à população orientada
6º passo: produtos esperados	Reuniões em sala de espera para orientar a população usuária da Unidade
6º passo: recursos necessários	Financeiro: Panfletos informativos Político: pessoa qualificada para coordenar a reunião.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: Capacitar uma pessoa da equipe para ministrar palestras Político: Sensibilizar a equipe em relação à necessidade de orientação da população Financeiro: Conseguir patrocínios para incentivar as atividades
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Exemplificar o quão importante é para a população saber utilizar a rede de saúde do município para que a procura seja destinada de forma coerente, sem sobrecarregar nenhuma lacuna da rede e que o objetivo do paciente seja alcançado com a sua busca.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Enfermeira e ACS Dois meses para início.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Observar se houve redução da procura da demanda excessiva da população de forma errônea após as devidas orientações e reforços a respeito da rede. Espera-se melhora da busca excessiva no prazo de aproximadamente 6 meses a 1 ano. É necessário que haja uma percepção de mudança comportamental ao longo das intervenções realizadas em Unidade e que os pacientes mantenham-se orientados pelas ACS que estão em contato direto com a população com maior frequência.

Fonte: Autoria própria (2019).

Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Acolhimento dos usuários sem classificação de risco”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Bom Pastor, do município São João Del Rei, estado de Minas Gerais

Nó crítico 3	Processo de trabalho da equipe desarticulado
6º passo: operações	Realizar reuniões internas semanais para que haja maior articulação e fortalecimento de equipe Capacitar toda equipe que será responsável por ministrar as reuniões e atualizá-las da melhor forma possível para comunicação e compreensão de toda equipe
6º passo: projeto	Reuniões semanais de equipe
6º passo: resultados esperados	Maior entrosamento e harmonia de equipe
6º passo: produtos esperados	Reuniões semanais com temas sugeridos por toda equipe
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: domínio do tema e do processo de trabalho Político: articulação com o NASF.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: Harmonizar toda equipe com metodologias preestabelecidas de comunicação e convivência Político: Sensibilizar a gestão municipal em relação à necessidade da capacitação da equipe Financeiro: não há necessidade de recursos financeiros
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Incentivar a equipe a idealizar um funcionamento do local de trabalho em harmonia, sempre objetivando um bom funcionamento da equipe; Reuniões semanais para capacitação dos mesmos; cursos online e presenciais a respeito do tema, ministrados pelos médicos e enfermeiras da equipe.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Médica e enfermeira Dois meses para iniciar as atividades.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Observação da harmonia da equipe e fortalecimento da comunicação dos mesmos ao longo das reuniões semanais. Utilizar ferramentas e estratégias para a percepção da união e articulação quanto equipe. Estipulando melhora com 2 meses de intervenção.

Fonte: Autoria própria (2019).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em conclusão o trabalho apresenta como objetivo propor intervenções que consiga trabalhar com a união da equipe de ESF, se sentindo segura e preparada para realizar de forma coesa o acolhimento diário das demandas espontâneas que as unidades apresentam em seu cotidiano, em conjunto com a informação propagada para todos os usuários de quais recursos e procura adequada às redes de saúde apresentam em cada município. Além de promover atividades que possam permitir uma melhora na articulação da equipe, viabilizando que a rotina de trabalho se mantenha integrada e organizada para execução das atividades diárias.

É necessário que haja incentivo da SMS para que a capacitação de toda equipe, assim como materiais necessários para orientação da população seja possível e que os objetivos projetados pela ESF seja atingíveis.

Além do mais, faz-se necessário uma comunicação compatível para todo atendimento da comunidade, procurando estudar ferramentas que possibilitem esse alcance de forma homogênea para compreensão de todos.

REFERÊNCIAS

ABREU, T. F. K.; AMENDOLA, F.; TROVO M. M. Tecnologias relacionais como instrumentos para o cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm.**, v.70, n.5, p.981-7, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 290 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 64 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. 5. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 44 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. 4. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 72 p. : il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 108 p. : il. – (Cuidado farmacêutico na atenção básica ; caderno 1).

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia: trabalho de conclusão de curso**. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2018. 77p.

FARIA, H. P.; CAMPOS, F. C. C.; SANTOS,, M. A.. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2018. 97 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE Cidades. **São João del Rei**. 2020. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/sao-joao-del-rei/panorama> > Acesso em: 04 ago. 2020.

MUNIZ, M. S. C.. Acolhimento à demanda espontânea nas perspectivas dos profissionais e usuários da atenção básica à saúde. **Rev. Saúde Públ. Santa Cat.**, Florianópolis, v.10, n.2, p.38-54, maio/ago. 2017.

SCHOLZE, A. S.. Acolhimento com classificação de risco para a Estratégia Saúde da Família: a prática em uma unidade docente-assistencial. **Rev Bras Med Fam Comunidade.**, v.9, n.31, p.219-226, 2014.

SILVA, P. M.; BARROS, K. P.; TORRES, H. C.. Acolhimento com classificação de risco na atenção primária: percepção dos profissionais de enfermagem. **REME - Rev. Min. Enferm.**, v.16, n.2, p.225-231, abr./jun., 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. **Modelo atualizado de trabalho de conclusão de curso**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2019. 27p.