

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

**Gabrielle Luna Quiel Da Costa**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA OTIMIZAR A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO  
DURANTE A DEMANDA ESPONTÂNEA COM QUEIXA NA EQUIPE 01 DO  
CENTRO DE SAÚDE EDUARDO MAURO DE ARAÚJO - BELO HORIZONTE/  
MINAS GERAIS**

**Belo Horizonte**

**2020**

**Gabrielle Luna Quiel da Costa**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA OTIMIZAR A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DURANTE A DEMANDA ESPONTÂNEA COM QUEIXA NA EQUIPE 01 DO CENTRO DE SAÚDE EDUARDO MAURO DE ARAÚJO - BELO HORIZONTE/ 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 Título de Especialista.

Orientador: Professor Hugo André da Rocha

**Belo Horizonte**

**2020**

**Gabrielle Luna Quiel da Costa**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA OTIMIZAR A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DURANTE A DEMANDA ESPONTÂNEA COM QUEIXA NA EQUIPE 01 DO CENTRO DE SAÚDE EDUARDO MAURO DE ARAÚJO - BELO HORIZONTE/ MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Prof. Hugo André da Rocha. Mestre em Saúde Pública. Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof<sup>a</sup>. Dra. Selme Silqueira de Matos. Universidade Federal de Minas Gerais

Aprovado em Belo Horizonte, 09 de Julho de 2020.

*Aos meus pais pelo apoio incondicional.  
Ao meu irmão que é meu companheiro de vida.  
Ao Igor, meu grande amor.*

## RESUMO

A Atenção Básica objetiva a oferta de ações de promoção e prevenção em saúde, sem prejuízo das demais ações assistenciais, devendo ser desenvolvidas de forma mais programada e adequada possível às necessidades de saúde da população de sua área de abrangência. Para tanto, este trabalho visa discutir a importância da melhoria do processo de classificação de risco dos pacientes da demanda espontânea com queixa da equipe 01 na Unidade de Saúde Eduardo Mauro de Araújo em Belo Horizonte/MG, de forma a otimizar a organização do atendimento médico tanto às urgências, quanto ao acompanhamento de doenças crônicas, grupos operacionais, pré-natal, puericultura, consultas de rotina entre outros, observando juntamente com o profissional enfermeiro o preconizado na cartilha da Prefeitura de Belo Horizonte sobre Demanda Espontânea na Atenção Primária. Foi utilizado o método de Planejamento Estratégico Situacional, para a construção da proposta de intervenção, na tentativa de atuar sobre o problema considerado prioritário: o alto fluxo de pacientes de demanda espontânea diariamente, ocasionando prejuízos no acompanhamento de pacientes crônicos por falta de vagas disponíveis para atendimento. Para subsidiar a construção do plano de ação, foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o tema, com base em dados de bibliotecas virtuais da área da saúde. Assim, espera-se que as atividades propostas possam contribuir para o desenvolvimento de uma atenção com qualidade na promoção e prevenção da saúde de todos os usuários da unidade.

**Palavras-chave:** Acesso aos Serviços de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Prevenção de Doenças. Triagem.

## ABSTRACT

Primary Care aims to offer health promotion and prevention actions, without prejudice to other assistance actions, and should be developed in the most programmed and appropriate way possible to the health needs of the population in its coverage area. To this end, this paper aims to discuss the importance of improving the risk classification process of patients from spontaneous demand with complaint from team 01 at the Eduardo Mauro de Araújo Health Unit in Belo Horizonte / MG, in order to optimize the organization of medical care both to emergencies, as to the monitoring of chronic diseases, operational groups, prenatal care, childcare, routine consultations, among others, observing together with the nurse professional what is recommended in the Belo Horizonte City Hall booklet about Spontaneous Demand in Primary Care. The Situational Strategic Planning method was used to build the intervention proposal, in an attempt to act on the problem considered a priority: the high flow of spontaneous patients on a daily basis, causing losses in the monitoring of chronic patients due to the lack of available places for attendance. To subsidize the construction of the action plan, a bibliographic review on the theme was carried out, based on data from virtual libraries in the health area. Thus, it is expected that the proposed activities can contribute to the development of quality care in the promotion and prevention of health for all users of the unit.

**Keywords:** Health Services Accessibility. Primary Health Care. Family Health Strategy. Disease Prevention. Triage.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEM	Centro de Especialidades Médicas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
CERSAM-AD	Centro de Referência em Saúde Mental, Álcool e Drogas
CERSAMi	Centro de Referência em Saúde Mental Infantil
CMDI	Centro Municipal de Diagnóstico por Imagem
CMO	Centro Municipal de Oftalmologia
CREAB	Centro de Reabilitação
CRIE	Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DCV	Doenças Cardiovasculares
DM	Diabetes Melito ( <i>Diabetes Mellitus</i> )
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MS	Ministério da Saúde
PA	Pressão Arterial
PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PSF	Programa Saúde da Família
RMBH	Região Metropolitana de Belo Horizonte
SAMU	Serviço Móvel de Atendimento de Urgência

STM	Sistema de Triagem de Manchester
SUP	Serviço de Urgência Psiquiátrica
UBS	Unidade Básica de Saúde
UMEI	Unidade Municipal de Ensino Infantil
UPA	Unidade de Pronto-Atendimento
URS	Unidade de Referência Secundária



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde 01 – Centro de Saúde Eduardo Mauro de Araújo, Belo Horizonte – MG ..... **Erro! Indicador não definido.**7

Quadro 2 – Operações sobre o “Nó Crítico 1” relacionado ao problema “Falta de capacitação dos profissionais responsáveis pela triagem” da equipe de Saúde 01 – Centro de Saúde Eduardo Mauro de Araújo, Belo Horizonte – MG ..... 31

Quadro 3 – Operações sobre o “Nó Crítico 2” relacionado ao problema “Falta de capacitação dos profissionais responsáveis pela triagem” da equipe de Saúde 01 – Centro de Saúde Eduardo Mauro de Araújo, Belo Horizonte – MG ..... 32

Quadro 4 – Operações sobre o “Nó Crítico 3” relacionado ao problema “Falta de capacitação dos profissionais responsáveis pela triagem” da equipe de Saúde 01 – Centro de Saúde Eduardo Mauro de Araújo, Belo Horizonte – MG .....33

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>1.1 Aspectos Gerais do Município</b> .....	11
<b>1.2 O Sistema Municipal de Saúde</b> .....	12
<b>1.3 Aspectos da Comunidade</b> .....	14
<b>1.4 A Unidade Básica de Saúde Eduardo Mauro de Araújo</b> .....	14
<b>1.5 A Equipe de Saúde da Família 01, da Unidade Básica de Saúde Eduardo Mauro de Araújo</b> .....	15
<b>1.6 O Funcionamento do Centro de Saúde Eduardo Mauro de Araújo</b> .....	15
<b>1.7 O dia a dia da Equipe 01</b> .....	16
<b>1.8 Estimativa Rápida: Problemas de Saúde do Território e da Comunidade (Primeiro Passo)</b> .....	16
<b>1.9 Priorização dos Problemas – A Seleção do Problema para Plano de Intervenção (Segundo Passo)</b> .....	17
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	18
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	19
<b>3.1 Objetivo Geral</b> .....	19
<b>3.2 Objetivos Específicos</b> .....	19
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	20
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	21
<b>5.1 Estratégia Saúde da Família</b> .....	21
<b>5.2 Demanda Espontânea na Atenção Primária</b> .....	23
<b>5.3 Classificação de Risco</b> .....	26
<b>6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO</b> .....	29
<b>6.1 Descrição do Problema Selecionado (Terceiro Passo)</b> .....	29
<b>6.2 Explicação do Problema (Quarto Passo)</b> .....	29
<b>6.3 Seleção dos Nós Críticos (Quinto Passo)</b> .....	30
<b>6.4 Desenho das Operações (Sexto Passo)</b> .....	30
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	34
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	35

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Aspectos gerais do município

Belo Horizonte é um município brasileiro, capital do estado de Minas Gerais, cuja, população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2020 era de 2.501.576 habitantes, constituindo a maior população do estado e a sexta maior população do país. Ocupando uma área territorial de 331,354km<sup>2</sup> (IBGE, 2020).

A história do município iniciou-se em 1701 com bandeirante João Leite da Silva Ortiz, impressionado com os aspectos topográficos, clima e fertilidade do solo da região, resolveu fundamentar a Fazenda do Cercado e aos poucos, foi surgindo o arraial de Curral del Rei, juntamente com o povoado o bandeirante construiu uma capela que seria tempos depois a matriz de Nossa Senhora da Boa Viagem. Em 1707 Curral del Rei já aparecia citada em documentos oficiais e em 1711 Ortiz obtém carta de sesmaria das terras com os limites fixados pelas serras do Curral, Jaborema, Jatobá, José Vieira, Pangaré, Taquaril, Navio, Rola Moça e Mutuca (IBGE, 2020).

Ouro Preto, capital do estado de Minas Gerais desde 1823, apresentava desenvolvimento insatisfatório e muito se discutia a respeito da mudança da sede do estado, sendo cotadas as cidades Juiz de Fora, Barbacena, Paraúna, Várzea do Marçal e Belo Horizonte, sendo votada pelo Congresso Mineiro a construção da nova capital em terras do arraial de Belo Horizonte, ex-Curral del Rei. Iniciou-se, portanto, a construção em 14 de fevereiro de 1894 e a capital foi inaugurada em 12 de dezembro de 1897, já com uma população de 10.000 habitantes (IBGE, 2020).

A cidade é mundialmente conhecida pelos importantes monumentos, parques e museus, como o Museu de Arte da Pampulha, Museu de Artes e Ofícios, Museu de Ciências Naturais da PUC Minas, Circuito Cultural Praça da Liberdade, Conjunto Arquitetônico da Pampulha, Mercado Central, entre outros. É também nacionalmente conhecida como a "capital nacional dos botecos", pela quantidade de bares *per capita* superior a outras cidades no país (BELO HORIZONTE, 2020).

Há ainda um processo de conurbação conhecido como Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH) criada em 1973 e é constituída por 34 municípios, sendo atualmente a terceira maior aglomeração urbana do Brasil e seu Produto Interno

Bruto (PIB) somava em 2005 cerca de 62,3 bilhões de reais, dos quais aproximadamente 45% pertenciam ao município de Belo Horizonte (IBGE, 2020).

O clima de Belo Horizonte é classificado como tropical com estação seca, com verões moderadamente quentes e úmidos e invernos secos e agradáveis. A temperatura mantém-se amena durante todo o ano, com médias variando de 19 °C a 24 °C (IBGE, 2020).

Em relação à economia, Belo Horizonte é um dos maiores centros financeiros do Brasil e é caracterizada pela predominância do setor terciário em sua economia, sendo 80% concentrada nos serviços, destacando-se o comércio, serviços financeiros, atividades imobiliárias e administração pública. (IBGE, 2020).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de Belo Horizonte é de 0,810, sendo considerado alto tanto em relação ao estado ocupando o 2º lugar no ranking estadual, quanto em relação ao país, ocupando o 20º lugar no ranking nacional (IBGE, 2020).

A taxa de mortalidade infantil média é de 9,99 para 1.000 nascidos vivos a taxa de internações por diarreia é de 0,3 para 1.000 habitantes e 96,2% dos domicílios possuem esgotamento sanitário (IBGE, 2020).

## **1.2 O Sistema Municipal de Saúde**

Belo Horizonte utiliza a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde (APS) desde 2002, sendo os Centros de Saúde a principal porta de entrada do usuário no Sistema de Saúde e coordenador do cuidado no território, constituídos por equipes de saúde da família (eSF) formadas por enfermeiro, médico, auxiliar/técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde, dentista, técnico em saúde bucal e os profissionais de apoio: clínico, ginecologista, pediatra, psiquiatra, psicólogo, assistente social, nutricionista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, farmacêutico, educador físico e equipe de zoonoses, possibilitando a oferta de serviços como: escuta pela equipe, vacinação, consultas, curativos, farmácia, grupos operativos, visitas domiciliares, controle de vetores, entre outros (BELO HORIZONTE, 2020).

Belo Horizonte conta atualmente com 328 estabelecimentos de saúde vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS). São 152 centros de saúde que abrigam 589 equipes de ESF. A rede de Urgência e Emergência é composta por

nove Unidades de Pronto-Atendimento (UPA), um Serviço de Urgência Psiquiátrica Noturno (SUP) e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Há ainda dois hospitais municipais: Hospital Metropolitano Odilon Behrens e Hospital Metropolitano Doutor Célio de Castro, além de diversos hospitais administrados pela Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, e outros hospitais públicos como o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais e o Hospital Risoleta Tolentino Neves (BELO HORIZONTE, 2020).

A atenção especializada é composta por cinco Unidades de Referência Secundária (URS), nove Centros de Especialidades Médicas (CEM), quatro Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), quatro Centros de Reabilitação (CREAB), dois Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), dois Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), um Centro Municipal de Oftalmologia (CMO), um Centro Municipal de diagnóstico por imagem (CMDI) (BELO HORIZONTE, 2020).

São oito Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM), cinco Centros de Referência em Saúde Mental Álcool e Drogas (CERSAM-AD) e três Centros de Referência em Saúde mental infantil (CERSAMi). A capital conta ainda com nove Centros de Convivência (BELO HORIZONTE, 2020).

A rede de apoio ao diagnóstico possui cinco laboratórios distritais, um laboratório central, um laboratório de Doenças Sexualmente Transmissíveis, nove laboratórios de UPA (BELO HORIZONTE, 2020).

A Vigilância em Saúde tem em sua estrutura um Laboratório de Bromatologia, um Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais (CRIE), um Laboratório de Zoonoses, um Centro de Controle de Zoonoses, cinco centros de esterilização de cães e gatos, uma Unidade Móvel de Castração e o Serviço de Atenção ao Viajante (BELO HORIZONTE, 2020).

O sistema de referência e contrarreferência funciona via sistema informatizado, chamado Gestão SUS. Através do sistema é possível encaminhar o paciente para a especialidade desejada com classificação de prioridade baixa, média, alta ou altíssima e através dele o especialista faz a contrarreferência. O sistema também funciona como prontuário eletrônico. As consultas com os especialistas, de forma geral, acontecem em tempo hábil, com exceção da cardiologia e angiologia, especialidades as quais os pacientes aguardam mais tempo para serem atendidos.

### **1.3 Aspectos da Comunidade**

O Centro de Saúde Eduardo Mauro de Araújo, localizado na Regional do Barreiro, abriga cinco eSF's, sendo a eSF 01 responsável por 3.613 usuários adscritos, moradores dos bairros Cardoso e Miramar.

Observando a área de abrangência e em conversa com alguns moradores da comunidade, foi possível verificar que a mesma conta com diversas escolas, destacando-se as da rede pública: Escola Municipal Ana Alves Teixeira, Escola Municipal Dulce Maria Homem, Escola Municipal Professora Isaura Santos, Escola Estadual Álvaro Laureano Pimentel e duas Unidades Municipais de Ensino Infantil (UMEI): UMEI Miramar e UMEI Cardoso.

Na mesma área está localizada a Igreja Católica Nossa Senhora do Bom Conselho e existem ainda, várias igrejas evangélicas (Assembleia do Reino de Deus, Igreja Adventista do Sétimo Dia, Igreja Pentecostal Deus é Amor, Igreja Batista da Lagoinha Barreiro, Igreja do Evangelho Quadrangular, entre outras).

O próprio Centro de Saúde conta com o chamado "Playground da Longevidade" que dispõe de aparelhos para realização de alongamentos e atividade física. A região é composta de muitos pontos comerciais, shopping center, grandes hospitais e academias. Há ainda várias linhas de ônibus e metrô e fácil acesso ao anel rodoviário.

Na comunidade, existe um número significativo de moradores relativamente carentes e completamente dependentes do SUS na obtenção do cuidado. As moradias contam com sistema de abastecimento de água, esgoto, energia elétrica coleta de lixo, arborização e urbanização adequada.

### **1.4 A Unidade Básica de Saúde Eduardo Mauro de Araújo**

A unidade encontra-se situada em uma casa adaptada com uma grande área verde e menor área construída, tornando-a inadequada, gerando tumulto na recepção em horários de pico, falta de cadeiras e necessidade dos usuários aguardarem atendimento em pé. Apresenta falta de consultórios para atendimentos simultâneos visto que a Unidade de Saúde é composta por cinco equipes de saúde e dois médicos de apoio, um pela manhã e um à tarde e existem apenas sete consultórios para uso das equipes médicas e da enfermagem. Há apenas um

consultório que é utilizado através de revezamento pela psicóloga, nutricionista e assistente social.

As reuniões de equipe, de grupos operativos e outras necessidades da população são realizadas no salão de reuniões existente na unidade, onde possui também um computador para que os agentes comunitários de saúde (ACS) realizem o cadastramento da população.

A estrutura da casa possui forma de ferradura, onde a recepção fica localizada centro, de um lado consultórios médico e do outro sala de vacina, coleta de exames, sala da saúde bucal, refeitório e sala da gerência.

### **1.5 A Equipe de Saúde da Família 01, da Unidade Básica de Saúde Eduardo Mauro de Araújo**

Para ofertar os serviços em saúde a eSF 01 é formada pelos seguintes profissionais: uma médica designada pelo Programa Mais Médicos, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem e cinco ACS. Todos eles, com exceção da médica, são efetivos na PBH e atuam no posto há vários anos, tendo amplo conhecimento sobre a comunidade e proximidade com os usuários.

### **1.6 O Funcionamento do Centro de Saúde Eduardo Mauro de Araújo**

A Unidade de Saúde funciona de segunda à sexta das 07h00 às 18h00 e as equipes têm horários de funcionamento distintos, a saber: 07h00 às 16h00, 08h00 às 17h00 e 09h00 às 18h00. A equipe da recepção inicia o atendimento às 08h00 sendo necessário que funcionários do RH e técnicos de enfermagem se revezem para cumprir o horário das 07h00 às 08h00 e das 17h00 às 18h00. A sala de curativo funciona de 10h00 às 16h00 e a sala de coleta de exames funciona de 07h00 às 08h00.

### **1.7 O dia a dia da Equipe 01**

A agenda da equipe divide-se em demanda espontânea e demanda programada. O acolhimento realizado pela enfermeira, técnica em enfermagem e médica funciona três vezes na semana, segunda-feira, terça-feira e quinta-feira, das 10h00 as 13h00. Todos os dias há vagas na agenda médica para atendimentos de casos agudos por, pelo menos, três horas e os horários restantes são destinados a demanda programada como puericultura, pré-natal, atendimento a doenças crônicas, crianças, jovens e adultos.

Há reunião de equipe uma vez por semana durante duas horas onde são discutidos os problemas da população e traçados novos planos para resolvê-los. O trabalho da equipe bucal não é dividido por equipes, há uma equipe de saúde bucal que prestam serviço para todas as eSF's, não sendo frequente o contato com esses profissionais.

### **1.8 Estimativa rápida: Problemas de Saúde do Território e da Comunidade (Primeiro Passo)**

Realizado o diagnóstico situacional foi possível relacionar os principais problemas que dificultam a assistência à saúde da população, sendo eles:

- Falta de estrutura adequada para comportar tanto o número de profissionais atuantes quanto os usuários da unidade de saúde;
- Demanda espontânea com queixa muito alta, influenciando na indisponibilidade do médico para acompanhamento adequado de casos crônicos e consultas agendadas.



### 1.9 Priorização dos Problemas – A Seleção do Problema para Plano de Intervenção (Segundo Passo)

Segue abaixo Quadro 1 com a priorização dos problemas encontrados.

**Quadro 1: Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde 01 – Centro de Saúde Eduardo Mauro de Araújo, Belo Horizonte – MG.**

Principais Problemas	Importância (alta, média ou baixa)*	Urgência**	Capacidade de Enfrentamento (dentro, parcial ou fora)***	Seleção (Ordem de Prioridade)****
Classificação de risco realizada de forma inadequada	Alta	12	Parcial	1
Falta de orientação da população sobre os critérios de classificação de risco e a disponibilidade da UPA para casos de Urgência e Emergência	Alta	10	Parcial	2
Número insuficiente de consultórios disponíveis para atendimento	Alta	8	Fora	3

Fonte: Relatórios de reunião de Equipe

\*Alta, média ou baixa.

\*\* Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30.

\*\*\* Total, parcial ou fora.

\*\*\*\* Ordenar considerando os três itens.

O quadro acima sintetiza os problemas que afetam a eficiência e a qualidade da assistência em saúde prestada à população. Foi selecionado pela equipe, como prioridade para intervenção “Falta de capacitação dos profissionais responsáveis pela triagem”, principalmente por se tratar de um desencadeante para outros problemas listados, além de afetar diretamente a organização do processo de trabalho da unidade.

## 2 JUSTIFICATIVA

Esta proposta de intervenção se justifica, diante da demanda significativa de reorganização da demanda espontânea com queixa, de forma que, seja possível que a agenda médica disponha de tempo suficiente para atenção a condições crônicas, consultas de cuidados continuados, grupos operativos dentre outros.

Na atualidade, há um grande volume de atendimento voltado às demandas espontâneas com queixas, que em tese deveria ser um atendimento de pacientes com sintomas de agudização de doenças crônicas ou casos agudos como infecções, traumas entre outros e que necessitam ser resolvidos de forma imediata, mas na prática são realizados encaixes de pacientes independentemente do nível de urgência da queixa entre as consultas agendadas, reduzindo a qualidade e o tempo das consultas e impossibilitando a realização de grupos operativos. Com isso, deixa-se de cumprir o principal papel da atenção que é a proteção e promoção à saúde da população.

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação, sendo a Unidade Básica de Saúde (UBS) o principal acesso à assistência à saúde casos de pacientes portadores de doenças crônicas pacientes com queixas agudas, pacientes que procuram atendimento para consulta de rotina, pré-natal, coleta de exames preventivos, acompanhamento do desenvolvimento da criança, entre outros (BRASIL, 2014).

Sendo assim, após amplas discussões do problema com a equipe, verificou-se a necessidade de realizar uma capacitação para os profissionais que trabalham no processo de classificação de risco no Centro de Saúde.

### **3 OBJETIVO**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Elaborar um plano de intervenção para otimização da classificação de risco durante o acolhimento da demanda espontânea com queixa na Equipe 01 do Centro de Saúde Eduardo Mauro de Araújo em Belo Horizonte, Minas Gerais.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

Realizar o treinamento da Equipe 01 do Centro de Saúde para a realização da classificação de risco conforme recomendações da gestão municipal;

Propor melhorias no processo de trabalho da eSF 01;

Orientar a população de forma que seja compreendido e aceito o novo modelo organizacional da unidade.

## 4 METODOLOGIA

Para a elaboração desta proposta de intervenção foi realizado o diagnóstico situacional da área de abrangência da equipe 01 e também a avaliação do processo de trabalho da equipe no Centro de Saúde Eduardo Mauro de Araújo, sendo levantados os problemas que afetam a assistência aos usuários da área de abrangência.

Após essa etapa, foi aplicado o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), desenvolvido por Carlos Matus, por meio do qual após identificados os problemas, será proposto um plano de intervenção em dez passos, a saber: definição dos problemas; priorização de problemas; descrição problema selecionado; explicação do problema, seleção dos “nós críticos”, desenho das operações, identificação dos recursos críticos, análise de viabilidade do plano; elaboração do plano operativo e gestão do plano (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Para subsidiar a proposta de intervenção sobre o problema considerado prioritário neste momento, realizou-se revisão de literatura sobre o tema com base em dados eletrônicos de bibliotecas virtuais da área da saúde, por meio dos seguintes descritores: Acesso aos Serviços de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Classificação de Risco, Demanda Espontânea com Queixa, Estratégia Saúde da Família, Prevenção de Doenças.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 Estratégia Saúde da Família

Em 1990, quando o SUS foi implementado como resultado do clamor de parte da sociedade organizada no processo de construção do que seria o novo modelo de saúde pública brasileiro, havia grande demanda por uma mudança radical no modelo assistencial vigente, sendo a atenção básica, considerada como caminho para a universalização da assistência (TRALDI; RABESCO; FONSECA, 2016).

No entanto, prevaleceu uma focalização das ações preventivas, centradas no controle das doenças de maior prevalência e na assistência de baixa complexidade dirigidas à mulher e à criança, sendo necessária, em 1994, a instituição do Programa Saúde da Família (PSF), que se apresentava como alternativa para promover a mudança que não havia sido efetivada, posicionando a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, introduzindo um novo conceito no processo de intervenção em saúde (TRALDI; RABESCO; FONSECA, 2016; ROSA; LABATE, 2005).

Em 2006 o programa assumiu o caráter de estratégia devido ao seu potencial de organização do sistema de saúde, visando dar respostas para todas as necessidades de saúde da população, através de princípios norteadores para o desenvolvimento das práticas de saúde, visando centralidade na pessoa/família, vínculo com o usuário, integralidade, coordenação da atenção, intersetorialidade, articulação com a rede assistencial e participação social. (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

A ESF passou a ser o modelo preferencial de organização da APS no Brasil, além de ser a responsável por parte significativa do acesso dos usuários aos serviços de saúde. Como estratégia, deve ser capaz de abordar o processo de saúde-doença dos indivíduos de modo singular e articulado à família e comunidade, produzindo resultados positivos na avaliação de usuários, gestores e profissionais de saúde (BRITO *et al.*, 2016).

A ESF é modelo assistencial que utiliza os princípios da Atenção Primária à Saúde (APS), fundamentados nos princípios do SUS, promovendo mudança do modelo biomédico tradicional de assistência em saúde, orientando assim, a

organização do sistema de saúde e buscando resolver as demandas de saúde da população (SORATTO *et al.*, 2015).

A ESF é realizada através de equipes multiprofissionais atuante na atenção primária dos municípios. Essas equipes têm como principais funções: promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento, reabilitação e manutenção das necessidades de um número definido de cidadãos que compõe a comunidade de uma área circunscrita (FARIA *et al.*, 2017).

A ESF é composta por uma equipe multiprofissional de médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, ACS, odontólogos e técnicos em saúde bucal. Sua atuação visa descentralizar o olhar médico/paciente doente e promover saúde a nível comunitário, através de ações de promoção e prevenção a saúde. É importante citar que os profissionais da ESF atendem toda família, tanto crianças, adolescentes, adultos, gestantes e idosos, muitas vezes da mesma família, aumentando o vínculo entre a população e o sistema de saúde (FARIA *et al.*, 2017).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são espaços destinados a proporcionar o primeiro contato dos pacientes com o sistema de saúde, sendo um local onde parte dos problemas demandados pelos usuários são, de alguma forma, resolvidos, resultando em significativo impacto na saúde e no desenvolvimento da população melhoria dos indicadores de saúde, acompanhamento efetivo de condições crônicas, ações preventivas, entre outros (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Independentemente do nível de desenvolvimento social de um país, é unanimidade que a APS seja o modelo assistencial ideal para um sistema de saúde eficaz, pois, os sistemas organizados com essa lógica, apresentam melhores possibilidades de desempenho, devido principalmente à acessibilidade, à integralidade e à própria organização e otimização dos recursos, além de apresentarem melhores resultados em indicadores de saúde, como redução da mortalidade, diminuição dos custos da atenção, maior acesso aos serviços, redução das internações e atendimentos de urgência (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

Os profissionais que trabalham na atenção básica devem planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações efetivamente voltadas para as necessidades de saúde da comunidade (COTTA *et al.*, 2006).

## 5.2 Demanda Espontânea na Atenção Primária

Entende-se por demanda espontânea a busca do usuário à unidade de saúde, independente do motivo ou do tempo de evolução do problema, de forma inesperada pelo serviço. Pode ser dividida em: demanda espontânea sem queixa clínica, como por exemplo, renovação de receitas, solicitação de exames e relatórios, agendamento de consulta para controle de comorbidades, busca por ações de promoção a saúde como os grupos de nutrição e atividade física. Já a demanda espontânea com queixa caracteriza-se como queixas agudas relacionadas a traumas, infecções diversas, intoxicações, dores osteomusculares, como também agudização de condições clínicas já pré-existentes como asma, DPOC, HAS, gota, entre outros (BELO HORIZONTE, 2014).

O acolhimento é entendido como uma diretriz operacional fundamental na APS que garante não só a acessibilidade universal e a acomodação da demanda espontânea, mas também o fortalecimento das relações, na qual escuta e atenção às necessidades são fundamentais para que o serviço ofereça uma resposta efetiva às demandas da população (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

O acolhimento é uma prática que deve estar presente em todas as relações de cuidado, em todos os encontros entre trabalhadores de saúde e usuários e nada mais é que o ato de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas, objetivando a ampliação do acesso à saúde da população e a organização do trabalho da equipe de saúde, desconstruindo o conceito de atenção centrada no modelo biomédico (BRASIL, 2013).

O acolhimento demanda uma ampliação de seu conceito para além da inclusão do “atendimento de casos agudos do dia”. Nesse sentido, é fundamental uma metodologia consistente de planejamento e gestão do serviço que contemple as diferentes necessidades do usuário (BRASIL, 2013).

O acolhimento pode ser compreendido ainda, como um método de escuta qualificada, de forma a oferecer respostas, porém, verifica-se na prática, que este processo restringe-se a atendimentos pontuais e a ações de atendimento às urgências, evidenciando, portanto, a limitação do acesso e atenção centrada na queixa-conduta (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

Nesse sentido, as equipes devem conhecer o perfil de sua população, considerando dados de mortalidade, morbidade, condições sociais, violência,

saneamento, redes de serviços públicos e privados, entre outros, para se definir o modo mais resolutivo de se realizar o acolhimento da demanda espontânea da população (BRASIL, 2013).

O manual Demanda Espontânea na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte, redigido pela Prefeitura de Belo Horizonte (2014) preconiza a função de cada membro da equipe, frente à demanda espontânea.

É função do Auxiliar/Técnico em Enfermagem: realizar escuta qualificada dos usuários com queixa não-clínica e responder de acordo com pactuações prévias para cada situação, auxiliar o enfermeiro durante o atendimento da demanda espontânea, observar a sala de espera, prestar assistência na sala de observação observando orientações e prescrições, organizar materiais e medicamentos necessários para atendimento de urgências e emergências e solicitar a troca ou reposição dos itens faltantes (BELO HORIZONTE, 2014).

É função do Enfermeiro: acolher e avaliar o risco dos usuários com queixa clínica ponderando vulnerabilidades e necessidades de atendimento oportuno, reavaliar o risco dos usuários se piora clínica, gerir a sala de espera e o fluxo do usuário pós-classificação; realizar atendimento clínico conforme protocolos e fluxos estabelecidos; resolver casos com queixas não-clínicas de acordo com suas competências, supervisionar a revisão de materiais e medicamentos de atendimento de urgências e emergências realizada pelos Auxiliares/Técnicos em Enfermagem, referenciar usuários que necessitam de atendimento médico para outros pontos de atenção da rede se necessário (BELO HORIZONTE, 2014).

É função do Médico: atender os casos classificados e demais casos definidos pela equipe, encaminhar à urgência usuários que apresentem condições clínicas que necessitem propedêutica e manejo de urgência ou maior tempo de observação, solicitar transporte adequado e garantir suporte ao usuário até que o mesmo seja transferido (BELO HORIZONTE, 2014).

O Ministério da Saúde orienta que é importante que as equipes discutam e definam o modo como os diferentes profissionais participarão do acolhimento. Quem vai receber o usuário que chega, como avaliar o risco e a vulnerabilidade desse usuário, o que fazer de imediato, quando encaminhar/agendar uma consulta médica, a organização da agenda dos profissionais, as ofertas de cuidado necessárias, apontando como fundamental a ampliação da capacidade clínica da equipe de



saúde, para escutar de forma holística, reconhecer riscos e vulnerabilidades e realizar intervenções (BRASIL, 2014)

É relevante salientar que é importante garantir espaços mais reservados para escuta e identificação de riscos, pois, o limiar de dor e o modo de manifestação de sofrimento variam entre as pessoas, nem sempre sendo fácil o reconhecimento do risco, visto que, há situações em que a exposição pública do sofrimento (ou do motivo da procura) intimida ou constrange os usuários (BRASIL, 2013).

Este processo, entretanto, precisa se desenvolver de forma solidária por parte de todos os profissionais e ser discutido constantemente. Se há, por exemplo, discordância, entre o profissional que atende alguém analisado como prioritário e profissional que está na escuta, ao invés de desencadear críticas e conflitos, deve-se encarar a situação como uma oportunidade para desenvolver processos de educação permanente. Os momentos de implementação ou de mudança do modelo de acolhimento, certamente, são os que promovem maior tensão em relação ao modo como se organiza o acesso dos usuários à unidade, além das diversas tensões que ocorrem no cotidiano e que precisam ser trabalhadas com muita sensibilidade e parceria por parte de todos. É necessário também que os trabalhadores compreendam as angústias dos usuários e os diferentes critérios de urgência construídos por eles e que os usuários compreendam o esforço dos trabalhadores em organizar o acesso de garantir qualidade na assistência à saúde da população (BRASIL, 2013).

Vale destacar que a escuta qualificada e o efetivo acolhimento das demandas espontâneas, legítima e reconhece o problema que motivou a procura do serviço, mesmo que ocorra discordância na percepção de necessidade do usuário e da equipe de saúde (TRALDI; RABESCO; FONSECA, 2016).

O acolhimento à demanda espontânea é um importante instrumento para que as equipes avaliem a efetividade de algumas condutas e projetos terapêuticos prévios, ou a adoção de novas estratégias de cuidado e de reorganização do processo de trabalho, constituindo-se em um importante dispositivo de reorientação do modelo de atenção (TRALDI; RABESCO; FONSECA, 2016).

Alguns autores apontam que os usuários entendem o acolhimento como uma maneira utilizada pelos profissionais para resolverem os problemas de saúde demandados, através de um atendimento personalizado, ouvindo as diferentes demandas do usuário atentamente (MACEDO; TEIXEIRA; DAHER, 2011).

É importante salientar que os usuários procuram o serviço de saúde buscando uma solução para o problema de saúde e que estes associam às experiências anteriores de atendimento no serviço e no imaginário construído o atendimento (TRALDI; RABESCO; FONSECA, 2016).

Estudos apontam que a queixa frequente dos usuários não se refere à deficiência no trabalho dos profissionais, mas em dificuldades relacionadas ao acesso aos atendimentos e na organização, de forma geral, do serviço (MACEDO; TEIXEIRA; DAHER, 2011).

Percebe-se, portanto, a necessidade da efetiva participação da comunidade no planejamento das atividades que são ofertadas, objetivando superar as dificuldades de acesso, de modo que possam ser apresentadas alternativas para a marcação de consultas, diversidade de horários de atendimento e equidade na priorização dos atendimentos (MACEDO; TEIXEIRA; DAHER, 2011)

### **5.3 Classificação de Risco**

A classificação de risco é compreendida como um processo de priorização dos atendimentos através da avaliação da gravidade do problema apresentado observando-se condições clínicas e outras condições de vulnerabilidade (BELO HORIZONTE, 2014).

Em 2011, houve a reformulação da Política Nacional de Atenção às Urgências, passando a APS a integrar a oferta de atendimento aos usuários com casos urgentes e emergentes. Portanto, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, em 2012, implantou a triagem de classificação de risco por meio do Sistema de Triagem de Manchester (STM) em todas as unidades de atenção à saúde com vistas a padronizar os critérios de avaliação e propiciar atendimento da demanda espontânea em menor tempo, promovendo integralidade dos serviços de saúde e a redução da fragmentação da rede assistencial (MOREIRA *et al.*, 2017).

A classificação de risco se dá através de protocolos de manejo clínico de risco que orientam o profissional na coleta de informações e dados do usuário e padroniza os critérios, estabelecendo prioridades clínicas. Além de usar a ferramenta, é importante que o profissional de saúde reconheça outras necessidades ou sinais de alerta em sua tomada de decisão, baseando-se em conhecimentos e aptidões profissionais (BELO HORIZONTE, 2014).

Frequentemente é possível observar o acolhimento da demanda espontânea na atenção básica ser reduzido somente a uma triagem para atendimento médico. O acolhimento da demanda espontânea deve ser um instrumento de ampliação da capacidade clínica e de cuidado da equipe, devendo resultar na estratificação de riscos ou em intervenções imediatas, não devendo ser limitado ao momento do acolhimento inicial nem a respostas do tipo queixa-conduta, deixando de ser procedimento-centrada para ser centrada no usuário (BRASIL, 2013).

A estratificação norteará o tipo de intervenção e oferta de cuidado necessária e o tempo em que isso deve ocorrer. Na atenção básica, não é necessário adotar limites rígidos de tempo para atendimento médico a não ser em situações de alto risco, diferentemente de um pronto-socorro. Caso a intervenção médica imediata se faça necessária, esta deverá sempre ocorrer junto com os outros membros da equipe. Porém, em certas situações, deve-se priorizar o atendimento, com vistas a evitar manter a pessoa em sofrimento por tempo demasiado, sendo a estratificação de risco bastante útil nesse sentido (BRASIL, 2013).

A estratificação de risco sistematizada pelo STM padroniza o atendimento de emergências substituindo o modelo tradicional de organização das demandas, sendo necessário que os profissionais utilizem de recursos, habilidades e atitudes para garantir o cuidado qualificado e a referência e contrarreferência para que este sistema garanta de forma efetiva o acesso e a resposta satisfatória às necessidades dos usuários na APS (MOREIRA *et al.*, 2017).

Estudos comprovam que a utilização do STM estabelece o tempo de espera adequado a cada caso, rompendo o paradigma do atendimento por ordem de chegada, organizando a rede de atenção com racionalização, resolutividade, equidade do acesso e humanização dos serviços de saúde (MOREIRA *et al.*, 2017).

Por ser o STM originalmente voltado para a triagem de atendimentos de urgência, a Prefeitura de Belo Horizonte o utiliza na APS com as devidas adequações. De acordo com a Prefeitura de Belo Horizonte (2014) o STM baseia-se em classificação por cores, a saber:

- Vermelho – emergência: Indica risco de morte iminente e necessidade de atendimento imediato;
- Amarelo – muito urgente: Indica falência de função vital em curto prazo, sendo o tempo máximo de espera para atendimento médico de dez minutos;

- Amarelo – urgente: Indica sintomas de alerta, porém sem risco iminente de morte, podendo aguardar até uma hora pelo atendimento médico;
- Verde – pouco urgente: Conjunto de sinais e sintomas de baixo risco, porém exigem atendimento médico no mesmo dia, podendo aguardar até duas horas pelo atendimento;
- Azul – não urgente: Queixas que podem ser atendidas através de consultas eletivas.

O sucesso de uma classificação de risco realizada de forma adequada resulta no acesso do usuário a todos os pontos da rede de atenção à saúde e é primordial para assegurar a continuidade da assistência e a descentralização, possibilitando ao serviço de saúde a oferta de uma assistência de qualidade (MOREIRA *et al.*, 2017).

O STM é um processo dinâmico que visa às necessidades de saúde do usuário de acordo com o potencial de risco, de forma a ofertar cuidados imediatos por meio de um atendimento rápido e efetivo, sendo imperativo salientar que os profissionais da APS devem se atentar para que o atendimento a casos urgentes e emergentes não prejudique a atenção prestada aos casos crônicos ou de cunho social que necessitam de recursos e acompanhamento por todos os membros da equipe multidisciplinar. Sendo imprescindível a articulação entre os pontos da rede de atenção para conduzir os fluxos do cuidado e garantir a integralidade de acordo com a proposta de cada ponto assistencial (MOREIRA *et al.*, 2017).

O processo de acolhimento com classificação de risco demanda uma mudança de postura por parte dos usuários e profissionais, não devendo acontecer somente na recepção ou nas consultas, mas em todo momento em que ocorre a procura do usuário pelo serviço de saúde (MACEDO; TEIXEIRA; DAHER, 2011)

Para que haja consonância entre as ações de assistência imediata e as ações preventivas e de acompanhamento de condições que o modelo da APS se propõe, o processo de acolhimento e classificação de risco deve ser discutido constantemente pela equipe, visando garantir a organização do processo de trabalho e a qualidade na assistência à saúde da população (BRASIL, 2013).

Deve-se ainda, o trabalho ser implementado respeitando-se competências, acolhendo e atendendo o usuário em suas singularidades com abertura para o diálogo entre profissionais e usuários. Para que o acolhimento e a estratificação de

risco sejam eficientes e se tornem uma prática institucionalizada, ele deve ser responsabilidade de todos os envolvidos (MACEDO; TEIXEIRA; DAHER, 2011).

## **6 PLANO DE INTERVENÇÃO**

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Falta de capacitação dos profissionais responsáveis pela triagem”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos de acordo com a metodologia PES (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

### **6.1 Descrição do Problema Selecionado (Terceiro Passo)**

A descrição do problema priorizado torna-se um fator fundamental para o planejamento das ações a serem implementadas na eSF, a fim de melhorar a qualidade da assistência prestada aos usuários. O problema escolhido para proposta de mudanças foi o alto fluxo de pacientes de demanda espontânea diariamente, ocasionando prejuízos no acompanhamento de pacientes crônicos por crises hipertensivas, asmáticas, descompensação de doenças crônicas, além de vagas de consultas agendadas para: doenças crônicas, puerpério, pediatria, rotina, pré-natal e saúde mental. Ainda falta de vagas disponíveis para atendimento.

### **6.2 Explicação do Problema Selecionado (Quarto Passo)**

É política do Centro de Saúde Eduardo Mauro de Araújo que haja de 07h00 as 18h00 um médico disponível para atendimento de casos agudos. Porém a população tem usado esse espaço para procurar atendimento por outras finalidades, como: solicitar atestados médicos sem sintomatologia compatível, queixas de problemas crônicos como dores lombares sem agudização no momento, entre outros assuntos que poderiam ser tratados em consultas agendadas.

Entende-se, portanto, que a classificação de risco não está adequada, visto que demandas que não necessitam de atendimento imediato, estão sendo encaixadas em atendimento imediato e não agendadas. Logo, verifica-se a necessidade de capacitação dos profissionais que realizam a classificação.

### **6.3 Seleção dos Nós Críticos (Quinto Passo)**

Para direcionar as ações propostas nesse projeto de intervenção, foram identificados a partir do problema prioritário os seguintes nós críticos:

- Nó Crítico 1: Compreensão ineficaz do profissional responsável pela triagem acerca de fluxos da atenção básica, protocolos de triagem e condições clínicas urgentes e não-urgentes;
- Nó Crítico 2: Necessidade de melhoria do processo de trabalho da equipe e orientação da demanda espontânea;
- Nó Crítico 3: Falta compreensão da população de que sua condição pode ser resolvida em uma demanda agendada.

### **6.4 Desenho das Operações (Sexto Passo)**

Neste tópico descreveremos o desenho das operações propostas para cada um dos três nós críticos relacionados ao problema levantado, “Falta de capacitação dos profissionais responsáveis pela triagem”, da equipe de Saúde 01 – Centro de Saúde Eduardo Mauro de Araújo, Belo Horizonte – MG.

**Quadro 2 – Operações sobre o “Nó Crítico 1” relacionado ao problema “Falta de capacitação dos profissionais responsáveis pela triagem” da equipe de Saúde 01 – Centro de Saúde Eduardo Mauro de Araújo, Belo Horizonte – MG.**

<b>Nó crítico 1</b>	Compreensão ineficaz do profissional responsável pela triagem acerca de fluxos da atenção básica, protocolos de triagem e condições clínicas urgentes e não urgentes.
<b>Operação (operações)</b>	Capacitar os profissionais responsáveis pela triagem de pacientes com queixas agudas.
<b>Projeto</b>	Lendo e entendendo sobre a demanda espontânea com queixa.
<b>Resultados esperados</b>	Tornar a triagem eficaz. Diminuir o número de atendimento de falsos casos agudos. Maior número de vagas para acompanhamento de condições crônicas
<b>Produtos esperados</b>	Aumentar número de atendimentos programados. Reduzir demanda espontânea. Reduzir condições agudas preveníveis. Melhoria da qualidade de vida da comunidade. Aumentar conhecimento sobre prevenção e hábitos saudáveis. Aumento da procura por consultas agendadas e grupos operativos.
<b>Recursos necessários</b>	Organizacional: Cursos de capacitação. Cognitivo: Compreensão do conteúdo do treinamento. Financeiro: Não é necessário. Político: Não é necessário.
<b>Recursos críticos</b>	Não há.
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Equipe: Favorável; Comunidade: Indiferente; Secretaria de Saúde: Indiferente.
<b>Ações estratégicas</b>	Elaborar e ofertar um treinamento para a equipe.
<b>Prazo</b>	Dois meses para elaborar/ ofertar a capacitação e aplicação efetiva do novo modelo.
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações</b>	Médica e Enfermeira
<b>Processo de monitoramento e avaliação das ações</b>	Avaliar o número de atendimentos agendados e de demanda espontânea, após um mês de aplicação da nova rotina. Reavaliações periódicas, a cada três meses.

**Quadro 3 – Operações sobre o “Nó Crítico 2” relacionado ao problema “Falta de capacitação dos profissionais responsáveis pela triagem” da equipe de Saúde 01 – Centro de Saúde Eduardo Mauro de Araújo, Belo Horizonte – MG.**

<b>Nó crítico 2</b>	Necessidade de melhoria do processo de trabalho da equipe e orientação da demanda espontânea.
<b>Operação (operações)</b>	Realizar reunião de equipe, propor mudanças nos processos de trabalho em conjunto com a equipe. Realizar orientação à comunidade.
<b>Projeto</b>	Mudar para melhorar
<b>Resultados esperados</b>	Capacitação da equipe. Reorganização da demanda espontânea. Organização de atividades programadas.
<b>Produtos esperados</b>	Reduzir demanda espontânea. Qualidade na informação fornecida à população. Equipe colaborativa.
<b>Recursos necessários</b>	Organizacional: organização da agenda da equipe para realização de treinamentos; Cognitivo: Entendimento e concordância dos profissionais; Político: Não é necessário; Financeiro: Não é necessário.
<b>Recursos críticos</b>	Organizacional: organização da agenda da equipe para realização de treinamentos; Cognitivo: Entendimento e concordância dos profissionais.
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Equipe: Favorável; Comunidade: Indiferente; Secretaria de Saúde: Indiferente.
<b>Ações estratégicas</b>	Elaborar e apresentar o projeto para a equipe.
<b>Prazo</b>	Dois meses para apresentar o projeto e capacitar a equipe.
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações</b>	Médica e Enfermeira
<b>Processo de monitoramento e avaliação das ações</b>	Avaliar adesão às atividades e consultas programadas. Avaliar proporção de consultas por demanda espontânea e de cuidado continuado após um mês de aplicação da nova rotina. Reavaliações periódicas, a cada três meses.



**Quadro 4 – Operações sobre o “Nó Crítico 3” relacionado ao problema “Falta de capacitação dos profissionais responsáveis pela triagem” da equipe de Saúde 01 – Centro de Saúde Eduardo Mauro de Araújo, Belo Horizonte – MG.**

<b>Nó crítico 3</b>	Falta de compreensão da população de que sua condição pode ser resolvida em uma demanda agendada.
<b>Operação (operações)</b>	Gerar ações que disseminem informações a respeito da classificação de risco e a priorização de atendimentos mais graves.
<b>Projeto</b>	Quem deve ser atendido primeiro?
<b>Resultados esperados</b>	Adequação e aceitação da população ao modelo preventivo. Melhoria qualidade da assistência à saúde da população.
<b>Produtos esperados</b>	Adesão à agenda programada e aos grupos operativos. Diminuição da agudização de condições crônicas. Atendimento eficaz aos casos prioritários e agendamento dos casos não urgentes.
<b>Recursos necessários</b>	Organizacional: organização da demanda espontânea, conscientização da população; Cognitivo: uniformidade da informação e concordância dos profissionais; Político: Aceitação da comunidade; Financeiro: Não é necessário.
<b>Recursos críticos</b>	Cognitivo: uniformidade da informação e concordância dos profissionais; Político: Aceitação da comunidade.
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Equipe: Favorável; Comunidade: Indiferente; Secretaria de Saúde: Indiferente.
<b>Ações estratégicas</b>	Realizar orientações para a população em sala de espera, visitas domiciliares e em outros atendimentos.
<b>Prazo</b>	Dois meses para orientar toda a população
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações</b>	Médica e Enfermeira
<b>Processo de monitoramento e avaliação das ações</b>	Avaliar adesão às atividades e consultas programadas. Avaliar proporção de consultas por demanda espontânea e de cuidado continuado após um mês de aplicação da nova rotina. Reavaliações periódicas, a cada três meses.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É imperativo para o sucesso desta intervenção a participação e empenho dos profissionais da equipe 01 do Centro de Saúde Eduardo Mauro de Araújo. Através da organização do processo de trabalho, da criação e compreensão de fluxos e protocolos e da melhoria da informação prestada à população a qualidade da assistência aos pacientes pode ser melhorada.

A melhoria do processo de trabalho proposta requer avaliação e monitoramento constante pelos profissionais da equipe visando à melhoria contínua de processos e adaptações necessárias.

Diante do cenário do Centro de Saúde Eduardo Mauro de Araújo, exposto neste estudo, nota-se a urgência da reorganização dos processos de trabalho da equipe e capacitação dos envolvidos na triagem/classificação de risco, de forma a promover melhoria na qualidade da assistência e dos indicadores de saúde da comunidade da área de abrangência, tendo como principais pontos a sensibilização, qualificação e treinamento da equipe, organização de processos de trabalho da unidade, criação de fluxos, compreensão e implementação de protocolos já existentes, visando garantir uma assistência voltada efetivamente para a promoção e proteção da saúde.

Sabe-se que profissionais são os agentes responsáveis pela integração entre os elementos que constituem a organização do processo de trabalho em saúde e que a boa aceitação da sociedade é imperativa para o sucesso das intervenções implementadas. Neste sentido haverá durante a aplicação das intervenções um monitoramento das ações e ao final ocorrerá uma avaliação quanto ao alcance das metas estabelecidas.

## REFERÊNCIAS

ARANTES, L.J.; SHIMIZU, H.E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Rev ciência e saúde coletiva**, 2016, v. 21, n. 5, p. 1499-1509. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1499.pdf/>>. Acesso em: 25 Jun. 2020.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **CIDADES IBGE- Panorama**. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/belo-horizonte/panorama>> Acesso em: 07 Maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, 2013. 56 p. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_demanda\\_espontanea\\_cab28v1.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf)>. Acesso em: 25 Jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília, 2014. 162 p. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_doenca\\_cronica\\_cab35.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf)>. Acesso em: 25 Jun. 2020.

BRITO, G., et al. Perfil dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família de uma capital do nordeste do Brasil. **Rev. APS.**; 2016. João Pessoa, v. 19, n. 3, p. 434 - 445. jul./set. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/dfa0/0cc8f767158b91e69d7251a13aef5bda0420.pdf>>. Acesso em: 25 Jun. 2020.

COTTA, R.M.M.; et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Rev epidemiol. serv. saúde**, 2006. Brasília, v. 15, n. 3, p. 7-18, set. Disponível em: <<http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v15n3/v15n3a02.pdf>>. Acesso em: 25 Jun. 2020.

COUTINHO, R.C.P.; BARBIERI, A.R.; SANTOS, M.L.M. Acolhimento na atenção primária à saúde: revisão integrativa. 2015. **Rev. saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 514-524, abr 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00514.pdf>>. Acesso em: 25 Jun. 2020.

FARIA, H. et al. **Processo de trabalho em saúde e modelo de atenção**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2017. 93p. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/processo-trabalho-saude-modelo-atencao-2017.pdf>>. Acesso em: 25 Jun. 2020.

FARIA H.P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M.A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: <[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/PLANEJAMENTO\\_AVALIACAO\\_PROGRAMACAO\\_Versao\\_Final.pdf](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/PLANEJAMENTO_AVALIACAO_PROGRAMACAO_Versao_Final.pdf)>. Acesso em: 25 Jun. 2020.

MACEDO, C.A.; TEIXEIRA, E.R.; DAHER, D.V. Possibilidades e limites do acolhimento na percepção dos usuários. **Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro**, v. 19, n. 3, 2011. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/f4d4/198cb2e68e2f53e40c9f8c241790e60fe8e6.pdf>>. Acesso em: 26 Jun. 2020.

MOREIRA, D.A. et al. O sistema de triagem de manchester na atenção primária à saúde: ambiguidades e desafios relacionados ao acesso. **Texto contexto - enferm., Florianópolis**, v. 26, n. 2, e5970015, 2017. Disponível em: <[https://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/pt\\_0104-0707-tce-26-02-e5970015.pdf](https://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/pt_0104-0707-tce-26-02-e5970015.pdf)>. Acesso em: 25 Jun. 2020.

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, set. 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>>. Acesso em: 25 Jun. 2020.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. **Demanda espontânea na atenção primária à saúde em belo horizonte recomendações para organização do processo de trabalho no nível local**. Belo Horizonte, 2014 62p. Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/documento-demanda-espontanea.pdf>>. Acesso em: 25 Jun. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. **Saúde**. Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/saude>>. Acesso em 25 Jun. 2020.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n. 6, p. 1027-1034, Dec. 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>>. Acesso em: 25 Jun. 2020.

SORATTO, J.; et al.. Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde. **Rev texto contexto enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 584-92, Abr-Jun; 2015. Disponível em: <[https://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt\\_0104-0707-tce-24-02-00584.pdf](https://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00584.pdf)>. Acesso em 25 Jun. 2020.

TRALDI, M. C.; RABESCO, L.; FONSECA, M. R. C. C. Avaliação da capacidade de acolhimento da demanda espontânea nos serviços de atenção básica. **Rev. REFACS**, Uberaba, v. 4, n. 2, p. 107-118, 2016. Disponível em: <<http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/1641/1478>>. Acesso em: 25 Jun. 2020.