

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Maria Fernanda de Sousa Cardoso**

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA SALA DE ESPERA NA  
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE N. S. DA GLÓRIA - MUNICÍPIO DE SANTOS  
DUMONT-MINAS GERAIS**

**Juiz de Fora – Minas Gerais**

**2020**

**Maria Fernanda de Sousa Cardoso**

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA SALA DE ESPERA NA  
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE N. S. DA GLÓRIA - MUNICÍPIO DE SANTOS  
DUMONT - MINAS GERAIS**

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

Orientador: Professor Hugo André da Rocha

**Juiz de Fora – Minas Gerais**

**2020**

**Maria Fernanda de Sousa Cardoso**

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA SALA DE ESPERA NA  
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE N. S. DA GLÓRIA - MUNICÍPIO DE SANTOS  
DUMONT – MINAS GERAIS**

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

Orientador: Professor Hugo André da Rocha

Banca examinadora

Professor Hugo André da Rocha, Ms., UFMG

Professora Dra. Matilde Meire Miranda Cadete - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 19 de abril de 2020

Dedico este trabalho primeiramente a Deus e, em segundo lugar, à minha família que me apoiou em todos os momentos.

Ao meu orientador pela ajuda e aos amigos pela força durante a construção deste trabalho.

Obrigada a todos.

## RESUMO

Este estudo objetivou proporcionar o acolhimento na sala de espera da UBS, a fim de realizar triagem de todos os pacientes, de acordo com as suas demandas e estado de saúde no momento. Trata-se de um estudo de um projeto de intervenção realizado na Unidade Básica de saúde Nossa Senhora da Glória, no município de Santos Dumont – Minas Gerais, onde está sendo tentada a implantação do acolhimento na sala de espera da UBS. Foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional para estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário. Foi consultada a Biblioteca Virtual em Saúde do Nescun, documentos de órgãos públicos (ministérios, secretarias, etc.) e de outras fontes de busca para revisão bibliográfica. Ao qualificar os profissionais de saúde, tornando-os capazes de realizar o acolhimento dos usuários na sala de espera da UBS espera-se proporcionar a prática do acolhimento como triagem na sala de espera da Unidade de Saúde. Conclui-se que uma relação harmoniosa entre os profissionais e os usuários reflete nas práticas das ações de saúde, apesar das queixas existentes que precisam ser consideradas para um efetivo acolhimento. Tornam-se necessários investimentos nas estruturas físicas da UBS, o que possibilitará melhor trabalho aos profissionais e maior conforto aos usuários.

**Palavras-chave:** Programa Saúde da Família. Acolhimento. Atenção à Saúde. Serviços de Saúde. Unidade Básica de Saúde. Triagem.

## ABSTRACT

This study objective provide reception in the UBS waiting room, in order to perform screening of all patients, according to their demands and health status at the time. This is a study of an intervention project carried out at UBS N. S. da Glória, in the municipality of Santos Dumont - MG, where the implementation of the reception in the UBS waiting room is being attempted. Situational Strategic Planning was used to quickly estimate the problems observed and define the priority problem. The Nescon Virtual Health Library was consulted, documents from public agencies (ministries, secretariats, etc.) and other search sources for bibliographic review. By qualifying health professionals, making them capable of welcoming users in the UBS waiting room, it is expected to provide the practice of welcoming as screening in the waiting room of the Health Unit. It is concluded that a harmonious relationship between professionals and users is reflected in the practices of health actions, despite the existing complaints that need to be considered for effective reception. Investments in the physical structures of the UBS are necessary, which will enable better work for professionals and greater comfort for users.

**Keywords:** Family Health Program.Reception.Health Care.Health Services.Basic Health Unit.Screening.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à Equipe de Saúde da Família Nossa Senhora da Glória, da Unidade Básica de Saúde Nossa Senhora da Glória, município de Santos Dumont, estado de Minas Gerais ..... 13**
- Quadro 2 - Classificação geral dos casos de demanda espontânea na atenção básica ... 19**
- Quadro 3 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Resistência dos profissionais da equipe”, na ESF N. S. da Glória do município de Santos Dumont, Minas Gerais ..... 26**
- Quadro 4 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “comunicação com os usuários”, na população sob responsabilidade da ESF N. S. da Glória, do município de Santos Dumont, estado de Minas Gerais ..... 27**
- Quadro 5 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Programação da oferta de serviços”, na população sob responsabilidade da ESF N. S. da Glória, do município de Santos Dumont, estado de Minas Gerais ..... 28**

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABS	Atenção Básica à Saúde
CR	Classificação de Risco
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS	Ministério da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>1.1 Aspectos gerais do município .....</b>	<b>9</b>
<b>1.2 O sistema municipal de saúde .....</b>	<b>9</b>
<b>1.3 Aspectos da comunidade.....</b>	<b>10</b>
<b>1.4 A Unidade Básica de Saúde Nossa Senhora da Glória.....</b>	<b>10</b>
<b>1.5 A Equipe de Saúde da Família da UBS Nossa Senhora da Glória.....</b>	<b>11</b>
<b>1.6 O funcionamento da UBS Nossa Senhora da Glória.....</b>	<b>11</b>
<b>1.7 O dia a dia da Equipe de Saúde da Família da UBS Nossa Senhora da Glória.....</b>	<b>11</b>
<b>1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade(primeiro passo) .....</b>	<b>12</b>
<b>1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção(segundo passo) .....</b>	<b>13</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>14</b>
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>15</b>
<b>3.1 Objetivo geral.....</b>	<b>15</b>
<b>3.2 Objetivos específicos.....</b>	<b>15</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>16</b>
<b>5REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>17</b>
<b>5.1 A importância do Acolhimento .....</b>	<b>17</b>
<b>5.2 Acolhimento com classificação de risco .....</b>	<b>18</b>
<b>5.3 Acolhimento com classificação de risco na prática da Estratégia Saúde da Família</b>	<b>20</b>
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>24</b>
<b>6.1 Descrição do problema selecionado(terceiro passo).....</b>	<b>24</b>
<b>6.2 Explicação do problema selecionado(quarto passo).....</b>	<b>24</b>
<b>6.3 Seleção dos nós críticos(quinto passo) .....</b>	<b>25</b>
<b>6.4 Desenho das operações (sexto passo) .....</b>	<b>25</b>
<b>7 CONCLUSÃO.....</b>	<b>29</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>30</b>

## **1 INTRODUÇÃO**

### **1.1 Aspectos gerais do município**

Santos Dumont é um município com 46.284 habitantes da Mesorregião das Zona da Mata Mineira e microrregião de Juiz de Fora, no estado de Minas Gerais, no Brasil (IBGE, 2010).

Santos Dumont é a terra natal de Alberto Santos Dumont, que é considerado o inventor do avião. Tem como municípios vizinhos Ewbank da Câmara, Santa Bárbara do Tugúrio e Oliveira Fortes. Situa-se a 35 km de Barbacena, a maior cidade nos arredores e fica a, aproximadamente, 207 km de Belo Horizonte, proporcionando agradáveis momentos aos seus turistas. Foi fundada por João Gomes, tendo como nome Arraial de João Gomes e, posteriormente, ao tornar-se cidade, com o nome de Palmira (RADIOCULTURA, 2018).

A cidade que até então se chamava Palmira e, em 31 de julho de 1932, deu lugar a Santos Dumont, como forma de homenagear Alberto Santos Dumont, considerado o pai da aviação, que nasceu na Fazenda Cabangu, localizada a poucos quilômetros do então Arraial de João Gomes. A mudança de nome para Santos Dumont deu-se pelo Decreto estadual número 10.447 (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1932).

O Município, até então composto por seis distritos (Santos Dumont, Aracitaba, Conceição do Formoso, Dores do Paraibuna, Eubanque e São João da Serra) sofreu separação de Aracitaba e Ewbank da Câmara (ex-Eubanque), os quais transformaram-se em novos municípios. Tal desmembramento deu-se em 31 de dezembro de 1962, por força da Lei n.º 2.764 (IBGE, 2010).

Aberta através da Estrada Real, a estação ferroviária do município leva a vários pontos históricos que conservam até hoje sua mesma forma. Ponte Preta é uma represa da cidade, sendo uma das maiores atrações turísticas e, em dias de calor, atrai visitantes que vão para acampar, pescar, fazer passeios de barco ou até mesmo nadar (INSTITUTO ESTRADA REAL, 2020).

### **1.2 O sistema municipal de saúde**

Na área de saúde, a cidade pertence à microrregião de Juiz de Fora, conta com um Hospital Municipal/Pronto Atendimento com atendimento de urgência e emergência, além de oferecer serviços de pequenas/médias cirurgias, internações e maternidade, embora a estrutura

do seu sistema de saúde deixe muito a desejar. Conta também com uma Policlínica, que oferece consultas com algumas especialidades médicas, Casa da Criança, com atendimentos na parte da manhã, durante a semana, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) (atendimento aos pacientes da área da saúde mental), Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN, que faz acompanhamento de crianças com baixo peso).

Há cerca de 16 anos, o município adotou a Estratégia Saúde da Família (ESF) para a organização da Atenção Básica de Saúde (ABS) e conta hoje com oito equipes na zona urbana e cinco equipes na zona rural, cobrindo 70% da população. Um grande problema no desenvolvimento da ESF é a rotatividade dos profissionais de saúde, principalmente de médicos, devido à baixa remuneração, e também o fato de não ter 100% de cobertura da população.

### **1.3 Aspectos da comunidade**

O Bairro da Glória é uma comunidade de cerca de 5400 habitantes, localizada na zona urbana de Santos Dumont. 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 precárias, mas alguns residem em boas moradias.

O analfabetismo é considerável, principalmente na população acima da quinta década de vida. Segundo dados do IBGE (2010), a escolarização do município abrange 96,6% da população entre 6 a 14 anos, ou seja, os jovens do Bairro da Glória estão inseridos nessa porcentagem. Na Unidade Básica de Saúde (UBS) Nossa Senhora da Glória (N. S. da Glória) trabalha uma Equipe de Saúde da Família (eSF); a Equipe de Saúde Bucal mudou-se para outra localidade devido ao mofo da sala onde atendia a população.

### **1.4 A Unidade Básica de Saúde Nossa Senhora da Glória**

A Unidade Básica de Saúde Nossa Senhora da Glória foi inaugurada há cerca de 14 anos e está situada na Rua Joaquim Barbosa do Amaral, 190, em Santos Dumont/MG. É uma unidade própria para a ESF com uma ampla área para atender a demanda populacional local.

A área destinada à recepção está adequada, supre bem os anseios dos usuários durante o atendimento da eSF. O espaço da recepção possui cadeiras, banheiros e filtro para os usuários. A sala de reuniões é ampla e bem utilizada pelos funcionários.

A população tem muito apreço pela UBS, 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 encontram-se mofados e, quando chove, as salas ficam inundadas devido às goteiras, mas a reforma ainda não saiu, pois o município alega falta de verba.

### **1.5 A Equipe de Saúde da Família da UBS Nossa Senhora da Glória**

Em relação à composição, a equipe da ESF N. S. da Glória conta com: dois médicos, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e nove agentes comunitários de saúde.

### **1.6 O funcionamento da UBS Nossa Senhora da Glória**

A UBS funciona das 7:00 às 16:00 horas e, para tanto, é necessário o apoio dos agentes comunitários, 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 de Saúde da Família da UBS Nossa Senhora da Glória**

O tempo da eSF da UBS N. S. da Glória está ocupado quase que exclusivamente com as atividades de atendimento da demanda espontânea (maior parte) e com o atendimento de alguns programas, como: pré-natal, puericultura, grupo de tabagismo, atendimento a hipertensos, diabéticos, pacientes de saúde mental e acompanhamento de condições crônicas de agravos à saúde. A eSF ainda não desenvolve outras ações de saúde, como por exemplo, grupos de hipertensos e diabéticos e da terceira idade. O próximo passo é tentar tais grupos, pois a população necessita bastante de tais serviços.

Uma queixa geral é a falta de tempo, devido à demanda de atendimento. Com o passar dos anos, essa situação e a falta de perspectivas de mudanças têm despertado certa angústia em parte da eSF por não conseguir mudar a realidade.

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

▪ Poucas opções de emprego local (dependentes, em sua maioria, da prestação de serviços para terceiros, da economia informal e alguns são autônomos);

▪ 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, etc;

▪ 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 (fato este que não permito); oriento aos agentes 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 agente levar a receita pronta e entregá-la na casa do mesmo; caso o paciente seja impossibilitado fisicamente de comparecer à UBS, agendamos uma visita no seu domicílio;

▪ O trabalho da eSF 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 (tentei pegar para organizá-la, para que eu mesma pudesse agendar as consultas de pré-natal, mas a enfermeira foi contra e disse que sempre deu certo daquela maneira, e que comigo não seria diferente); outra situação é o fato de a técnica de enfermagem e/ou a enfermeira não triarem os pacientes que aguardam por atendimento, tanto de demanda, quanto pré-natal, puericultura e controle de HAS, DM (conversei pessoalmente com a técnica e pedi para que ela pudesse pesar, verificar a altura, aferir a pressão arterial (PA), temperatura,

glicemia dos pacientes, e nada adiantou, continuo eu mesma fazendo isso, o que, além de não me permitir identificar algum paciente que esteja necessitando de um atendimento prioritário, acaba atrasando as consultas, pois tenho que fazer a tarefa que compete a elas);

- Em relação às contrarreferências com alguns profissionais da saúde, quando referenciamos alguns pacientes, dificultando a longitudinalidade dos mesmos.

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

**Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à Equipe de Saúde da Família Nossa Senhora da Glória, da Unidade Básica de Saúde Nossa Senhora da Glória, município de Santos Dumont, estado de Minas Gerais**

<b>Problemas</b>	<b>Importância*</b>	<b>Urgência**</b>	<b>Capacidade de enfrentamento***</b>	<b>Seleção/ Priorização****</b>
Acolhimento dos pacientes	alta	7	dentro	1
Falta de medicamentos	alta	7	parcial	2
Falta de exames	média	6	parcial	3
Organização da agenda	média	6	dentro	4
Desemprego	baixa	4	fora	5

Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

\*Alta, média ou baixa

\*\* Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

\*\*\*Total, parcial ou fora

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

Diante dos problemas identificados na UBS N. S. da Glória, a falta do acolhimento gera diversas consequências para os usuários e a eSF, pois permite a aglomeração dos pacientes na fila logo pela manhã, sendo que alguns retornam para suas casas sem ter seus problemas resolvidos. Sendo assim, a prática do acolhimento servirá como uma ferramenta de trabalho, possibilitando a promoção de um serviço efetivo, a partir da humanização do

atendimento, buscando promover resolutividade das questões apresentadas no ato da escuta individual de cada usuário.

## **2JUSTIFICATIVA**

Este trabalho foi realizado mediante a necessidade de se realizar a prática do acolhimento na sala de espera da UBS N. S. da Glória, no município de Santos Dumont, MG.

As situações e os problemas de saúde que chegam até à ABS demandam de múltiplos esforços por parte de suas equipes, para que as ações possam ter efetividade e resolubilidade.

No quesito do acolhimento como forma de realizar uma triagem na sala de espera da UBS, ou seja, acolher a demanda espontânea na ABS é muito importante, pois algumas demandas podem ser satisfeitas no próprio acolhimento (BRASIL, 2013).

O acolhimento enquanto uma diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu a partir da Política de Humanização do SUS (HumanizaSUS), e não se restringe ao ato de receber o usuário no serviço de saúde (BRASIL, 2010). Numa perspectiva mais abrangente, o acolhimento é um dispositivo reforçador dos princípios do SUS, que permeia a universalidade, a integralidade e a equidade, e que além disso, centra-se no usuário e em seu processo de saúde-doença. Na atenção básica o acolhimento pode muitas vezes implicar em reorganização do processo de trabalho e redefinição de papéis pelas equipes, processos nos quais o cuidado ofertado ao usuário deve ser o objetivo a ser alcançado (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

Torna-se, portanto, fundamental a capacidade de escuta e acolhida das equipes às demandas dos pacientes, sendo necessária a qualificação dos profissionais de saúde que lá atuam, para que consigamos atingir nossos objetivos, oferecendo um melhor atendimento aos pacientes, a partir da classificação de risco (CR) dos mesmos (BRASIL, 2013).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Proporcionar o acolhimento na sala de espera da UBS, a fim de realizar triagem de todos os pacientes, de acordo com as suas demandas e estado de saúde no momento.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Garantir o direito à saúde ao usuário;
- Reorganizar o processo de trabalho;
- Aumentar o acesso com resolutividade, vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários;
- Reduzir o tempo para o atendimento médico, permitindo que o usuário seja visto precocemente de acordo com a gravidade da sua situação.



## 4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de um projeto de intervenção realizado na UBS N. S. da Glória, no município de Santos Dumont - MG, onde está sendo tentada a implantação do acolhimento na sala de espera da UBS. Foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional para estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações, de acordo com Campos, Faria e Santos (2018).

Foi consultada a Biblioteca Virtual em Saúde do Nescion e documentos de órgãos públicos (ministérios, secretarias, etc.) e de outras fontes de busca para revisão bibliográfica.

Para redação do texto foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e as orientações do módulo de Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2018).

Para a definição das palavras-chave e keywords utilizaram-se os Descritores em Ciências da Saúde (BRASIL, 2017a). Foram utilizados os seguintes descritores: Acolhimento, Classificação de Risco, Sistema Único de Saúde, Unidade Básica de Saúde.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 A importância do Acolhimento

O acolhimento é uma dimensão expressa e enfatizada pela Política Nacional de Humanização do SUS (HumanizaSUS), que tem como objetivo expandir a concepção de acolhimento enquanto recepção de demanda, em escuta de queixa ou resposta a um problema. O acolhimento implica necessariamente no estabelecimento de relações, primordialmente entre profissional e usuário, mas podendo incluir outras relações. Numa perspectiva mais ampla o acolhimento é o ponto de início de um novo modo de produzir e promover saúde (BRASIL, 2010).

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Ou seja, requer prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde, para a continuidade da assistência, e estabelecendo articulações com esses serviços, para garantir a eficácia desses encaminhamentos (BRASIL, 2010, p. 21).

O acolhimento não deve ser entendido como um momento ou etapa do processo de trabalho das equipes de saúde, não devendo ser confundido com triagem de pacientes. Acolher significa dar respostas adequadas às demandas apresentadas, valorizar o usuário enquanto protagonista do seu processo saúde-doença, dividir responsabilidades e construir coletivamente formas de promoção de saúde (BRASIL, 2010).

O acolhimento é visto como o ato de ouvir com atenção, admitir o saber do usuário, levando em conta o que ele expressa, seja qual for o modo de comunicação (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2018).

De acordo com a atual Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em 2017 (BRASIL, 2017b) é atribuição comum a todos os profissionais da atenção básica “Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo”.

Acolhimento não é uma ação isolada, mas um conjunto de ações e atitudes praticado pelos profissionais da UBS, com a postura necessária para com os usuários e suas necessidades (GUERRERO et al., 2013).

Por ser uma tecnologia classificada como leve, ou seja, de relações como criação de vínculo e acolhida, e também de postura ética, o acolhimento deve ser praticado em todos os estabelecimentos referentes à saúde, podendo ser realizado por qualquer profissional, a partir de uma escuta de qualidade das necessidades dos usuários (OLIVEIRA et al., 2016). O acolhimento, enquanto tecnologia leve, surgiu nos hospitais, visando tornar o cuidado dos pacientes mais humanizado (CRUZ; BORDIN, 2015).

No quesito do acolhimento como forma de realizar uma triagem na sala de espera da UBS, ou seja, acolher a demanda espontânea na atenção básica, torna-se fundamental, pois, algumas demandas podem ser satisfeitas no próprio acolhimento, inclusive com as modalidades de tecnologias leve-duras (conhecimentos, protocolos) e duras (materiais, equipamentos), que podem e devem estar disponíveis nesse tipo de serviço. Algumas situações como cefaleia, vômito, diarreia, disúria e febre, por exemplo, devem ser solucionadas na UBS pois, apesar de serem situações não programadas, requerem atenção especial por parte da equipe de Saúde (BRASIL, 2013a).

Cruz e Bordin (2015) destacam duas formas de classificar o acolhimento: a primeira seria como forma de reorganizar a assistência em saúde, organizando fluxos e regulando o acesso. A segunda seria como dispositivo operacional, comunicacional, técnico e assistencial. Nesse ponto os autores enfatizam o potencial do acolhimento a partir da construção de espaços de troca de saberes, que podem favorecer a construção do cuidado.

Por conseguinte, apresenta-se a importância da Classificação de Risco (CR) a partir do acolhimento do usuário, para estratificar a ordem dos atendimentos, iniciando pelo usuário que tem mais necessidade naquele momento (BRASIL, 2010).

## **5.2 Acolhimento com classificação de risco**

Protocolos de estratificação de risco vêm sendo desenvolvidos e utilizados para definir prioridades de atendimento em serviços de saúde, com ênfase em hospitais, desde o século passado, a partir do período após a Segunda Guerra Mundial. Os protocolos caracterizam-se por classificar o paciente segundo uma escala de prioridade para atendimento. De modo geral os pacientes são hierarquizados em níveis de acordo com a urgência que apresentam no momento da classificação. Bem adaptados para o contexto hospitalar e de emergência os

protocolos foram aos poucos sendo também introduzidos na atenção primária (CRUZ; BORDIN, 2015).

Um ponto importante a ser observado no acolhimento da demanda espontânea na atenção primária é a equidade no acesso. Muitas vezes é necessário que a equipe de saúde da família lance mão de alguma abordagem para estratificar os usuários segundo as necessidades de cada um naquele momento, sendo importante considerar as desigualdades e garantir o acesso a todos. Nesse sentido é interessante a “adoção da avaliação/estratificação de risco e de vulnerabilidades como ferramenta, possibilitando identificar as diferentes gradações de risco, as situações de maior urgência e, com isso, realizar as devidas priorizações” (BRASIL, 2013b, p. 16).

Às vezes apenas a competência técnica dos profissionais que atuam na classificação de risco não é capaz de definir as prioridades em função das vulnerabilidades e do risco. É importante que os critérios sejam discutidos e pactuados pelas equipes. Serviços de urgência e emergência vêm cada vez mais adotando protocolos para estratificação de risco, os quais sugerem um ordenamento em função de prioridades para atendimento. Na Atenção Básica é importante que os protocolos não sejam tomados como referência exclusiva, devendo os princípios da atenção básica nortear as decisões da equipe (BRASIL, 2013b).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde propõe uma classificação de risco baseada nas necessidades do usuário, classificando em demandas agudas e não agudas, na qual as demandas agudas podem ser classificadas em três níveis de prioridade: atendimento imediato, atendimento prioritário e atendimento no dia (BRASIL, 2013b).

#### **Quadro 2 - Classificação geral dos casos de demanda espontânea na atenção básica**

<b>Situação aguda</b>	<p><b>Atendimento imediato (alto risco de vida)</b> necessita de intervenção da equipe no mesmo momento, obrigatoriamente com a presença do médico;</p>
	<p><b>Atendimento prioritário (risco moderado)</b> necessita de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertada inicialmente medida de conforto pela enfermagem até a nova avaliação do profissional mais indicado para o caso. Influencia na ordem de atendimento.</p>
	<p><b>Atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)</b> situação que precisa ser manejada no mesmo dia pela equipe levando em conta a estratificação de risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial. O</p>

	manejo poderá ser feito pelo enfermeiro e/ou médico e/ou odontólogo, dependendo da situação e dos protocolos locais.
<b>Situação não aguda</b>	<p><b>Condutas possíveis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientação específica e/ou sobre as ofertas da unidade;</li> <li>• Adiantamento de ações previstas em protocolos (ex.: teste de gravidez);</li> <li>• Agendamento/programação de Intervenções.</li> </ul>

Fonte: adaptado de Brasil, 2013b, p. 19.

A classificação de risco deve ser entendida enquanto uma parte de um componente maior que é o acolhimento. Sendo assim é importante destacar que toda a equipe é parte do processo e pode contribuir para o atendimento (BRASIL, 2013).

São ações passíveis de serem realizadas na “escuta inicial” do usuário no atendimento na atenção básica:

Avaliar a necessidade de cuidados imediatos; Prestar ou facilitar os primeiros cuidados; Identificar as vulnerabilidades individuais ou coletivas; Classificar o risco para definir as prioridades de cuidado; Organizar a disposição dos pacientes no serviço, de modo a acomodar os que necessitam de observação, ou administração de medicação, ou que estejam esperando remoção para outro serviço, ou que sejam suspeitos de portar doenças infectocontagiosas de transmissão aérea (meningite, por exemplo); Encaminhar o usuário para o cuidado de acordo com sua classificação (BRASIL, 2013b, p.20).

Uma vez estabelecido o uso de ferramentas de classificação de risco é importante que as equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) em seu processo de apoio matricial incluam ações que ajudem as equipes de atenção básica no manejo dos casos e também em encaminhamentos para outros serviços da rede, como por exemplo, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (BRASIL, 2013b).

### **5.3 Acolhimento com classificação de risco na prática da Estratégia Saúde da Família**

Em revisão integrativa publicada por Coutinho, Barbieri e Santos (2015) são avaliados estudos sobre a implantação e funcionamento do acolhimento na atenção primária brasileira. As autoras pontuam alguns obstáculos para a efetivação do acolhimento, sendo o mais destacado: infraestrutura das unidades de saúde que não dispunham de espaço físico adequado que garantisse privacidade ao usuário e ao profissional, de modo que o acolhimento acabava por tornar-se limitado.

Ao analisar as falas dos profissionais, verificava-se certa incongruência na medida em que alguns profissionais tinham uma visão abrangente do acolhimento enquanto um dispositivo capaz de ampliar o acesso do usuário aos serviços de saúde e garantir integralidade do cuidado, contrastando com falas de profissionais que percebiam o acolhimento como um processo de triagem de pacientes, de modo mais limitante (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015). O estudo de Oliveira e Coriolano-Marinus (2016) buscou descrever os principais desafios para implantação do acolhimento na Estratégia Saúde da Família, tentando alcançar os vários atores sociais envolvidos. A partir de uma revisão integrativa da literatura, as autoras categorizaram os resultados em três categorias: (I) acolhimento na perspectiva da acessibilidade e resolutividade, (II) acolhimento na perspectiva do vínculo e da comunicação com usuários e (III) acolhimento na perspectiva de mudança no processo de trabalho da equipe.

Ao considerar o acolhimento na perspectiva da acessibilidade e resolutividade, as autoras verificaram que alguns estudos relatavam dificuldades na questão da referência e contrarreferência dos usuários, principalmente para consultas especializadas e realização de exames. Outro ponto destacado foi a incoerência verificada por alguns estudos ao notarem que os serviços ainda atuavam numa lógica de gestão do fluxo de usuários burocrática, fazendo com que os usuários tivessem que esperar demais por atendimento e levando conseqüentemente à insatisfação dos mesmos. Ao tratar do acolhimento com classificação de risco, as autoras chamam a atenção para o fato de que o uso incorreto dos protocolos, baseado exclusivamente em queixa-conduta, poderia gerar queixas mais “agravadas”, na medida em que o usuário entende que se sua demanda não for considerada grave ele não terá atendimento (OLIVEIRA; CORIOLANO-MARINUS, 2016).

O acolhimento na perspectiva do vínculo e da comunicação com usuários ressalta as dificuldades relacionadas à ambiência das unidades de saúde como maior desafio para a efetivação do acolhimento. Assim como no estudo de Coutinho, Barbieri e Santos (2015) também foram verificadas questões que indicavam a falta de estrutura e recursos adequados como limites para o acolhimento na APS. Em contraponto, a relação dos usuários com os profissionais de saúde foi indicada como fator positivo, destacando os aspectos de comunicação e estabelecimento de vínculos (OLIVEIRA; CORIOLANO-MARINUS, 2016).

No que tange ao acolhimento na perspectiva de mudança no processo de trabalho da equipe, verificou-se o desafio de integrar as equipes para o cuidado ampliado dos usuários. Alguns estudos apontaram questões relacionadas ao número limitado de profissionais, o que favorecia com que o cuidado se tornasse fragmentado. A maior participação e coesão da

equipe multidisciplinar poderia ajudar a superar alguns entraves, como por exemplo o cuidado médico-centrado e a concentração de atividades em algumas categorias profissionais (OLIVEIRA; CORIOLANO-MARINUS, 2016)

Cruz e Bordin (2015) avaliaram por meio de uma revisão integrativa a satisfação dos usuários com relação ao acolhimento na APS. Dentre 39 artigos avaliados os autores identificaram que em 8 (20,5%) os usuários se encontravam satisfeitos, em 6 (15,4%) parcialmente satisfeitos e em 8 (20,5%) insatisfeitos, nos demais artigos (17) a satisfação do usuário não foi mencionada. Entre os fatores citados como mais importantes para a satisfação do usuário destaca-se “a organização do serviço para o acolhimento das demandas espontâneas e para o acesso dos usuários ao serviço” (CRUZ; BORDIN, 2015). Os autores justificam que a organização ajuda a superar fatores estigmatizantes como as longas filas que os usuários tinham que enfrentar para conseguir atendimento.

O uso de protocolos para classificação de risco no acolhimento foi relatado em alguns estudos, no entanto, não havia homogeneidade quanto ao instrumento utilizado. Pouco mais da metade dos estudos não descreveu o protocolo utilizado no acolhimento (CRUZ; BORDIN; 2015).

Guerrero et al. (2013) investigaram a percepção de coordenadores de centros de saúde, profissionais, usuários e gestores no município de Florianópolis-SC a respeito do acolhimento enquanto uma boa prática na ABS. Todos os entrevistados concordavam quanto ao entendimento de que o acolhimento configura-se como boa prática. Os grupos expressavam o entendimento de que a ampliação da oferta de serviços e melhor organização favoreciam o acesso dos usuários, gerando satisfação e reduzindo o tempo de espera.

O acolhimento com classificação de risco pode ser utilizado como um indicador de qualidade de um sistema de saúde. Tomando em conta que serviços de atenção básica resolutivos inibiriam a busca de serviços de urgência por pessoas com queixas que não são urgentes é possível estabelecer que altos índices de pacientes classificados como não agudos em serviços de urgência e emergência refletem uma fraqueza da APS (TRALDI, RABESCO; FONSECA, 2016).

Nesse sentido, a pesquisa produzida por Traldi, Rabesco e Fonseca (2016) buscou avaliar a qualidade do acolhimento nos serviços de atenção básica em um município de médio porte (400 mil habitantes) a partir de fichas de acolhimento de crianças e adolescentes de 0 a 14 anos em um hospital de referência para este público. As pesquisadoras verificaram que 94,52% das fichas de atendimento referiam-se a categorias não agudas, ou seja, passíveis de atendimento na APS. Ao comparar a capacidade de acolhimento entre equipes de atenção

básica tradicional e equipes da ESF verificou-se que as unidades com ESF tiveram melhor desempenho.

Moreira et al. (2017) realizaram um estudo para avaliar possíveis ambiguidades e desafios na implantação do Sistema de Triagem de Manchester na APS em um município da região metropolitana de Belo Horizonte - MG. As autoras apresentam os resultados destacando as mudanças no acesso dos pacientes aos serviços de APS após a implantação do protocolo. Como pontos negativos são citados o desconhecimento do usuário sobre a realização da classificação de risco pelo Sistema de Triagem de Manchester; a sobrecarga de trabalho conferida ao enfermeiro; a ampliação do tempo de espera para o acesso do usuário ao serviço; e a prioridade de atendimento aos casos agudos na APS. Como pontos positivos as autoras apontam a ruptura com o modelo baseado em ordem de chegada e a garantia de acesso aos serviços.

Para alguns entrevistados a implantação do sistema de triagem torna o atendimento “engessado”, pois as queixas dos usuários são classificadas em função do que é apresentado no momento da classificação, não tomando em conta o histórico pregresso do paciente (MOREIRA et al., 2017).

Martins et al. (2019) realizaram uma pesquisa avaliando a implantação do Projeto AcolheSUS em uma UBS na cidade de Brasília-DF. A unidade em questão foi avaliada comparando dados de produção no período anterior ao projeto (abril a setembro de 2017) e no período logo a seguir (outubro de 2017 a março de 2018). O acolhimento com classificação de risco é um dos eixos norteadores do AcolheSUS, juntamente com a gestão e organização do cuidado, ambiência e qualificação profissional.

A comparação entre os dois períodos no que tange ao acolhimento com classificação de risco é limitada, pois antes da implantação do AcolheSUS a UBS em análise não atuava no modelo de ESF, logo, não tinha acolhimento com classificação de risco. Após a implantação verificou-se média de 1.099,8 atendimentos por mês. Ao instituir o acolhimento a equipe conseguiu ter mais contato com a sua população adscrita, e conseqüentemente melhorar a construção de vínculos. Um outro efeito percebido pela implantação do acolhimento foi o incremento dos procedimentos e de consultas de enfermagem na unidade, que apresentaram um aumento de 121,2% e 193,7% (MARTINS et al., 2019).



## **6 PLANO DE INTERVENÇÃO**

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Acolhimento na sala de espera”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado (terceiro passo), a explicação (quarto passo) e a seleção de seus nós críticos (quinto passo).

Os quadros seguintes mostram o desenho das operações – para cada causa selecionada como “nó crítico”, as operações, projeto, os resultados esperados, os produtos esperados, os recursos necessários para a concretização das operações (estruturais, cognitivos, financeiros e políticos).

### **6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)**

O maior problema enfrentado na UBS N. S. da Glória é a ausência do acolhimento como CR dos pacientes que aguardam para serem consultados.

### **6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)**

Diante de todos os problemas apontados no território e na comunidade onde estou atuando, dou maior destaque para a ausência do acolhimento como CR dos pacientes que aguardam para serem consultados. Apesar de todos os problemas listados, vejo um grande problema na ausência da avaliação dos pacientes que esperam para a consulta, pois a prática deste processo determinará a prioridade dos cuidados e do tratamento dos pacientes com base na gravidade do seu estado.

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, na maior parte dos dias, à demanda espontânea, enquanto à 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 etc., não é feita a pesagem das crianças, o que facilitaria no momento do cálculo da dosagem da prescrição das

medicações (para tal, preciso interromper a consulta, ir até a sala onde encontra-se a balança e pesar a criança; o mesmo é feito na consulta de puericultura: eu preciso pesar todas as crianças).

Na minha UBS 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.

### **6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)**

Destacam-se como nós críticos a resistência em realizar o acolhimento como forma de triagem por parte dos profissionais da equipe, a comunicação ineficiente com os usuários e a falta de programação da oferta de serviços.

### **6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos e viabilidade e gestão**

**Quadro 3 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Resistência dos profissionais da equipe”, naESF N. S. da Glória do município de Santos Dumont, Minas Gerais**

<b>Nó crítico 1</b>	Resistência dos profissionais da equipe
<b>6º passo: operação</b>	Instruir e qualificar os profissionais de saúde, para que se tornem aptos a realizar o acolhimento dos usuários na sala de espera
<b>6º passo: projeto</b>	Qualificação da equipe
<b>6º passo: resultados esperados</b>	Implantar a prática do acolhimento como triagem na sala de espera da Unidade Básica de Saúde
<b>6º passo: produtos esperados</b>	Triagem (abordagem da queixa principal (QP) do paciente, breve história da doença atual (HDA), aferição dos sinais vitais, classificação)
<b>6º passo: recursos necessários</b>	Cognitivo: Intelectual/técnico (conhecimento técnico-científico para realizar o acolhimento e triar o paciente. Financeiro: Insumos (estetoscópio, esfigmomanômetro, fitas de glicemia, termômetro,etc). Político: Apoio político em todos os recursos necessários acima, além de ajustes físicos para criar um espaço para realizar o acolhimento
<b>7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos</b>	Cognitivo: Falta de conhecimento técnico e interesse por parte dos profissionais da saúde que trabalham na Unidade de Saúde Político: Apoios para a estrutura, capacitação profissional e oferta de insumos Financeiro: Necessidade de apoio financeiro para a realização do trabalho na UBS
<b>8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas</b>	Solicitar apoio da fonte financeira para melhorar a estrutura da UBS; motivar e qualificar os profissionais(que se encontram indiferentes à ação), a partir da realização de reuniões de equipe, discutindo a implantação do novo projeto e promovendo interesse em realizar um bom atendimento aos pacientes, que demandam de um acolhimento individual e atencioso
<b>9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos</b>	Início imediato, a partir de uma reunião com a gestão do município, para que sejam fornecidos capacitação e aperfeiçoamento de técnicas para os profissionais da equipe, além de melhoria na estrutura da UBS e fornecimento dos insumos necessários
<b>10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b>	Gestor da UBS para acompanhar e avaliar a execução do acolhimento (não atuará como um fiscal, mas sim como um colaborador de um bom serviço em grupo). A avaliação será feita a cada 2 meses, por meio da observação do comprometimento dos profissionais, do funcionamento da nova estratégia e seus resultados

**Quadro 4 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “comunicação com os usuários”, na população sob responsabilidade da ESF N. S. da Glória, do município de Santos Dumont, estado de Minas Gerais**

<b>Nó crítico 2</b>	Comunicação ineficiente com os usuários
<b>6º passo: operação</b>	Orientar a população quanto à importância do acolhimento, esclarecer que a priorização dos atendimentos mediante as queixas apresentadas pelos pacientes não irá restringir o acesso.
<b>6º passo: projeto</b>	Orientação para a população
<b>6º passo: resultados esperados</b>	Compreensão da comunidade sobre a importância do acolhimento e suas etapas; melhorar a estrutura do serviço; atender a população de forma satisfatória
<b>6º passo: produtos esperados</b>	Ações educativas nos grupos, nas visitas domiciliares e na sala de espera
<b>6º passo: recursos necessários</b>	Cognitivo: conhecimento técnico dos profissionais, para que sejam capazes de realizar a abordagem educativa, criando vínculo com os pacientes Político: apoio e conscientização política sobre a necessidade de criar e informar sobre a implantação do acolhimento Financeiro: apoio financeiro para insumos como capacitação dos profissionais, criação de panfletos informativos, estruturação de um local para que se possa transmitir as informações (ex: sala de espera)
<b>7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos</b>	Cognitivo: aprimorar o conhecimento técnico dos profissionais da equipe Político: apoio em relação à estrutura física e à capacitação dos profissionais da equipe Financeiro: fornecimento de estrutura física, material didático para distribuir aos usuários (ex: cartilha informativa)
<b>8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas</b>	Avaliar a presença de um local ideal para a comunicação com os usuários; promover ações de estímulo tanto aos profissionais da equipe, para que se conscientizem da importância de fornecer conhecimento aos pacientes, quanto aos gestores do município, para que apoiem o movimento e ajudem a equipe, com insumos intelectuais e físicos
<b>9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos</b>	Início imediato, a partir da capacitação dos profissionais da equipe (feita pela gestão do município, como citado na operação do nó crítico 1) e disponibilidade dos mesmos para iniciarem a comunicação direta com os usuários, seja na sala de espera da Unidade ou nas casas dos pacientes, durante visitas domiciliares
<b>10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b>	Necessidade de um gestor da UBS para analisar a efetividade da comunicação diária entre os profissionais da equipe e os usuários do sistema, firmando o entendimento sobre a importância do acolhimento; avaliar diariamente a compreensão dos usuários de que todos serão ouvidos e atendidos

**Quadro 5 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Programação da oferta de serviços”, na população sob**

**responsabilidade da ESF N. S. da Glória, do município de Santos Dumont, estado de Minas Gerais**

<b>Nó crítico 3</b>	Falta de programação da oferta de serviços
<b>6º passo: operação</b>	Criação de um fluxograma/protocolo próprio, a partir das necessidades da comunidade, de forma a atender todas as pessoas, através da reorganização do processo de trabalho; organizar a demanda e oferecer atendimento a todos os pacientes; melhorar a relação equipe/usuário; promover vínculo, afeto, empatia e atendimento aos usuários
<b>6º passo: projeto</b>	Acolhimento para todos
<b>6º passo: resultados esperados</b>	Propor ordem de atendimento diante da necessidade de melhorar a organização do serviço; garantir atendimento prioritário aos usuários com risco elevado (quando comparado com outros); promover compreensão dos usuários que irão aguardar um tempo maior para serem atendidos, pois não correm risco imediato
<b>6º passo: produtos esperados</b>	Garantir organização e efetividade dos atendimentos a partir de planejamento e manejo dos pacientes, avaliando suas necessidades no momento do acolhimento
<b>6º passo: recursos necessários</b>	Cognitivo: interesse e conhecimento por parte dos profissionais que irão definir o protocolo, de acordo com as demandas da UBS Político: compreensão sobre a necessidade e importância da criação de um fluxograma direcionado à UBS Financeiro: apoio financeiro para investir na capacitação dos profissionais da equipe e na reestruturação da UBS para a criação de um espaço discreto e sigiloso para o acolhimento
<b>7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos</b>	Cognitivo: conhecimento técnico dos profissionais da equipe, para que realizem o acolhimento, a partir do fluxograma/protocolo criado pela equipe, direcionado à população da UBS Político: incentivo político para a criação e implementação do fluxograma/protocolo Financeiro: suporte financeiro para incentivar as pesquisas e a prática do acolhimento, como forma de melhorar a integração entre profissionais e pacientes, além de padronizar os atendimentos
<b>8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas</b>	Promover a criação de um fluxograma/protocolo, de acordo com as particularidades da UBS seus usuários, a partir de adaptações de fluxogramas pré-existentis; adequar o espaço para realização do acolhimento; criação de estímulos político e financeiro, mobilizando a gestão sobre a importância do conhecimento técnico para a adaptação do fluxograma na UBS
<b>9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos</b>	Início imediato, com estudo e aprendizado da equipe para a criação do fluxograma/protocolo da UBS; organização do ambiente para dar início à prática de um acolhimento individual
<b>10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b>	Acompanhamento periódico do gestor da UBS, avaliando a execução do fluxograma/protocolo, sua efetividade e fazendo alterações, se necessárias, na maneira de conduzir cada caso.

**7CONCLUSÃO**

O desenvolvimento do presente trabalho possibilitou uma análise das principais lacunas presentes na ESF N. S. da Glória, no município de Santos Dumont - MG. Com a classificação dos problemas da UBS, tornou-se prioridade a realização do acolhimento como forma de classificar os pacientes por suas demandas, a partir dos seus sinais e sintomas, de acordo com as diferenças nas condições de vida, saúde e necessidades pessoais. A realização de um trabalho multiprofissional é extremamente importante, pois necessita contar com uma eSF disposta a beneficiar a população, garantindo o melhor resultado nos atendimentos realizados.

Além disso, o trabalho permitiu o estudo do acolhimento no aspecto de receber os pacientes de forma atenciosa e adequada na Unidade, ouvindo atentamente suas necessidades, mas também como uma maneira de classificá-los de acordo com os riscos naquele momento, respeitando o princípio doutrinário de equidade, a partir da classificação no acolhimento, oferecendo assim mais a quem mais precisa e menos a quem requer menos cuidados.

Sendo assim, a ordem dos atendimentos será definida por critérios combinados de chegada, urgência e gravidade, não deixando de atender nenhum paciente, apenas hierarquizando as necessidades da demanda daquele dia.

Este projeto de intervenção deverá ser monitorado em sua fase de desenvolvimento visando garantir a execução das ações planejadas. Ao final da intervenção é importante submeter a proposta à avaliação verificando se as metas e objetivos foram cumpridos.

## **REFERÊNCIAS**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_praticas\\_producao\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf)  
Acessado em: 05 Mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1). em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_demanda\\_espontanea\\_cab28v1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf)  
Acessado em: 04 Abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica – Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção básica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013b. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II). Disponível em:

[http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/documentos-norteadores/cadernos\\_de\\_atencao\\_basica\\_-\\_volume\\_ii.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/documentos-norteadores/cadernos_de_atencao_basica_-_volume_ii.pdf). Acessado em: 04 Abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)**. Brasília, [online] 2017a. Disponível em: <http://decs.bvs.br/>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível

em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html).

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Decreto nº 22.194, de 9 de Dezembro de 1932**. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-22194-9-dezembro-1932-517517-publicacaooriginal-1-pe.html>

Acessado em: 05 Abr. 2020.

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

em: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Modulo\\_Iniciacao-Metodologia\\_TCC.pdf](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Modulo_Iniciacao-Metodologia_TCC.pdf).

COUTINHO, L.R.P.; BARBIERI, A.R.; SANTOS, M.L.M. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v.39, n.105, p. 514-524, June 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042015000200514&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200514&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 04 Abr. 2020.

CRUZ, L.; BORDIN, R. Satisfação do usuário diante do acolhimento Nas unidades básicas de saúde – Uma revisão, 2004-2014. In: BORDIN, R.; DEMARCO, D.J.; MEIRA, F.B. **Gestão em Saúde no Rio Grande do Sul**: casos, análises e práticas. Porto Alegre: Evangraf, 2015. p.49-79. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/159731/001022691.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 05 Abr. 2020.

GUERRERO, P.; et al. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. *Texto contexto - enferm.*, v. 22, n. 1, p. 132-140, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt\\_16.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_16.pdf)>. Acesso em: 04 Abr. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Santos Dumont**, Minas Gerais. 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/santos-dumont/panorama>  
Acessado em: 05 Abr. 2020.

INSTITUTO ESTRADA REAL. **Santos Dumont**. Disponível em: <http://www.institutoestradaREAL.com.br/cidades/santos-dumont/117>  
Acesso em: 04 Abr. 2020.

MARTINS, A.C.T.; et al. O Projeto AcolheSUS na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n.6, p. 2095-2103, June 2019. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019000602095&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000602095&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05 Abr. 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: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072017000200302&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000200302&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05 Abr. 2020.

OLIVEIRA, C.V.S.; CORIOLANO-MARINUS, M. W. L.; Desafios do acolhimento na estratégia saúde da família: uma revisão integrativa. **Saúde em redes**. v.2, n.2, p. 211 – 225. 2016. Disponível em: <[http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/678/pdf\\_36](http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/678/pdf_36)>. Acesso em 04 Abr. 2020.



RÁDIO CULTURA. **Conheça a cidade de Santos Dumont**. 2016. Disponível em: <http://www.radioculturasd.com.br/cidade-santos-dumont/> Acesso em: 05 Abr. 2020.

TRALDI, M.C.; RABESCO, L.; DA FONSECA, M.R.C.C. Avaliação da capacidade de acolhimento da demanda espontânea nos serviços de atenção básica. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 4, n. 2, p. 107-118, 2016. Disponível em: <<http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/1641>>. Acesso em: 05 Abr. 2020.

VASCONCELOS, M.; G.; GRILLO, M. J. C.; SOARES, S. M. **Práticas educativas e tecnologias em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. 59p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/praticas-educativas-tecnologias-saude.pdf>.