

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

RICARDO CALIL KORES

**AMPLIAÇÃO DO CUIDADO NO ACOLHIMENTO DE URGÊNCIAS NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DONA LICA, MUNICÍPIO DE
INDIANÓPOLIS - MINAS GERAIS**

UBERABA-MINAS GERAIS

2017

RICARDO CALIL KORES

**AMPLIAÇÃO DO CUIDADO NO ACOLHIMENTO DE URGÊNCIAS NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DONA LICA, MUNICÍPIO DE
INDIANÓPOLIS - MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Isabel Aparecida Porcatti de Walsh

UBERABA-MINAS GERAIS

2017

RICARDO CALIL KORES

**AMPLIAÇÃO DO CUIDADO NO ACOLHIMENTO DE URGÊNCIAS NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DONA LICA, MUNICÍPIO DE
INDIANÓPOLIS - MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Profa. Dra. Isabel Aparecida. Porcatti de Walsh - Orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte em:04/07/2017

AGRADECIMENTOS

Agradeço aqui a oportunidade de sempre trabalhar em equipe. A Saúde da Família é emocionante por promover o trabalho conjunto do médico, enfermagem e demais profissionais de saúde.

Muito obrigado a toda a equipe do Centro de Saúde Dona Lica-Indianópolis-MG.

Obrigado também a todos os pacientes que pude ensinar, tratar, ajudar, mas que também muito me ensinaram a arte da vida.

Agradeço também a minha orientadora Profa. Dra. Isabel Aparecida Porcatti de Walsh, ao Dr. Lucas Lombardi Penhalver e a minha família que tanto me apoiam profissionalmente.

RESUMO

A Equipe de Saúde da Família, vinculada à Unidade Básica de Saúde “Dona Lica”, município de Indianópolis, Minas Gerais trabalha com o desafio de criar lógicas de fluxo às urgências e emergências de forma a contemplar rapidez nesse tipo de ocorrência. O acolhimento é baseado em uma triagem não estruturada em termos de urgências e emergências, sendo a escuta inicial e triagem dos agentes de saúde e equipe de enfermagem baseada em queixas principais para agendamento de consultas. Quando é necessário um atendimento de urgência, este fica “imerso” no mar dos atendimentos já agendados dificultando a prioridade e o atendimento mais rápido demandado por esse tipo de situação. Para análise da situação de saúde do município e a identificação dos principais problemas foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional. Este trabalho objetiva elaborar um projeto de intervenção para otimização do fluxo de atendimentos de casos agudos de urgência e emergência na unidade básica de saúde. Para fundamentar a elaboração do projeto de intervenção foi realizada uma revisão bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde. Espera-se que a proposta de melhoria do fluxo de atendimento possa garantir serviço de qualidade para o paciente.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Acolhimento. Socorro de Urgência.

ABSTRACT

The Family Health Team, linked to the "Dona Lica" Basic Health Unit, in the municipality of Indianópolis, Minas Gerais, is working on the challenge of creating flow logics for emergencies and emergencies in order to contemplate the speed of this type of occurrence. Hospitalization is based on unstructured screening in terms of emergencies and emergencies, with initial listening and screening of health agents and nursing staff based on major complaints for appointment scheduling. When emergency care is needed, it is "immersed" in the sea of the appointments already scheduled, making it difficult to prioritize and provide the fastest service required by this type of situation. For the analysis of the health situation of the municipality and the identification of the main problems was used the Strategic Situational Planning. This paper aims to elaborate an intervention project to optimize the flow of acute and emergency care cases in the basic health unit. To support the preparation of the intervention project, a bibliographical review was carried out in the Virtual Health Library. It is expected that the proposal to improve the flow of care can guarantee quality service for the patient.

Key words: Primary Health Care. User Embrace. Emergency Relief.

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO	7
1.1 Breves informações sobre o município de Indianópolis-MG.....	7
1.2 Breves informações sobre o município de Indianópolis-MG.....	7
1.3 A Equipe de Saúde da Família, seu território e sua população.....	8
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade.....	9
2 JUSTIFICATIVA.....	14
3 OBJETIVOS.....	16
3.1 Geral.....	16
3.2 Específicos.....	16
4 METODOLOGIA.....	17
5 REFERENCIAL TEÓTICO.....	18
5.1 Acolhimento.....	18
5.2 Protocolos clínicos.....	18
5.3 Protocolo de Manchester.....	19
5.4 Protocolo de Manchester na Atenção Primária à Saúde.....	20
6 PROPOSTA DE INTERVEÇÃO.....	21
6.1 A proposta metodológica: os quatro momentos do PES.....	21
6.2 O momento explicativo: selecionando e compreendendo o problema.....	21
6.3 O momento normativo: as propostas de ação em diferentes cenários.....	21
6.4 O momento estratégico: construindo a viabilidade do plano.....	23
6.5 O momento tático-operacional: a gestão o plano.....	23
6.6 Proposta de intervenção.....	23
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
REFERÊNCIAS.....	25

1 INTRODUÇÃO

O autor desse Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) é profissional médico da Equipe de Saúde da Família, vinculada à Unidade Básica de Saúde (UBS) Dona Lica, município de Indianópolis, Minas Gerais. Este TCC objetiva apresentar um plano de intervenção sobre um dos problemas de saúde do território da equipe e de sua comunidade adscrita.

No sentido de contextualizar a proposta são apresentados inicialmente:

- Breves informações sobre o município de Indianópolis-MG
- O sistema municipal de saúde
- A Equipe de Saúde da Família, seu território e sua população
- Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

1.1 Breves informações sobre o município de Indianópolis-MG.

Indianópolis-MG é uma cidade com 6693 habitantes (IBGE, 2015), localizada na região do triângulo mineiro (noroeste do estado de Minas Gerais) e distante 532 km da capital Belo Horizonte- MG. A cidade teve um crescimento populacional de 8% nos últimos cinco anos em função da migração da população do nordeste do país para trabalho na zona rural (IBGE, 2015). Como em várias cidades brasileiras, esse crescimento não foi acompanhado do correspondente crescimento econômico, de infraestrutura e, muito menos, de um desenvolvimento social. A cidade vive basicamente da agricultura do café e do plantio de madeira para extração de celulose. Pela proximidade do rio Araguari a pesca é muito importante, além da pecuária. A cidade sempre teve uma forte tradição religiosa, festas religiosas como a Páscoa e a da Padroeira da cidade movimentam fortemente o comércio e as atividades culturais. Na área de saúde, Araguari-MG acaba sendo referência para consultas e exames de média complexidade, atendimento de emergência, e cuidado hospitalar.

1.2 O sistema municipal de saúde

O município dispõe de duas Unidades Básicas de Saúde (CNES, 2016). O acolhimento é bastante humanizado, a população utiliza a Unidade de Saúde como espaço de socialização e fortalecimento de laços de amizade entre os habitantes, cuidados preventivos e terapêuticos.

Os animais de estimação como os cachorros dos pacientes também comparecem à recepção, é algo inusitado, porém bonito de ver, pois isso torna a visita ao ambiente de saúde uma visita amigável, sem a pressão de um lugar marcado por doenças e tristeza.

A população tem muito apreço pela Unidade Básica de Saúde (UBS) Dona Lica, pois é onde suas queixas são levadas a sério, no outro Programa Saúde da Família (PSF) que, atende outra metade da cidade, também funciona o pronto socorro no horário noturno, logo o atendimento é mais baseado em queixa-conduta.

1.3 A Equipe de Saúde da Família, seu território e sua população

Há alguns anos o município adotou a Estratégia de Saúde da Família para a reorganização da atenção básica e conta hoje com duas equipes na zona urbana (cada equipe atendendo em torno de 3 mil usuários) e uma equipe na zona rural.

Em minha equipe de saúde trabalhamos para acompanhar de perto o usuário e produzir saúde longitudinalmente, indo além do simples pronto socorro.

A grande porta de entrada ao serviço de saúde é a demanda espontânea (maior parte) e com o atendimento de alguns programas, como: saúde bucal, pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos.

O acompanhamento dos usuários desenvolvido na unidade de saúde e a união da equipe como um todo é sem dúvidas, um ponto bastante positivo e de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível regional.

Inicialmente as demandas são discutidas em rodas de conversa com agentes comunitários de saúde que transmitem as demandas da população aliada aos determinantes do PSF- diretrizes do SUS. Logo para doentes crônicos instituímos grupos de saúde como para os hipertensos, diabéticos, obesos, tabagistas. Temos

também na agenda um espaço para visitas domiciliares para pacientes crônicos com múltiplas demandas.

Também contempla a atenção aos casos agudos a demanda diária de urgências tida como acesso ampliado ao sistema de saúde, onde diariamente metade dos atendimentos são de urgência. Para acompanhamento longitudinal crônico temos o dia para saúde do idoso, saúde da criança, do homem, da mulher e da gestante. O mais importante e interessante desse trabalho da agenda, vale comentar, é a definição de casos crônico-agudos como um bloco dinâmico, já que um doente crônico possui demandas agudas ou um doente agudo pode ser inserido num grupo de produção de saúde. Por exemplo, um paciente com uma queixa de tosse aguda que é tabagista também fica inserido no grupo longitudinal.

O acesso ampliado é importante, porém situações de urgência e emergências fazem parte do dia a dia, atrapalhando o fluxo longitudinal de cuidado dos usuários. Muitos comparecem apenas para renovar suas receitas por ser mais prático e mais rápido, porém seu cuidado de saúde fica muito prejudicado.

Trabalhamos com o desafio de criar lógicas de fluxo às urgências e emergências de forma a contemplar rapidez nesse tipo de ocorrência e orientar os pacientes que a renovação de receita não deve ser escolhida como primeira opção e sim priorizar a consulta médica para correta abordagem global da situação de saúde.

O município não auxilia nesse ponto, faltando muitos recursos e somos obrigados a encaminhar demasiadamente os usuários para um simples exame de sangue, aumentando gastos em todas as esferas (tempo, transferência, retorno para médico de origem, etc.).

A base para a organização da assistência de uma rede de atenção à saúde de usuários com condições crônicas deve ser a estratificação de risco desses usuários, que observa o princípio da equidade do SUS (SES/MG, 2013), onde riscos diferenciados devem ser beneficiados com intervenções distintas. Para isso, o trabalho em equipe é fundamental no reconhecimento de sinais de alerta

1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

A seguir, apresenta-se uma Tabela dinâmica dos principais problemas identificados.

Tabela 1 - Principais problemas identificados na Unidade Básica de Saúde Dona Lica, no município de Indianópolis, Minas Gerais

Problema	Valor	Urgência (0-10)	Capacidade enfrentamento	Seleção
Migrantes nordestinos chegam à cidade com famílias constituídas (crianças, idosos) e acabam enfrentando dificuldades para acesso aos serviços de saúde, educação e moradia.	Alta	5	Parcial	4
Pouco recurso nas áreas de saúde especializada e dificuldade encaminhamento para rede secundária.	Alta	9	Parcial	3
Os indicadores de violência e vulnerabilidade social têm aumentado nos últimos anos.	Média	5	Baixa	4
Dificuldade transporte (ônibus, ambulância)	Média	8	Alta	2
Fila de espera para realização exames laboratoriais e de imagem	Alta	10	Alta	2
Farmácia fica desvinculada do prédio da UBS. Logo se algum medicamento está em falta, o paciente tem que retornar até a UBS, informar ao médico e depois retornar novamente à farmácia.	Baixa	4	Parcial	6
O lixão na entrada da cidade é o principal problema. O lixo fica a céu aberto, exposto e atraindo animais transmissores de doenças como ratos e insetos.	Média	6	Parcial	3
Inexistência ensino superior na cidade, dificuldade acesso ao ensino superior nas cidades de referência pelo transporte ineficaz.	Média	7	Parcial	4
Ausência de aulas em período integral. O estudante termina o período escolar e não dispõe de ambientes de lazer, convivência.	Baixa	4	Baixa	4
Dificuldade e atraso no fluxo atendimento urgência e emergência	Alta	10	Parcial	1
Obesidade Infantil	Alta	9	Parcial	1
Agravos crônicos (Lombalgia/Hipertenso/ Diabético)	Alta	8	Parcial	3
Renovação de receita sem consultas	Alta	10	Parcial	1

Fonte: Elaborado pelo autor, 2017

A partir da Tabela 1, podemos observar claramente a descrição dos principais problemas do município de Indianópolis-MG em termos sociais, políticos e econômicos que interferem na produção de saúde. Para realizar nosso plano de ação, baseado no Planejamento Estratégico em Saúde (PES), temos como próximo passo o conhecimento de causas e consequências dos problemas mais urgentes apontados. Como diz o filósofo Espinosa, “Conhecer o problema é conhecer pela Causa” (ESPINOSA, 1969).

Identificado como mais urgente o problema dos fluxos dificultados de encaminhamento de urgência e emergência está pautado em:

Gerais:

- Modelo econômico e político em que o município se insere oferecendo serviços de atenção primária somente, sem estrutura de ambulância e transporte eficiente até centros secundários em casos de maior gravidade de agravos à saúde.

Mais imediatos:

- Triagem não estruturada em termos de urgências e emergências, sendo a escuta inicial e triagem de agentes de saúde e equipe de enfermagem baseada em queixas principais para agendamentos de consultas. Quando é necessário um atendimento de urgência, este fica “imerso” no mar dos atendimentos já agendados dificultando a prioridade e o atendimento mais rápido demandado por esse tipo de situação.
- Paciente acaba solicitando para médico renovar sua prescrição porque acha mais fácil, rápido e prático não gostando de dedicar um tempo maior para consulta com médico para entender sua doença e pensar nas complicações que vão resultar em maior risco e descompensação da doença de base.

Tabela 2- Nó Crítico e Propostas de Intervenção para a Unidade Básica de Saúde Dona Lica, no município de Indianópolis, Minas Gerais

Nó Crítico	Projeto	Resultado Esperado	Produtos	Recursos
Triagem não estruturada em termos de urgências e emergências	Triagem de urgência e emergência na Atenção Primária	Encaminhamento mais rápido para rede secundária. Reduzir atrasos e riscos ao paciente crítico e que necessita abordagem clínica/cirúrgica em horas ou minutos.	Plano de triagem eficiente Transporte aprimorado Consultas amplas em detrimento simples renovação prescrição	Universitário: Modelos de triagem Político: Viabilização de melhores fluxos para atendimento secundário Econômico: Equipar ambulância do município

Fonte: Elaborado pelo autor, 2017

Tabela 3 - Nó Crítico do principal problema identificado na Unidade Básica de Saúde Dona Lica, no município de Indianópolis, Minas Gerais e Plano Operativo para seu enfrentamento.

Operação	Desenho das operações	Recursos críticos	Análise Viabilidade	Plano operativo Prazos e responsáveis
Triagem de urgência e emergência na Atenção Primária	Plano de triagem eficiente	Conhecimento técnico e manuais/protocolos de triagem.	Elevada.	Médico e equipe de saúde. Desde agentes de saúde que fazem o primeiro contato domiciliar com o paciente e que deve estar ciente de riscos/urgências. (Alguns pacientes são acamados e necessitam visita domiciliar do médico)
	Transporte aprimorado	Reunião com secretaria de saúde para aprimorar fluxo de urgência e emergência e equipar ambulância.	Baixa	Órgãos gestores saúde
	Consultas amplas em detrimento simples renovação prescrição	Mobilização da população através de informações durante a consulta sobre importância da consulta em detrimento simples renovação receita. (prescrição)	Elevada	População (pacientes)

Fonte: Elaborado pelo autor, 2017

2 JUSTIFICATIVA

A Política Nacional de Atenção às Urgências, que normatizou os sistemas de urgência e emergência, estabelece como atribuições da atenção primária à saúde (unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família) o acolhimento e atendimento das urgências de baixa gravidade e cuja complexidade seja compatível com este nível de atenção, com o acolhimento dos pacientes com quadros agudos ou crônicos agudizados de sua área de cobertura. (BRASIL, 2006).

Desta maneira, o atendimento à demanda espontânea e, em especial, às urgências e emergências envolve ações que devem ser realizadas em todos os pontos de atenção à saúde, entre eles, os serviços de atenção básica, incluindo aspectos organizativos da equipe e seu processo de trabalho como também aspectos resolutivos de cuidado e de condutas. (BRASIL, 2012).

No entanto, na Unidade Básica de Saúde Dona Lica, frequentemente trabalha-se com o desafio de criar lógicas de fluxo às urgências e emergências, de forma a contemplar rapidez nesse tipo de ocorrência. Observa-se que o acolhimento é baseado em uma triagem não estruturada em termos de urgências e emergências, sendo a escuta inicial e triagem, dos agentes de saúde e equipe de enfermagem, baseada em queixas principais para agendamentos de consultas. Quando é necessário um atendimento de urgência, este fica “imerso” no mar dos atendimentos já agendados, dificultando a prioridade e o atendimento mais rápido demandado por esse tipo de situação.

Dessa maneira, a realização desse trabalho justifica-se, ao propor uma reflexão acerca da dinamização do atendimento que pode transformar a resolução de queixas que demandam rapidez (urgências) em um cuidado mais abrangente. Neste ambiente de prática viu-se a necessidade de pensar em uma escuta ampliada com a lógica de inserir o paciente, a partir do primeiro acesso à Unidade Básica de Saúde (uma verdadeira porta de entrada), em uma ampla gama de recursos oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para promoção de saúde e prevenção de doenças.

Após leitura e avaliação das experiências dos municípios no Brasil acerca da implantação dos vários modelos de classificação de riscos existentes, optou-se em utilizar o Protocolo de Manchester. Esta escolha foi justificada por ser:

- Rápido e objetivo.
- Reprodutível.
- Não trabalhar com diagnóstico, mas com sinais e sintomas.
- Possuir linguagem padronizada nos vários pontos de atenção à saúde e entre os profissionais da unidade.
- Ser passível de auditoria.
- Ter alta precisão e tender a superestimar o risco clínico.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Elaborar um projeto de intervenção para otimização do fluxo de atendimentos de casos agudos de urgência e emergência no PSF.

3.2 Específicos

Ampliar a escuta de casos agudos inserindo o usuário no cuidado longitudinal.

Melhorar a rapidez e organização que atendimentos de urgência demandam pelo risco imediato à saúde do usuário.

Estabelecer mecanismos dentro da equipe para concordância da classificação de risco.

Inserir o usuário com queixa aguda no cuidado longitudinal, fortalecendo o acolhimento.

4 METODOLOGIA

Para realização do projeto de intervenção foram realizadas as seguintes etapas:

- Revisão bibliográfica para levantamento das evidências já existentes sobre objeto deste trabalho, visando a compreensão das finalidades e funcionamento do acolhimento e acesso direto ao Sistema Único de Saúde. A busca ocorreu nas revistas científicas de renome e destaque na área e manuais do Ministério da Saúde, utilizando-se os seguintes descritores: Atenção Primária à Saúde, Acolhimento e Socorro de Urgência.
- Desenvolvimento do trabalho pensando-se em estratégias de acolhimento a partir do entendimento da realidade do ambiente de prática da Unidade Básica de Saúde com o método Planejamento Estratégico Situacional
- Análise dos fluxogramas e dispositivos usados em Pronto Socorro, já validados, utilizando-se esses conhecimentos específicos para aplicação no Programa de Saúde da Família, porém de forma personalizada para garantir o cuidado longitudinal que é preconizado pelo mesmo.

A partir dessas ferramentas metodológicas conseguiu-se refletir, junto com a equipe, gestores e rodas de discussão como tem funcionado e como poderia ser ampliado o cuidado na Unidade Básica de Saúde.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Acolhimento

O acolhimento é uma atividade direcionadora, cujos objetivos são recepcionar, triar, acolher de forma humanizada e ser a porta de entrada para os usuários nas unidades de saúde (BRASIL, 1996). A implantação de acolhimento da demanda espontânea altera os modos de organização das equipes, uma vez que não é suficiente o usuário ficar na fila para conseguir as senhas do dia, nem é necessário encaminhar todas as pessoas ao médico. Na Atenção Básica o acolhimento à demanda espontânea é diferente de um serviço de urgência ou emergência, uma vez que, a não ser em certas situações, não é necessária a rigidez no tempo para atendimento. (BRASIL, 2010).

O acolhimento avalia os riscos e vulnerabilidades, elege prioridades, percebe as necessidades clínico-biológicas, epidemiológicas e psicossociais, que precisam ser consideradas, permitindo a hierarquização das necessidades quanto ao tempo do cuidado e suas características (STARFIELD, 2002). Assim, é importante que as equipes discutam e elaborem planos de como os diferentes profissionais participarão do acolhimento.

Nesse sentido, a Estratégia de Saúde da Família trabalha com estratégias de Vinculação, Responsabilização, Clínica ampliada e Gestão do cuidado sobre riscos e vulnerabilidades, lançando seu olhar sobre: presença de risco social, ambiental e familiar, classificações dinâmicas (considerando que a condição de saúde do usuário pode mudar em pouco tempo) e análise da possibilidade de mais de um tipo de intervenção no mesmo dia (BRASIL, 2010).

5.2 Protocolos clínicos

Os protocolos clínicos são instrumentos de normalização dos processos de trabalho em saúde que, sob a forma de documentações sistematizadas normalizam o padrão de atendimento à determinada patologia ou condição, discriminando as ações de prevenção, diagnóstico, cura/cuidado ou reabilitação em um determinado ponto de atenção (MENDES, 2002), devendo fornecer apoio à decisão clínica e instrumentalização quanto à organização do processo de trabalho, estabelecendo a

integralidade do cuidado e as medidas de suporte. Devem ainda ser fácil apropriação pelos profissionais e usuários dos serviços de saúde e orientar as equipes quanto ao planejamento local, possibilitando o monitorar as ações em saúde e avaliar os resultados (REVISÃO DAS DIRETRIZES CLÍNICAS, 2013).

No entanto, o profissional da Atenção Primária à Saúde de Saúde, em sua avaliação deve interpretar, discriminar e avaliar a informação coletada dos pacientes e fazer uma análise crítica de suas ações após essa decisão. Deverá reconhecer outras necessidades ou sinais de alerta para direcionar sua tomada de decisão não se limitando ao protocolo de classificação de risco, embora este seja uma ferramenta de manejo clínico de risco que orienta na coleta de informações e dados do usuário e padronizam os critérios para estabelecer a prioridade clínica. (MACKWEY-JONES; MARDSEN; WINDLE. 2010).

5.3 Protocolo de Manchester

O sistema de triagem de Manchester originou-se em 1997 na cidade de Manchester, na Inglaterra (HAY et al., 2001), em função da necessidade de se aprimorar a qualidade da assistência nos serviços de urgência e emergência, priorizando os pacientes em relação ao risco apresentado em relação ao fluxo nos atendimentos (SCHARAM, 1997). Sua implantação ocorreu progressivamente em todos os hospitais do Reino Unido, sendo adotado por diversos países da Europa (QUILETE et al., 2009).

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais optou, em 2012, por implantar a triagem classificatória de risco por meio deste Protocolo em todas as unidades de atenção à saúde para padronizar os critérios de avaliação e propiciar atendimento da demanda espontânea em menor tempo, além de integrar os serviços de saúde e reduzir a fragmentação da rede assistencial (BELO HORIZONTE, 2012). A classificação de risco sistematizada pelo mesmo determina padrões para o atendimento de emergências e substitui o modelo tradicional da organização das demandas (SHIROMA, PIRES, 2011).

Estudos do Grupo Brasileiro de Classificação de Risco comprovam que a utilização deste protocolo tem alcançado o objetivo de estabelecer tempo de espera, rompendo o atendimento por ordem de chegada e organizando a rede de atenção

com racionalização, resolutividade, equidade do acesso e humanização dos serviços de saúde (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2010).

5.3 Protocolo de Manchester na Atenção Primária à Saúde

Estudo realizado por Moreira et al., (2017) revela que a utilização do protocolo na Atenção Primária contribuiu com o rompimento do atendimento por ordem de chegada e com a garantia de acesso ao serviço e Moreira (2014) aponta que as potencialidades citadas pelos participantes foram o respaldo propiciado, por conter documentos eletrônicos que comprovam as condutas realizadas; a possibilidade de classificar os usuários de acordo com a condição clínica, para estabelecer prioridades e organizar o atendimento; e o rompimento com o atendimento por ordem de chegada/filas.

Como o protocolo, foi originalmente elaborado para os serviços de urgência, há necessidade de adequações para sua aplicação na Atenção Primária à Saúde. No entanto, seu método de classificação não deve ser modificado para manter a padronização de linguagem em qualquer lugar. A classificação é uma forma de avaliação dos casos mais agudos que envolvem riscos clínicos para garantir agilidade, no entanto, a vulnerabilidade ambiental, social e familiar devem ser exploradas (BELO HORIZONTE, 2011).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 A proposta metodológica: os quatro momentos do PES

O conceito de Momento, formulado para superar a idéia rígida de “etapas”, implica numa visão dinâmica do processo de planejamento, que se caracteriza pela permanente interação de suas fases e pela constante retomada dos mesmos durante a construção, estabelecendo um diálogo constante entre as partes constituintes dessa metodologia. O Método PES (Planejamento Estratégico Situacional) prevê quatro Momentos (MATUS, 1994) para o processamento dos problemas: os Momentos Explicativo, Normativo, Estratégico e Tático-Operacional. Cada um desses Momentos possui suas ferramentas metodológicas específicas que se articulam entre si (ARTMANN, 2000).

6.2 O momento explicativo: selecionando e compreendendo o problema

O primeiro Momento consiste na seleção e análise dos problemas considerados relevantes sobre os quais há a proposta de intervenção. Após a seleção dos problemas, passa-se à sua descrição através de indicadores e descritores para uma maior clareza. Os descritores quantitativos ou qualitativos devem ser necessários para expressar o problema, e estes serão utilizados para avaliar os impactos e consequências do plano.

6.3 O momento normativo: as propostas de ação em diferentes cenários

É aqui que ocorre o desenho do plano de intervenção, ou seja, definir as operações concretas que visam resultados, tomando como referência os nós críticos selecionados.

Esse objetivo pode ser desenhado transformando-se os descritores do problema em novos indicadores almejados, os chamados indicadores de resultado. Cada descritor deverá ser transformado num resultado esperado, uma decorrência das prováveis intervenções sobre o problema.

6.4 O momento estratégico: construindo a viabilidade do plano

Aqui é realizada a análise de viabilidade do plano nas suas várias dimensões: política, econômica, cognitiva e organizativa. Anteriormente já é feita uma pré-análise de viabilidade, pois estamos diante de situações que o ator não controla todos os recursos necessários para a realização do plano.

6.5 O momento tático-operacional: a gestão o plano

Este é o Momento da elaboração do Plano. Lembremos que, na visão do PES, planejamento e gestão são inseparáveis, o plano é um verdadeiro compromisso de ação, prático e não apenas teórico, que visa resultados gerando impacto nos problemas selecionados, promovendo novas situações com consequências positivas comparando com a situação inicial.

Para acompanhar a realização do plano de maneira a produzir mudanças reais, são necessárias formas adequadas de gerenciamento e monitoramento.

6.6 Proposta de intervenção

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Triagem não estruturada em termos de urgências e emergências”, para o qual se registra uma explicação e descrição de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS et al.,2010).

Quadro 1- Operações sobre o “Triagem não estruturada em termos de urgências e emergências”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Dona Lica, no município de Indianópolis, Minas Gerais.

Nó crítico	Triagem não estruturada em termos de urgências e emergências
Operação	Triagem de urgência e emergência na Atenção Primária
Projeto	Triagem de urgência e emergência na Atenção Primária
Resultados esperados	Encaminhamento mais rápido para rede secundária. Reduzir atrasos e riscos ao paciente crítico e que necessita abordagem clínica/cirúrgica em horas ou minutos.
Produtos esperados	Plano de triagem eficiente Transporte aprimorado Consultas amplas em detrimento simples renovação prescrição Inserção no cuidado longitudinal do usuário com queixa aguda
Atores sociais/responsabilidades	Processo participativo envolvendo toda equipe de saúde do município e órgãos políticos
Recursos necessários	Universitário: Modelos de triagem Político: Viabilização de melhores fluxos para atendimento secundário Econômico: Equipar ambulância do município
Recursos críticos	Conhecimento técnico e manuais/protocolos de triagem. Reunião com secretaria de saúde para aprimorar fluxo de urgência e emergência e equipar ambulância. Mobilização da população através de informações durante a consulta sobre importância da consulta em detrimento simples renovação receita. (prescrição)
Controle dos recursos críticos/Viabilidade	Ator que controla: Médico e equipe de saúde Motivação: Identificação de nós críticos e de dificuldades no atendimento Ator que controla: Secretariado de saúde Motivação: Controle dos recursos econômicos e incentivos políticos na saúde Ator que controla: População Motivação: Cooperação para auxiliar na identificação dos problemas e compreender a nova dinâmica do fluxo de atendimentos
Ação estratégica de motivação	Interesse social da população em garantir que sua queixa aguda seja bem classificada e o trabalho médico seja dinamizado.
Responsáveis:	Todos os envolvidos no trabalho são responsáveis, Dever de toda a equipe se responsabilizar pelas mudanças e implementação do projeto.
Cronograma / Prazo	Inicialmente em 4 meses serão identificados todas as ações e protocolos de urgência e emergência. Em 10 meses serão implementados respeitando peculiaridades expostas da Atenção Primária à Saúde.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2017

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se que a proposta de melhoria do fluxo de atendimento possa garantir serviço de qualidade para o usuário do SUS, vinculados à Unidade Básica de Saúde Dona Lica no município de Indianópolis, Minas Gerais, criando agilidade e evitando atropelos, sem que a rapidez seja sinônimo de pressa ou superficialidade.

Acredito que o acolhimento do usuário e a resolução de sua necessidade demonstram um interesse verdadeiro por toda a sua complexidade.

REFERÊNCIAS

ARTMANN, E. **O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial**. Cadernos da Oficina Social 3:Série Desenvolvimento Local. Rio de Janeiro: Coppe/UFRJ, 2000.

BELO HORIZONTE. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. SES promove reunião para discutir Protocolo de Manchester [online], 2012. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/story/3548-sespromove-reuniao-para%20discutir-protocolo-demanchester-sesmg>. Acesso em 06/06/2017.

BELO HORIZONTE. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Portaria nº 0013: regulariza o fluxo de atendimento ao público prioritário em Unidades e Serviços de Saúde. 06 de setembro de 2011.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Coordenação Geral de Urgência e Emergência. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília: Ministério da saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução Nº 510 de 07 de Abril de 2016: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

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

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

ESPINOSA. B. **Tratado da reforma do entendimento**. Edição bilíngue. Trad. Abílio Queirós. Prefácio e notas de Alexandre Koyré. Lisboa: Edições 70, 1969. (Textos filosóficos).

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. Sistema Manchester de Classificação de Risco. Manchester Triage Group, 2010.

HAY. E.; BEKERMAN, L.; ROSEMBERG, G.; PELED, R. Quality assurance of nurse triage: consistency of results over three years. **Am J Emerg Med**. v. 19, n.2, p. 113-17, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015 . Informações sobre os municípios Brasileiros. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php?lang=> > acesso em 21 de maio 2016.

MACKWEY-JONES, K; MARDSEN J.; WINDLE, J. **Sistema Manchester de Classificação de Risco**: classificação de risco na urgência e emergência. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. 2010.

MATUS, C. Guia de Análisis Teórico. Curso de Governo e Planificação. Caracas: Fundación Altadir. 1994

MENDES, E. V. A **Atenção primária à Saúde no SUS**. Fortaleza. Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MOREIRA, D. A. Protocolo de Manchester na Atenção Primária à Saúde. visão de profissionais, usuários e gestores. Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. 838p. Belo Horizonte:2014.

MOREIRA, D. A.; TIBÃES, H. B.; BATISTA, R. C.R.; CARDOSO, C. M. L.; BRITO, M. J. M. 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
Acesso em 04/07/2017

QUILETE, J. B.; OLIVEIRA, A. L.G.; XAVIER, B .L.S.; GOMES, S. R. **Acolhimento com classificação de risco no serviço de emergência: tecnologia de cuidado que assegura acesso universal, resolutivo e humanizado no atendimento**. In: IX Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2009; Recife, Brasil. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/ABRASCO; 2009.

REVISÃO DAS DIRETRIZES CLÍNICAS. OFICINA I VALIDAÇÃO DA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS. Santo Antônio do Monte Setembro, 2013. Disponível em: <http://www.conass.org.br/liacc/wp-content/uploads/2015/02/Oficina-3-Validacao-EstratificacaoRisco-CondCr.pdf>.
Acesso em 09/06/2017.

SCHARAM, F. R. Da bioética privada à bioética pública. In: FLEURY, S. organizadora. Saúde e democracia: a luta do C.E.B.E.S., São Paulo: Lemos Editorial; 1997.

SHIROMA, L. M. B.; PIRES, D. E. P. Classificação de risco em emergência – um desafio para as/os enfermeiras/os. **Enferm Foco**. v. 2, n.1,p.14-17, 2011.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco. Ministério da Saúde: Brasília, 2002.