

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

ISABELLA GALVÃO ANDRADE

**ORGANIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO DA DEMANDA ESPONTÂNEA E
INTRODUÇÃO DO PROTOCOLO DE MANCHESTER NA ESF SÃO
FRANCISCO**

UBERABA-MG

2017

ISABELLA GALVÃO ANDRADE

**ORGANIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO DA DEMANDA ESPONTÂNEA E
INTRODUÇÃO DO PROTOCOLO DE MANCHESTER NA ESF SÃO
FRANCISCO**

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

Orientadora: Professora. Maria José Nogueira

UBERABA-MG

2017

ISABELLA GALVÃO ANDRADE

**ORGANIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO DA DEMANDA ESPONTÂNEA E
INTRODUÇÃO DO PROTOCOLO DE MANCHESTER NA ESF SÃO
FRANCISCO**

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

Orientadora: Professora. Maria José Nogueira

BANCA EXAMINADORA

Examinador 1: Professora. Maria José Nogueira.

Examinador 2: Professora. Fernanda Magalhães Duarte Rocha.

Aprovado em Belo Horizonte, em 06 de julho de 2017.

DEDICATÓRIA

À minha família que me apoiou desde o início para o desenvolvimento desse trabalho, em especial minha mãe Ione, minha irmã Luciana e meu noivo Daniel, os quais nunca deixaram de me incentivar nos momentos de ansiedade e insegurança.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a equipe da Estratégia de Saúde da Família São Francisco por me acompanhar durante essa trajetória.

Dai-me Senhor, a perseverança das ondas do mar, que fazem de cada recuo, um ponto de partida para um novo avançar.

Cecília Meireles

RESUMO

A Estratégia de Saúde da Família São Francisco, situada no Município de Conceição das Alagoas-MG, vem apresentando alguns problemas que prejudica o processo de trabalho da equipe. Vários problemas foram identificados na área descrita, entre eles definimos um prioritário que é a organização da grande demanda espontânea. Dessa forma elaboramos um projeto de intervenção para organizar o acolhimento da demanda espontânea e a introdução de uma classificação de risco eficaz com o uso do protocolo de Manchester. O trabalho foi elaborado através do Planejamento Estratégico situacional onde realizamos uma estimativa rápida da área, obtendo o diagnóstico situacional, definindo o problema prioritário e os seus nós críticos a serem abordados. Houve melhorias após implantação de grupos de cuidado continuado com participação da médica e enfermagem, pois através deles podemos educar a população quanto ao funcionamento dos serviços de saúde, promoção de saúde, prevenção de doenças. Colocamos uma profissional capacitada para o gerenciamento da agenda já implantada anteriormente para a demanda programada, como saúde do homem, saúde da mulher, puericultura, pré-natal, saúde do adolescente, visitas domiciliares. Almejamos melhorias que contribua tanto para o processo de trabalho da equipe como para qualidade dos atendimentos aos usuários, tendo como estratégia um acolhimento humanizado e a inserção do protocolo de Manchester para a classificação de risco.

Palavras-chave: Acolhimento. Agendamento de consultas. Classificação de demanda.

ABSTRACT

The São Francisco Family Health Strategy, located in the city of Conceição das Alagoas, Minas Gerais, has been presenting some problems that undermine the work process of the team. Several problems were identified in the area described, among them we set out priority that is the organization of the great spontaneous demand. Thus, we prepared an intervention project to organize the reception of the spontaneous demand and the introduction of an effective risk assessment making use of the Manchester Protocol. The work was elaborated through the situational Strategic Planning, where we made a quick estimate of the area, obtaining the situational diagnosis, defining the priority problem and its critical nodes to be addressed. There were improvements after implanting the continued care groups with the participation of the physician and nursing team, because through them we were able to educate the population about the functioning of the health services, the promotion of health and disease prevention. We provided a fit professional to manage agenda already in place for the programmed demand such as man's health, woman's health, childcare, prenatal care, teenage health and home visits. We look forward to improvements that contribute as much for the work process of the team as for the quality of the users, with a humanized approach as strategy and the insertion of the Manchester Protocol for risk assessment.

Key words: Reception. Scheduling appointment. Demand assessment.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

ASB - Auxiliar de Saúde Bucal

DeCS- Descritores em Ciências da Saúde

ESF - Estratégia de Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências em Saúde

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

PES – Planejamento Estratégico Situacional

SCIELO - Scientific Electronic Library online

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
1.1 Estratégia de Saúde da Família	13
1.1.2 Funcionamento da Unidade de Saúde	15
1.2 Aspectos Epidemiológicos da Área de Abrangência da ESF São Francisco	18
2. JUSTIFICATIVA.....	20
3. OBJETIVOS.....	22
3.1. Objetivo geral	22
3.2. Objetivo específico	22
4. METODOLOGIA	23
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	28
6.1. Plano de ação.....	28
6.1.1 Definição de problemas.....	28
6.1.2 Priorização de problemas.....	28
6.1.3 Descrição do problema selecionado	29
6.1.4 Explicação do problema	30
6.1.5 Seleção dos nós críticos	30
6.1.6 Desenho das operações	31
6.1.7 Identificação dos recursos críticos	33
6.1.8 Análise da viabilidade do plano	33
6.1.9 Elaboração de um plano operativo	34
6.1.10 Gestão do plano	37
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS.....	41

1. INTRODUÇÃO

O município de Conceição das Alagoas tem uma população estimada de 26018 habitantes (IBGE, 2015). Área de unidade territorial de 1.340,250 Km² e densidade demográfica de 17,19 hab/Km². Existem 6463 famílias e 6944 domicílios particulares permanentes (CENSO, 2010). Tem como prefeito o senhor Celso de Oliveira Pires, secretária Municipal de saúde Joseane Mendes.

O município supracitado encontra-se situado na microrregião de Uberaba, cidade da qual é ligada pela MG-427, e distante desta a 56 km. Situa-se no Triângulo Mineiro a 530 km da capital Belo Horizonte.

Os primeiros brancos a desbravarem a região onde hoje se situa o Município de Conceição das Alagoas, foram bandeirantes em busca de ouro e pedras preciosas. Em 1811, chegou ao local João Batista Siqueira, deixando plantada a Fazenda Alagoas. Quarenta anos depois, José de Souza Lima, coproprietário dessa fazenda, encontrou próximo a uma cachoeira do Rio Uberaba, um valioso diamante. No mesmo ano, o Padre Francisco Rocha organizava no local um núcleo de garimpeiros, recebendo a cachoeira o seu nome. Esses fatos correram de boca em boca, atraindo mais gente ao sítio. Em 1858, o Sr. Antônio Correia de Moraes, com o auxílio de moradores do povoado, que então já era conhecida como "Garimpo das Alagoas", iniciou a construção de uma Capela, posteriormente concluída pelo Padre Felício Joaquim da Silva Miranda. Em 1869, era o povoado então pertencente ao Distrito de Campo Formoso (Campo Florido). E nove anos mais tarde, pela Lei estadual nº 2464, de 21 de outubro de 1878, foi o distrito elevado à Freguesia de Nossa Senhora da Conceição das Alagoas, passando a integrar o município de Uberaba. A 17 de dezembro de 1938, por Decreto-lei estadual nº 148, foi criado o município, tendo sua instalação se verificado em 1º de janeiro de 1939 (IBGE, 2015).

O município de Conceição das Alagoas foi elevado à Comarca pela Lei nº 1039 e a esta Comarca está subordinado o município de Pirajuba. O município recebe o nome de Conceição das Alagoas em homenagem a Nossa Senhora da Conceição e devido ao grande número de lagoas existentes no local. O gentílico oficial no município é Garimpense, porém os moradores usam Conceição Alagoano (IBGE, 2015).

Como aspectos socioeconômicos o município apresenta um Índice de desenvolvimento Humano (IDH) de 0,712; taxa de alfabetização de adultos de 0,865;

o valor do rendimento nominal médio mensal per capita dos domicílios particulares permanentes é do total de R\$861,08; esperança de vida ao nascer = 71,28 anos; crescimento populacional de 1.83; taxa de fecundidade = 2.32; grau de urbanização = 84; taxa de alfabetização das pessoas de 5 anos ou mais de idade = 90.84; proporção de domicílios particulares permanentes por tipo de saneamento adequado = 84,27%, semi-adequado = 10,93% e inadequado = 4,80%. (IBGE- Censo 2010)

Na economia, Conceição das Alagoas sempre se dedicou à pecuária de leite e corte, às lavouras de soja, milho, sorgo e arroz; no entanto desde meados da década de 1990, as culturas de soja e cana-de-açúcar vêm conquistando o espaço. No município, está instalada a Usina Delta - usina de álcool e açúcar do Grupo Carlos Lyra - e a Usina Hidroelétrica Volta Grande (Cemig). Segundo dados do IBGE em 2011 o valor adicionado bruto da agropecuária a preços correntes foi de 267.937,00, contra 138.367,00 do valor adicionado bruto da indústria e 235.938,00 do valor adicionado bruto dos serviços (IBGE, 2015).

A saúde conta com o total de 15 estabelecimentos que prestam serviços à população sendo que 14 deles são públicos. Existem 09 Programas da Saúde da Família que cobrem 100% da área total, 1 ESF na zona rural, um hospital municipal e uma UBS no município (MS/SAS/DAB e IBGE, 2015).

No município há 9 escolas, 3 creches, 5 igrejas, 1 ONG e 2 sindicatos. De acordo com informações coletadas não tem associação de moradores. Como opções de lazer existem bares, clubes, ranchos, cachoeiras turísticas, pescaria. A cidade faz parte do circuito das águas.

Quanto aos aspectos demográficos, a divisão por faixa etária da população de Conceição das Alagoas, encontramos de 0 a 9 anos 15,9 % dos habitantes, de 10 a 19 anos 17,2%, de 20 a 29 anos 20,4%, 30 a 59 anos 38% e maiores de 60 anos 8,5% dos habitantes (CENSO, 2010).

1.1 Estratégia de Saúde da Família

No Município existem 9 estratégias de saúde da família em funcionamento, sendo que todas estão com as equipes completas.

O número de famílias cadastradas em cada ESF do município de Conceição das Alagoas corresponde:

* ESF Santa Maria tem 812 famílias cadastradas;

- *ESF São José 857 famílias cadastradas;
- *ESF São Lucas 869 famílias cadastradas;
- *ESF São Pedro 652 famílias cadastradas;
- *ESF São Mateus 1100 famílias cadastradas;
- *ESF Santa Rita 252 famílias cadastradas;
- *ESF Santos Reis 1064 famílias cadastradas;
- *ESF Santa Luzia 234 famílias cadastradas;
- *ESF São Francisco 1347 famílias cadastradas.

De acordo com os dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Conceição das Alagoas, o município tem 7187 famílias cadastradas, representando um total de 22967 pessoas.

1.1.1 Estratégia de Saúde da Família São Francisco

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) São Francisco, encontra-se localizada na Rua José Alcides Borges nº 85, Bairro Abílio Tomás, foi criada em 2005. Os bairros cobertos pela mesma são: São Francisco de Assis, Abílio Tomás, Francisco de Paula Pires e Residencial José Antônio de Lima. Ela também fornece assistência para uma área descoberta no bairro Sebastiana de Andrade, abrangendo duas ruas.

A unidade encontra-se em uma casa alugada, adaptada para a atuação da ESF. É composta por uma sala ampla com várias cadeiras onde os pacientes aguardam atendimento e são realizados os grupos. A recepção tem estrutura para um atendimento humanizado, com cadeiras para os pacientes sentarem durante o acolhimento. Encontramos também na sua arquitetura consultório médico, odontológico, sala de enfermagem com maca ginecológica e banheiro, sala de vacinas e uma sala para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) acoplada à cozinha.

A área de abrangência da unidade apresenta uma média de 3.003 pessoas cadastradas, representando um total de 1347 famílias, sendo que a maioria da população é proveniente da região norte e nordeste. Vieram para o município para trabalhar na usina de cana de açúcar. A taxa de urbanização local é de 100%, sendo que toda a população da área de abrangência se beneficia de abastecimento de

água tratada, recolhimento de esgoto por rede pública, coleta de lixo e energia elétrica.

A equipe é composta por médica, enfermeira, dentista, técnica de enfermagem, auxiliar de dentista, 06 agentes comunitários, secretária e auxiliar de serviços gerais. No município há atuação do núcleo de apoio a saúde da família (NASF), o qual é composto por psicólogo, assistente social, fisioterapeuta e farmacêutico. As consultas do NASF são agendadas para toda terça-feira.

A população aos poucos está se adaptando ao funcionamento da unidade, tendo um grande fluxo de pacientes. Na Unidade tem se trabalhado com o paradigma de promoção de saúde e prevenção de doenças, já que a maioria dos pacientes só procuram a unidade quando apresentam alguma queixa.

A equipe é formada pelos profissionais a seguir:

Gabriella Mazete Lima, agente comunitária de saúde (ACS) da microárea 1, que tem 104 famílias cadastradas.

Robson José Macedo Guedes, agente comunitário de saúde na microárea 2, que tem 101 famílias cadastradas.

Lorena Silva Ramos Carvalho, agente comunitária de saúde da microárea 3, que tem 160 famílias cadastradas.

Sueli Alves Oliveira Lucas de Freitas, agente comunitária de saúde da microárea 4, que tem 142 famílias cadastradas.

Fernanda Conceição Andretta, agente comunitária de saúde da microárea 5, que tem 200 famílias cadastradas.

Tamires Gonçalves de Carvalho, agente comunitária de saúde da microárea 6, que tem 195 famílias cadastradas.

Zenaide Nunes da Silveira, técnica de enfermagem.

Barbara Carolina Mazete Cobo, enfermeira e coordenadora da ESF São Francisco.

Isabella Galvão Andrade, médica.

Josias de Sousa Melo, dentista.

Lidiane Moraes Camargo, auxiliar de saúde bucal.

1.1.2 Funcionamento da Unidade de Saúde

A ESF São Francisco funciona das 7:00 h as 17:00 horas, e para tanto é necessário o apoio dos agentes comunitários de saúde, que se revezam durante a semana, segundo uma escala, em atividades como recepção e arquivo. Houve uma melhora significativa no atendimento da recepção após a contratação de uma secretária.

Existe um grande número de atendimentos por demanda espontânea. Na demanda programada as consultas estão sendo agendadas diariamente. São marcados 10 atendimentos por período com direito a 2 vagas de demanda espontânea em cada período do dia para urgências e emergências. Às segundas-feiras pela manhã, o atendimento tem como público alvo pediatria e puericultura, as segundas à tarde, o atendimento é destinado à saúde do Homem. Às terças-feiras pela manhã, atendemos hipertensos e diabéticos, e no período da tarde, as consultas são destinadas a saúde do adolescente. Às quartas-feiras, o período da manhã é destinado à saúde da mulher e a tarde pré-natal. Às quintas-feiras, no período da manhã atendimento da população em geral e renovação de receitas, a tarde é realizado visita domiciliar e educação continuada com a equipe.

Quadro 1- Visitas domiciliares dos ACS por família segundo as microáreas da ESF São Francisco, 2015.

MICROAREA	FAMILIAS	VISITAS ANUAIS	VISITAS/FAMILIA/ANO
1	104	1760	17
2	101	1892	18
3	160	1606	10
4	142	1573	11
5	200	2211	11
6	195	2145	11

Fonte: Registros da ESF São Francisco 2015.

De acordo com os dados acima nota-se que alguns ACS não conseguem visitar todas as famílias cadastradas. As famílias que demandam maior cuidado de acordo com o princípio da equidade recebem mais de uma visita por mês.

Em média são realizados 300 atendimentos médicos por mês e 200 atendimentos de enfermagem. Atendimento médico e de enfermagem, média

mensal: puericultura 40 atendimentos, pré-natal 20 atendimentos, diabetes 60 atendimentos, hipertensão 140 atendimentos, câncer 3 atendimentos, hanseníase 1 atendimento, tuberculose 1 atendimento.

Ao avaliarmos a área de abrangência da ESF encontramos alguns problemas situacionais, sendo que muitos deles estão relacionados a questão sociocultural da população descrita.

O diagnóstico situacional da área é muito importante para que conheçamos melhor as necessidades e os problemas de saúde mais relevantes, além de suas causas e suas consequências. Esses dados são de enorme importância já que podem auxiliar tanto a equipe quanto a gestão de saúde a planejar ações e definir as prioridades (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A equipe em comum acordo concluiu que os principais problemas da área de abrangência da ESF São Francisco encontrados são:

- O grande número de consultas de demanda espontânea.
- problemas socioculturais;
- multiparidade;
- gravidez na adolescência;
- baixa renda local;
- difícil acesso a um dos bairros inseridos na ESF, sendo uma área descoberta por ACS;
- ausência de área de lazer.

Dentre os problemas situacionais listados acima, o que no momento se tem como prioridade de ação é a demanda espontânea. Utilizamos como critério a importância do problema, urgência, e a própria capacidade de enfrentá-los.

Já foram realizadas algumas intervenções para a melhoria desse problema, porém ainda se encontra grandes dificuldades em relação a este fator.

A equipe é unida e sempre procura acolher da melhor forma os usuários, já que foi observada uma elevada taxa de demanda espontânea e imediata. De acordo com os profissionais o quadro antes era pior, a população vem compreendendo mais sobre o funcionamento do serviço ao longo do tempo, porém há ainda muitos atendimentos que o Hospital municipal realiza que deveria ser abordado pelo ESF e vice-versa.

As dificuldades encontradas pelos ACS é a questão da distância para a realização de visitas, já que a maioria dos agentes não reside na área. Outro ponto de reclamação é que muitos dos cadastrados não atendem os agentes, as vezes fazem falta de educação e outros são mais difíceis de achar devido horário de trabalho. As dificuldades relatadas pela equipe de enfermagem é em relação a grande quantidade de demanda imediata.

1.2 Aspectos Epidemiológicos da Área de Abrangência da ESF São Francisco

Quadro 2 - Aspectos epidemiológicos divididos por microáreas.

INDICADORES	MICRO 1	MICRO 2	MICRO 3	MICRO 4	MICRO 5	MICRO 6
Proporção de idosos Pop. 60 anos e mais/pop total	08	22	11	02	12	08
Pop. alvo para rastreamento de câncer de mama	22	0	08	10	6	05
Pop. alvo para rastreamento de câncer de colo	152	46	70	93	48	123
Pop. alvo para rastreamento de câncer de próstata	15	10	15	05	7	06
Portadores de hipertensão arterial cadastrados	22	28	15	03	22	20
Portadores de diabetes cadastrados	05	8	04	01	08	07

Fonte: ACS da ESF São Francisco 2016

Ao dividir a área de abrangência em microáreas, observa-se alguns pontos que chamam mais a atenção, principalmente para adotar medidas de intervenção.

Na microárea 2 nota-se uma maior proporção de idosos, sendo ali um dos pontos principais para abordar a saúde do idoso, adotando assim medidas de intervenção adequadas. Na microárea 1 e 6 encontra-se um número maior da população alvo para rastreamento de câncer de colo uterino. Ainda na microárea 1 há um maior número de população alvo para rastreamento de câncer de mama.

A microárea 4, apresenta um número pequeno de hipertensos cadastrados em relação as demais áreas, deve-se fazer uma avaliação melhor desse território para possíveis intervenções.

As principais causas de óbito na área foram por câncer, internações a maioria por infecções respiratórias. Óbitos infantis no ano de 2015 foram por má formação e doenças de notificação foram por dengue, Hanseníase e HIV, segundo dados da equipe.

2. JUSTIFICATIVA

Este trabalho foi criado com o intuito de trazer melhorias no atendimento da demanda espontânea da ESF São Francisco, através de um acolhimento humanizado e um sistema de classificação de risco adequado para os quadros agudizados que chegam à unidade.

Entende-se por acolhimento com classificação de risco:

A tecnologia de Avaliação com Classificação de Risco pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada. Desta maneira exerce-se uma análise (Avaliação) e uma ordenação (Classificação) da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos. (BRASIL, 2004, p.16)

A partir da explicação do problema principal podemos entender a sua gênese, identificando quais são as suas causas e qual a relação entre elas (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Dessa forma podemos construir um plano de ação para propor soluções mediante os problemas identificados. A equipe definiu como prioridade a organização da demanda espontânea e a introdução de uma classificação de risco eficaz com o uso do protocolo de Manchester, já que estes são fatores que vem prejudicando o processo de trabalho da mesma há um longo tempo. Dessa forma será garantida a efetividade do serviço e a organização do fluxo do atendimento. (JONES et al. 2010)

Existem vários aspectos que contribuem para o aumento dessa demanda espontânea como: a falta de uma triagem adequada como o uso do protocolo de Manchester, muitas vezes há encaixes que não são considerados urgência e emergência, questão sociocultural da população que procura atendimento apenas nos quadros agudos, ausência de grupos e atividades voltadas para o cuidado continuado, falta de um acolhimento capacitado aos usuários pela enfermeira da equipe, alguns pacientes faltam às consultas agendadas e depois procuram atendimentos de encaixes, o mal habito dos profissionais do pronto socorro municipal em encaminhar pacientes a ESF para atendimento no dia, quando este se encontra sobrecarregado, pequeno número de reuniões para educação permanente.

Dentro desse processo identificamos os nós críticos, que são causas que contribuem para a persistência do problema, assim quando abordadas levam

impactos positivos na solução do problema identificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Com a abordagem e resolução dos problemas citados podemos desenvolver melhor o processo de trabalho da equipe, garantindo assim o acolhimento humanizado ao usuário, criação de vínculos, promoção de saúde e prevenção de doenças, abolindo a visão hospitalocêntrica, a qual ainda é muito forte na população. O usuário deve ser abordado como um todo, através de uma equipe multiprofissional, já que os outros personagens também têm sua importância no processo de saúde e não centrar apenas na figura do médico.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção para melhorias no acolhimento e classificação dos pacientes de demanda espontânea na ESF São Francisco, no município de Conceição das Alagoas-MG.

3.2. Objetivo específico

Introduzir o protocolo de Manchester para classificação da demanda espontânea;

Realizar grupos de cuidado continuado com orientações em saúde;

Esclarecer a população quanto ao funcionamento da ESF e demais serviços de saúde;

Realizar reuniões semanais com a equipe para que esta compreenda o seu processo de trabalho;

Organizar os agendamentos da demanda programada.

4. METODOLOGIA

O caminho metodológico utilizado foi o Planejamento Estratégico Situacional em Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). A construção deste conteúdo parte da própria experiência do autor, de sua atuação junto a ESF, e imersão do cotidiano vivido do cenário de intervenção. Logo, a situação problematizada é aquela definida como uma situação passível de transformação. Parte-se da problematização do cotidiano, da identificação e levantamento de recursos potencializadores, estratégias de intervenção, para a transformação desta prática.

Para apoiar o delineamento do projeto de intervenção foi realizado levantamento da literatura atual sobre o tema. O levantamento da produção científica ocorreu de forma livre, em especial quanto ao período da publicação. As seleções das produções científicas como pertinentes ao desenvolvimento do presente estudo ocorreram conforme crivo do autor, após leitura dos textos. As buscas se deram na Biblioteca Virtual em Saúde - Bireme, utilizando cruzamento de descritores *acolhimento, agendamento de consultas, classificação de demanda*.

Foram consultados dados do E-SUS da Secretaria Municipal de Saúde de Conceição das Alagoas/MG, e a Biblioteca Virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva – NESCON para análise dos Trabalhos de Conclusão de Curso e dos módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família - CEABSF, referentes ao tema. Também foram interpretadas as diretrizes ministeriais da Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, que orientam a construção de uma prática inovadora para efetivação do SUS.

5. REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Programa de saúde da família

O programa de saúde da família (PSF) foi implantado em 1994, com o objetivo de reorganizar a atenção básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012). Em 2006 o PSF deixou de ser um programa e se tornou uma estratégia permanente em saúde, desse modo passou a ser denominado de Estratégia de Saúde da Família (DALPIAZ, STEDILE, 2011).

A Atenção Básica de saúde é orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e da participação social (DALPIAZ, STEDILE, 2011). De acordo com Figueiredo (2012), os princípios norteadores da Estratégia de Saúde da Família (ESF) são o caráter substitutivo em relação a rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as equipes atuam, a territorialização, a adscrição da clientela, equipe multiprofissional, integralidade e hierarquização.

A ESF é um modelo baseado no trabalho em equipe, priorização da família em seu território, acolhimento, vínculo, ações de prevenção e promoção de saúde, tratamento e reabilitação (GARUZI et al, 2014).

As equipes são multiprofissionais compostas, por no mínimo um médico generalista ou especialista em saúde da família, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados os profissionais de saúde bucal como cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico de saúde bucal. O número de agentes comunitários de saúde (ACS) deve cobrir toda a população cadastrada, sendo no máximo 750 pessoas por ACS, e assim cada equipe deve ser responsável por no máximo 4000 pessoas (BRASIL, 2012).

5.2 Acolhimento na estratégia de saúde da família

O acolhimento é uma ferramenta muito importante usada na atenção básica. Para Garuzi et al (2014, p. 145):

O acolhimento é uma das principais diretrizes éticas, estéticas e políticas da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) no

Brasil. Definido em documentos oficiais como a recepção do usuário no serviço de saúde, compreende a responsabilização dos profissionais pelo usuário, a escuta qualificada de sua queixa e angústias, a inserção de limites, se for preciso, a garantia de assistência resolutiva e a articulação com outros serviços para continuidade do cuidado quando necessário.

Deve-se ter em mente que o acolhimento não se faz apenas na porta de entrada das unidades de saúde, mas em todo o percurso, tendo como função atender a demanda diária da unidade de saúde, melhorando a resolutividade dos usuários nos seus problemas menos complexos ou encaminhamento para outros serviços quando houver necessidade (GARUZI et al, 2014).

Segundo Garuzi et al (2014), uma unidade de saúde é capaz de reorganizar seu processo de trabalho a partir da utilização do acolhimento, analisando suas necessidades, prioridades, realizando classificação de risco, diminuindo dessa maneira as filas por ordem de chegada e esperas desnecessárias dos usuários. A realização do acolhimento faz parte do processo de trabalho da ESF sendo de caráter fundamental para a criação de vínculo entre o profissional de saúde e o usuário. É muito importante que o acesso com equidade seja garantido no acolhimento a demanda espontânea (BRASIL, 2012).

A demanda espontânea é a procura do usuário a unidade de saúde independente do motivo ou do tempo do seu problema, ocorrendo de maneira não esperada pelo serviço. Pode ocorrer sem queixa clínica ou com queixa clínica (BELO HORIZONTE, 2014). Segundo o caderno de atenção básica número 28 (BRASIL, 2012, p. 15):

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. Essas ações incluem aspectos organizativos da equipe e seu processo de trabalho como também aspectos resolutivos de cuidado e de condutas.

5.3 Protocolo de Manchester na classificação de risco

A Classificação de risco é uma ferramenta de manejo clínico de risco que garante o atendimento dos usuários de acordo com a sua prioridade clínica. Ela garante atendimento imediato ao usuário com grau de risco elevado, fornece aos mesmos informações sobre sua condição de saúde e tempo de espera (BELO HORIZONTE, 2014).

O Protocolo de Manchester é um sistema de classificação de risco que foi elaborado para os serviços de urgência, conseqüentemente houve a necessidade de

adequações para o seu uso na atenção primária de saúde. O método de classificação do protocolo não deve ser modificado, porém a classificação deve ser entendida como uma das ferramentas de avaliação dos casos com queixa clínica (BELO HORIZONTE, 2014).

Antes de iniciarmos todas essas modificações no serviço, devemos inicialmente organizar o processo de trabalho da equipe, organizar o acesso dos usuários que buscam a unidade. Ao chegar no serviço de saúde o primeiro local que o usuário tem acesso é a recepção, posteriormente se ele já tem uma atividade agendada será encaminhado ao setor correspondente. Quando precisar de atendimento específico da rotina da unidade, será encaminhado ao setor requerido (coleta de exames, farmácia, inalação/nebulização, sala de procedimento, sala de vacina), se não precisar será conduzido ao espaço adequado para escuta, onde será avaliado e caso o problema seja agudo aplicar-se a o protocolo de classificação de risco (BRASIL, 2012).

Para realizar a classificação de risco usando o protocolo de Manchester as unidades de saúde devem ter o dispositivo com o programa de classificação de risco. Este em geral é realizado pela enfermagem, a qual deve ser capacitada para seu exercício. Na tela inicial serão preenchidos os dados do paciente e atribuir o protocolo a demanda espontânea com classificação de risco. Os campos queixa principal, fluxograma, discriminador, parâmetros (conforme definição do fluxograma selecionado) e hora de chegada são de preenchimento obrigatório. Conforme o discriminador definido pelo classificador o sistema mostra a cor da prioridade (BELO HORIZONTE, 2014).

O usuário classificado como vermelho é considerado emergência, assim deve ser garantido o primeiro atendimento médico na unidade de saúde, de preferência na sala de observação para permitir intervenções rápidas, dessa forma o atendimento deve ser imediato e encaminhado conforme necessidade. Caso não haja médico no local o enfermeiro deve realizar medidas de suporte básico de vida e realizar contato com serviço de atendimento móvel de urgência. A classificação laranja é considerada como muito urgente, e seu atendimento deverá ser realizado em até 10 minutos, assim deve ser garantido o primeiro atendimento médico ou atendimento odontológico no centro de saúde (BELO HORIZONTE, 2014).

A classificação de cor amarela é considerada como urgente e o usuário deve ser atendido em até 1 hora. Esses casos necessitam de intervenção breve da equipe podendo ser realizadas medidas pela enfermagem até a avaliação do médico ou dentista. A classificação de cor verde é denominada como pouco urgente, e o atendimento deve ser realizado no mesmo dia. Deve ser garantido o atendimento por profissional de saúde de nível superior. O enfermeiro que realizar a classificação de risco definirá o profissional que realizará o atendimento. O usuário classificado como azul (não urgente) deverá ser atendido no mesmo dia se houver disponibilidade, devendo considerar a necessidade de atendimento oportuno o público prioritário (BELO HORIZONTE, 2014).

Os classificados como branco são as demandas não clínicas que podem ter sido encaminhadas para a classificação por engano. Essas demandas poderão ser avaliadas pelo auxiliar ou técnico de enfermagem da ESF (BELO HORIZONTE, 2014).

O enfermeiro responsável por realizar a classificação de risco deve promover escuta qualificada, avaliar, registrar correta e detalhadamente a queixa, trabalhar em equipe, raciocínio clínico para a tomada de decisões, capacidade para fazer os devidos encaminhamentos na rede assistencial para que se efetive a continuidade do cuidado (BELO HORIZONTE, 2014).

A utilização da classificação de risco tem um impacto importante na qualidade do acesso destes serviços, sendo uma ferramenta geradora de equidade se aplicada de maneira adequada e boa prática clínica (BRASIL, 2012).

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1. Plano de ação

6.1.1 Definição de problemas

Através do diagnóstico situacional e diálogo com a equipe foram levantados os principais problemas da área de abrangência da ESF São Francisco. Os problemas encontrados são:

- *O grande número de consultas de demanda espontânea.
- * problemas socioculturais;
- *multiparidade;
- *gravidez na adolescência;
- *baixa renda local;
- *difícil acesso a um dos bairros inseridos na ESF, sendo uma área descoberta por ACS;
- *ausência de área de lazer.

6.1.2 Priorização de problemas

Dentre os problemas situacionais listados acima, priorizou-se a demanda espontânea. Utilizamos como critério a importância do problema, urgência, e a própria capacidade de enfrentá-los. Segue abaixo a planilha em que os problemas identificados são analisados e selecionados quanto a prioridade. Foi atribuído valor “alto, médio ou baixo” para a importância do problema, distribuindo pontos conforme sua urgência, definindo se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe e numerando os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios (seleção).

Quadro 3- Classificação das prioridades dos problemas identificados na área de abrangência da ESF São Francisco.

Principais Problemas	Grau de importância	*Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Grande número de consultas de demanda espontânea	Alto	7	Parcial	1
Problemas Socioculturais	Alto	7	Fora	2
Multiparidade	Alto	6	Parcial	3

Quadro 3- Classificação das prioridades dos problemas identificados na área de abrangência da ESF São Francisco.

Principais Problemas	Grau de importância	*Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Baixa renda local	Alto	6	Fora	4
Difícil acesso a um dos bairros inseridos na ESF	Alto	5	Parcial	5
Gravidez na adolescência	Intermediário	5	Parcial	6
Ausência de área de lazer/esportes	Intermediário	4	Parcial	7

Fonte: ANDRADE, 2016

*Total de pontos distribuídos.

6.1.3 Descrição do problema selecionado

A partir dos resultados acima temos como problema selecionado o grande número de consultas de demanda espontânea sendo este prioridade 1. Para a descrição do problema selecionado foi utilizado dados do e-sus mais médicos do mês de Abril de 2016 e registros da equipe.

Ressalta-se as deficiências dos sistemas de informações do município e a necessidade da equipe produzir dados adicionais para auxiliar no processo do planejamento.

Quadro 4- Descritores do problema do grande número de demanda espontânea na ESF São Francisco (Abril/2016).

Descritores	Valores	Fontes
Atendimentos Individuais	254	E-SUS
Consultas Agendadas	170	Registro da equipe
Demanda Espontânea	84	Registro da equipe
Pré-Natal	16	E-SUS
Puericultura	40	E-SUS
Hipertensos	60	E-SUS
Diabéticos	20	E-SUS
Saúde Mental	08	E-SUS

Fonte: ANDRADE, 2016

6.1.4 Explicação do problema

A causa de um problema geralmente envolve vários aspectos. A partir da explicação do problema principal podemos entender a sua gênese, identificando quais são causas e qual a relação entre elas. Dessa forma podemos construir um plano de ação para solucionar o que foi identificado como prioridade que no caso é o grande número de consultas por demanda espontânea na ESF São Francisco.

Na ESF São Francisco a demanda espontânea excessiva é um problema de longa data. Segundo informações colhidas com a equipe esse é o problema prioritário a ser abordado, já que vem afetando o funcionamento do processo de trabalho. Já foram realizadas algumas intervenções para a melhoria desse problema, porém ainda há dificuldades em relação a este fator.

Existem vários aspectos que contribuem para o aumento dessa demanda espontânea como: a falta de uma triagem adequada como o uso do protocolo de Manchester¹, muitas vezes há encaixes que não são considerados urgência e emergência, questão sociocultural da população que procura atendimento apenas nos quadros agudos, ausência de grupos e atividades voltadas para o cuidado continuado, falta de um acolhimento capacitado aos usuários pela enfermeira da equipe, alguns pacientes faltam nas consultas agendadas e depois procuram atendimentos de encaixes, mal habito dos profissionais do pronto socorro municipal em encaminhar pacientes a ESF para atendimento no dia, quando se encontra sobrecarregado e o pequeno número de reuniões para educação permanente.

6.1.5 Seleção dos nós críticos

Os nós críticos são causas que contribuem para a persistência do problema, assim quando abordadas levam impactos positivos na solução do problema identificado. É algo que está dentro do meu espaço de governabilidade. A equipe selecionou como nós críticos:

* Falta de triagem adequada da demanda espontânea;

*Dificuldade em gerenciar os agendamentos;

^{1*} O Protocolo de Manchester é um sistema de classificação de risco que foi elaborado para serviços de urgência. Através dessa classificação de risco os usuários são atendidos de acordo com a sua prioridade clínica, possibilitando acesso imediato aos pacientes com risco elevado.

*Ausência de grupos e atividades voltadas para o cuidado continuado;

*Falta de orientação da população sobre o funcionamento dos serviços, promoção de saúde, prevenção de doenças.

*Baixo número de reuniões de educação permanente.

6.1.6 Desenho das operações

Quadro 5- Desenho das operações

Nó Crítico	Operação/Projeto	Resultados Esperados	Produtos	Recursos necessários
Ausência de acolhimento capacitado de triagem para demanda espontânea	+ escuta Melhorar o acolhimento e triagem da demanda espontânea	Acolhimento do usuário com capacidade de encaminhá-lo ao atendimento necessário de acordo com o seu problema	Realização da classificação de risco do protocolo de Manchester pela enfermagem. Atendimento imediato se necessário e/ou agendamento pela secretária.	Cognitivo: capacitação da classificação de risco. Organizacional: computador com programa de Manchester, mesa. Enfermeira Financeiro: Impressora com tinta.
Agendamentos	+ Organização Agendamento eficaz seguindo os programas preconizados.	Seguir de forma adequada a agenda já implantada com demanda programada conforme os programas da ESF e vagas para demanda espontânea seguindo protocolo de Manchester.	Atendimento de pré-natal, puericultura, saúde da mulher, do adolescente, idoso, saúde do homem, cuidado continuado com hipertensos e diabéticos.	Cognitivo: orientação da população sobre os programas disponíveis. Capacitação da secretária sobre a forma de agendamento.

Quadro 5- Desenho das operações

Nó Crítico	Operação/Projeto	Resultados Esperados	Produtos	Recursos necessários
Ausência de grupos e atividades voltadas para o cuidado continuado	Viver Melhor	Atuação de grupos como hiperdia com boa adesão da população	Grupos de cuidado continuado com participação do médico e enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS	Organizacional: Atuação do médico e enfermeiro nas atividades. Cognitivo: orientação da população sobre os grupos.
Falta de orientação da população sobre o funcionamento dos serviços de saúde	Melhor Atendimento	Melhora do fluxo dos pacientes pelos serviços de saúde. Usuário entender quando deve procurar a ESF.	Educar a população sobre o funcionamento dos serviços, promoção de saúde e prevenção de doenças. Manejo da família.	Cognitivo: ESF Orientar sobre o funcionamento do serviço. Organizacional: cartazes com explicações na sala de espera. Financeiro: Impressora, papel e tinta
Baixo número de reuniões de educação permanente	Saber +	Os integrantes da equipe devem ter conhecimento sobre o funcionamento dos serviços de saúde, SUS, atenção primária de saúde	Realizar reuniões com orientações sobre o tema.	Cognitivo: Levar o conhecimento. Organizacional: equipe interessada em aprender

Fonte: ANDRADE, 2016

6.1.7 Identificação dos recursos críticos

Quadro 6 - Identificação dos recursos críticos

Operações/Projetos	Recursos Críticos
+ escuta	Organizacional: Mesa de acolhimento para realizar protocolo de Manchester. Enfermeira capacitada para realizar esse acolhimento. Financeiro: Folhas, tinta para impressão do material
+ Organização	Cognitivo: Informar mais a população sobre a agenda e acolhimento. Capacitação da secretária sobre a forma de agendamento.
Viver Melhor	Organizacional: Participação do médico e enfermeiro nos grupos de forma ativa. Cognitivo: orientar da população sobre os grupos existentes.
Melhor Atendimento	Cognitivo: ESF Orientar sobre o funcionamento do serviço. Funcionários empenhados em desenvolver essa ação. Organizacional: cartazes com explicações na sala de espera. Financeiro: Impressora, papel e tinta
Saber +	Cognitivo: Levar o conhecimento. Organizacional: equipe interessada em aprender.

Fonte: ANDRADE, 2016

6.1.8 Análise da viabilidade do plano

Quadro 7 - Dados para análise da viabilidade do plano de ação.

Operações/Projetos	Controle dos recursos críticos	Ator que controla	Motivação	Ações Estratégicas
+ Escuta	Mesa para acolhimento com uso do protocolo de Manchester. Impresso Carga para impressos do sistema de Manchester. Enfermeira atuante.	Secretária de Saúde	Favorável	Instalar um computador na recepção e iniciar protocolo de Manchester.
+ Organização	Delegar à secretária da unidade a função de agendamento capacitado.	Enfermeira	Favorável	Orientar a secretária já contratada sobre a forma de agendamento da demanda programada, grupos e cuidado continuado.
Viver Melhor	Realização de grupos de cuidado continuado como hiperdia com participação da médica e enfermeira.	Médica e enfermeira	Favorável	Estimular a equipe a participar dos grupos, assim como médica e enfermeira. Organizar melhor o espaço. Melhorar a adesão dos pacientes.
Melhor Atendimento	Interesse e conhecimento da equipe em orientar os usuários sobre o funcionamento dos serviços de saúde.	ESF	Favorável	Equipe se empenhar em esclarecer as dúvidas dos pacientes, orientar sobre o fluxo dos serviços de saúde de forma verbal e com uso de cartazes na sala de espera.
Saber +	Planejar e realizar reuniões de Educação Permanente com a equipe.	Enfermeira	Favorável	Incentivar a equipe a participar das reuniões, estudos, discussão de casos, PTS

Fonte: ANDRADE, 2016

6.1.9 Elaboração de um plano operativo

Quadro 8 - Elaboração de um plano operativo

Operações	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsáveis	Prazo
+ Escuta	Acolhimento do usuário com capacidade de encaminhá-lo ao atendimento necessário de acordo com o seu problema	Realização da classificação de risco do protocolo de Manchester pela enfermagem. Atendimento imediato se necessário e/ou agendamento pela secretária.	Instalar um computador na recepção e iniciar protocolo de Manchester. Enfermeira atuante	Secretaria de Saúde	Julho 2016
+ Organização	Seguir de forma adequada a agenda já implantada com demanda programada conforme os programas da ESF e vagas para demanda espontânea seguindo protocolo de Manchester	Atendimento de pré-natal, puericultura, saúde da mulher, do adolescente, idoso, saúde do homem, cuidado continuado com hipertensos e diabéticos	Orientar a secretária já contratada sobre a forma de agendamento da demanda programada, grupos e cuidado continuado	Enfermeira	Julho 2016

Quadro 8 - Elaboração de um plano operativo

Operações	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsáveis	Prazo
Viver Melhor	Atuação de grupos como hiperdia com boa adesão da população.	Grupos de cuidado continuado com participação do médico e enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS.	Estimular a equipe a participar dos grupos, assim como médica e enfermeira. Organizar melhor o espaço. Melhorar a adesão dos pacientes.	Enfermeira	Julho 2016
Melhor Atendimento	Melhora do fluxo dos pacientes pelos serviços de saúde. Usuário entender quando deve procurar a ESF.	Educar a população sobre o funcionamento dos serviços, promoção de saúde e prevenção de doenças. Manejo da família	Equipe se empenhar em esclarecer as dúvidas dos pacientes, orientar sobre o fluxo dos serviços de saúde de forma verbal e com uso de cartazes na sala de espera.	ESF	Junho 2016

Quadro 8 - Elaboração de um plano operativo

Operações	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsáveis	Prazo
Saber +	Os integrantes da equipe devem ter conhecimento sobre o funcionamento dos serviços de saúde, SUS, atenção primária de saúde	Realizar reuniões com orientações sobre o tema.	Incentivar a equipe a participar das reuniões, estudos, discussão de casos, PTS.	Médica	Julho 2016

Fonte: ANDRADE, 2016

6.1.10 Gestão do plano

Quadro 9- Gestão do plano

Operações	Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
+ Escuta	Instalar o computador na mesa já adquirida na recepção. Adesão da enfermeira para iniciar acolhimento qualificado	Secretaria de Saúde	Segundo Semestre de 2016	Em andamento.		

Quadro 9- Gestão do plano

Operações	Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
+ Organização	Seguir a agenda já desenvolvida anteriormente conforme os programas de cuidado continuado	Enfermeira	Junho de 2016	A forma de Agendamento foi mantida e está sendo seguida conforme as orientações. A secretária foi capacitada para a realização dos agendamentos de demanda programada		
Viver Melhor	Inserir Grupos de cuidado continuado com participação da médica e da enfermeira melhorando a adesão dos usuários	Enfermeira	Julho de 2016	O grupo de hiperdia já está em funcionamento com participação da médica, técnica de enfermagem, fisioterapeuta e alguns ACS. Enfermeira ainda não aderiu ao grupo.		
Melhor Atendimento	Educar a população sobre o funcionamento dos serviços de saúde, fluxos.	ESF	Junho 2016	Através de reuniões a equipe foi orientada sobre o funcionamento dos serviços		

Quadro 9- Gestão do plano

Operações	Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
	Promoção de saúde, prevenção de doenças.			de saúde. O conhecimento é transmitido ao usuário durante as visitas domiciliares, acolhimento e grupos.		
Saber +	Realizar reuniões de Educação Permanente	Médica	Julho de 2016	Iniciamos a realização de um Projeto Terapêutico Singular.		

Fonte: ANDRADE, 2016

Segundo Garuzi et al (2014), uma unidade de saúde é capaz de reorganizar seu processo de trabalho a partir da utilização do acolhimento, analisando suas necessidades, prioridades, realizando classificação de risco, diminuindo dessa maneira as filas por ordem de chegada e esperas desnecessárias dos usuários.

A utilização da classificação de risco tem um impacto importante na qualidade do acesso destes serviços, sendo uma ferramenta geradora de equidade se aplicada de maneira adequada e boa prática clínica (BRASIL, 2012).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se que através dessas intervenções a equipe seja apta para a implantação das melhorias, fornecendo um serviço de qualidade ao usuário com capacidade de encaminhá-lo ao atendimento necessário de acordo com o seu problema e prioridade, lembrando da equidade, promoção de saúde e prevenção de doenças.

REFERÊNCIAS

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. **Demanda espontânea na atenção primária à saúde em Belo Horizonte**. Recomendações para organização do processo de trabalho no nível local. Belo Horizonte, 2014, 62 p. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/protocolo-demanda-espontanea%20(2).pdf>. Acesso em: 22 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Cadernos de Atenção Básica, n. 28, vol. 2, 291 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_28.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2016.

BRASIL. **E-SUS Mais médicos**. Disponível em: <http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/maismedicos/questionario/extrato/id:225908>. Acesso em: 5 mar. 2016.

BRASIL. **Indicadores Municipais**. Disponível em <http://siops.datasus.gov.br/consdetalhereenvio2.php>. Acesso em: 4 mar. 2016

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. **IBGE Cidades@**. Brasília, [online], 2014 Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?codmun=311730>. Acesso: 5 mar. 2016.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=311730&idtema=1&search=minas-gerais|conceicao-das-alagoas|censo-demografico-2010:-sinopse>-. Acesso: 5 mar. 2016.

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde**. Brasília, [online], 2016a. Disponível em: http://decs.bvs.br. Acesso em: 15 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: **Acolhimento com avaliação e classificação de risco**: um paradigma ético-estético no fazer em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2016

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. NESCON/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: 5 mar. 2016.

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia**: textos científicos. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3>>. Acesso em: 12 maio 2016.

DALPIAZ A. K; STEDILE N.L.R. Estratégia de Saúde da Família: reflexão sobre algumas de suas premissas. In: Jornada Internacional de Políticas Públicas,5;2011, São Luís do Maranhão. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/ESTRATEGIA_SAUDE_DA_FAMILIA_REFLEXAO_SOBRE_ALGUMAS_DE_SUAS_PREMISSAS.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2016.

GARUZI M, et al. Acolhimento na estratégia saúde da família: revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Publica-pan American Journal of Public Health**. Washington: Pan Amer Health Organization, v. 35, n. 2, p. 144-149, 2014. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v35n2/a09v35n2.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2016.

SOUZA C.C; et al. **Classificação de risco em pronto-socorro**: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. jan-fev 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_05.pdf>. Acesso em 10 dez. 2016.