

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**VERÔNICA ANSELMO MACHADO**

**PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DOS  
PROTOCOLOS DE ACOLHIMENTO DO MINISTÉRIO DA  
SAÚDE NO PSF JARDIM ITAMARATY III NO MUNICÍPIO  
DE POÇOS DE CALDAS/ MG**

**Aluna: Verônica Anselmo Machado**

**Campos Gerais – Minas Gerais  
2015**

**Verônica Anselmo Machado**

**Proposta de Implantação dos Protocolos de Acolhimento do Ministério da Saúde no PSF Jardim Itamaraty III no município de Poços de Caldas/ MG**

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

**Orientador: Professor Doutor Juarez Oliveira Castro**

**Campos Gerais – Minas Gerais  
2015**

**Verônica Anselmo Machado**

**PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DOS  
PROTOCOLOS DE ACOLHIMENTO DO MINISTÉRIO DA  
SAÚDE NO PSF JARDIM ITAMARATY III NO MUNICÍPIO  
DE POÇOS DE CALDAS/ MG**

**Banca examinadora:**

Examinador 01: Professor Doutor Juarez Oliveira Castro - UFMG

Examinador 02: Prof.

Aprovado em Belo Horizonte,        de        de 2015.

## RESUMO

**Introdução:** Apesar da existência de um Manual da Atenção Primária para o Acolhimento, do Ministério da Saúde, desde 2013 ele não é utilizado na prática clínica. A realidade vivenciada nas Unidades de Atenção Básica (UBS) do município de Poços de Caldas/MG é a ausência de um protocolo de acolhimento e de preparo de alguns funcionários para realizá-lo.

**Objetivo:** Elaborar um projeto de intervenção que visa implantar os fluxogramas para atendimento a demanda espontânea com classificação de risco como guias de consulta rápida e capacitar as técnicas de enfermagem para utilizá-los no Programa de Saúde da Família (PSF) Jardim Itamaraty III.

**Metodologia:** Revisão de literatura sobre Acolhimento e Planejamento Estratégico Situacional.

**Conclusão:** A utilização dos fluxogramas para o Acolhimento é fundamental para uma padronização, segurança, respaldo nos atendimentos realizados pelas técnicas de enfermagem e enfermeira na unidade do PSF Jardim Itamaraty III. Como produto dessa ação, espera-se uma maior organização do atendimento à demanda espontânea e a redução da sobrecarga por consultas médicas, com bastante resolutividade nas consultas de enfermagem na unidade.

**Palavras-chave:** Acolhimento, Atenção Primária, Demanda, Risco.

## ABSTRACT

Introduction: Despite the existence of a Manual for Welcome of Primary Care of Healthy of Brazilian Ministry of Health since 2013, it is not used in clinical practice. The reality in health centers in the city of Poços de Caldas / MG is the absence of a protocol of acceptance and preparation of some staff to carry it out.

Objective: Develop an intervention project to deploy the flowcharts to meet spontaneous demand with risk classification as quick reference guides and empower nursing techniques to use them in the Family Health Program Jardim Itamaraty III.

Methodology: Literature review on Welcome and Situational Strategic Planning.

Conclusion: The use of flowcharts for Welcome is critical for standardization, security, support the care provided by nursing technicians and nurses in the health clinic of the PSF Jardim Itamaraty III. As a result for this action, we expect a greater organization of assistance to spontaneous demand and reducing overcharges for medical consultations, with plenty solving in nursing consultations in the PSF.

**Keywords:** Primary Care, Demand, Risk.

## LISTA DE SIGLAS

AACC Associação de Assistência a Criança Deficiente  
ACS Agentes Comunitárias de Saúde  
ADEFIPE Associação dos Deficientes Físicos de Poços de Caldas  
APAE Associação dos Pais e Amigos do Excepcional  
APS Atenção Primária em Saúde  
CAPS Centro de Atenção Psicossocial  
DST Doença Sexualmente Transmissível  
ESF Equipe de Saúde da Família  
NASF Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
PACs Programa de Agentes Comunitários  
PES Planejamento Estratégico Situacional  
PROVAB Programa de Valorização da Atenção Básica  
PSF Programa de Saúde da Família  
SAMU Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SIAB Sistema de Informação da Atenção Básica  
SMS Secretaria Municipal de Saúde  
SUS Sistema Único de Saúde  
TCC Trabalho de Conclusão de Curso  
TFD Tratamento Fora do Domicílio  
UBS Unidade Básica de Saúde  
UPA Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO -----	Página 10
2.	JUSTIFICATIVA -----	Página 15
3.	OBJETIVO -----	Página 16
4.	METODOLOGIA -----	Página 17
5.	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA -----	Página 18
6.	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO -----	Página 23
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	Página 30
8.	REFERÊNCIAS -----	Página 32
9.	ANEXOS -----	Página 34

## FIGURAS

1.	CLASSIFICAÇÃO GERAL -----	Página 34
2.	FIGURA 01 -----	Página 35
3.	FIGURA 02 -----	Página 36
4.	FIGURA 04 -----	Página 37
5.	FIGURA 05 -----	Página 38
6.	FIGURA 07 -----	Página 39
7.	FIGURA 08 -----	Página 40
8.	FIGURA 12 -----	Página 41
9.	FIGURA 13 -----	Página 42
10.	FIGURA 28 -----	Página 43
11.	FIGURA 29 -----	Página 44
12.	FIGURA 30 -----	Página 45
13.	FIGURA 31 -----	Página 46
14.	FIGURA 32 -----	Página 47
15.	FIGURA 34 -----	Página 48
16.	FIGURA 35 -----	Página 49
17.	FIGURA 36 -----	Página 50
18.	FIGURA 38 -----	Página 51
19.	FIGURA 39 -----	Página 52
20.	FIGURA 41 -----	Página 53
21.	FIGURA 69 -----	Página 54
22.	FIGURA 70 -----	Página 55

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço ao professor Horácio Pereira de Faria pela tutoria durante o ano de trabalho em Poços de Caldas, auxílios nos problemas enfrentados e na elaboração deste projeto.

Agradeço ao professor e orientador Juarez Oliveira Castro pelas orientações que foram essenciais para a construção deste trabalho.

À Equipe do PSF Jardim Itamaraty III, muito obrigada pela convivência e pelo bom trabalho ao longo deste ano.

## INTRODUÇÃO

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. Implica 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 continuidade da assistência estabelecendo articulações com estes serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos. (ABBES; MASSARO, 2004, p01).

Um grande desafio da atenção primária em saúde é o fluxo de atendimento à demanda espontânea nas unidades de saúde. O acolhimento dos pacientes com queixas agudas é, muitas vezes, um problema para os profissionais de saúde, principalmente pelo despreparo de alguns profissionais para realizá-lo, como as auxiliares administrativas ou técnicas de enfermagem, como é realizado na prática de várias Unidades Básicas de Saúde (UBSs) pelo país.

Além da escuta inicial e humanizada dos pacientes que chegam às UBSs em busca de atendimento, o acolhimento é responsável pela determinação do fluxo desse atendimento e da priorização de casos mais graves com uma classificação de risco, segundo fluxogramas existentes nos Cadernos de Atenção Básica para o Acolhimento, como guias para a melhor assistência da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a; 2013b).

### A REDE DE SAÚDE DE POÇOS DE CALDAS/MG

A Rede de serviços próprios do Município de Poços de Caldas, administrados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) está organizada em Atenção Básica; Atenção Especializada; Saúde Mental; Urgência e Emergência; Laboratório Municipal de Análises

Clínicas; Assistência Farmacêutica; e Vigilância em Saúde. Além disso, a SMS conta com um Setor de Medicina Social; Setor de Tratamento Fora do Domicílio (TFD) e toda a área de gestão administrativa e financeira da Rede de Atenção a Saúde.

Cada uma destas áreas está formada por serviços e programas: 32 Unidades de Saúde da Família (USF), sendo 26 na área urbana e 6 na área rural, com 28 Equipes de Saúde da Família cadastradas, 04 equipes de Saúde Bucal e 03 Equipes de Núcleo Apoio a Saúde da Família (NASF); 03 Unidades Básica de Saúde (UBS); Programa Materno Infantil; 01 Equipe de Atenção Domiciliar (fora de área); 02 Consultórios Volantes de Odontologia; 01 consultório odontológico no centro de referência DST/AIDS; Serviços de Saúde Mental: 01 CAPS II; 01 CAPS AD. (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE POÇOS DE CALDAS 2014 A 2017).

Como serviços de Urgência e Emergência existem: 01 Unidade de Pronto Atendimento (UPA) na Zona Leste; PA do Hospital Municipal Margarita Morales; SAMU. (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE POÇOS DE CALDAS 2014 A 2017).

O SUS de Poços de Caldas conta com serviços privados que mantém convênio ou contrato com a Prefeitura: Hospital Santa Casa de Poços de Caldas; Hospital Santa Lúcia; Associação dos Pais e Amigos do Excepcional (APAE); Clínica Santa Clara (internação para dependentes químicos); Associação de Assistência a Criança Deficiente (AACD) e Associação dos Deficientes Físicos de Poços de Caldas (ADEFIPE). (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE POÇOS DE CALDAS 2014 A 2017).

### O PSF JARDIM ITAMARATY III

O Programa de Saúde da Família (PSF) Jardim Itamaraty III, surgiu há cerca de dois anos e meio como uma equipe de apoio do PSF Parque Pinheiros e teve sua separação definitiva como equipe nova há um ano e seis meses com a vinda do primeiro

médico do PROVAB para a equipe e com a abertura de vagas no concurso público para profissionais da saúde de 2013 que incorporou à equipe as Agentes Comunitárias de Saúde (ACSs), a Enfermeira e uma Técnica de Enfermagem. Teve sua nova sede inaugurada no dia 27 de Abril de 2015.

A comunidade adscrita ao Programa de Saúde da Família (PSF) Jardim Itamaraty III consiste de uma população de 2526 habitantes, segundo a última atualização no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), dividida em seis micro-áreas. A região, pertencente à regional leste da cidade, foi fundada há cerca 5 anos, na saída da cidade pela rodovia para Belo Horizonte, sendo composta pelos últimos bairros do município de Poços de Caldas, divisa com o município de Caldas/MG. A maioria da população trabalha no setor de comércio do centro, principalmente na rede hoteleira, no caso das mulheres e no setor secundário de indústrias de produtos alimentícios, no caso dos homens. Toda a população possui acesso à rede de esgoto, água encanada e luz elétrica na região. Composta por 671 mulheres (29,61%) e 1595 homens (70,39%). A região surgiu com a construção dos conjuntos habitacionais financiados pela prefeitura de Poços de Caldas com o objetivo de fornecer uma moradia digna e de valor acessível para as famílias de baixa renda da cidade que haviam se instalado em aglomerados e/ou viviam de aluguel, previamente cadastradas no município e que preenchiam critérios de carência para conseguirem tal benefício. Dessa forma, foram inaugurados os condomínios de prédios populares em um terreno comprado pela prefeitura atrás da área industrial do município, há aproximadamente 12 km do centro comercial da cidade. A área de abrangência compõe-se de seis micros regiões divididas a partir dos condomínios Itamaraty I, Itamaraty III, Itamaraty IV, Itamaraty V e Chácara Poços de Caldas.

Enfrentamos problemas sociais por atender a população de baixa renda do município como crescente aumento do tráfico de

drogas, sexarca e gestação na adolescência, maus tratos infantis, abuso de benzodiazepínicos, pacientes psiquiátricos abandonados pelas famílias morando sozinhos, uso e abuso de álcool e outras drogas, abuso sexual, violência domésticas, não adesão ao tratamento entre outros.

A população da área do PSF Jardim Itamaraty III nunca antes teve contato com uma UBS com os preceitos da Atenção Primária em Saúde e da Estratégia de Saúde da família, sendo acostumada apenas aos cuidados de agravos e consultas individuais ou com o constante assistencialismo de alguns órgãos na região.

Como consequência da falta de ações voltadas para a educação em saúde e de práticas que envolvam a população nas ações da UBS há uma população que age de forma passiva por sua saúde, esperando e exigindo o trabalho exclusivamente da equipe para eles. Outra incoerência é a falta de conhecimento da população em relação aos direitos e aos serviços prestados na Estratégia em Saúde da Família, como a cobrança e exigência de serviços inexistentes na UBS e que fogem dos níveis de coordenação da unidade ou da equipe.

## O ACOLHIMENTO NO PSF JARDIM ITAMARATY III

Apesar da existência de um protocolo nacional de acolhimento à demanda espontânea descrito nos cadernos de atenção básica do Ministério da Saúde, não são utilizados na prática clínica das unidades básicas de saúde de Poços de Caldas/MG.

No PSF Jardim Itamaraty III o acolhimento resume-se à separação do prontuário pela auxiliar administrativa para uma das técnicas de enfermagem aferir pressão, medir o peso e colocar na ordem de chegada para atendimento, passando os pacientes que chegam para consultas médicas até completara as “vagas de

consultas”. Isso sobrecarrega o atendimento médico, chegando a mais de 12 atendimentos por turno, a maioria com queixas crônicas que poderiam aguardar o agendamento de uma consulta médica.

A principal causa desse problema é a inexistência de um protocolo municipal para o acolhimento e a falta de preparo dos profissionais que atuam nas unidades para atendimento ao público.

## JUSTIFICATIVA

A falta de uma escuta inicial da população com definição de classificação de risco faz com que não haja priorização de atendimentos para aqueles que precisam mais e mais rápido, ferindo o princípio da equidade do Sistema Único de Saúde (SUS). E o que é pior, muitas vezes é priorizado o atendimento para aquele paciente que grita, ou que briga mais, não para aquele que realmente precisa mais. Isso é uma situação que se torna revoltante a cada dia, não apenas no atendimento da Unidade Básica de Saúde (UBS), mas também na priorização da liberação de procedimentos e exames pelo serviço de regularização e marcação da Secretaria Municipal de Saúde.

Essa falta de acolhimento ou de triagem é um entrave para o bom andamento das atividades da equipe, deixando em segundo plano a participação médica em outras atividades como os grupos operativos ou as reuniões de equipe. Por esse motivo e, devido à falta de preparo das técnicas de enfermagem que realizam o atendimento inicial do paciente, decidi realizar uma proposta de fluxograma e classificação de risco para a maior parte das demandas espontâneas do PSF Jardim Itamaraty III.

## **OBJETIVOS**

O objetivo geral é elaborar um projeto de intervenção que visa implantar os protocolos de acolhimento do Ministério da Saúde no atendimento à demanda espontânea no PSF Jardim Itamaraty III, no município de Poços de Caldas/ MG.

Os objetivos específicos são:

1-Disponibilizar os fluxogramas de acolhimento existente nos Cadernos de Atenção Básica, adequando-os à realidade do atendimento à demanda espontânea existente no PSF Jardim Itamaraty III em Poços de Caldas/ MG com a rede de organização do atendimento à saúde existente no município.

2-Capacitar as técnicas de enfermagem para a execução do fluxograma de acolhimento.

## METODOLOGIA

Foi realizada revisão de literatura na *Scientific Electronic Library Online* (Scielo) e na biblioteca virtual da Associação Médica de Minas Gerais com base em busca com os descritores “acolhimento”, “triagem”, “escuta humanizada”.

O método utilizado para a realização do trabalho foi o Planejamento Estratégico Situacional para a construção do plano de ação (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

## REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### O CONCEITO DE ACOLHIMENTO

O acolhimento é uma forma de inclusão dos usuários aos serviços da atenção primária, uma ampliação do acesso e, muitas vezes, a porta de entrada de muitas pessoas aos diversos níveis de complexidade da rede de saúde.

É uma maneira de a equipe de saúde abordar o atendimento “não previsto”, não determinado na programação da agenda, em um momento de necessidade do paciente que busca resolução para um agravo ou condição aguda de doença e recorre à atenção primária por ser o atendimento mais próximo ou mais viável no momento.

Segundo o Ministério da Saúde (2006), o acolhimento é uma atitude que implica estar em relação com alguém, “estar perto” ou “estar com”, é um compromisso com o reconhecimento do outro.

### EVOLUÇÃO DO ACOLHIMENTO NO SUS

Nas décadas de 80 e 90 o acesso aos serviços de saúde pública era difícil, a atenção primária desorganizada, centrada no atendimento médico e incapaz de atender a demanda, os profissionais de saúde eram desvalorizados e desunidos e os serviços da atenção primária sucateados com priorização do atendimento hospitalar (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

Com o objetivo de alterar o modelo de assistência centrado na doença e no atendimento hospitalar, o Ministério da Saúde lança, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente renomeado com Estratégia de Saúde da Família (ESF), agregando à atenção primária o Programa de Agentes

Comunitários (PACs), iniciando assim, a equipe multiprofissional em saúde das famílias e comunidades (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

O acolhimento surge no SUS na década de 90 propondo uma mudança na reorganização dos serviços de saúde para garantir o acesso universal e estruturando o trabalho em uma equipe multiprofissional (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

Em 2004, o Ministério da Saúde lança a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde – HumanizaSUS buscando a valorização dos diferentes agentes envolvidos na saúde, usuários, trabalhadores e gestores. Essa política objetivava, na época de seu lançamento, a redução do tempo de espera para o atendimento em saúde por meio da ampliação do acesso com o acolhimento e classificação de risco. Visava também à criação do vínculo entre usuários e profissionais da atenção primária por meio da responsabilização territorial e atenção integral (BRASIL, 2004; BRASIL, 2008).

Segundo Abbês e Massaro (2004), o acolhimento é visto como uma forma de receber o paciente em uma sala mais confortável em vez da recepção, e, na prática, ainda funciona como uma forma de triagem administrativa e encaminhamentos. Segundo essa noção, o acolhimento demonstra-se como uma forma de repasse do problema inicial para outro profissional, reduzindo ou inativando o vínculo do usuário com o profissional que o acolhe. Ainda, esse tipo de prática, por mais comum que seja, acaba por restringir o acesso aos serviços da atenção primária, reduzindo a vagas de atendimento do dia, pois mantém o processo de trabalho médico centrado.

## O ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Segundo os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde (2013a; 2013b), para o acolhimento da demanda

espontânea é necessário uma mudança no processo de trabalho da equipe, garantindo maiores equidade e qualidade e uma escuta humanizada da população. O acolhimento não deve se resumir à “distribuição de senhas” de atendimento médico, limitadas às vagas existentes, nem mesmo se restringir a uma triagem para o atendimento médico. A organização do acolhimento deve ser um trabalho em equipe, assim como as discussões e definições sobre a abordagem dos casos e o papel de cada profissional na realização dessa abordagem (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a).

Para um bom envolvimento em equipe, é necessária a definição das tarefas, como: quem serão os responsáveis por receber o usuário na unidade ou pela avaliação do risco e vulnerabilidade desse usuário; a conduta inicial do caso; quando encaminhar/agendar uma consulta médica; a organização da agenda dos profissionais e quais serviços poderão ser oferecidos além da consulta médica para o atendimento da demanda espontânea. Faz-se necessário a ampliação da capacidade de escuta humanizada e da clínica da equipe de saúde, para a realização de uma boa anamnese, reconhecendo riscos e vulnerabilidades e realizar ou acionar intervenções de forma oportuna em cada caso. A mesma pessoa que faz a escuta inicial pode ser a responsável pela intervenção necessária, isso amplia a resolutividade e a capacidade de cuidado da equipe (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a).

Uma proposta de organização do atendimento à demanda espontânea é apresentada nos fluxogramas existentes nos Cadernos de Atenção Básica sobre o Acolhimento, volumes I e II, que são apresentados em anexo no presente trabalho. Vale ressaltar que esses fluxogramas são uma forma de nortear o acolhimento, não de moldá-lo, sendo importantes os ajustes necessários para a realidade de cada equipe, adequando aos serviços e rede de saúdes disponíveis em cada região (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a; 2013b).

Outro aspecto importante apresentado nesses Cadernos são a estratificação e classificação de risco/vulnerabilidade, não como forma de triagem dos pacientes para as consultas médicas do dia, mas como orientação para o tipo de intervenção necessária e o tempo em que ela deve ocorrer. Nesse aspecto, é importante considerar o risco não apenas em termos da morbimortalidade das doenças, mas considerar condições de vida que aumentam a vulnerabilidade do indivíduo. Dessa forma, o momento do acolhimento apresenta uma grande oportunidade de inclusão em algum plano de cuidado, como no caso de dependentes de álcool ou outras drogas ou de pacientes com condições crônicas, sem adesão ao tratamento que procuram a unidade por um quadro agudo de diarreia ou gripal. A oportunidade do atendimento inicial torna-se uma forma de resgate do paciente aos cuidados de saúde e aumento do vínculo do mesmo com uma equipe que o escuta e ajuda no momento que buscava o atendimento.

De acordo com os fluxogramas propostos pelo Ministério da Saúde (2013a; 2013b) e apresentados em anexo, em situações não agudas as condutas possíveis são: orientações específicas ou sobre as ofertas da unidade, adiamento/agendamento de ações previstas ou ainda a programação de intervenções. Já em situações agudas são previstas como possibilidades de condutas: o atendimento imediato em casos de alto risco de morte, obrigando a presença do médico; o atendimento prioritário, em risco moderado, com intervenção breve da equipe, podendo haver medida de conforto inicialmente ofertada pela enfermagem, até a nova avaliação do profissional mais indicado, sendo priorizado na ordem dos atendimentos médicos; o atendimento no dia para casos de baixo risco ou ausência de risco com vulnerabilidade significativa que são situações que devem ser manejadas no mesmo dia pelo médico e/ou enfermeiro e/ou odontólogo dependendo da situação, aproveitando para captar usuários sem adesão às linhas de cuidado existentes na unidade.

Outro tema discutido pelo Ministério da Saúde, nos mesmos Cadernos de Atenção Básica para o Acolhimento (2013a; 2013b), é a organização da agenda de atendimento da equipe de forma a garantir atendimento individual para grupos específicos, como puericultura, hipertensos e diabéticos; retornos de pacientes que necessitam de acompanhamento próximo por situações de cuidados continuados; e agenda de atendimentos agudos identificados a partir do acolhimento à demanda espontânea, para situações que necessitam de atendimento no dia ou aquelas não são agudas, mas que demandam um agendamento breve. Tendo em vista essa abordagem, a criação de vagas de consulta médica para serem agendadas a partir do acolhimento está entre as propostas de intervenção do presente trabalho.

Segundo o Ministério da Saúde (2006) o acolhimento deve-se caracterizar como uma forma de organização do processo de trabalho, para que toda a equipe multiprofissional seja responsável por receber, escutar e resolver os problemas do usuário que chega à unidade de saúde. A mudança estrutural abre espaço para discussão e ação em equipe.

## PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

### 1. CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA:

No PSF Jardim Itamaraty III não existia acolhimento da demanda espontânea. Essa prática resumia-se à distribuição de “vagas” de atendimento médico para os primeiros que chegassem sem marcação de consulta, para tentar “encaixe” nas vagas de pacientes faltosos do período. Isso porque todos os pacientes da manhã eram marcados para o mesmo horário, 8 horas ou 13 horas. Sendo que os últimos a chegarem seriam os últimos para o atendimento. Essa função de definição de quem seria atendido, e daqueles que não teriam o atendimento no período era realizada pela auxiliar administrativa, na recepção da unidade. Pois a mesma separava os prontuários a partir da ordem de chegada até completar o número de vagas existentes e orientava os demais pacientes a retornarem em outro turno ou a procurar a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) caso necessário.

Diante de constantes críticas e reclamações da população e da equipe de trabalho da unidade, decidimos iniciar a realização do acolhimento da demanda espontânea com separação de vagas de atendimento médico por turno. Dessa forma, as técnicas de enfermagem ou a enfermeira iniciaram uma escuta humanizada dos pacientes e a definição dos pacientes que necessitavam de atendimento no dia, orientando os demais pacientes a agendarem a consulta médica.

Com esse início do acolhimento surgiram dúvidas e inseguranças das profissionais que o realizavam. Muitas se sentiam desconfortáveis em deixar os pacientes sem atendimento médico, gerando novamente sobrecarga de atendimentos sem queixas agudas, até suprir as “vagas” de consulta do dia. Esse problema era agravado pelo fato de não ter disponibilidade de

consultas médicas na agenda, já que as consultas marcadas eram determinadas pela livre demanda de marcações. Não existe uma definição ou classificação de prioridades entre os pacientes que comparecem ao PSF procurando marcar consultas médicas. A equidade era definida pela ordem de procura do paciente aos serviços da UBS.

## 2. IDENTIFICAÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS:

São as causas principais (nós críticos) do problema enfrentado no acolhimento do PSF Jardim Itamaraty III:

- Auxiliar administrativa realizando acolhimento;
- Equipe despreparada para a realização do acolhimento na UBS;
- Falta de um protocolo de acolhimento na prática clínica.

## 3. DESENHO DAS OPERAÇÕES E AÇÕES:

Operações e ações para enfrentamento dos nós críticos:

- Utilizar os fluxogramas de acolhimento no atendimento à demanda espontânea do PSF Jardim Itamaraty III;
- Capacitação das técnicas de enfermagem e enfermeira;
- Organização e definição das tarefas e competências de cada profissional sobre o acolhimento da unidade;
- Disponibilizar mais um período da agenda médica para agendamento de consultas necessárias a partir do acolhimento.

## 4. IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS CRÍTICOS:

Os recursos necessários são:

- Estrutural: Unidade de saúde Jardim Itamaraty III.;
- Cognitivo: Estudos de protocolos, modelos e fluxogramas já existentes;
- Financeiro: Não será necessário;
- Político: Adesão da equipe a implantação do protocolo.

Recursos críticos são aqueles essenciais para a realização das ações planejadas, no presente trabalho:

- Adesão e apoio da equipe do PSF Jardim Itamaraty III.

## 5. ANÁLISE DE VIABILIDADE E DEFINIÇÃO DAS AÇÕES ESTRATÉGICAS:

Ator que controla: Equipe de saúde do PSF Jardim Itamaraty III.

Motivação: A equipe se encontra motivada para a implantação do projeto.

## 6. ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO:

Os responsáveis e prazos para a realização das operações serão:

- Médica: Disponibilização dos fluxogramas de acolhimento como guia de consulta rápida: Um mês.
- Médica e/ou enfermeira: Capacitação das técnicas de enfermagem para a utilização do fluxograma para o acolhimento: Uma semana.
- Técnicas de enfermagem: Utilização do fluxograma e protocolo para organização da demanda espontânea em cada turno de atendimento no PSF: Três semanas de implantação experimental.

- Enfermeira: Controle e continuidade do uso pela equipe: contínuo no dia-a-dia de trabalho.

## 7. GESTÃO DO PLANO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

O plano operativo deve ser gerido para que seja bem implantado e utilizado na prática clínica. Para tanto os protocolos e fluxogramas serão disponibilizados pela médica por orientação do TCC e apresentados pela equipe.

Será necessária a capacitação das técnicas de enfermagem para a aplicação do fluxograma que poderá ser realizada pela médica e pela enfermeira do PSF.

Para implantação do fluxograma de forma experimental será necessário o apoio e trabalho das técnicas de enfermagem, enfermeira e médica para eventuais dúvidas e discussões de casos.

E o controle e incentivo do uso dos fluxogramas poderão ser realizados pela enfermeira da unidade, que é a responsável pela coordenação da equipe e, geralmente a profissional de maior permanência na equipe.

### **Quadro 1 – Operações sobre a implantação dos fluxogramas de Acolhimento do Ministério da Saúde na Equipe de Saúde da Família Jardim Itamaraty III, em Poços de Caldas, Minas Gerais:**

<b>Nós críticos</b>	Falta de protocolo de acolhimento na prática clínica; Equipe mal preparada para a realização do Acolhimento; Auxiliar administrativa realizando o acolhimento.
<b>Operação</b>	Utilizar os fluxogramas de acolhimento no atendimento à demanda espontânea do PSF Jardim Itamaraty III; Organização e definição das tarefas e competências de cada profissional sobre o acolhimento da unidade; Disponibilizar mais um período da agenda médica para

	agendamento de consultas necessárias a partir do acolhimento.
<b>Projeto</b>	Acolhendo no PSF Jardim Itamaraty III.
<b>Resultados esperados</b>	Organização no atendimento da demanda espontânea do PSF Jardim Itamaraty III; Fim do acolhimento por senhas e “vagas” de consultas em cada turno; Fim do acolhimento realizado na recepção da unidade.
<b>Produtos esperados</b>	Implantação dos fluxogramas de atendimento da demanda espontânea existentes nos Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Médica: Disponibilização dos fluxogramas de acolhimento como guia de consulta rápida; Discussão e atendimento imediato de casos quando necessário; Disponibilização de um período na agenda de atendimentos para consultas da demanda do acolhimento. Técnicas de enfermagem: Aplicação do fluxograma de acolhimento na prática diária do PSF Jardim Itamaraty III; Realização de escuta humanizada dos pacientes de demanda espontânea; Discussão dos casos quando necessário. Enfermeira: Realização de escuta humanizada dos pacientes de demanda espontânea; Realização de atendimentos de enfermagem para casos necessários, de acordo com os fluxogramas existentes; Discussão dos casos quando necessário.
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: Unidade de saúde Jardim Itamaraty III. Cognitivo: Estudos de protocolos, modelos e fluxogramas já existentes. Financeiro: Baixo custo, apenas a impressão dos fluxogramas para disponibilização no PSF. Político: Adesão da equipe da ESF Jardim Itamaraty III

	para a utilização do protocolo.
<b>Recursos críticos</b>	Adesão e apoio da equipe do PSF Jardim Itamaraty III.
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: Equipe do PSF Jardim Itamaraty III. Motivação: Aprendizagem sobre características clínicas de eventos agudos; Incentivo da equipe.
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Realização de uma capacitação com as técnicas de enfermagem sobre características clínicas. Estímulo ao uso dos fluxogramas e discussões de casos em reuniões de equipe.
<b>Responsáveis:</b>	Médica: Disponibilização dos fluxogramas de acolhimento como guia de consulta rápida. Médica e/ou enfermeira: Capacitação das técnicas de enfermagem para a utilização do fluxograma para o acolhimento. Técnicas de enfermagem: Utilização do fluxograma e protocolo para organização da demanda espontânea em cada turno de atendimento no PSF. Enfermeira: Controle e continuidade do uso pela equipe.
<b>Cronograma / Prazo</b>	Disponibilização do protocolo e fluxogramas: Um mês. Apresentação do fluxograma para a equipe do PSF: Uma tarde de reunião de equipe. Capacitação das técnicas de enfermagem para a aplicação do fluxograma: Uma semana. Implantação do fluxograma de forma experimental no PSF: Três semanas. Controle e continuidade: período de trabalho na equipe.
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação.</b>	Protocolo e fluxograma: Acompanhamento do protocolo e fluxograma pelo orientador. Apresentação do fluxograma para a equipe do PSF: Médica. Capacitação das técnicas de enfermagem para a aplicação do fluxograma: Médica e enfermeira.

	Implantação do fluxograma de forma experimental no PSF: Técnicas de enfermagem, enfermeira e médica do PSF.
--	---

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a implantação e utilização do protocolo de acolhimento e dos fluxogramas de atendimento à demanda espontânea com classificação de risco e vulnerabilidade espera-se que haja maiores organização e qualidade no atendimento aos usuários do SUS no PSF Jardim Itamaraty III.

A utilização dos fluxogramas, de acordo com as principais queixas agudas vistas na atenção primária, dará respaldo e confiança para a equipe de enfermagem da unidade para a realização de atendimento eficaz para os pacientes, sem que haja necessidade de consultas médicas para todos os pacientes que procurem a unidade. Busca-se maior inserção dos profissionais nas atividades de assistência, garantindo o atendimento em equipe multiprofissional da ESF.

Associada ao melhor fluxo da demanda espontânea busca-se uma melhor distribuição da agenda de atendimentos médicos para que seja ofertada uma assistência compatível com a demanda local. Dessa forma, serão colocados em prática os princípios do SUS de universalidade, como porta de entrada para todos os moradores da região e da equidade, garantindo atendimento com qualidade e resolutividade aos pacientes que precisarem de assistência mais breve, a partir da demanda vista no acolhimento. Com a disponibilização de um período da agenda para atendimentos agendados a partir do acolhimento, acabará com barreiras ao atendimento de pessoas que procuram a unidade devido às agutização ou descompensação de condições crônicas, como “não tem vaga de consulta” ou “para agendar consulta é só no mês que vem”.

A proposta é deixar a agenda livre para marcação direta para pacientes que buscam acompanhamento rotineiro ou com condições crônicas compensadas. Àqueles que tiverem queixas

agudas que demandem assistência dos profissionais de saúde, serão atendidos pela equipe de enfermagem ou médica local, no mesmo dia, ou em um agendamento breve, de acordo com as necessidades individuais.

Acredito que o projeto seja viável, de simples aplicação e que possa gerar um grande impacto na organização do processo de trabalho no atendimento à demanda espontânea das unidades do município de Poços de Caldas, a começar pelo PSF Jardim Itamaraty III, o qual inspirou o presente trabalho a partir do Planejamento Estratégico Situacional.

## REFERÊNCIAS

1. ABBÊS, C.; MASSARO, A.. Acolhimento com classificação de risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 49p. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/Acolhimento%20com%20Classifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20Risco.pdf>. Último acesso em 19 de outubro de 2015 às 10h43min.

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização . HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2004. 20p.

3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2. ed. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2006. 42p.

4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2008. 70p.

5. CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. **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/registo/Planejamento\\_e\\_avaliacao\\_das\\_acoes\\_de\\_saude\\_2/3](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3)>. Último acesso em 10 de novembro de 2015, às 18h40min.

6. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. **Cadernos de Atenção Básica**, nº 28, v. I:

Acolhimento à demanda espontânea. Brasília, 2013. Disponível em:

[http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/documentos-norteadores/cadernos\\_de\\_atencao\\_basica\\_-\\_volume\\_i.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/documentos-norteadores/cadernos_de_atencao_basica_-_volume_i.pdf).

Último acesso em 30 de novembro de 2015 às 12h31min.

7. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. **Cadernos de Atenção Básica**, nº 28, v. II: Acolhimento à demanda espontânea. Brasília, 2013. 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).

Último acesso em 30 de novembro de 2015 às 11h32min.

8. MITRE, S. M.; ANDRADE, E. L. G.; COTTA, R. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2071-2085, 2012.

9. PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE POÇOS DE CALDAS – 2014 A 2017. Disponível em file:///C:/Users/Ver%C3%B4nica/Downloads/pocos\_de\_caldas\_mg%20(2).pdf. Último acesso em 04 de novembro de 2015 às 18h24min.

## FLUXOGRAMAS

### CLASSIFICAÇÃO GERAL DOS CASOS DE DEMANDA ESPOTÂNEA NA ATENÇÃO BÁSICA

#### Situação não aguda

##### Condutas possíveis:

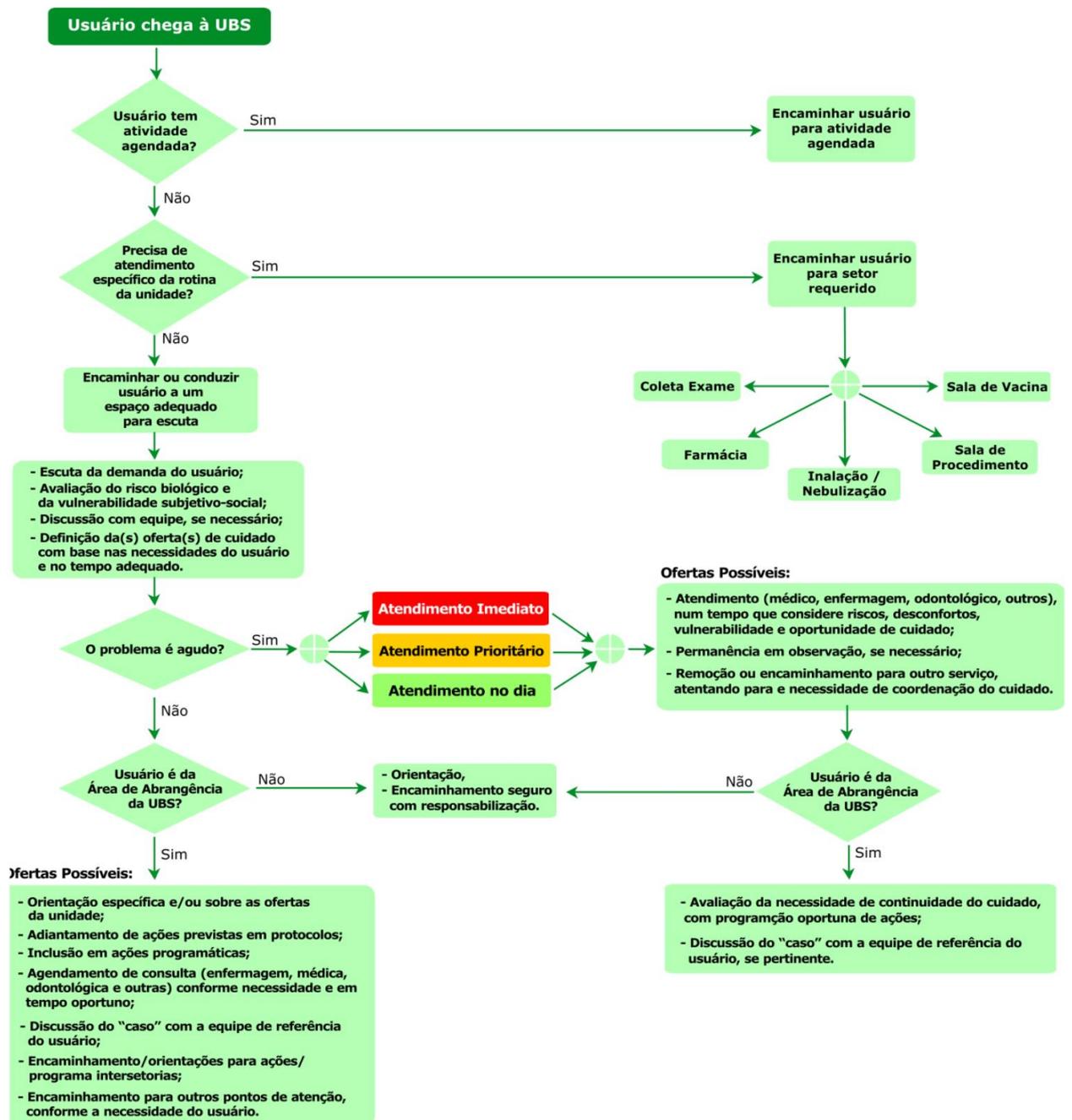
- Orientação específica e/ou sobre as ofertas da unidade.
- Adiantamento de ações previstas em protocolos (ex.: teste de gravidez, imunização).
- Agendamento/programação de intervenções.
- Contudo, vale salientar que o tempo para o agendamento deve levar em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico da queixa.

#### Situação aguda ou crônica agudizada

##### Condutas possíveis:

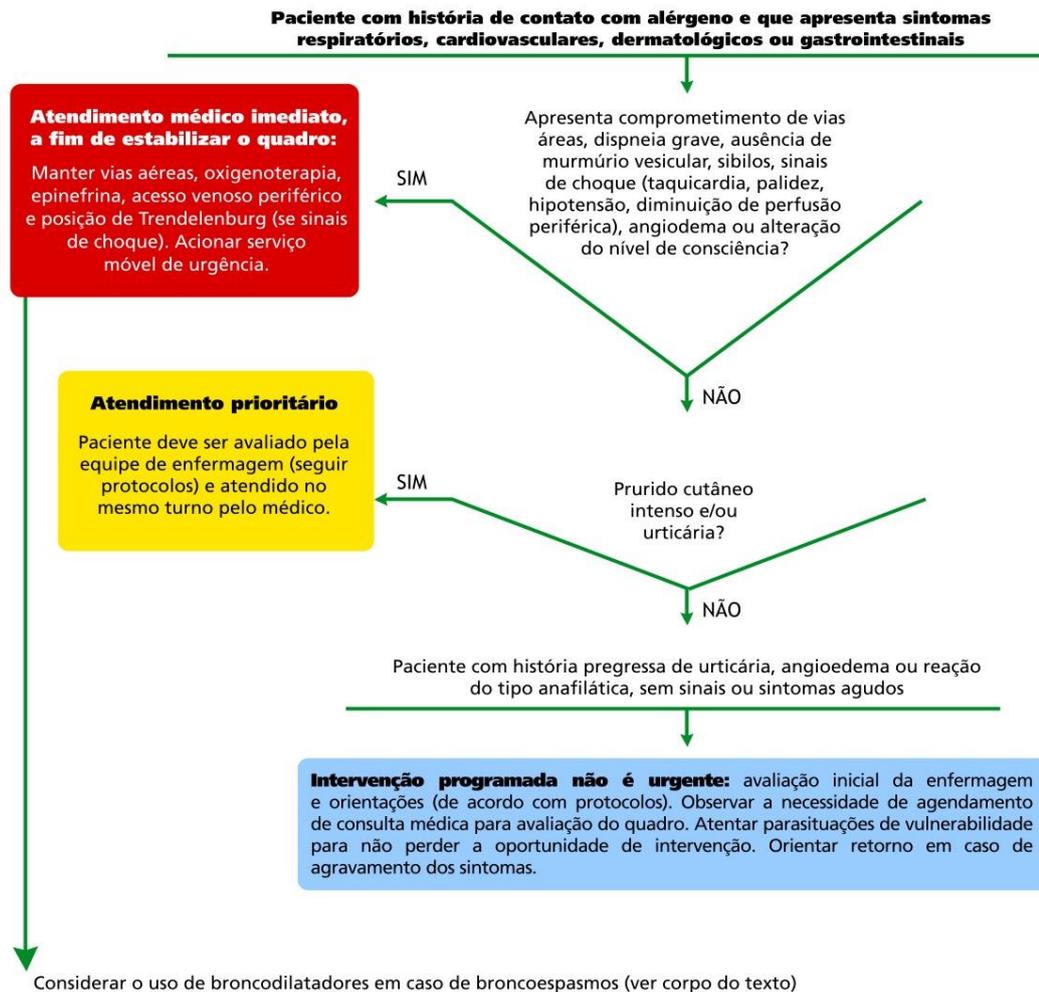
- **Atendimento imediato (alto risco de vida):** necessita de intervenção da equipe no mesmo momento, obrigatoriamente com a presença do médico. Ex.: Parada cardiorrespiratória, dificuldade respiratória grave, convulsão, rebaixamento do nível de consciência, dor severa.
- **Atendimento prioritário (risco moderado):** necessita de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertada inicialmente medidas de conforto pela enfermagem até a nova avaliação do profissional mais indicado para o caso. Influencia na ordem de atendimento. Ex.: Crise asmática leve e moderada, febre sem complicação, gestante com dor abdominal, usuários com suspeita de doenças transmissíveis, pessoas com ansiedade significativa, infecções orofaciais disseminadas, hemorragias bucais espontâneas ou decorrentes de trauma, suspeita de violência.
- **Atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante):** situação que precisa ser manejada no mesmo dia pela equipe levando em conta a estratificação de risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial. O manejo poderá ser feito pelo enfermeiro e/ou médico e/ou odontólogo ou profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) dependendo da situação e dos protocolos locais. Ex.: disúria, tosse sem sinais de risco, dor lombar leve, renovação de medicamento de uso contínuo, conflito familiar, usuário que não conseguirá acessar o serviço em outro momento.

Figura 1 – Fluxograma para a organização do processo de trabalho das equipes de atenção primária para o atendimento da demanda espontânea



Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

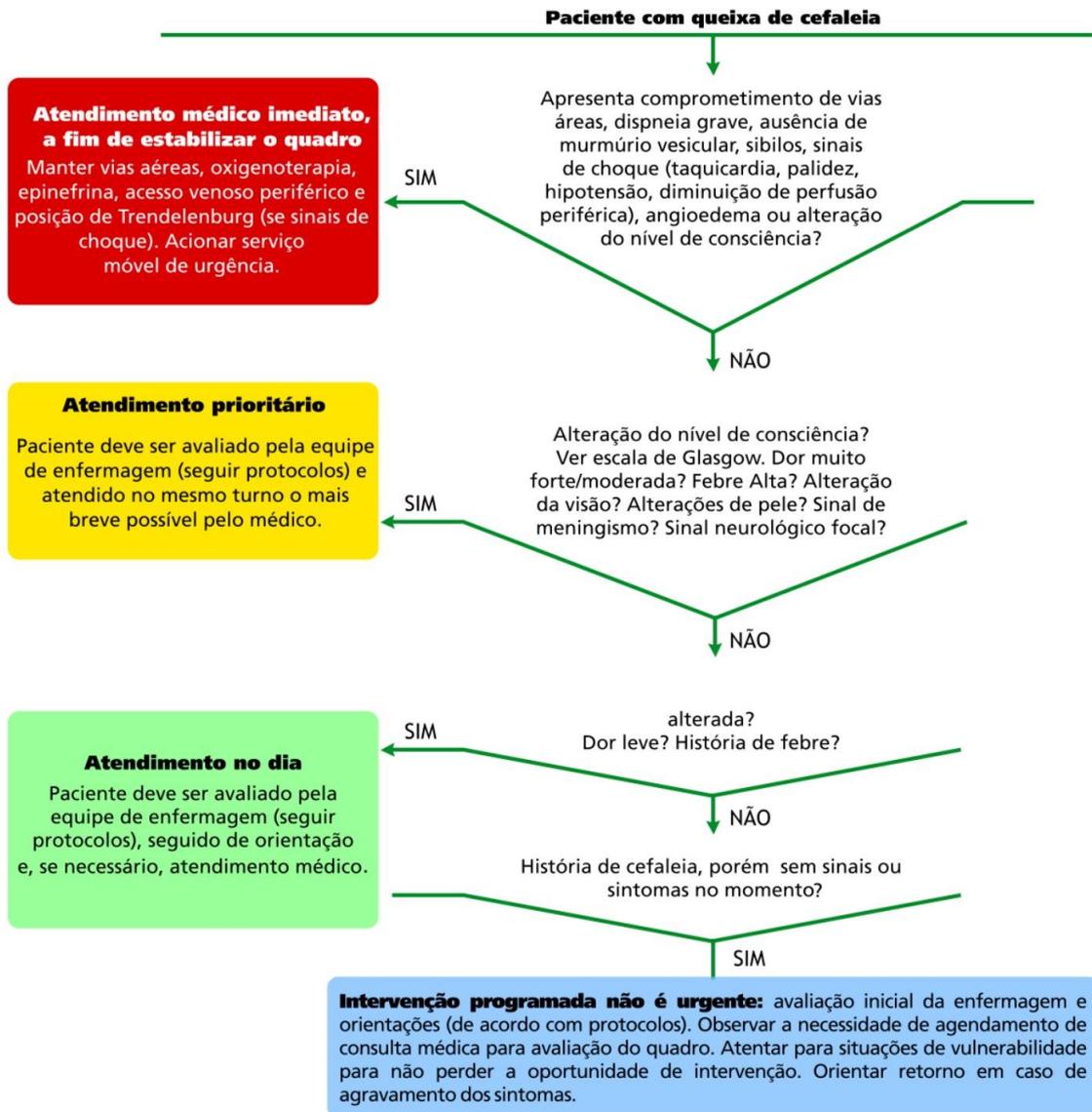
Figura 2 – Fluxograma de atendimento por classificação de risco/vulnerabilidade aos casos de reação anafilática



Droga	Dose criança	Dose adultos
Epinefrina 1:1.000 (1mg/ml)	0,01mg/kg/dia IM	0,3ml-0,5ml IM ou SC até 3 doses a cada 15 minutos
Prometazina injetável 25mg/ml (pode ser repetida em 2 horas, se necessário)	Não deve ser usado em menores de 2 anos 5 a 10 anos: 6,25mg a 12,5mg IM Dose máxima 0,5mg/kg/dose	25mg IM
Loratadina (10mg/cp ou xarope com 1mg/ml)	Não deve ser usado em menores de 2 anos 2 a 6 anos 5mg Maiores de 6 anos 10mg/dia	10mg/dia
Prednisona 05mg/cp e 20mg/cp	0,1mg a 2mg/dia VO	0,5mg/kg (máximo de 60mg/dia) VO

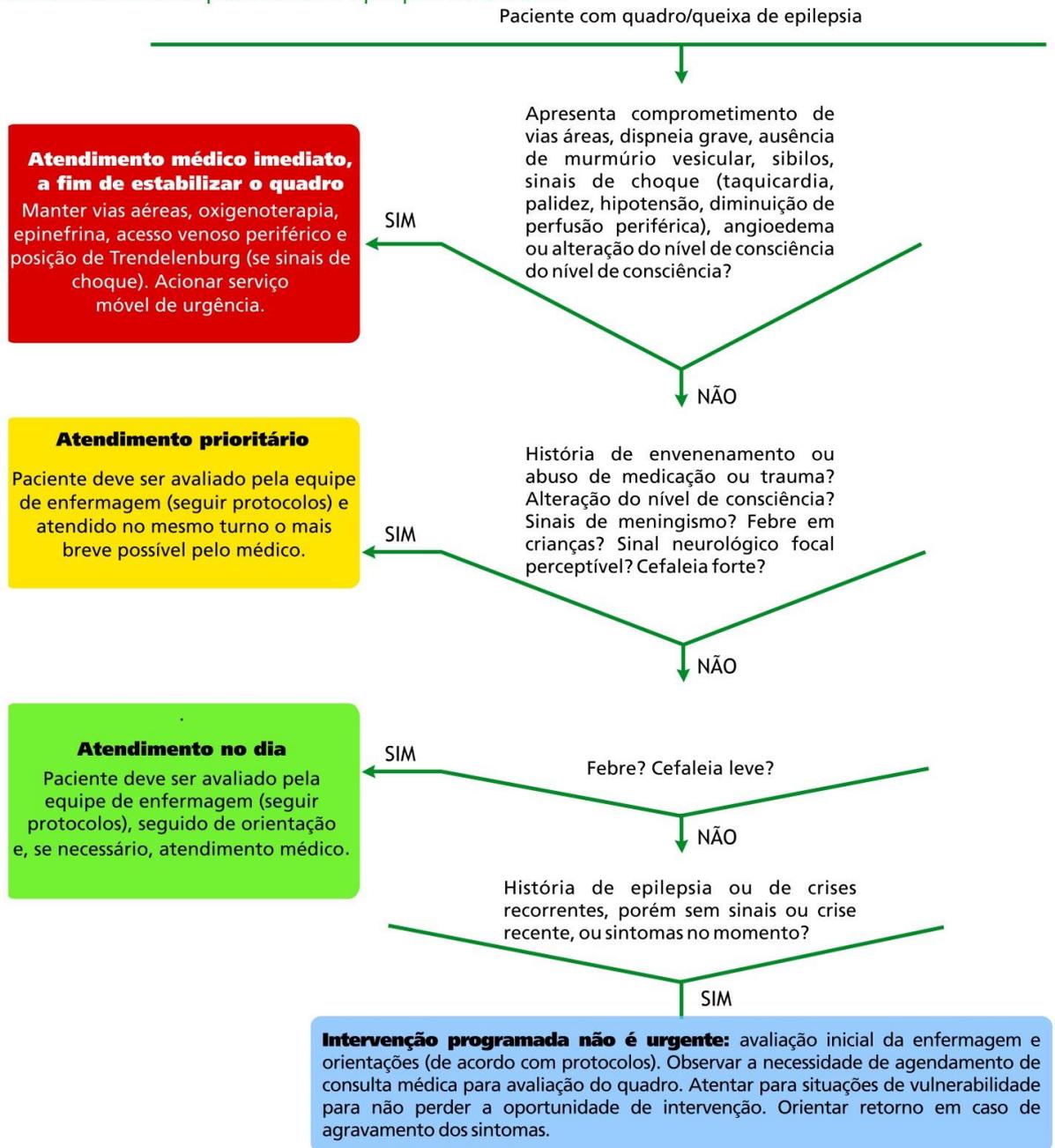
Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

Figura 4 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes que procuram o atendimento devido a quadro de cefaleia



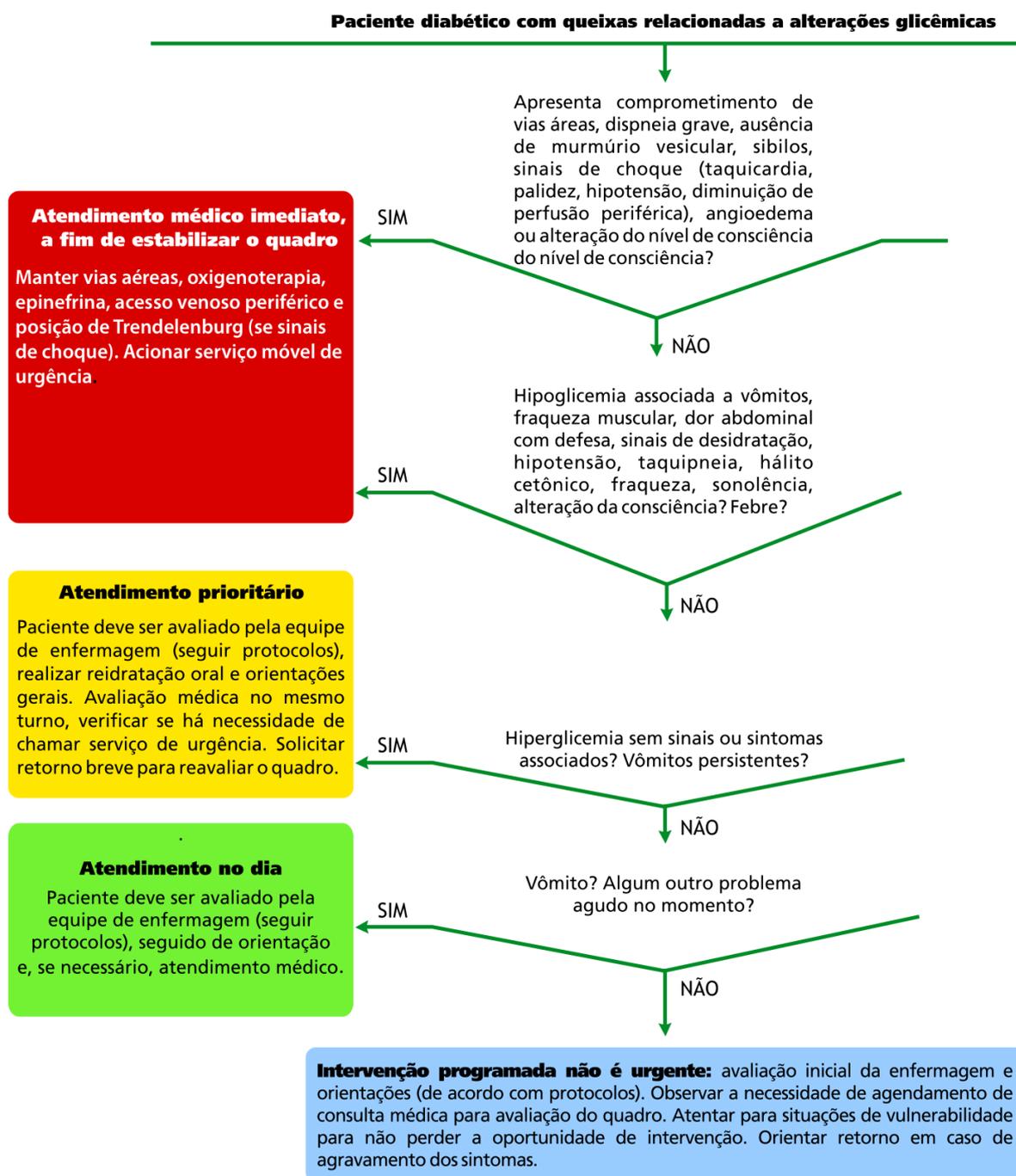
Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

Figura 5 – Fluxograma e algoritmo que abordam o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade do paciente com epilepsia ou em crise



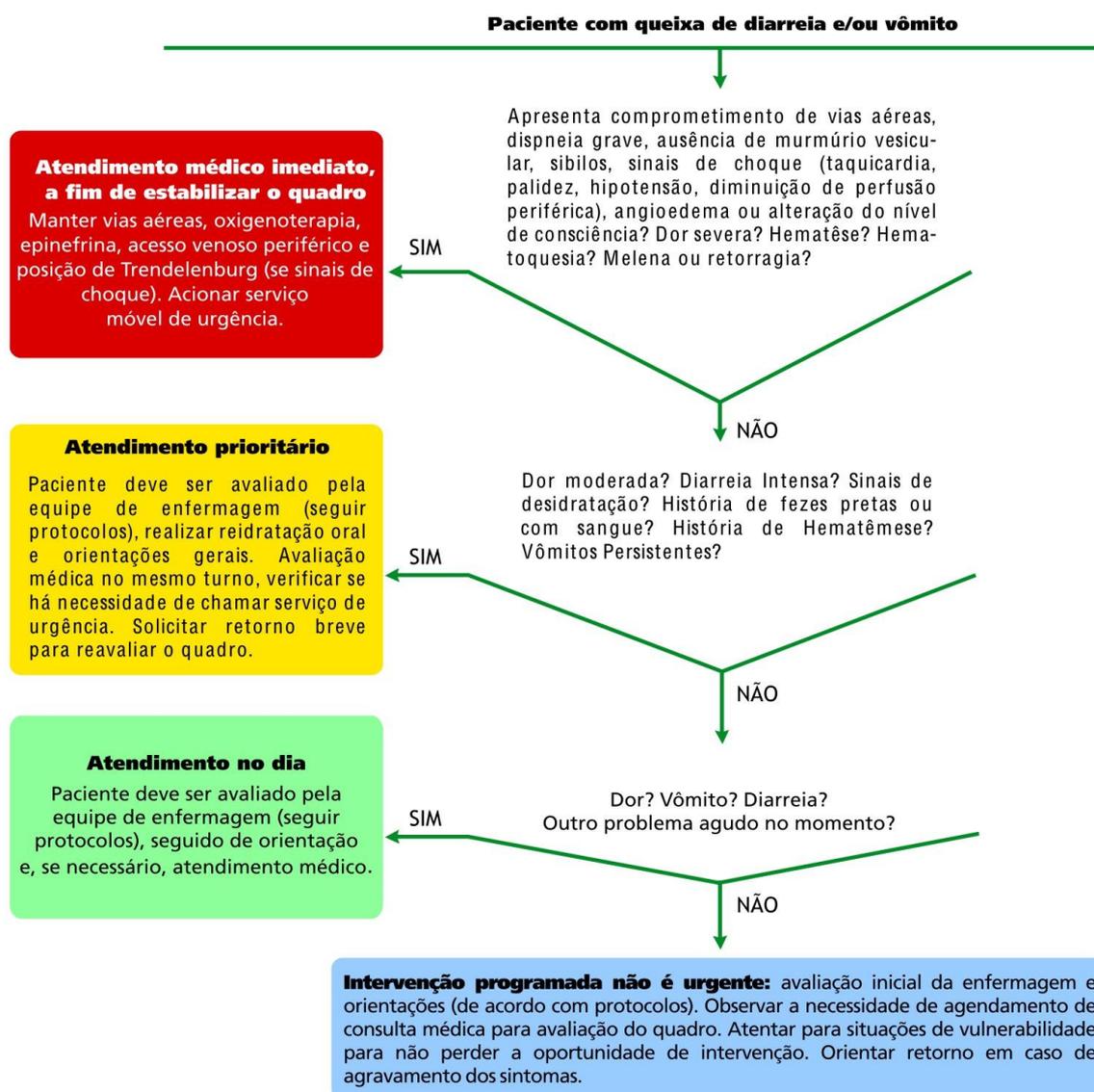
Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

Figura 7 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes diabéticos que procuram atendimento por demanda espontânea



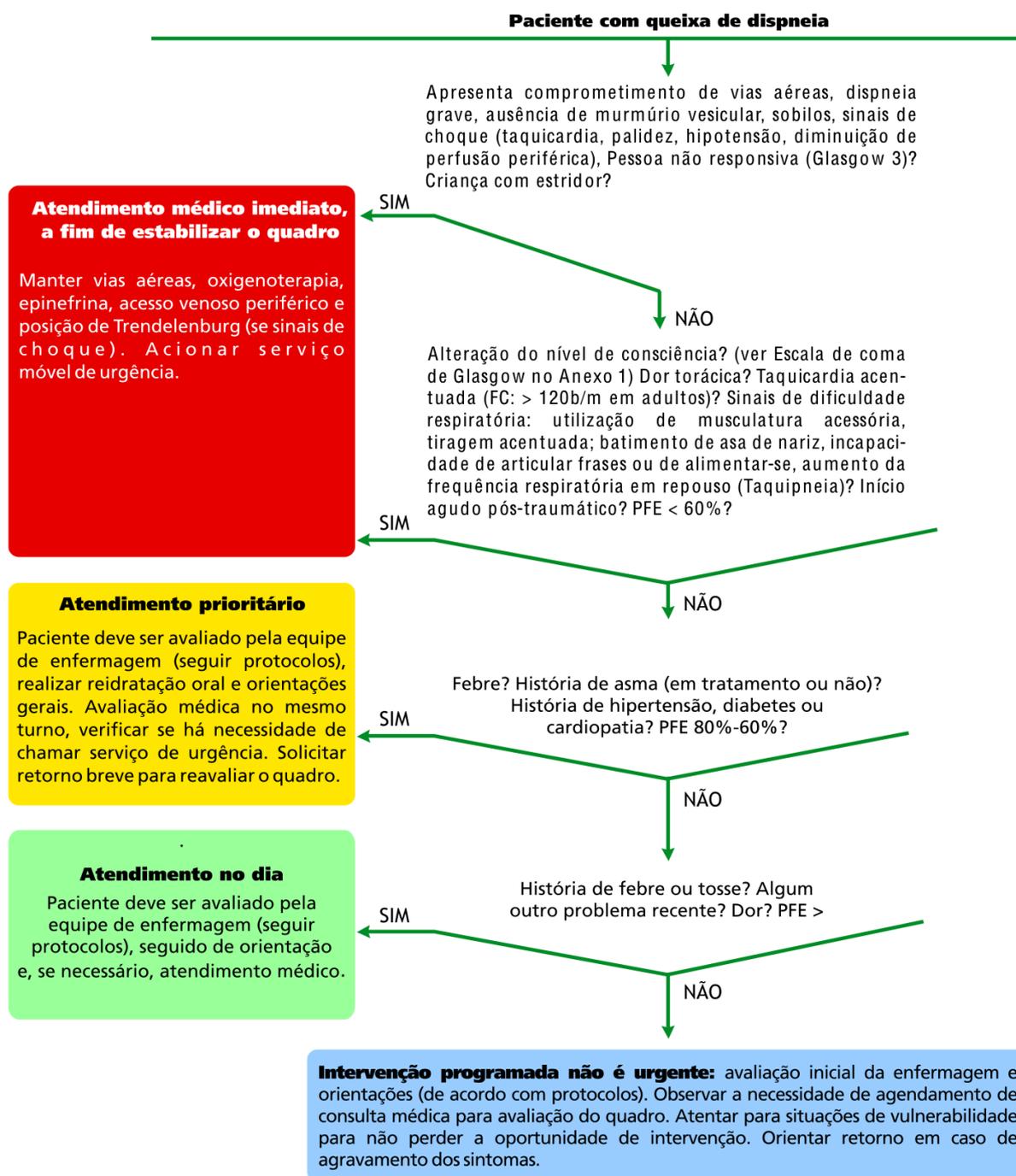
Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

Figura 8 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes que procuram atendimento por queixa de diarreia e/ou vômito



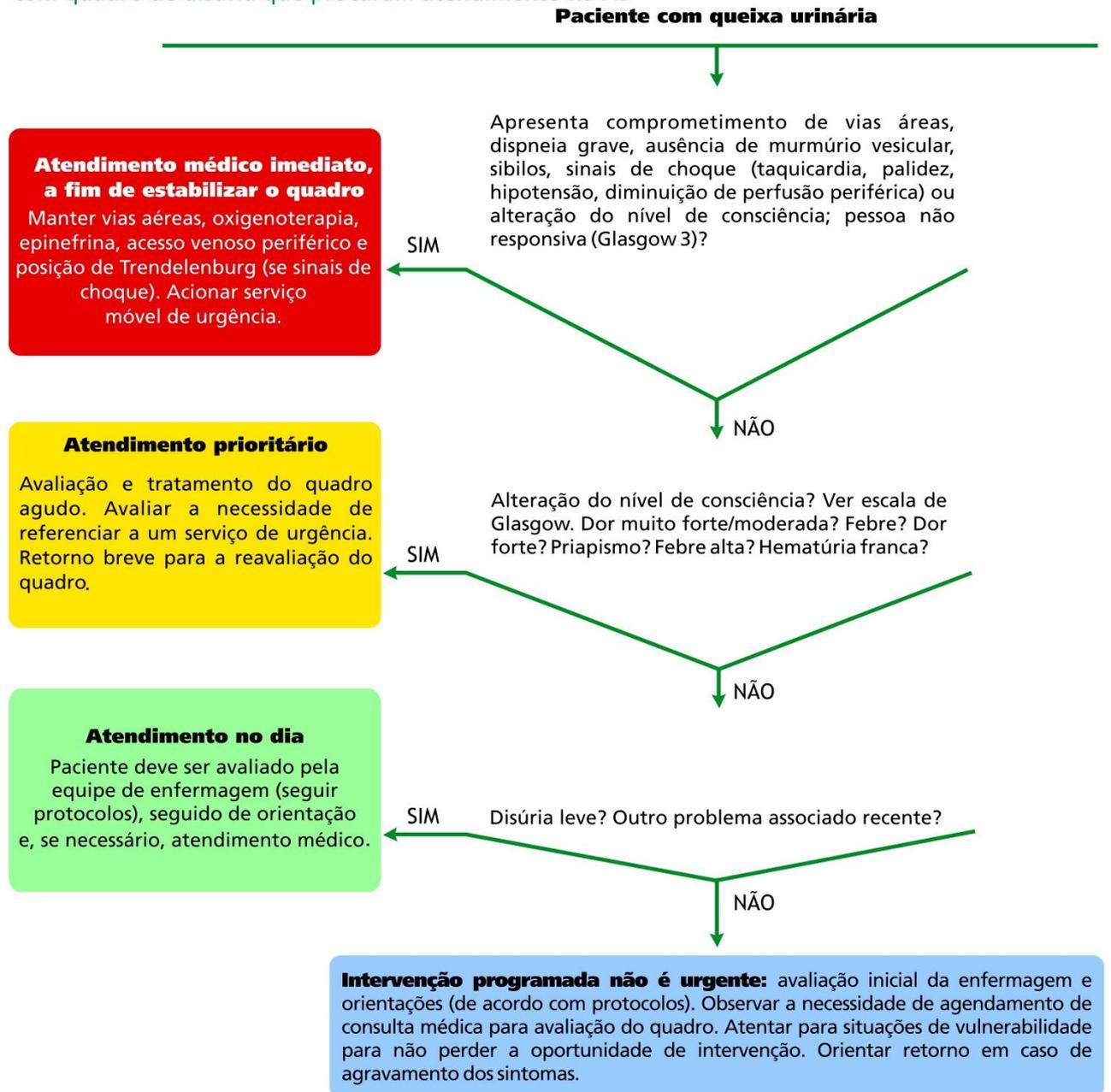
Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

Figura 12 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes que procuram atendimento devido à queixa de dispneia



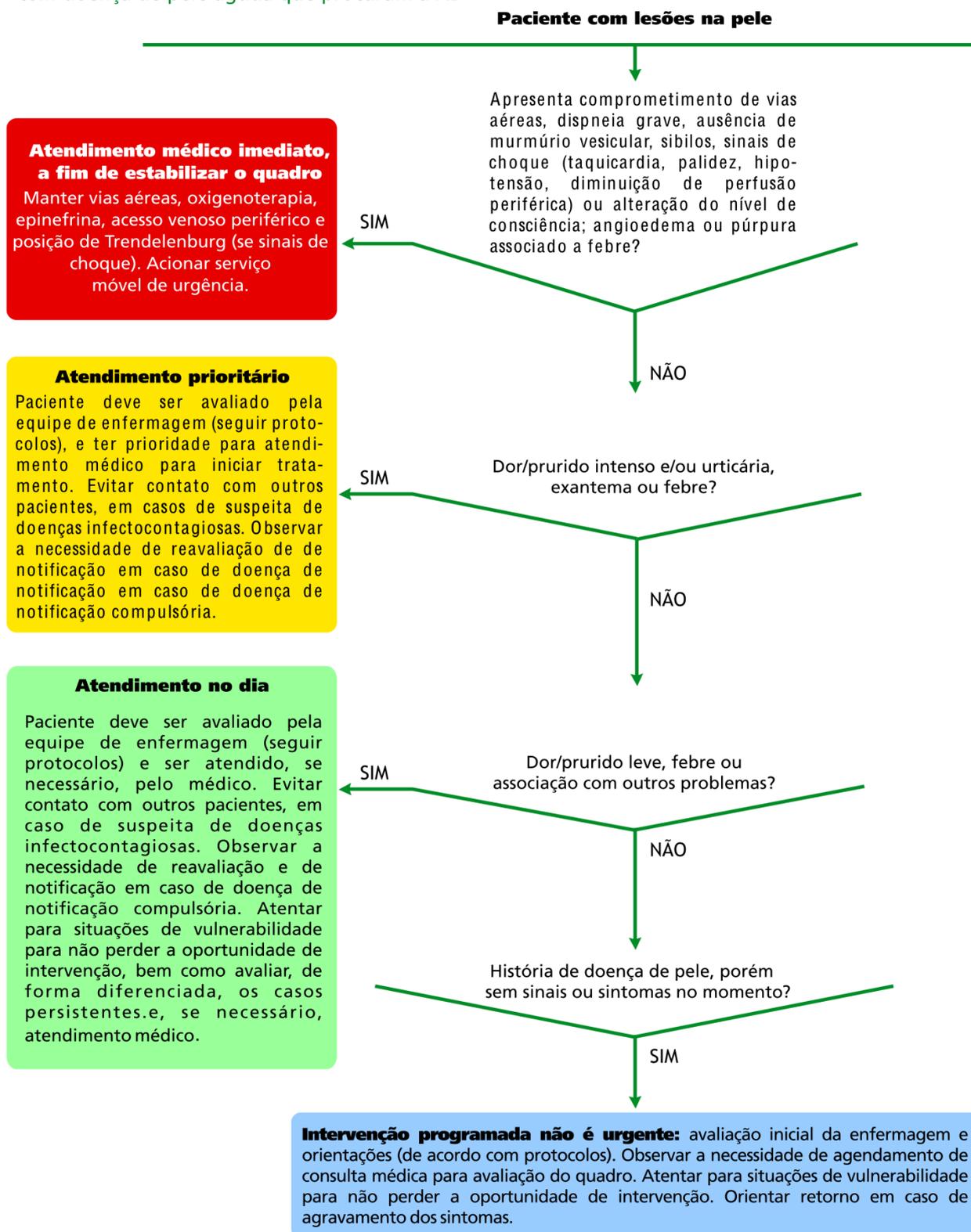
Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

Figura 13 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes com quadro de disúria que procuram atendimento na AB



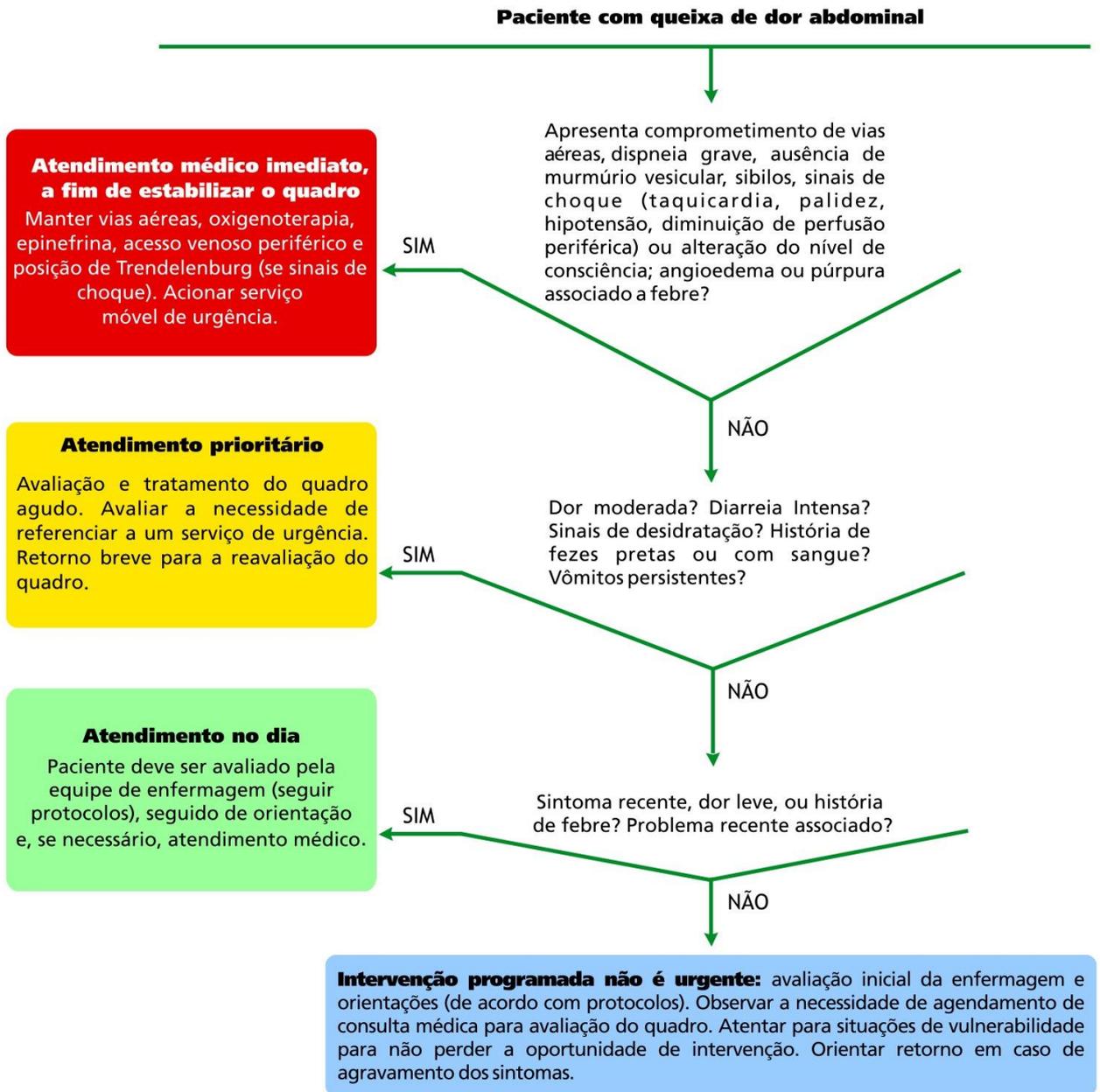
Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

Figura 28 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes com doença de pele aguda que procuram a AB



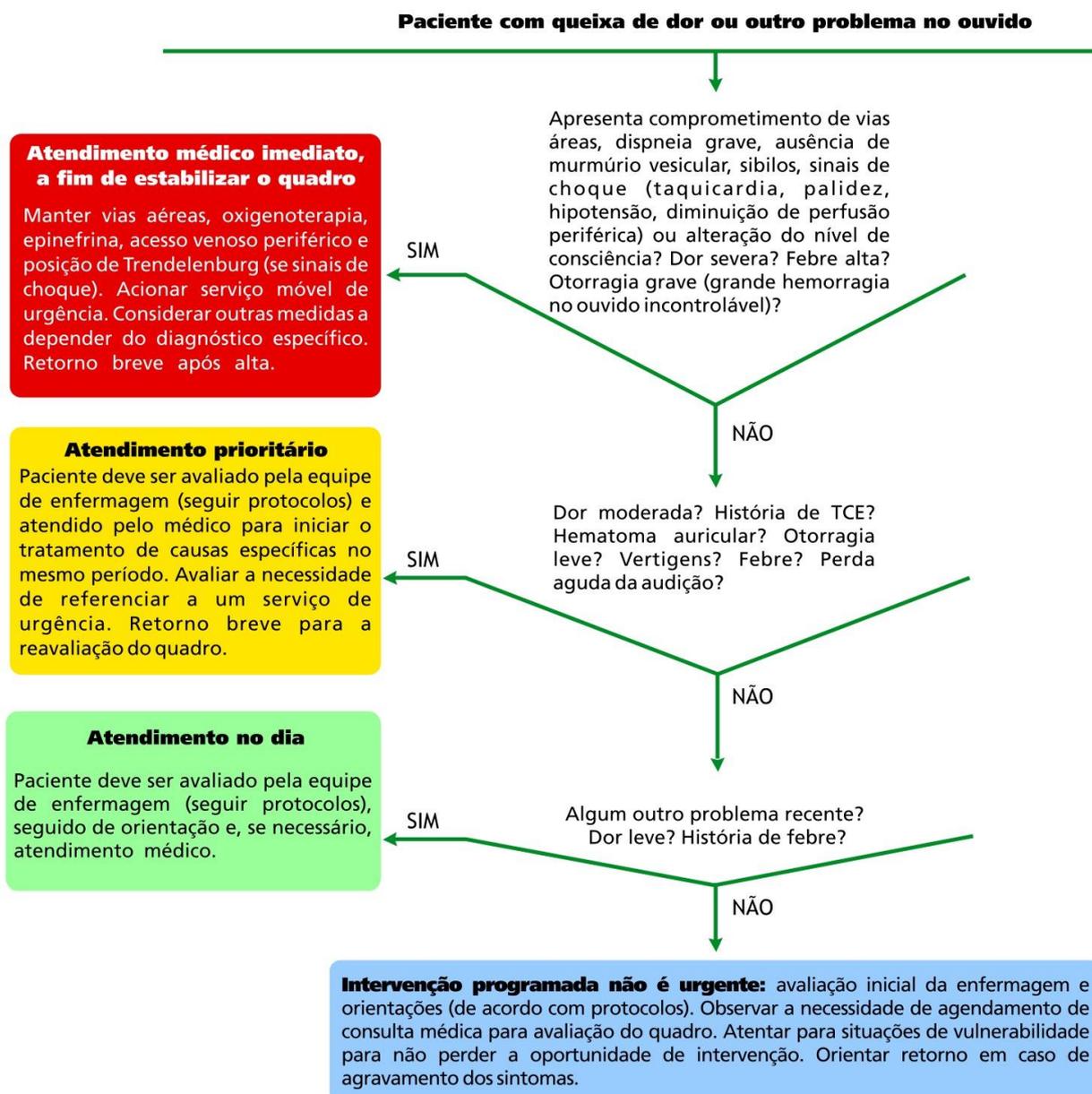
Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

Figura 29 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes com quadro de dor abdominal que procuram atendimento na AB



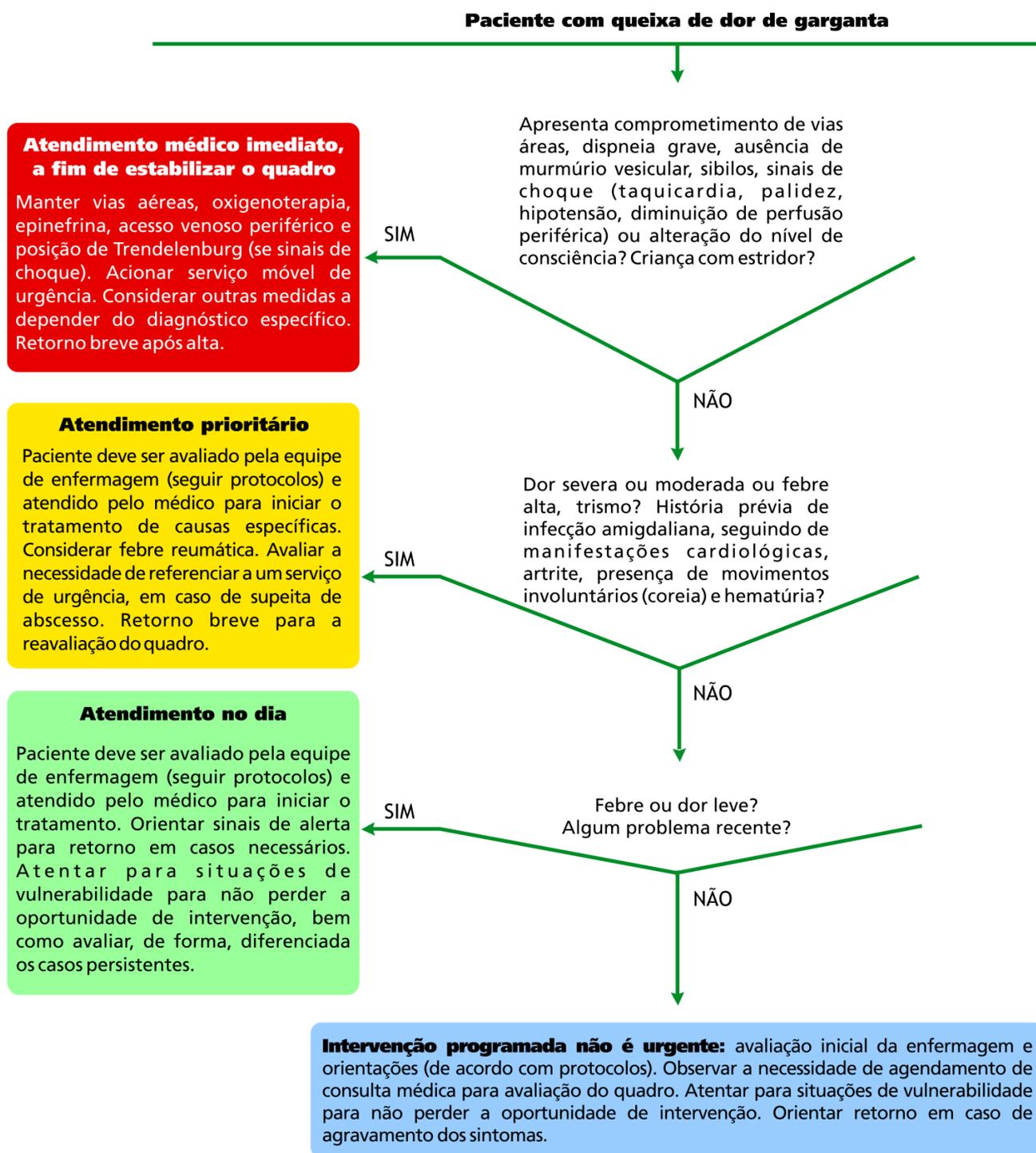
Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

Figura 30 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes com quadro de dor ou outros problemas no ouvido que procuram atendimento na AB



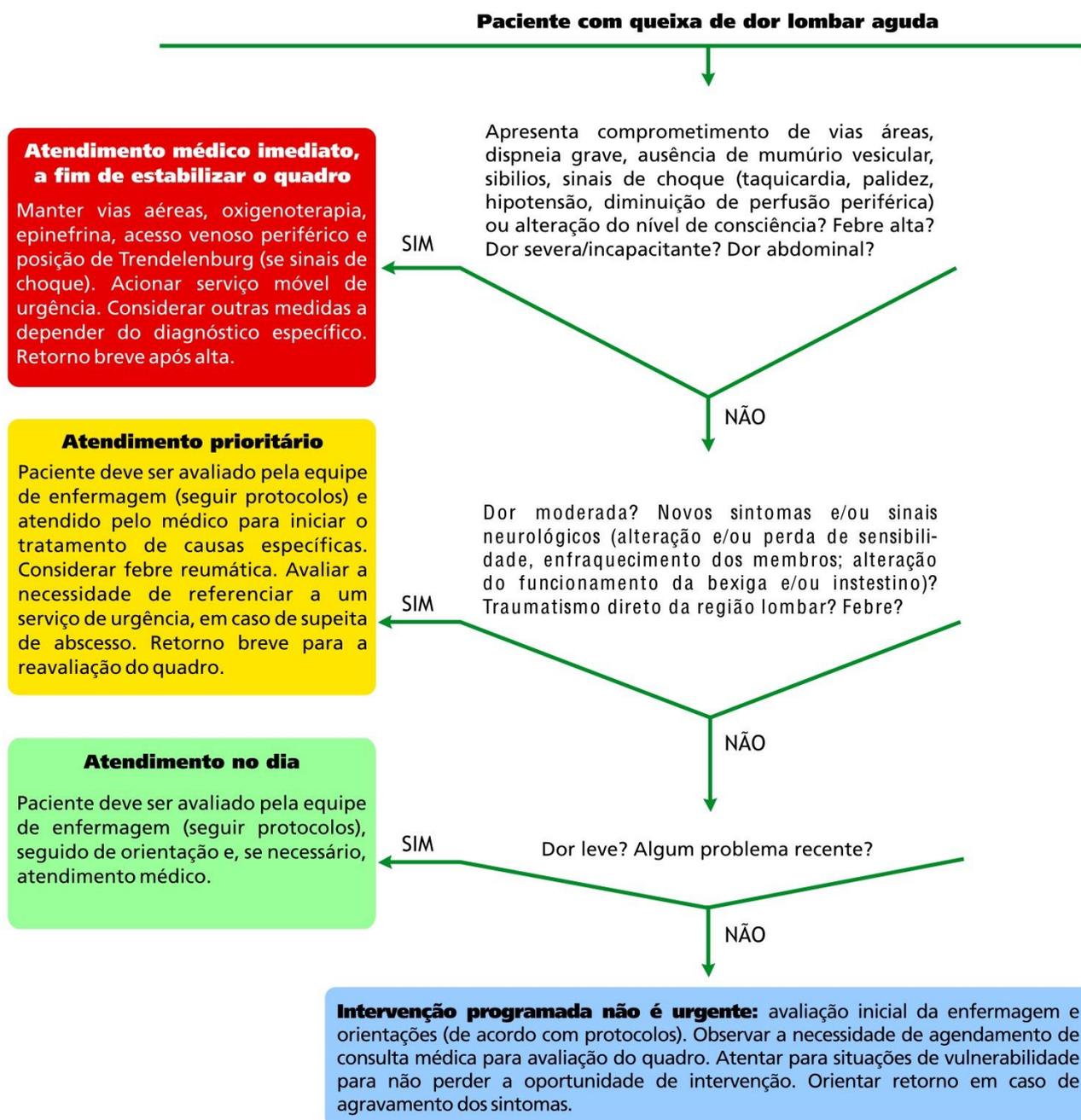
Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

Figura 31 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes com quadro de dor de garganta que procuram atendimento na AB



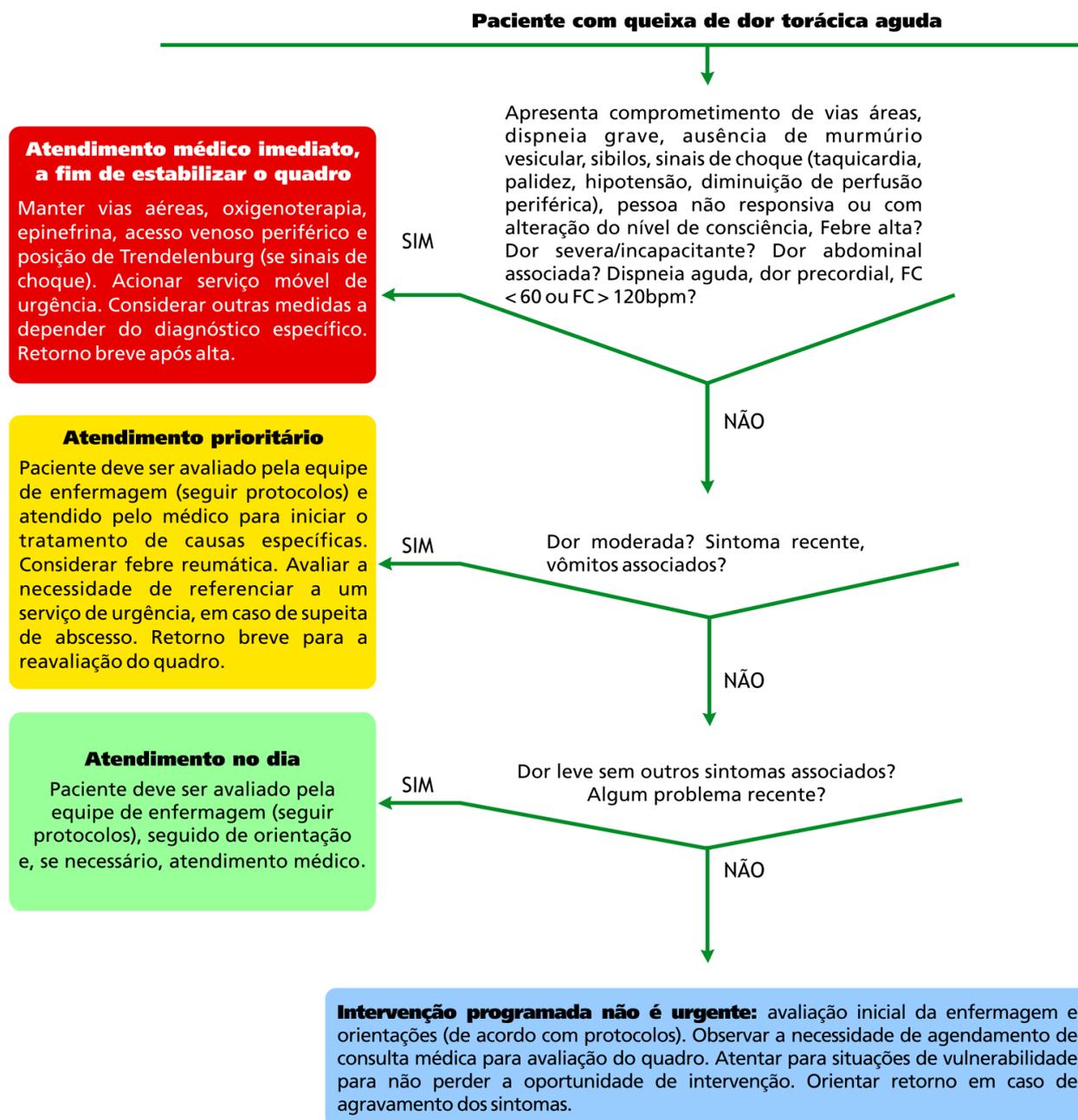
Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

Figura 32 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes com quadro de dor lombar aguda que procuram atendimento na AB



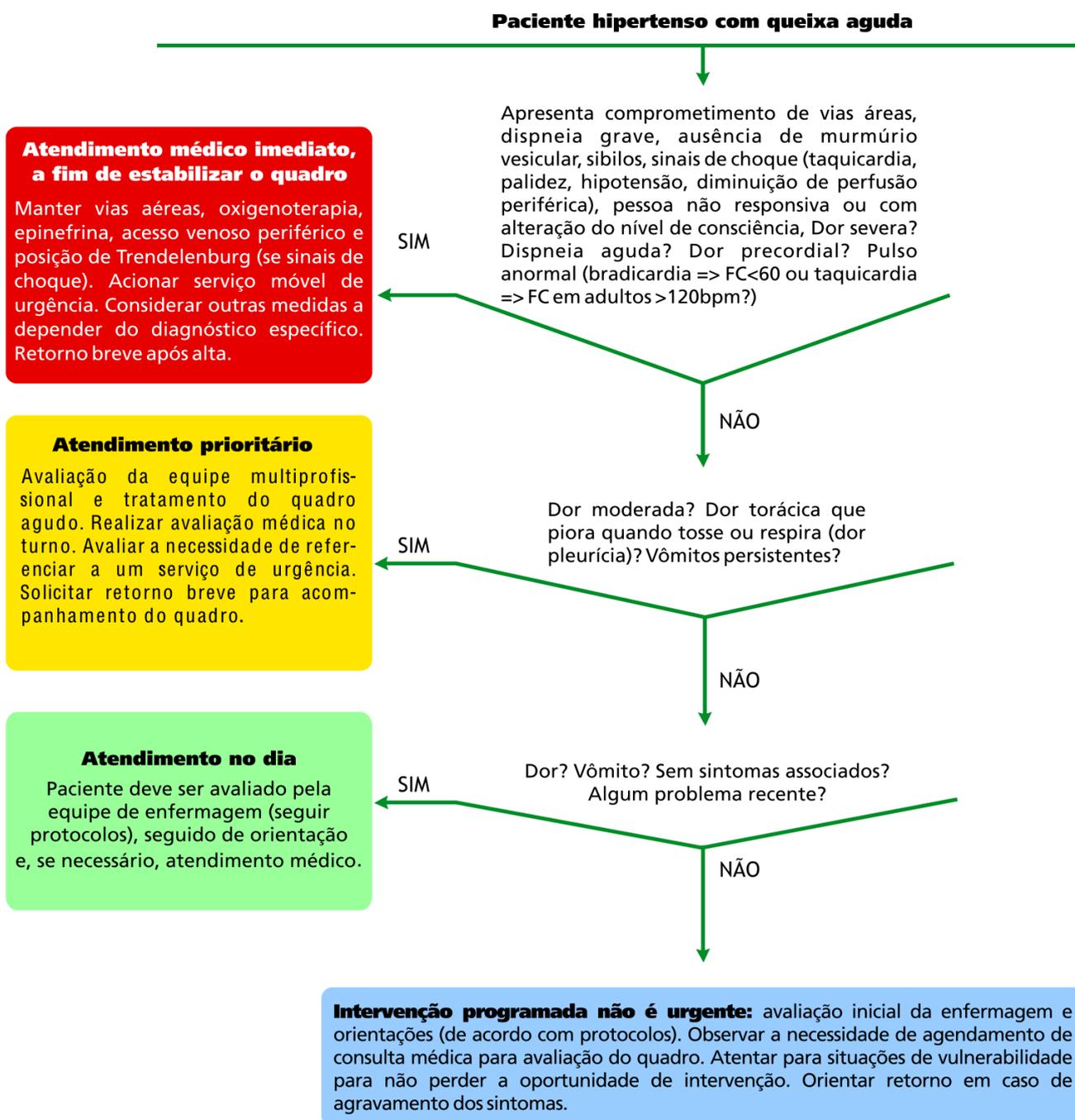
Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

Figura 34 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes com quadro de dor torácica aguda que procuram atendimento na AB



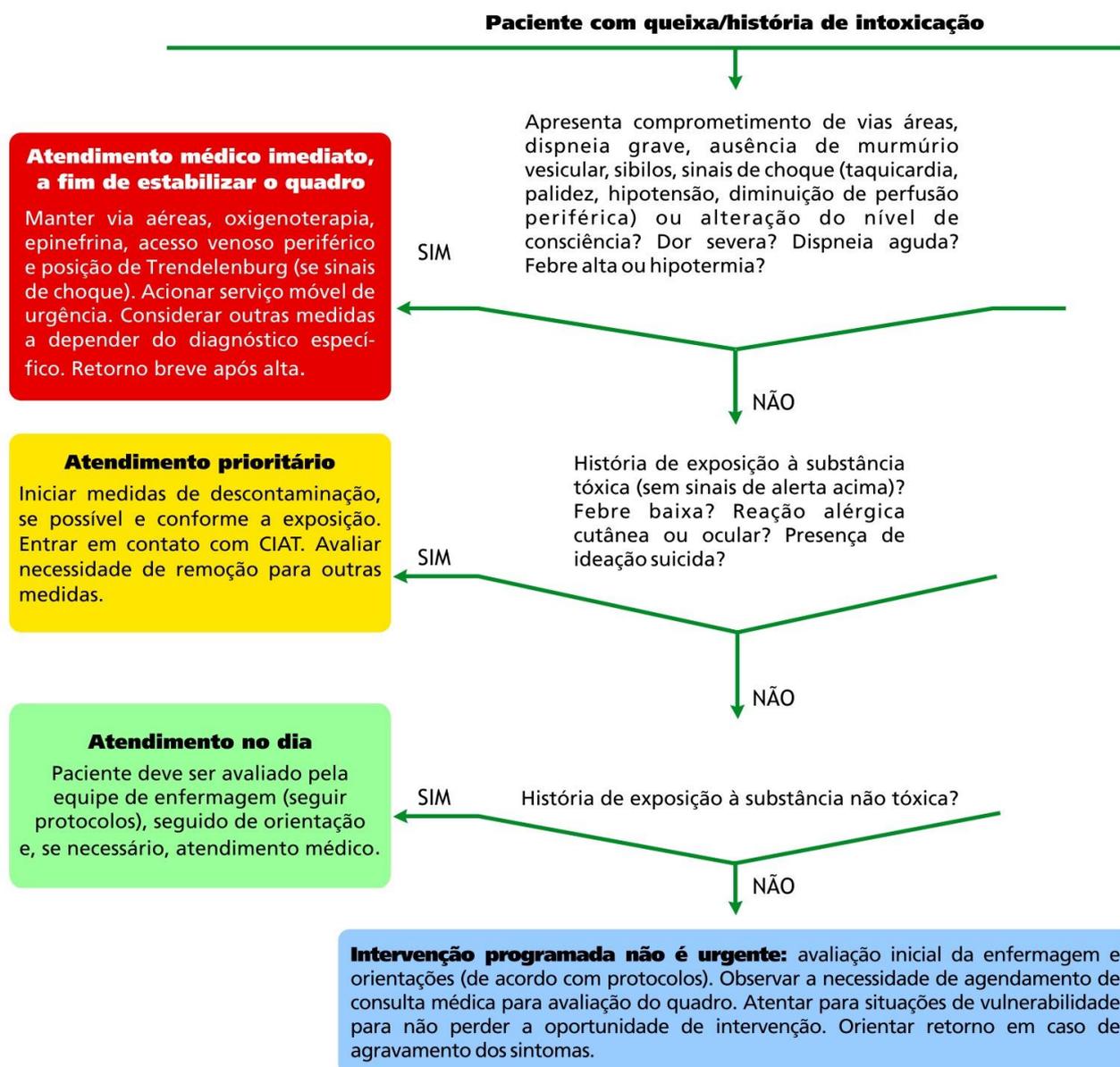
Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

Figura 35 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes hipertensos



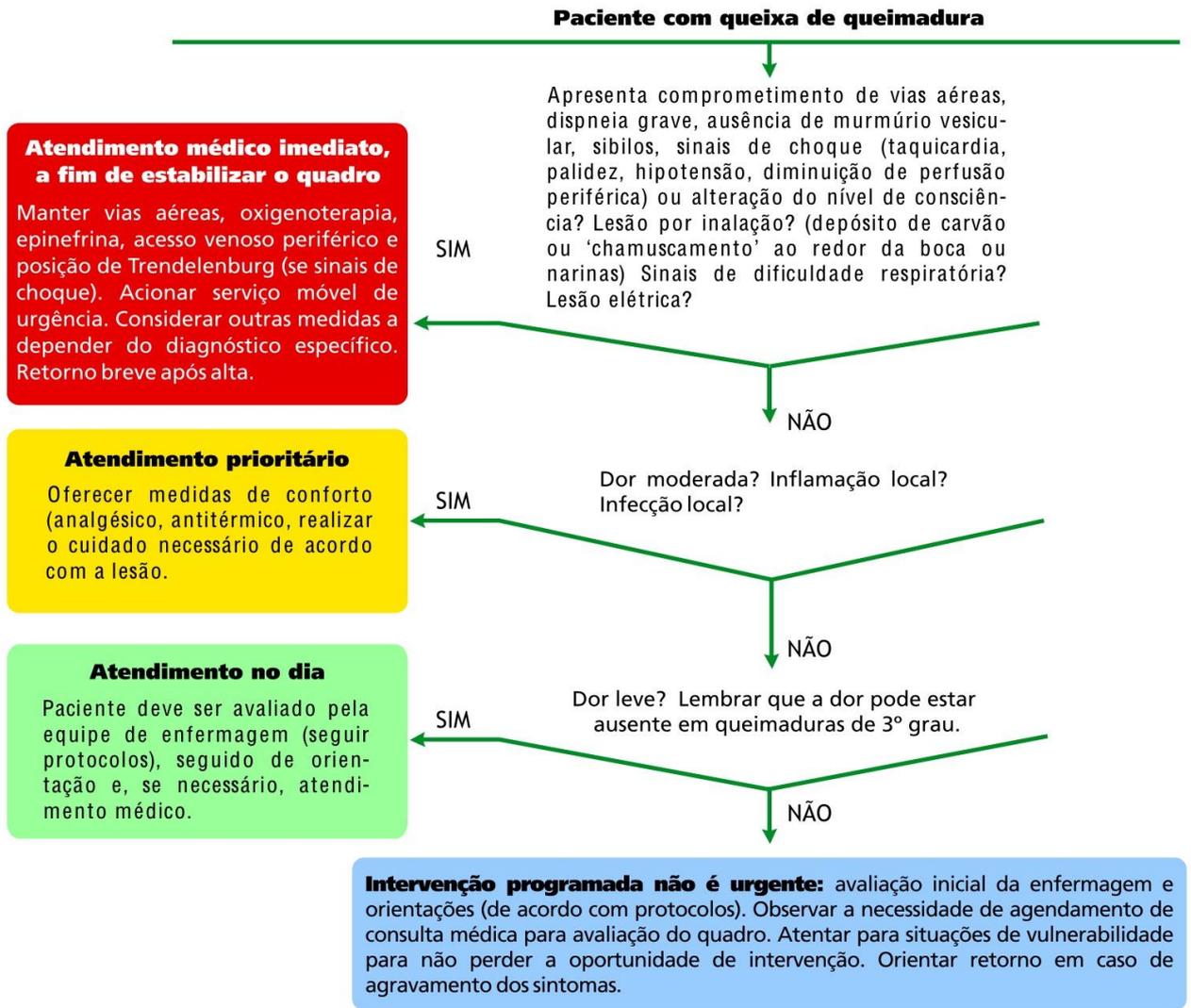
Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

Figura 36 – Fluxograma de classificação de risco/vulnerabilidade do paciente com história de exposição à substância tóxica



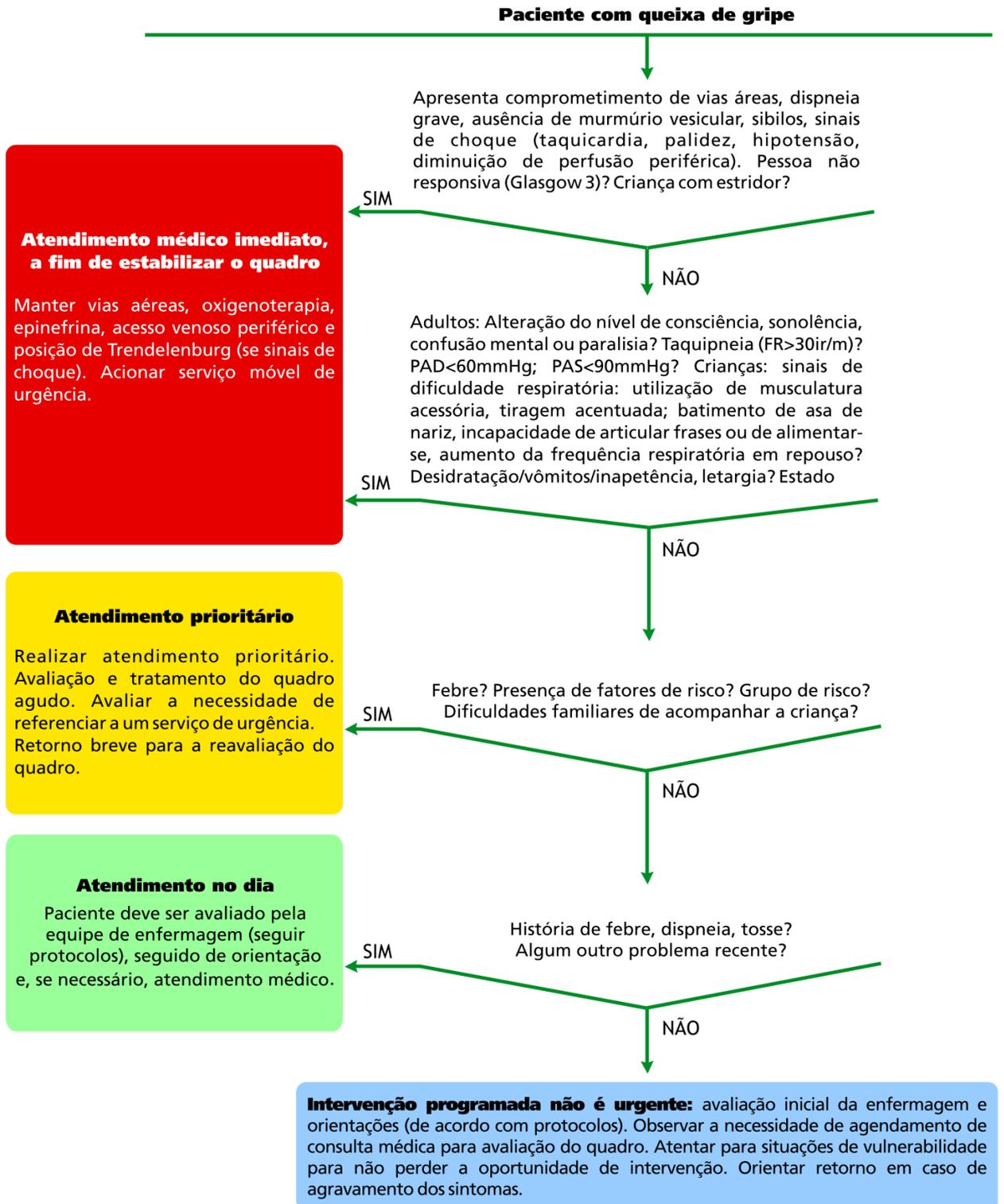
Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

Figura 38 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes queimados



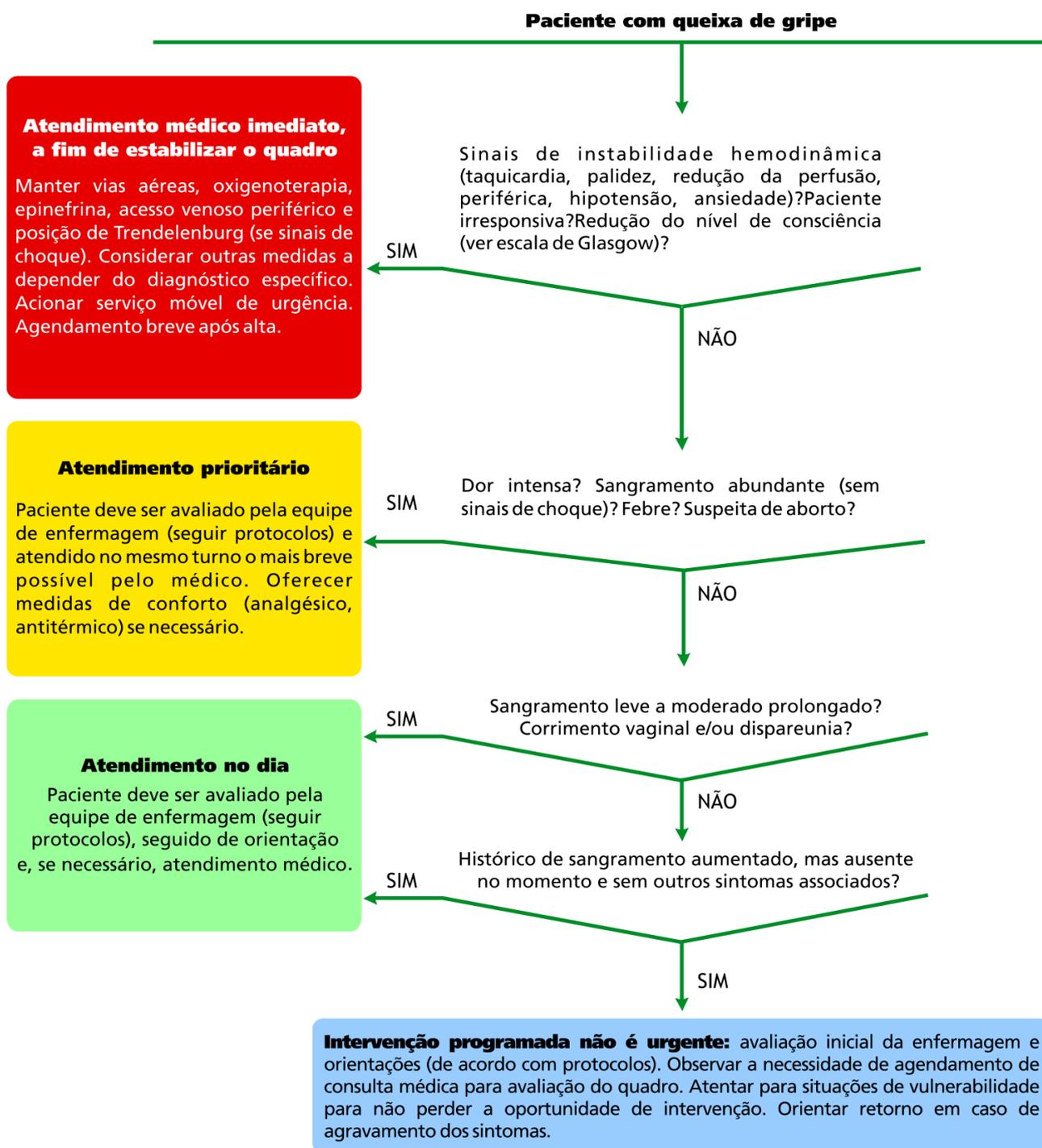
Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Figura 39 – Fluxograma de atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos casos de síndrome gripal



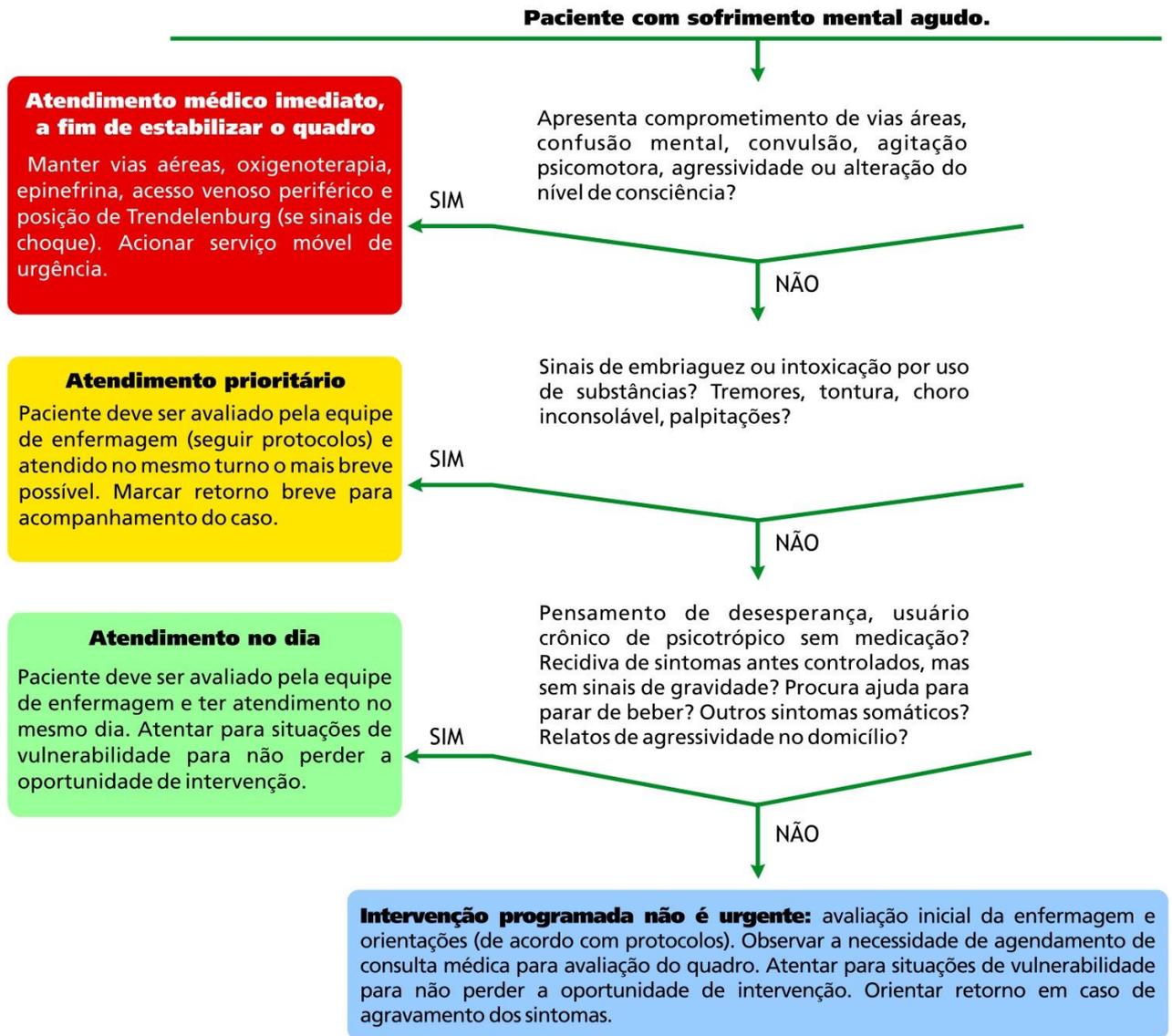
Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

Figura 41 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes com sangramento genital



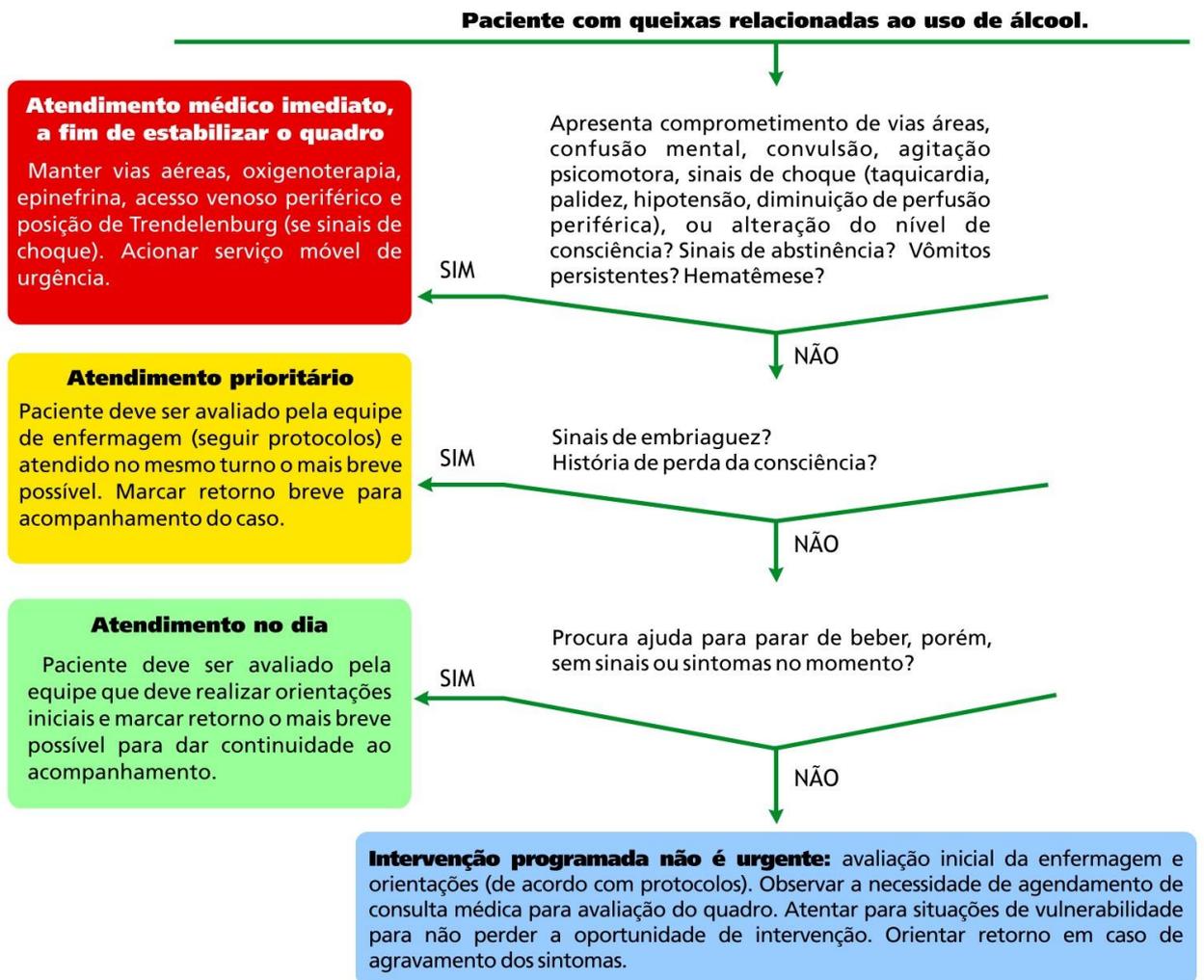
Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

Figura 69 – Fluxograma para atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes com sofrimento mental agudo



Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

Figura 70 – Fluxograma para atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes com transtornos agudos relacionados ao uso de álcool



Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.