

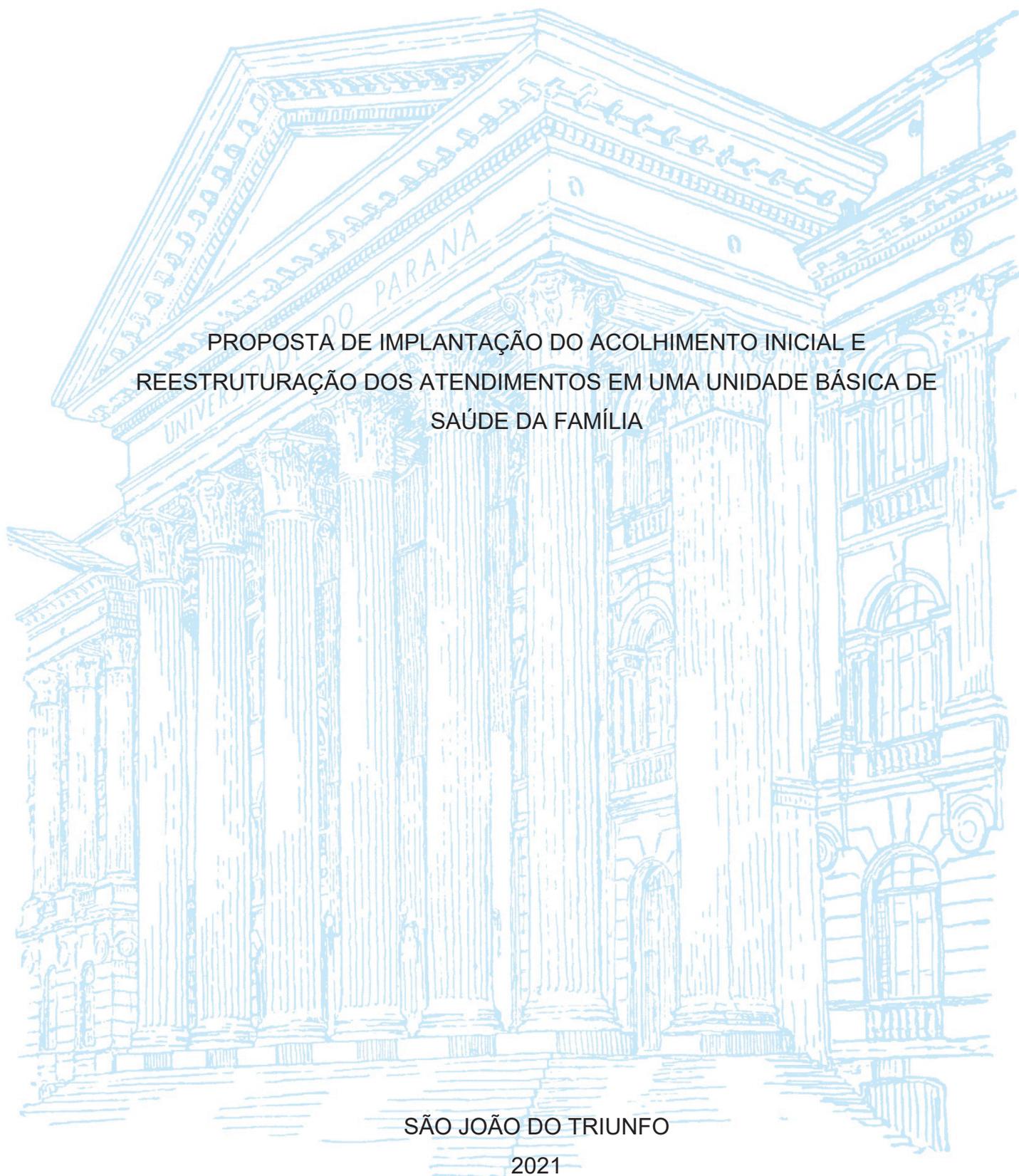
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LARISSA GADENS BONVIN

PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO INICIAL E
REESTRUTURAÇÃO DOS ATENDIMENTOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA

SÃO JOÃO DO TRIUNFO

2021



LARISSA GADENS BONVIN

PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO INICIAL E
REESTRUTURAÇÃO DOS ATENDIMENTOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como
requisito parcial à obtenção de título de Especialista,
Curso de Especialização em Atenção Básica, Setor
Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná

Orientadora: Emanuela Santos

SÃO JOÃO DO TRIUNFO

2021

RESUMO

Este Plano de Ação foi desenvolvido a partir das experiências vividas na Unidade Básica de Saúde da Família (USBF) Guaiaca em São João do Triunfo, interior do Paraná. Inicialmente realizou-se uma reunião com a equipe de trabalho onde, através de um “brainstorming”, os problemas enfrentados diariamente puderam ser expostos. Levando em consideração os critérios de magnitude, transcendência, vulnerabilidade, urgência e custo foram elencados como os principais: o número expressivo de demandas espontâneas, a ausência das demandas programadas e a ausência do protocolo de triagem inicial para classificação de risco. A partir disso, o presente trabalho teve como objetivo principal melhorar o fluxo de atendimento através da reestruturação do contato inicial com o paciente, afim de diminuir a demanda espontânea e aumentar a demanda programada através da implantação de um protocolo de acolhimento inicial com triagem baseada no protocolo de Manchester, bem como facilitar o conhecimento da área de atuação para aumentar a promoção de saúde na região, conscientizar a população da importância de se ter um atendimento verdadeiramente qualificado e diminuir a sobrecarga física e mental dos trabalhadores. Para tanto, foi realizada uma revisão de literatura sobre o tema e discutido com a equipe a melhor maneira de executar o projeto. Inicialmente foram criadas tabelas organizacionais com detalhes de como seria o andamento para resolução de cada nó-crítico previamente definido, sendo eles: excesso de demandas espontâneas e ausência de demandas programadas; falta de capacitação da equipe para triagem dos pacientes e falta de conhecimento da população sobre a importância de uma USBF bem estruturada. Em sequência, foi criado um fluxograma para organização dos atendimentos. Embora não tenha sido possível colocá-lo em prática em sua totalidade devido a mudanças municipais que culminaram na troca de USBF da mentora, o projeto teve boa aceitação por toda a equipe e será executado pelos mesmo, já que tornou-se evidente que, com poucos recursos financeiros e a cooperação de todos os profissionais, é possível obter os resultados esperados, melhorando a qualidade dos atendimentos e diminuindo a sobrecarga física e emocional dos trabalhadores.

Palavras-chave: Acolhimento. Protocolos. Triagem. Classificação.

ABSTRACT

This Action Plan was developed based on the experiences lived in the Basic Family Health Unit in São João do Triunfo, Paraná. Initially, a meeting was held with the work team where, through brainstorming, the problems faced daily could be exposed. Taking into account the criteria of magnitude, transcendence, vulnerability, urgency and cost were listed as the main ones: the expressive number of spontaneous demands, the absence of programmed demands and the absence of the initial screening protocol for risk classification. From this, the present work had as main objective to improve the flow of care through the restructuring of the initial contact with the patient, in order to decrease the spontaneous demand and increase the programmed demand through the implementation of an initial reception protocol with screening based on the Manchester protocol, as well as facilitating the knowledge of the area of activity to increase health promotion in the region, to make the population aware of the importance of having a truly qualified service and to reduce the physical and mental overload of workers. To this end, a literature review on the topic was carried out and the best way to carry out the project was discussed with the team. Initially, organizational tables were created with details of how the progress for resolving each previously defined critical node would be, namely: excess of spontaneous demands and absence of programmed demands; lack of training of the team to screen patients and lack of knowledge of the population about the importance of a well-structured In sequence, a flowchart was created to organize the assistance. Although it was not possible to put it into practice in its entirety due to municipal changes that culminated in the change of the mentor, the project was well accepted by the whole team and will be carried out by them, since it became evident that, with few financial resources and the cooperation of all professionals, it is possible to obtain the expected results, improving the quality of care and reducing the physical and emotional overload of workers.

Keywords: Host. Protocols. Screening. Classification.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	6
2.	JUSTIFICATIVA.....	8
3.	OBJETIVOS.....	9
3.1	OBJETIVOS GERAIS.....	9
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
4.	REVISÃO DE LITERATURA.....	10
4.1	ACOLHIMENTO.....	10
4.2	DEMANDA ESPONTÂNEA X DEMANDA PROGRAMADA.....	11
4.3	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	11
5.	METODOLOGIA.....	13
6.	IMPLEMENTAÇÃO.....	18
7.	RESULTADOS ESPERADOS.....	23
8.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
9.	REFERÊNCIAS.....	25

1 INTRODUÇÃO

São João do Triunfo é uma pacata cidade localizada na região dos Campos Gerais no Sudeste do Paraná, a cerca de 110 quilômetros da capital Curitiba. A cidade faz divisa com São Mateus do Sul, Palmeira, Antônio Olinto, Rebouças e Fernandes Pinheiro. Ocupa uma área de 720,407 km², sendo que apenas 0,3682 km² estão em perímetro urbano. Seus atrativos primordiais são de cunho religioso, natural e histórico-cultural, e a principal atividade econômica desenvolvida é a fumicultura.

Segundo dados do TABNET 2020, sua população é de 15241 habitantes, dos quais 8026 são homens e 7215 mulheres. Em relação às faixas etárias, a população se distribui em 3627 crianças de 0 a 14 anos completos, 1067 adolescentes de 15 a 19 anos, 8712 adultos e 1835 idosos, demonstrando que a pirâmide demográfica encontra-se em uma fase quatro, onde as taxas de natalidade e mortalidade são baixas.

Com relação à Atenção Primária em Saúde, São João do Triunfo pertence a Terceira Regional de Saúde, com sede em Ponta Grossa. A cidade conta hoje com cinco Equipes de Saúde da Família, sendo duas urbanas e três rurais, além de atendimento médico especializado em Ginecologia e Obstetrícia, Neurologia, Ortopedia, Urologia, Otorrinolaringologia e Gastroenterologia e um hospital para atendimentos de média complexidade.

A Unidade Básica de Saúde de Família (UBSF) da Guaiaca está localizada na zona rural de São João do Triunfo, com distâncias que variam entre 07 e 22 quilômetros do centro da cidade, dependendo da microrregião atendida pela UBSF. O atendimento se dá para 4375 pacientes, dos quais 2379 são homens e 1996 mulheres. Devido à grande extensão territorial da área, o atendimento acontece de forma rotativa em três diferentes microrregiões: Guaiaca nas terças e sextas-feiras, Vila Palmira nas quintas-feiras e Coxilhões nas quartas-feiras. Nesses dias a equipe, composta por uma médica, uma técnica de enfermagem e uma enfermeira, se mobiliza até essas regiões com o material necessário para o atendimento do dia, enquanto um, dos sete Agentes Comunitários de Saúde (ACS) atuantes na área fica responsável pela distribuição das fichas de atendimento. A ordem é a de chegada e o número varia de acordo com a demanda do dia (normalmente entre 15 a 20

pacientes em cada período), não existindo uma agenda para demandas programadas. Os únicos atendimentos previamente agendados pela médica são os das gestantes que, devido à situação preferencial, são as primeiras a serem atendidas naquele dia específico. Após a chegada do restante da equipe, a técnica de enfermagem aferiu temperatura corporal e pressão arterial dos pacientes sem um acolhimento inicial com triagem eficiente, prejudicando assim a classificação de risco e excluindo pacientes que, muitas vezes, necessitam de atendimento mais rápido.

Sabe-se que os atendimentos dessa região antes da chegada da atual equipe sempre foram realizados apenas por um médico e uma técnica de enfermagem, meio período em um único dia da semana, sem triagem, sem acolhimento, sem demanda programada, sem números, sem estratificação e sem intuito de criação de vínculo com os pacientes. A população foi acostumada a isso e mudar essa realidade se tornou um grande desafio.

Após um “brainstorming” entre a equipe sobre os problemas da região, os seguintes foram relatados: equipe de trabalho incompleta, com falta principalmente de agentes comunitários de saúde (ACS) deixando muitos pacientes sem visitas domiciliares e gerando uma dificuldade de acesso a todos os pacientes da área; sobrecarga de atendimentos diários com excesso de demandas espontâneas; ausência de demandas programadas, dificultando o atendimento continuado de alguns pacientes e causando prejuízo no princípio da integralidade de Sistema Único de Saúde (SUS); ausência de protocolo de triagem inicial para classificação de risco dos pacientes e priorização de atendimentos com abordagem mais urgente; atuação em uma área territorial muito extensa com pouco tempo de atendimento em cada microrregião; falta de infraestrutura nos locais de atendimento.

Levando em consideração magnitude, transcendência, vulnerabilidade, urgência e custo, os problemas com maior relevância e, por tanto, os principais ocorridos na UBSF da Guaiaca foram o número expressivo de demandas espontâneas, a ausência das demandas programadas e a ausência do protocolo de triagem inicial para classificação de risco.

2 JUSTIFICATIVA

A maneira pela qual os atendimentos estão sendo prestados hoje na UBSF Guaiaca faz com que grande parte dos pacientes que necessitam de atendimento integral - visando promoção de saúde e prevenção de doenças - fiquem sem atendimento e deem lugar a queixas específicas e repetidas decorrentes do alto número de demandas espontâneas.

Organizar as demandas e promover a estratificação de riscos afim de otimizar os serviços são ações simples, imediatas e que não dependem de recursos financeiros externos para serem realizadas. Ao mesmo tempo, são necessárias e urgentes na Unidade, já que melhorar esse serviço beneficiará tanto a equipe, que diminuirá a sobrecarga física e mental dos trabalhadores e gerará ânimo e desejo de atender, bem como dos pacientes, que não precisarão mais enfrentar grandes filas, não ficarão sem atendimento e terão maior qualidade nas consultas, consolidando os princípios da integralidade e da universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um plano de ação para organizar o atendimento de demandas espontâneas e programadas e implantar a realização de um protocolo de triagem inicial na Unidade Básica de Saúde de Família Guaiaca no município de São João do Triunfo.

3.2 Objetivos Específicos

- Diminuir a demanda espontânea e aumentar a demanda programada na UBSF Guaiaca, através da implantação de um protocolo de acolhimento inicial com triagem baseada no protocolo de Manchester, a fim de melhorar a qualidade dos atendimentos, diminuir a sobrecarga física e emocional da Equipe de Saúde;
- Facilitar o conhecimento da área de atuação para aumentar a promoção de saúde na região;
- Conscientizar a população da importância de se ter um atendimento verdadeiramente qualificado, baseado na integralidade e não apenas na prescrição automática de medicamentos e na solicitação desenfreada de exames muitas vezes desnecessários.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Acolhimento

Como a própria palavra define, acolhimento é o ato ou o momento de receber, é a porta de entrada a partir da qual poderá, dependendo da sua qualidade e efetividade, ser estabelecido um vínculo com aquele que foi ouvido. Na Estratégia de Saúde da Família não é diferente. Quando o Ministério da Saúde estabeleceu, em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) com o objetivo nortear os princípios já existentes do SUS, o acolhimento se tornou uma das suas diretrizes, tamanha a sua importância (BRASIL, 2013).

Cada Unidade Básica de Saúde que opta por colocar em prática o acolhimento, precisa também buscar maneiras de mudar o funcionamento da sua equipe, já que o acolhimento não se faz sozinho. É preciso elaborar ações englobando tanto trabalhadores e gestores, quanto os próprios usuários (BRASIL, 2013), sem dia e nem local específicos para fazê-lo, mas, sim, em todos os encontros do serviço de saúde e, juntamente com as demais estratégias operacionais, reforçar a construção de um SUS universal e integral (BREHMER, VERDI, 2010).

O acolhimento faz parte de uma prática construtiva das relações de cuidado (BRASIL, 2013) e é por isso que, todo acolhimento efetivo, deve partir de uma escuta qualificada, seguida de uma resposta competente.

Acolher com a intenção de resolver os problemas de saúde das pessoas que procuram uma unidade de saúde pressupõe que todas as pessoas que procuram a unidade, por demanda espontânea, deverão ser acolhidas por profissional da equipe técnica. O profissional deve escutar a queixa, os medos e as expectativas; identificar riscos e vulnerabilidade, acolhendo também a avaliação do próprio usuário; e se responsabilizar para dar uma resposta pactuada ao problema, conjugando as necessidades imediatas dos usuários com o cardápio de ofertas do serviço, e produzindo um encaminhamento responsável e resolutivo à demanda não resolvida (SOUZA; BASTOS, 2008, p. 583)

A legitimação desse atendimento humanizado e resolutivo é a parte principal para a criação de um vínculo entre a atenção básica e a população, que culminarão nela a porta de entrada principal do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2013)

4.2 Demanda espontânea x Demanda programada

Demanda espontânea é aquela em que o paciente comparece na unidade de saúde por algum motivo agudo ou que o próprio paciente julgue necessário, de uma maneira inesperada (BRASIL, 2010). Ela é a base do atendimento clássico de saúde (DUNCAN, 2004) e não deve ser ignorada pela ESF, visto que a atenção básica consegue ser resolutiva em grande parte dos problemas de saúde. Além disso, através desse acolhimento criam-se e fortalecem-se os vínculos com o paciente, bem como geram-se novas oportunidades para intervenção de estratégias de cuidado e reorganização do serviço (BRASIL, 2010).

Já a demanda programada é toda aquela que foi gerada através de ação prévia a consulta, ou seja, agendada antecipadamente e que constituem um serviço importante para atenção básica, visto que a mesma é pautada em ações preventivas (FRIEDERICH, PIERATONE, 2006).

Para Mendes (2011) é necessário ter equilíbrio entre as demandas, já que o modelo clássico voltado apenas para as demandas espontâneas pode prejudicar o acompanhamento longitudinal dos usuários e seus familiares.

4.3 Estratificação de risco

Todo protocolo de classificação de risco é uma ferramenta necessária e útil para organizar o fluxo de atendimento dentro de uma instituição. O modelo padrão seguido pelo Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (2010) é o Sistema de Triagem de Manchester que estabelece, através de critérios clínicos, qual o tempo máximo de espera para o primeiro contato com o médico. São elas: vermelha (determina condição de emergência com atendimento imediato), laranja (condição de muita urgência, com tempo máximo de espera de 10 minutos); amarela (condição de urgência, com atendimento em até 60 minutos); verde (atendimentos com pouca urgência, que podem demorar até 120 minutos para acontecer) e azul (não urgentes, com tempo de espera de até 240 minutos).

Esse tipo de classificação além de organizar o serviço, ainda ajuda a diminuir a ansiedade dos pacientes e familiares que saberão em quanto tempo serão chamados e qual o risco real dos problemas que levaram a buscar atendimentos.

Importante frisar também que a escala não tem caráter exclusivo, uma vez que todos serão atendidos, porém em momentos diferentes (BRASIL, 2009).

5 METODOLOGIA

O presente estudo teve início através de um diagnóstico situacional por meio de uma discussão com toda a equipe (médica, enfermeira, técnica de enfermagem e agentes comunitários de saúde) baseada na vivência diária na região, na qual foram elencados os principais problemas enfrentados atualmente na UBSF da Guaiaca. Os que selecionados como mais relevantes e, por tanto, os escolhidos para o estudo foram: o expressivo número de demandas espontâneas, a ausência de demandas programadas e a necessidade de um acolhimento inicial de qualidade com uma triagem eficiente.

Em seguida, foi realizada uma revisão bibliográfica utilizando as bases de dados da National Library of Medicine (PubMed), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Google Acadêmico com trabalhos publicados nos últimos 20 anos e publicações do Ministério da Saúde. Os seguintes descritores foram utilizados: “acolhimento” “demanda programada” “demanda espontânea” “estratificação de riscos”.

Após ter sido finalizada a leitura, o plano de intervenção foi elaborado baseando-se na proposta de Campos; Faria; Santos (2010).

Para resolução dos problemas, o conhecimento e a identificação de suas principais causas são fundamentais. Assim sendo, os seguintes nós-críticos foram selecionados: excesso de demandas espontâneas / ausência de demandas programadas; falta de capacitação da equipe para triagem dos pacientes; falta de conhecimento da população sobre a importância de uma UBSF bem estruturada.

Definidos os nós críticos, para que as operações de enfrentamento sejam efetivadas faz-se necessária a identificação dos recursos e produtos esperados; dos recursos necessários e quais deles, embora sejam fundamentais, não estão disponíveis (chamados recursos críticos) e, finalmente, a análise da viabilidade do plano, definindo quem são os atores indispensáveis que controlam os recursos e qual o posicionamento de cada um deles perante a proposta apresentada (CAMPOS, FARIA, SANTOS 2010).

As operações de cada nó-crítico contendo os itens supracitados estão apresentadas na (TABELA 1) abaixo:

TABELA 1 – OPERAÇÕES RELACIONADAS AO “NÓ CRÍTICO 1”

Nó crítico	Excesso de demandas espontâneas / ausência de demandas programadas
Operação	Redesenhar o fluxo do funcionamento interno da UBSF através de um fluxograma elaborado em conjunto com a equipe, que levará ao acolhimento inicial feito pela enfermeira responsável
Produtos esperados	Elaboração e implantação do fluxograma na UBSF; início dos acolhimentos pela enfermeira.
Recursos necessários	Organizacional: implantação do fluxograma e do acolhimento
Recursos críticos	Cognitivo: conhecimento pleno da equipe sobre o funcionamento de ambos
Viabilidade do plano	Adesão da equipe Favorável

FONTE: Adaptada de Campos; Faria; Santos (2010).

TABELA 2 – OPERAÇÕES RELACIONADAS AO “NÓ CRÍTICO 2”

Nó crítico	Falta de capacitação da equipe para triagem dos pacientes
Operação	Capacitar a técnica de enfermagem e a enfermeira para triagem dos pacientes com intuito de priorizar os atendimentos com maior urgência
Produtos esperados	Implantação da escala de classificação de risco e capacitação dos profissionais envolvidos
Recursos necessários	Organizacional: implantação da escala de classificação de risco Cognitivo: aprendizado dos profissionais envolvidos Financeiro: cursos para capacitação dos profissionais Político: liberação de verba para capacitação profissional
Recursos críticos	Adesão da equipe e da Secretaria Municipal de Saúde; Qualificação do profissional
Viabilidade do Plano	Aprovação da implantação da classificação de risco Favorável

FONTE: Adaptada de Campos; Faria; Santos (2010).

TABELA 3 – OPERAÇÕES RELACIONADAS AO “NÓ CRÍTICO 3”

Nó crítico	Falta de conhecimento da população sobre a importância de uma UBSF bem estruturada.
Operação	Explicar, orientar e provar para a população que essa reestruturação trará benefícios e melhorias para acolhidos e acolhedores
Produtos esperados	Pesquisa de satisfação realizadas pelos ACS e em um espaço reservado na UBSF; campanhas educativas; reuniões mensais com representantes da população
Recursos necessários	Organizacional: elaboração das pesquisas; organização das campanhas; espaços para realização das reuniões Cognitivo: conhecimento de estratégias de comunicação Financeiro: aquisição de recursos audiovisuais para uso nas reuniões
Recursos críticos	Adesão da equipe para organização das reuniões e adesão da população quanto a participação Disponibilidade de espaço com tamanho suficiente para receber representantes da população, respeitando distanciamento social devido a pandemia Aquisição recursos audiovisuais
Viabilidade do Plano	Favorável

FONTE: Adaptada de Campos; Faria; Santos (2010).

A análise da efetividade do Plano de Ação será realizada quinzenalmente através de reuniões com toda a equipe, levando em consideração os indicadores e parâmetros descritos na (TABELA 4).

TABELA 4 - CRITÉRIOS DE EFETIVIDADE DA IMPLEMENTAÇÃO DO ACOLHIMENTO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA GUAÍACA

(continua)

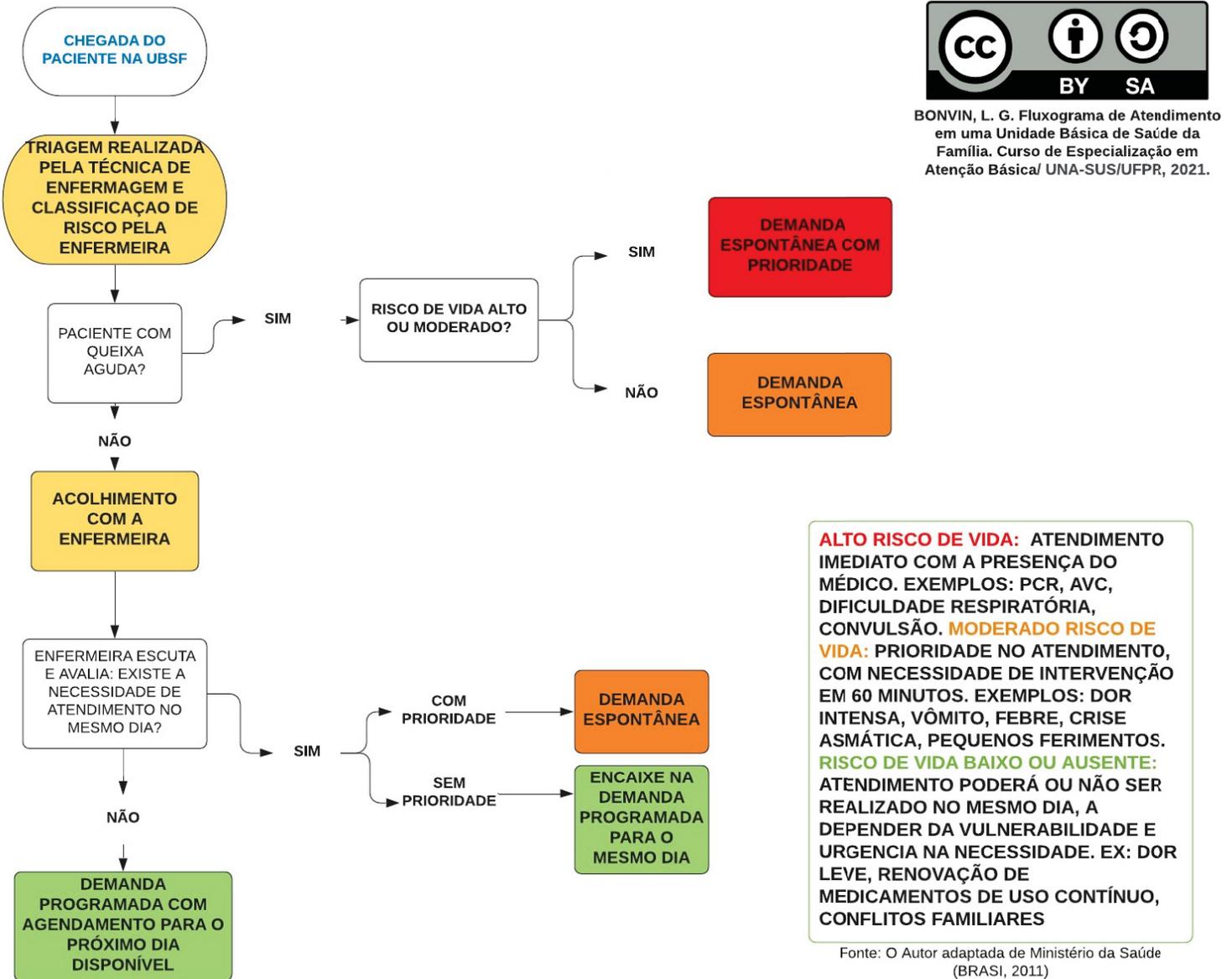
Problema priorizado	Organização de demandas: programadas x espontâneas	
Ações	Indicadores	Parâmetros
Melhora no acolhimento, que pode ser realizado pela enfermeira, como uma triagem inicial a fim de escutar e acolher o paciente e, após, organizar através de um fluxograma montado pela equipe quais os pacientes que necessitam do atendimento naquele mesmo dia e quais podem ser encaixados na demanda programada	Realização do acolhimento pela enfermeira	Sim: Bom Não: Ruim
	Número de pacientes sendo acolhidos pela enfermeira diariamente	Nenhum: Ruim Entre 1 e 5: Regular Entre 6 e 10: Bom Acima de 10: ótimo
	Efetividade do fluxo dentro da USBF em 6 meses	Aumento número demandas programadas: Bom Ausência de mudanças nos atendimentos e/ou aumento demandas espontâneas: Ruim
Orientar a população sobre importância dos atendimentos programados e a diferença entre as demandas, bem como de uma USBF e de um PA	Satisfação da população diante da mudança, através de reclamações formais em 6 meses	Alto índice reclamações: Ruim Moderado índice de reclamações: Ruim Baixo índice de reclamações: Bom
	Pesquisa pelos ACS: ficou clara a importância dessa diferenciação?	Sim: Bom Não ou não souberam responder: Ruim
Limitar um horário e um número específicos de atendimentos para demandas espontâneas no dia	Definição número de atendimento de demandas espontâneas e programadas no dia	Sim: Bom Não: Ruim

(continuação)

	enfermeira	
--	------------	--

FONTE: O Autor (2020)

FIGURA 2 – FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO NA UBSF GUAIAÇA



FONTE: O Autor (2020)

TABELA 6 – IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

(continua)

ESTRATÉGIA	OBJETIVO	DATA/HORARIO/ LOCAL	PARTICIPANTES	RECURSOS EDUCACIONAIS	SITUAÇÃO ATUAL
Elaboração do fluxograma	Redesenhar o fluxo do funcionamento interno da UBSF	16/12/2020 15h Reunião de Equipe	Equipe de Saúde da Família da Guaiaca	Fluxograma (FIGURA 1)	Projeto elaborado e aprovado. Aguardando implantação
Início dos acolhimentos pela enfermeira	Redesenhar o fluxo do funcionamento interno da UBSF	-	Médica Enfermeira Técnica de Enfermagem	-	Projeto elaborado. Ainda não colocado em prática
Capacitação da enfermagem para implantar o protocolo de classificação de risco	Priorizar atendimentos e organizar atendimentos	Sem data prevista	Enfermeira	-	Projeto apresentado
Elaboração Pesquisa de Satisfação da População	Orientar a população	16/12/2020 15h Reunião Equipe	Equipe de Saúde da Família da Guaiaca	Pesquisa de Satisfação (FIGURA 2)	Projeto elaborado. Ainda não colocado em prática
Elaboração material	Orientar a população	20/1/2021 15h	Médica Enfermeira	Orientação através de apresentação	Projeto elaborado. Ainda não colocado em prática

Após isso, devido a questões de regimento interno do Município, houveram mudanças nas equipes que culminaram em transferência de Unidade da mentora do projeto, impossibilitando o término do Plano de Ação. Porém, como foi bem aceito pela equipe, a ideia é que seja implantado e que toda comunidade, bem como os profissionais, colham os bons resultados esperados.

7 RESULTADOS ESPERADOS

Durante a elaboração do plano de ação, alguns parâmetros de efetividade foram traçados e, a partir destes, os resultados esperados foram considerados e elencados na (TABELA 7)

TABELA 7 – RESULTADOS ESPERADOS

Operação	Resultado esperado 6 meses após a implementação
Redesenhar o fluxo do funcionamento interno da UBSF através de um fluxograma elaborado em conjunto com a equipe, que levará ao acolhimento inicial feito pela enfermeira responsável	Aumento do número de demandas programadas e diminuição do número de demandas espontâneas
Capacitar a técnica de enfermagem e a enfermeira para triagem dos pacientes com intuito de priorizar os atendimentos com maior urgência	Demandas espontâneas e programadas organizadas; priorização dos atendimentos com caráter de urgência; fim dos atendimentos por ordem de chegada; satisfação dos usuários e prestadores de serviço
Explicar, orientar e provar para a população que essa reestruturação trará benefícios e melhorias para acolhidos e acolhedores	Maior conhecimento da população sobre como deve ser o funcionamento de uma UBSF, especialmente quanto ao atendimento programado, com boa adesão dos usuários aos novos serviços

FONTE: O Autor (2021)

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo principal desse trabalho foi criar um Plano de Ação para reestruturar o atendimento inicial em uma Unidade Básica de Saúde da Família, através da criação de um método que organizasse o fluxo das demandas espontâneas e programadas, bem como da implantação de um protocolo de triagem com classificação de riscos no acolhimento inicial.

Através da revisão de literatura, tornou-se evidente a importância que o acolhimento inicial organizado tem em uma UBSF, principalmente quando se trata da humanização do atendimento à população, já que a legitimação do mesmo é a chave para a criação de vínculo entre os usuários e o sistema. Além disso, o equilíbrio entre demandas espontâneas (a qual o paciente comparece a unidade por um motivo agudo ou que ele mesmo julgue necessário) e as demandas programadas (agendadas previamente) é fundamental para o atendimento longitudinal e integral de toda a comunidade, englobando ainda mais os princípios do SUS.

Inicialmente foi realizada uma reunião com a equipe de trabalho na qual cada membro pôde expressar sua opinião sobre quais seriam os principais problemas enfrentados atualmente na UBSF, em uma dinâmica em coletiva, que culminou na construção de uma tabela de prioridades. Nesta, também estava inserida a vontade individual em melhorar o ambiente de trabalho, o que reforçou o desejo da equipe em colocar o plano em prática. Foram levantadas também questões de como e quando a estratégia seria implementada e ficaram definidos quais seriam os resultados esperados, dos quais aumentar o número de pacientes agendados e diminuir a quantidade de procuras por motivos agudos - priorizando, nesses casos, apenas os atendimentos com caráter de emergência – tornaram-se os principais. Ao final da discussão, concluiu-se que, com poucos recursos financeiros e com a cooperação de todos os membros da Unidade, o plano poderia iniciar rapidamente e ser bastante eficaz.

Infelizmente, devido a mudanças internas do município, a mentora do projeto precisou trocar de Unidade e não foi possível concluir a análise dos resultados esperados. Sabe-se, porém, que a obtenção das respostas previstas é capaz de trazer benefícios para a equipe - que terá uma diminuição da sobrecarga física e emocional no trabalho-, para os pacientes - que terão um atendimento integral e qualificado

levando a uma promoção da saúde na região - e também para o município - que terá suas demandas organizadas no setor primário, levando assim ao desafogamento dos setores secundários e terciários, com aumento aprovação da gestão pela população em longo prazo e redução de custos para a saúde pública municipal.

Por esses motivos e devido ao engajamento de todos, o plano seguirá sendo colocado em prática pelo restante da equipe da Unidade Básica de Saúde da Família Guaiaca.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AERTES, D. R. G. C.; BRUCE, B.; SCHMIDT, M I; GIUGLIANI, E R; **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre, p.269-275, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco**. 1. Ed. Brasília, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. 1. Ed. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à demanda espontânea na APS**. Cadernos de Atenção Básica, nº 28, volume I. Brasília, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, p.20, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. v. 1. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde: **queixas mais comuns na atenção básica**. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à Demanda Espontânea. Volume II. Brasília, 2013.

BREHMER, L. C. de F; VERDI, M. **Acolhimento na atenção básica: reflexão ética sobre a Atenção à Saúde dos usuários**. Ciência e Saúde Coletiva, n 15, p 3569-3578, 2010.

CAMPOS, F C C; FARIA, H P; SANTOS, M A. **Planejamento e avaliações das ações em saúde**. Nescon/UFMG. Belo Horizonte: Coopmed. p. 63-77, 2010.

DUNCAN, Bruce B. (et al). **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed 2004.

FRIEDRICH, D. B. C.; PIERANTONI, C. R. **O trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológico e econômico em Juiz de Fora.** Revista Saúde Coletiva, v.16, n° 1, p. 83-97, 2006.

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. **Sistema Manchester de Classificação de Risco: classificação de risco na urgência e emergência.** 1. ed. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco; 2010.

MENDES, E. V. **Os cuidados das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

SOUZA, R; BASTOS, M. **Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro.** Revista Mineira de Enfermagem, Belo Horizonte, p. 583, out/dez. 2008.