

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM GESTÃO DO
CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Analine de Moraes Fernandes Pereira

**ELABORAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DE UM SISTEMA DE TRIAGEM DE
USUÁRIOS NA RECEPÇÃO DE UMA UNIDADE DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Maceió

2024

**ELABORAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DE UM SISTEMA DE TRIAGEM DE
USUÁRIOS NA RECEPÇÃO DE UMA UNIDADE DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA**

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

Orientador: Prof. Dr. Ednaldo Almeida Gomes

Maceió

2024

Catálogo na Fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecária: Sâmela Rouse de Brito Silva Neto – CRB-4 – 6023

- | | |
|-------|--|
| P436e | <p>Pereira, Analine de Moraes Fernandes.
Elaboração e implantação de um sistema de triagem de usuários na recepção de uma unidade de Estratégia Saúde da Família / Analine de Moraes Fernandes Pereira. – 2024.
38 f. : il. color.</p> <p>Orientador: Ednaldo Almeida Gomes.
Monografia (Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem. Maceió, 2024.</p> <p>Bibliografia: f. 37.
Anexo: f. 38.</p> <p>1. Estratégia Saúde da Família – ESF.. 2. Enfermagem. 3. Usuários. I. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU: 614.253.8</p> |
|-------|--|

Dedico este trabalho aos profissionais que compõe a USF São Francisco de Paula que se mostraram receptivos e colaborativos ao processo de intervenção no serviço.

RESUMO

A vinculação de usuários que não são do território às equipes de ESF acarretam consequências negativas aos resultados que monitoram o serviço de saúde prestado a comunidade. A enorme quantidade de pacientes vinculados as equipes que não são da área adscrita pesa negativamente no monitoramento do desempenho e alcance das metas do Previne Brasil. Portanto, este trabalho tem por objetivo elaborar e implantar um sistema de triagem de usuários na recepção da USF que favoreça a não vinculação de usuários de demanda na ESF. O diagnóstico situacional foi realizado através do método de estimativa rápida, onde o problema “vinculação inadequada de pacientes às equipes de ESF” foi escolhido como tema prioritário. A padronização do serviço através de protocolos é uma excelente abordagem para solução de problemas recorrentes, pois direcionam o fluxo e estabelecem de forma única as tomadas de decisões. Espera-se que a implantação do protocolo oriente a recepção dos usuários na unidade os classificando de forma única e assertiva. Por fim, por não ser um problema exclusivo da nossa USF, esse trabalho que se apresentou de maneira exitosa, pode contribuir significativamente para melhorar o processo de trabalho de outras unidades que enfrentam o mesmo transtorno.

Palavras-chave: Acolhimento. Programa Previne Brasil. Protocolos em Saúde.

ABSTRACT

The linking of users who are not from the territory to the ESF teams has negative consequences for the results that monitor the health service provided to the community. The huge number of patients linked to teams that are not from the assigned area weighs negatively on monitoring performance and achieving Previne Brasil's goals. Therefore, this work aims to develop and implement a user screening system at the USF reception that favors the non-linkage of demand users to ESF teams. The situational diagnosis was carried out using the quick estimation method, where the problem "inadequate linkage of patients to the ESF teams" was chosen as a priority topic. Service standardization through protocols is an excellent approach for solving recurring problems, as they direct the flow and establish decision-making in a unique way. It is expected that the implementation of the protocol will guide the reception of users at the unit, classifying them in a unique and assertive way. Finally, as it is not a problem exclusive to our USF, this successful work can significantly contribute to improving the work process of other units facing the same problem.

Keywords: Reception. Prevent Brazil Program. Health Protocols.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe 13 e 36, da Unidade de Saúde da Família São Francisco de Paula, município de Maceió, estado de Alagoas.	18
Quadro 2 – Desenho das operações, projetos, resultados, produtos e recursos necessários para a realização dos projetos	29
Quadro 3 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema de “Vinculação inadequada de pacientes de demanda às equipes da ESF”, na Esf São Francisco de Paula, do município de Maceió, estado de Alagoas.	30
Quadro 4 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema de “Vinculação inadequada de pacientes de demanda às equipes da ESF”, na Esf São Francisco de Paula, do município de Maceió, estado de Alagoas	31
Quadro 5 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema de “Vinculação inadequada de pacientes de demanda às equipes da ESF”, na Esf São Francisco de Paula, do município de Maceió, estado de Alagoas.	32
Quadro 6 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema de “Vinculação inadequada de pacientes de demanda às equipes da ESF”, na Esf São Francisco de Paula, do município de Maceió, estado de Alagoas.	34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CNS	Cartão Nacional de Saúde
eMULTI	Equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
HIPERDIA	Hipertensão e Diabetes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INE	Identificador nacional de equipe
MS	Ministério da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PEC	Prontuário Eletrônico do cidadão
PNH	Política Nacional de Humanização
SF	Saúde da Família
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Aspectos gerais do município	9
1.2 O sistema municipal de saúde	9
Aspectos da comunidade Grota do Arroz e Rafael	11
Aspectos demográficos	11
Aspectos epidemiológicos	12
1.4 A Unidade de Estratégia Saúde da Família São Francisco de Paula	13
1.5 A Equipe de Saúde da Família 13 e 36 da Usf São Francisco de Paula	14
1.6 O funcionamento da Usf São Francisco de Paula	14
1.7 O dia a dia das equipes 13 e 36	15
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade	17
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção	18
2 JUSTIFICATIVA	19
3 OBJETIVOS	21
3.1 Objetivo geral	21
3.2 Objetivos específicos	21
4 METODOLOGIA	22
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	24
5.1 Acolhimento	24
5.2 Programa Previne Brasil	25
5.3 Protocolos em saúde	27
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	30
6.1 Descrição do problema selecionado	30
6.2 Explicação do problema	30
6.3 Seleção dos nós críticos	31
6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos e viabilidade e gestão	31
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS	39
ANEXO	40

1. INTRODUÇÃO

1.1. Aspectos gerais do município

Maceió é uma cidade com 957.916 habitantes localizada na região nordeste e é a capital do estado de Alagoas (IBGE, 2022).

Em 2021, segundo o IBGE, o salário médio mensal era de 2.6 salários-mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 27.1%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 2 de 102. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 414 de 5570. (IBGE, 2021).

Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário-mínimo por pessoa, tinha 38.8% da população nessas condições, o que a colocava na 102 posição de 102 cidades do estado e na posição 2897 de 5570 dentre as cidades do Brasil (IBGE, 2023).

Em relação a saúde, a taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 11.89 para nascidos vivos. As internações devido a ocorrência de diarreias são de 0.7 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 43 de 102 e 67 de 102, respectivamente. Quando comparado a cidades do Brasil todo, essas posições são de 2342 de 5570 e 2889 de 5570, respectivamente (IBGE, 2022).

Apresenta 47.1% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 57.1% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 32.7% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Quando comparado com os outros municípios do estado, fica na posição 16 de 102, 58 de 102 e 6 de 102, respectivamente. Já quando comparado a outras cidades do Brasil, sua posição é 2362 de 5570, 3844 de 5570 e 1076 de 5570, respectivamente (IBGE, 2022).

1.2. O sistema municipal de saúde

No caso da unidade que trabalho, uma unidade de ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF), o modelo de atenção, em alguns aspectos, é o que chega mais perto de um sistema integrado de atenção ideal, no entanto, quando relacionado ao todo, ou seja, a todos os outros modelos de Atenção Primária de Saúde (APS) praticados no município (como as unidades básicas de saúde tradicionais) esbarramos nas mesmas dificuldades e segregações dentro dos três níveis de atenção. Na ESF a população é adscrita, conhece-se população,

espaço, território e é possível traçar o perfil de saúde de acordo com as condições de vida dos indivíduos/comunidade e, conseqüentemente, planejar estratégias com foco nos determinantes sociais de saúde e por meio de intervenções de promoção à saúde. Porém, como citado anteriormente, existem outros modelos de unidades de APS e apenas uma pequena parcela da população do município de Maceió é coberta pelas equipes de ESF e a forma como assistência básica nos modelos tradicionais é ofertada fica comprometida, pois a forma de intervenção é sempre acionada pela DEMANDA dos pacientes.

Os pontos de atenção à saúde secundários e terciários relacionados com nosso modelo de atenção (fora o PAM SALGADINHO e os Centros de Apoio Psicossociais - CAPS do próprio município que prestam alguns tipos de atendimentos especializados e de diagnósticos) são instituições estaduais e federais em sua maioria. Existe ainda as farmácias municipais e estaduais, hospitais e os sistemas de informações que dão apoio a todos os pontos de atenção.

Normalmente, a referência e contrarreferência para esses locais tanto de redes municipais para municipais, quanto para os outros níveis de atenção são regulados por um sistema de agendamento chamado Pronto. Entretanto, é um sistema, ainda, falho e lento.

E a realidade da contrarreferência é inexistente uma vez que não há uma interação adequada e uma conversa qualificada entre os níveis de atenção.

No nosso modelo de assistência fragmentado, cada nível de atenção é responsável pela comunicação com as redes. Utiliza-se, assim como no Brasil inteiro, o Cartão Nacional de Saúde (CNS) do indivíduo como acesso ao serviço, no entanto, as informações de saúde sobre os pacientes ainda não são compartilhadas entre os níveis de forma prática e rápida como, por exemplo, através do prontuário eletrônico (PEC) que utiliza esse número ou o próprio CPF do cidadão.

A criação do PEC objetivou, principalmente, a unificação dos dados, facilitar o acesso ao histórico de saúde do paciente entre os níveis de atenção e favorecer a contrarreferência. Mas na realidade, nem mesmo os profissionais do mesmo nível de atenção tem acesso a esse histórico do paciente.

Quanto a questão de governança, nosso estado e todos os segmentos públicos, inclusive a saúde, tem forte interferência política; o que influi significativamente na autonomia de uma gestão que se pretende integral. Enquanto as decisões políticas tiverem mais impacto nas tomadas de decisões do que o conhecimento técnico científico não conseguiremos, por exemplo, alinhar a comunicação entre os componentes dessas redes, desenvolver o cooperativismo e obter resultados efetivos nos níveis de atenção.

E até o momento, ao contrário do que se espera do modelo de atenção à saúde ideal, a APS na organização dessas redes se limita, na maioria das vezes, apenas a gestão do fluxo e da necessidades do seu próprio nível.

1.3. Aspectos da comunidade Grota do Arroz e Rafael

Nossa área de abrangência está inserida em sua maior parte no bairro de Cruz das almas. São duas equipes que cobrem a faixa de território que vai da grota do Rafael (atingindo partes do barro duro/jacintinho) até a grota do arroz (pegando uma parte do bairro São Jorge).

De acordo com os dados obtidos no IBGE (2023), a Grota do Arroz e Rafael é uma comunidade de cerca de 7.000 habitantes, localizada na periferia do bairro de Cruz das almas.

Hoje, a população empregada vive basicamente do trabalho de comércio ou de forma autônoma. É grande o número de desempregados e subempregados.

A estrutura de saneamento básico na comunidade deixa muito a desejar, principalmente no que se refere ao esgotamento sanitário. Muitas ruas sem asfalto, lixo a céu aberto e casas em cima e ao redor de encostas.

Em tempos chuvosos, o desmoronamento é certo. Além disso, parte da comunidade vive em moradias bastante precárias.

O analfabetismo é elevado, sobretudo entre os maiores de 40 anos. Os que estudaram, fizeram em maior quantidade o ensino fundamental de forma incompleta.

Na administração atual, estão dando uma assistência maior ao pessoal das grotas, programas como o “brota na grota” e o “saúde da gente” tem atendido algumas demandas dessas comunidades tão carentes. Existe uma Organização não governamental (ONG) na comunidade que oferece aulas de capoeira, circo e distribui leite uma vez por semana.

Aproveitamos o espaço dessa ONG para fazer atividades de saúde dentro da comunidade. Facilitando o acesso da população.

Nossa unidade abrange grande parte dessa comunidade através das equipes 13 e 36.

1.3.1. Aspectos demográficos

A seguir o número de habitantes referente a área de abrangência da equipe 36:

FAIXA ETÁRIA/ANO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
< 1	11	5	16
1-4	42	60	102
5-14	225	182	407
15-19	117	99	216
20-29	228	291	519
30-39	129	228	357
40-49	151	239	390
50-59	152	166	318
60-69	74	83	157
70-79	26	51	77
≥ 80	9	22	31
TOTAL	813	1426	2490

Fonte: (e-SUS, 2023): Cadastro da população da área de abrangência 36

1.3.2. Aspectos epidemiológicos

É possível conhecer o perfil epidemiológico da população da área de abrangência da ESF por meio da coleta de dados disponíveis no cadastro individual da população. Exemplos de dados disponíveis no cadastro:

Condição de Saúde	Quantitativo (n°)
Gestantes	19
Hipertensos	235
Diabéticos	93
Pessoas com doenças respiratórias (asma, DPOC, enfisema, outras)	20
Pessoas que tiveram AVC	11
Pessoas que tiveram infarto	4

Pessoas com doença cardíaca	21
Pessoas com doença renal (insuficiência renal, outros)	10
Pessoas com hanseníase	0
Pessoas com tuberculose	2
Pessoas com câncer	8
Pessoas com sofrimento mental	17
Acamados	8
Fumantes	37
Pessoas que fazem uso de álcool	83
Usuários de drogas	6

FONTE: (e-SUS, 2023)

1.4. A Unidade de Estratégia Saúde da Família São Francisco de Paula

A Unidade de Saúde da Família (USF) São Francisco de Paula fica localizada no bairro de Cruz das almas, na Avenida Bosque das Acácias, n 39 e abriga duas equipes de saúde da família: a de número 13 e a 36. Foram inauguradas a mais de 20 anos.

É uma casa alugada, adaptada para ser uma unidade de saúde. A casa é antiga, porém bem conservada. Seu tamanho é adequado para nossas necessidades e o espaço físico bem aproveitado. Apesar disso, quando as duas equipes estão funcionando a todo vapor, mais os acadêmicos e os programas da Secretária Municipal de Saúde (SMS) há uma carência de salas, havendo rodízios e cronogramas para a utilização das salas.

A área destinada a recepção é pequena, razão pela qual, nos horários de pico de atendimento (manhã), cria-se certo tumulto na USF. Isso dificulta sobremaneira o atendimento e é motivo de insatisfação de usuários e profissionais de saúde.

Além disso, a recepção ao invés de ficar na parte mais externa da unidade fica dentro e próxima aos consultórios e outros ambientes exclusivos aos funcionários o que facilita e intensifica o fluxo de pacientes em locais inapropriados.

Já as áreas destinadas a sala de espera são amplas e bem ventiladas, o que é bastante agradável quando faz calor. Esse espaço, também, é utilizado para os eventos que ocorrem em nossa unidade e para as reuniões de equipe.

A Unidade, atualmente, está bem equipada e conta com os recursos adequados para o

trabalho da equipe, porém a SMS precisa buscar solução definitiva para a falta de água na unidade, que é um problema frequente em toda região. É preciso fazer uma cisterna para garantir o fornecimento adequado de água na unidade, que por hora tem sido abastecida por carro pipa, três vezes por semana.

A falta de água constante compromete alguns serviços prestados e deixa a população muito descontente e irritada.

1.5. A Equipe de Saúde da Família 13 e 36 da Usf São Francisco de Paula

EQUIPE 13 – GROTA DO RAFAEL
1 MÉDICA ENFERMEIRA TÉCNICAS 5 AGENTES DE SAÚDE 1 DENTISTA E 1 ASB
EQUIPE 36 – GROTA DO ARROZ
1 MÉDICA ENFERMEIRA TÉCNICAS 4 AGENTES DE SAÚDE
PROFISSIONAIS DA USF (NO GERAL):
1 GERENTE ADMINISTRATIVO 1 FARMACÉUTICO 5 ADMINISTRATIVOS 2 AUX. DE SERVIÇOS GERAISEQUIPE eMULTI

1.6. O funcionamento da Unidade de Saúde São Francisco de Paula

A USF São Francisco de Paula funciona de 07 às 17h, de segunda a sexta feira. Os profissionais das equipes da unidade, gerente e serviços gerais tem uma carga horário semanal de 40h. Os administrativos e farmacêutico 30h.

Os dias da semana são preenchidos pelos atendimentos das equipes de ESF estratificados por eixos dos programas em saúde. Além desses, todos os dias, dispomos da prestação dos procedimentos de demandas: vacina, curativo, teste do pezinho. Além disso, há dispensação de medicamentos pela farmácia nos 5 dias da semana.

A Equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde (eMULTI) contribui com seus atendimentos especializados de acordo com a necessidade e demanda em alguns dias da semana.

O agendamento dos atendimentos das médicas e enfermeiras, depois de muito tempo sendo realizado pela recepção, voltou a ser uma responsabilidade dos ACS (de acordo com recomendação da própria coordenação da atenção primária). Eles fazem a marcação de acordo com a disponibilidade na agenda e segundo a necessidade da família.

As marcações da dentista continuam sendo realizadas na recepção ou pela própria dentista.

1.7. O dia a dia das equipes 13 e 36

No dia a dia o trabalho das equipes estão divididos de acordo com as demandas e programas específicos. Saúde da criança, do idoso, da mulher, do homem, HIPERDIA, pré-natal e visitas domiciliares são distribuídas entre os dias da semana. Todos os dias há serviços caracterizados como porta aberta (VACINA, CURATIVO, TESTE DO PEZINHO, TESTE RAPIDO) pelas técnicas de enfermagem e dispensação de medicamentos pela farmácia.

Além disso, algumas vezes, marcamos encontros com os pacientes na USF ou comunidade para tratarmos de temas da saúde. Desenvolvemos atividades como rodas de conversa, sala de espera, ações de saúde e temos um grupo de HIPERDIA e de gestante, porém, há dificuldades de os manter funcionantes, pois a comunidade só adere com frequência regular se nos encontros existe algo como sorteios, brindes, lanches, presentes para serem ofertados.

Durante a semana contamos, ainda, com a ajuda da Emulti (fisioterapeuta, assistente social, psicóloga, nutricionista, terapeuta ocupacional e farmacêutica) para as demandas específicas.

Os profissionais da recepção fazem a triagem dos usuários e a ordenação do fluxograma dos atendimentos. Porém, é nesse estágio que a triagem do paciente que busca um serviço na unidade precisa ser bem estabelecida. Ele precisa ser identificado durante sua permanência

e no PEC como pertencente a uma das equipes ou se é um paciente apenas de demanda. Isso porque a vinculação inadequada de pacientes a uma das equipes (que não a sua) traz um peso desfavorável na leitura dos resultados dos indicadores do Previne Brasil.

No geral, todos os profissionais da unidade são aptos para ofertar um serviço de acolhimento eficiente para os usuários. Executamos em nossa unidade o tipo de acolhimento misto onde todos os profissionais da unidade são agentes ativos desse processo de acolher.

Inclusive, o acolhimento multiprofissional dentro da unidade já foi pauta de várias reuniões, ficando definido que o acolher não é atribuição exclusiva da recepção ou do ACS - os profissionais, em sua totalidade, devem facilitar a acessibilidade dos usuários em nossa unidade, prestar um serviço eficiente, orientações claras e precisas e entregar ao máximo soluções resolutivas para o problema do usuário.

Como, geralmente, a demanda não é grande e pelo fato de haver um vínculo forte entre a comunidade e os servidores (já que somos uma unidade ESF) o usuário tem a "liberdade" de procurar seu agente, sua enfermeira, médica ou algum administrativo que tenha maior ligação quando precisa de informações mais específicas.

Porém, há dificuldade por parte da equipe de administrativos da recepção e de técnicas de enfermagem da triagem em acolher e saber direcionar os atendimentos de urgência e emergência que possam surgir na unidade. A equipe, como relatado por eles mesmos, se sente despreparada para intervir nessas situações. O problema já foi reportado e estamos aguardando a SMS capacitar a equipe quanto a essa dificuldade.

As marcações das consultas dos profissionais são atribuição dos agentes de saúde e eles trazem essa demanda de acordo com a necessidade dos usuários da sua microárea. Essa foi uma mudança recente (resgatou-se essa atribuição dos ACS e gerou uma aproximação ACS/comunidade) e tem funcionado melhor que o modelo de agendamento executado pela recepção, pois os usuários têm se mostrado mais acolhidos pelo ACS que é responsável por sua família.

Essa marcação pelo ACS, levando em consideração o reconhecimento da necessidade do paciente foi de grande importância porque por estarmos numa região de grota (com morros, ladeiras, escadarias, barranco etc) o acesso geográfico a unidade é dificultado, principalmente, quando se trata de usuários idosos, com dificuldades de locomoção, deficientes físicos e acamados. Sendo assim, houve uma simplificação no agendamento e celeridade do mesmo.

Além disso, as equipes e o pessoal da EMULTI fazem tudo que está ao alcance para que essas pessoas sejam acolhidas e tenham continuidade da assistência em suas casas também. Desse modo, as visitas domiciliares para esse público é sempre prioridade para equipe.

Dentro do dia a dia das equipes é bom destacar, ainda, sobre o relacionamento interpessoal (tanto de servidores entre si quanto de servidores x pacientes), pois a forma como essa interação acontece reflete diretamente no processo de trabalho das equipes e na qualidade do serviço prestado.

Denúncias à gerência sobre a forma como alguns profissionais tratam os usuários é comum, estamos em trabalhos contínuos junto a esses profissionais para melhorar a forma como acolhem e desempenham suas atividades. Não diferente de outros locais de trabalho, temos um longo caminho para aprendermos a lidar com os problemas de relacionamento dentro da unidade e na comunidade. Atividades junto ao Recurso Humanos da SMS e o serviço de assistência à saúde do servidor são realizados na expectativa de solucionar alguns problemas existentes.

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

Diante das situações problemas levantadas ao decorrer do trabalho listaremos a seguir alguns problemas que merecem destaque:

- ✓ Quantidade significativa de pacientes no interior da unidade gerada pela localização inadequada da recepção;
- ✓ Vinculação inadequada de pacientes a equipe da ESF;
- ✓ Carência de profissional administrativo;
- ✓ Problemas de relacionamento interpessoal;
- ✓ Falta de comunicação da equipe e entre as equipes;
- ✓ Desmotivação da equipe para a criação de grupos;
- ✓ Falta de capacitação para lidar com as situações de urgência e emergência.

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

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde 13 e 36, Usf São Francisco de Paula, município de Maceió, estado de Alagoas

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento* **	Ordem/ Priorização****
Vinculação inadequada de pacientes de demanda as equipes da ESF	Alta	10	Total	1
Fluxo inadequado de pacientes no interior da unidade	Alta	7	Parcial	2
Dificuldade em lidar com situações de urgência e emergência	Alta	5	Parcial	3
Desmotivação da equipe para a criação de grupos	Alta	5	Parcial	4
Carência de profissional administrativo	Alta	4	Fora	5

Fonte: (Proprio autor, 2023)

*Alta, média ou baixa

** Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2. JUSTIFICATIVA

Diante da estimativa rápida várias situações barreiras foram levantadas, porém a mais urgente e com grande chances de ser solucionada - devido o seu potencial de enfrentamento é o problema intitulado “vinculação inadequada de pacientes às equipes de ESF”.

Esse problema foi escolhido como prioritário, pois a falha no processo de triagem da população que busca atendimento na ESF e a vinculação inadequada desse cidadão está, também, interligada ao cumprimento das metas de desempenho estabelecidas pelo programa Previne Brasil.

Em nossa vivência, nos primeiros quadrimestres pós implantação do Previne Brasil, a meta de alguns indicadores não conseguia ser atingida porque havia a presença de muitos cidadãos que não eram, de fato, da área adscrita e isso pesava negativamente para as equipes. Esse problema era comum entre a maioria das USFs e de responsabilidade das equipes bem como da SMS.

Uma vez vinculado a ESF, o cidadão passa a ser de responsabilidade da equipe. E a equipe, por sua vez, responde por sua saúde diante do MS. Além disso, é importante salientar que esse cidadão quando vinculado equivocadamente a uma equipe pode demorar até 2 anos para ser desvinculado pelo sistema. Até lá, ele fica contanto negativamente no processamento dos indicadores.

Ademais, o processamento dos dados dos indicadores, versa para o Ministério da Saúde (MS) a qualidade do serviço prestado pela USF, que naquela situação, traduzia um desempenho não favorável. Portanto, era de grande valia para as equipes que esse problema fosse solucionado afim de que transparecesse, também, através dos indicadores o trabalho que estava sendo executado dia a dia na unidade. Com isso, começaram os esforços da SMS (na figura da responsável técnica) junto as USF.

A cada fechamento de quadrimestre reuniões eram realizadas para analisar os indicadores, sem sucesso. Até que a equipe de Tecnologia da Informação da SMS criou um segundo perfil para o PEC sem INE e os pacientes de demandam eram inseridos no PEC através desse perfil. Porém, somente isso não foi suficiente, as vinculações continuavam a ocorrer. Era preciso identificar esse cliente do momento que ele era acolhido na recepção até o último atendimento ao qual se submeteria na unidade.

Foram as reuniões de rotina com as equipes e a responsável técnica da SMS que, ao debater o problema x soluções, encontrou a que possivelmente poderia trazer melhores

resultados. A equipe multidisciplinar da unidade, juntamente com a responsável técnica da secretaria pensaram em um sistema de triagem de todos os pacientes.

Desenvolver mecanismos que auxiliem na triagem dos usuários para reduzir as vinculações inadequadas é um passo importante para estabelecimento de um processo de trabalho que contribui para o sucesso da meta das equipes.

Para compreender a relevância do problema e buscar soluções para o mesmo a equipe da USF precisou entender, mesmo que basicamente, o programa pelo qual o processo de trabalho das equipes de saúde da família se baseiam.

Outrossim, a falta de preparação da equipe para por em prática os protocolos criados invalida o esforço para solucionar o problema. Não basta desenvolver um protocolo que norteie a triagem dos usuários é preciso saber como utilizá-lo.

Construir um protocolo que oriente a recepção dos usuários na unidade, os classifiquem de forma única e assertiva e padronize esse serviço é algo que valida os esforços para solucionar o problema em evidência e padroniza os serviços dentro da unidade.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Elaborar e implantar um sistema de triagem de usuários na recepção da USF São Francisco de Paula que favoreça a não vinculação de usuários de demanda na ESF.

3.2. Objetivos específicos

- ✓ Desenvolver um protocolo de triagem de usuários;
- ✓ Implantar o protocolo de triagem;
- ✓ Identificar adequadamente os pacientes pós triagem
- ✓ Qualificar os profissionais da recepção para trabalhar com a metodologia de triagemde usuários

4. METODOLOGIA

Primariamente, para se chegar na realização do projeto de intervenção alguns passos foram seguidos até a definição da problemática central.

O diagnóstico situacional foi realizado através do método de estimativa rápida, onde se analisou sobretudo a situação de saúde nas nossas áreas de abrangência. Foram elencados diversos problemas de saúde encontrados tanto na unidade quanto na comunidade.

Para realizar a priorização dos problemas encontrados foi levado em consideração alguns critérios como importância do problema, urgência e capacidade de enfrentamento. Sendo assim, levando em consideração esses critérios, o problema eleito pela equipe “Vinculação inadequada de pacientes de demanda às equipes da ESF” apresenta maior urgência em ser solucionado e grande potencial de ser resolvido, considerando, também, os recursos que dispomos.

Durante meses, ao fechamento de cada quadrimestre, eram realizadas reuniões para acompanhamento dos indicadores. Na constatação do problema que advinha do número alto de vinculados a USF, sem serem de fato da área, iniciou-se a busca por soluções eficientes para resolver o problema. SMS, na pessoa da responsável técnica, e equipe multiprofissional da ESF se encontravam afim de descobrir a melhor solução.

A equipe multidisciplinar da unidade, juntamente com a responsável técnica da secretaria pensaram em um sistema de triagem que triaria e identificaria todos os clientes que fossem atendidos na unidade. Foi elaborado o protocolo de triagem através de reuniões e encontros. Para identificação dos pacientes, pós triagem, foram desenvolvidas placas de identificação selecionando por cores cada equipe e os pacientes de demanda.

Com tudo pronto, houve a necessidade da execução de uma oficina para capacitar todos os profissionais envolvidos com a triagem para trabalhar de forma correta com o protocolo. Então, houve a implantação do protocolo.

Para embasar a proposta de intervenção e contribuir com uma fundamentação científica qualificada alguns bancos de dados foram consultados como a biblioteca virtual em saúde (BVS) e a biblioteca virtual do Nescon. Utilizou-se os seguintes descritores: Acolhimento, Previne Brasil, Protocolos em Saúde.

Além desses, foi utilizado, também, como objeto de consulta manuais do Ministério da Saúde e notas técnicas.

Todo o processo de elaboração do plano de intervenção foi realizado seguindo os passos de planejamento estratégico situacional trabalhados na disciplina planejamento e avaliação das

ações em saúde.

5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1. Acolhimento

A Política Nacional de Humanização (PNH), criada desde 2003, busca consumir os princípios do SUS ao processo de produção de saúde. Levando em consideração, para tanto, gestores, trabalhadores e usuários como agentes protagonistas desse processo e essa interação e seus resultados como “mudanças que proporcionem melhor forma de cuidar e novas formas de organizar o trabalho” (BRASIL, 2010)

O acolhimento, por sua vez, é uma das diretrizes da PNH e entendido como a necessidade de humanizar o atendimento e a recepção do usuário no sistema de saúde com vistas à promoção de solução dos casos através de uma escuta qualificada e responsável, reconhecendo o usuário como sujeito central na promoção da saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2022).

Utilizar o acolhimento como dispositivo de humanização da atenção e coloca-lo em prática é a estratégia de primeiro contato mais simples e menos onerosa para o serviço público e depende exclusivamente dos profissionais inseridos no serviço. Além disso, o acolhimento é, predominantemente, um instrumento capaz de organizar todo o fluxo e processo de trabalho da APS.

O acolhimento, como versa Brasil (2010), não está limitado a um momento, um lugar, um setor, um profissional específico, mas deve estar presente em todas as etapas do atendimento ao indivíduo. “O foco central do acolhimento deve estar na escuta, na percepção das necessidades dos usuários de forma legítima e livre de julgamentos, de modo a buscar a resolutividade dos problemas apresentados” (RIO GRANDE DO SUL, 2022).

O acolhimento é um ato de aproximação, inclusão e humanização. Nesta abordagem, o profissional acolhe, escuta e dá respostas/orientações adequadas aos usuários, com resolutividade e responsabilização. Também promove escuta qualificada, construção de vínculo e garante acesso, continuidade da assistência e articulação entre os serviços (RIO GRANDE DO SUL, 2022, p. 07.)

A porta de entrada do sistema de saúde é notoriamente a APS e os profissionais inseridos nela, inclusive os de ESF, precisam estar aptos para acolher as diversas demandas emergentes advindas do indivíduo, da população adscrita, bem como da comunidade em geral e, conseqüentemente, proporcionar um atendimento humano, eficaz e resolutivo.

Em qualquer modelo de serviço da APS a porta “é aberta” para toda população, ou seja, não existe - ou não deveria existir - barreiras de acesso ao serviço de saúde no SUS, mas sim a universalidade do acesso, a garantia de um serviço sempre disponível e pronto a acolher a demanda (agendada ou espontânea) da família/indivíduo que precisou do serviço da APS.

Considerando que tivemos mudanças significativas na PNAB, no que diz respeito ao financiamento da APS, o acesso ao serviço da ESF pela população está, equivocadamente, sendo afetado. A forma como o cidadão pode ser vinculado a uma equipe de ESF ao receber um atendimento numa unidade de saúde da família e como esse fato interfere no repasse dos recursos, através da avaliação dos indicadores, reflete como uma barreira de acesso ao serviço na unidade de família.

O acesso, o acolhimento, o atendimento das necessidades de saúde do cidadão, em geral, a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde com vistas a garantir direitos fundamentais pautados sobre princípios e diretrizes do SUS é o que preceitua, primordialmente, o Programa Previne Brasil (programa de financiamento da APS). Portanto, até mesmo para intervir e propor mudanças é preciso que a equipe conheça o programa e sua organização. Assim sendo, neste ponto que se insere a premissa do “Programa PrevineBrasil”.

5.2. Previne Brasil

Como em todos os serviços (em qualquer esfera do governo, seja ele público ou privado), a APS, também, necessita de recursos financeiros para se manter ativa e funcionante. São inúmeras unidades de saúde, vários profissionais atuantes e os mais diversos serviços prestados a população brasileira afim de fornecer os cuidados primários a saúde desses indivíduos.

O financiamento do serviço da APS é de responsabilidade das três esferas de governo: União, estados, municípios e Distrito Federal, ou seja, tripartite. Para tanto, a União tem o compromisso de repassar os recursos financeiros federais para os fundos municipais de saúde de forma regular e automática, mensalmente. Cabendo aos municípios gerir e executar as ações

e serviços de saúde (COELHO, 2020).

Foi então que em 2019 foi lançado o programa Previne Brasil, o qual instituiu um novo modelo de financiamento de custeio da APS e teve sua culminância com a publicação da portaria GM/MS nº 2.979.

Segundo Brasil (2021), “o foco desse programa é estruturar o modelo de financiamento da APS para induzir ao acesso aos serviços, a cobertura efetiva de APS e o aumento da qualidade da assistência”, tudo isso focando nos resultados obtidos pelo processamento dos indicadores e na resolutividade das necessidades de saúde dos indivíduos através dos atendimentos.

O Programa Previne Brasil preceitua, primordialmente, a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde para garantir a universalidade, a equidade e a integralidade do SUS, previstos na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde. Busca estruturar um modelo de financiamento focado no atendimento (acesso) das pessoas, de acordo com suas necessidades de saúde, com mecanismos que induzam à responsabilização dos gestores e profissionais quanto à melhor alocação e utilização dos recursos públicos, de forma racional, eficiente e respeitando os critérios previstos no Artigo 35 da Lei 8.080/1990. (BRASIL, 2021)

Para tanto, Brasil (2021) versa que os recursos do Previne Brasil são repassados aos municípios considerando os seguintes componentes: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas .

Desse modo, segundo Coelho (2020), a organização dos componentes do Previne Brasil “tem a pretensão de equilibrar valores financeiros per capita referentes à população efetivamente cadastrada nas equipes de Saúde da Família e de Atenção Primária, com o grau de desempenho assistencial dessas equipes somado a incentivos para ações estratégicas”.

O componente “capitação ponderada” leva em consideração os dados de cadastros existentes no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Para que os cadastros dos cidadãos sejam contabilizados pelo Previne Brasil eles precisam estar vinculados a uma equipe de ESF ou EAP (equipe de atenção primária) credenciada.

O cidadão que não é cadastrado ou recebe atendimento em uma ou mais unidades de saúde é vinculado (automaticamente pelo sistema) a unidade de saúde que mais recebeu atendimento ou aquela onde o procedimento realizado tem maior peso nos critérios de vinculação unívoca. Todavia, esse fato tem se tornado uma barreira de acesso de usuários aos serviços de ESF.

Explorando, uma vez vinculado a uma equipe de ESF o cidadão passa a ser de responsabilidade dessa equipe e os resultados de saúde desse cidadão terá um peso positivo ou

negativo na leitura do componente “pagamento por desempenho” quando os indicadores foram processados afim de avaliar o serviço prestado pelas equipes.

Porém, esse fato não pode se caracterizar como uma barreira de acesso ao serviço de saúde. Brasil (2021) fala que pessoas sem cadastros precisam ter suas demandas atendidas e serem encaminhadas corretamente concretizando, principalmente, o princípio da universalidade de acesso.

Portanto, se faz necessário pensar em mecanismos que coíbam essas barreiras de acesso ao cidadão buscando estratégias que permitam acolher suas necessidades de saúde sem vincular esse indivíduo, que não pertence a área adscrita, a equipe de ESF.

Para tal propósito, é fundamental que toda equipe da ESF conheça as peculiaridades do programa Previne Brasil para intervir da maneira adequada sem ferir seus preceitos e resguardando, sobretudo, os princípios do SUS.

Além disso, o processo de trabalho na qual está inserida essa problemática precisa estar bem alinhado e estruturado entre os membros da equipe. A colaboração multiprofissional e a responsabilização coletiva geram soluções eficazes e resolutivas e ainda requer o envolvimento solidário de todos.

A padronização do serviço através de protocolos, RDCs, diretrizes, circulares é uma excelente abordagem para solução de problemas recorrentes, pois direcionam o fluxo e estabelecem de forma única as tomadas de decisões, além disso, contribui significativamente na organização do serviço. Por esse motivo, a partir de agora, entra no contexto compreender a importância dos protocolos em saúde.

5.3. Protocolos em saúde

Tomar decisões em saúde não é uma tarefa fácil. É preciso nortear as decisões em critérios consistentes e em evidências científicas e, conseqüentemente, as ações executadas refletem em condutas efetivas e mais seguras para os pacientes e profissionais. Os protocolos em saúde se caracterizam como um instrumento primordial para este fim.

De forma mais sintética, protocolos são as rotinas dos cuidados e das ações de gestão de um determinado serviço, equipe ou departamento, elaboradas a partir do conhecimento científico atual, respaldados em evidências científicas, por profissionais experientes e especialistas em uma área e que servem para orientar fluxos, condutas e procedimentos clínicos dos trabalhadores dos serviços de saúde (WERNECK, 2009, p. 31).

Os protocolos em saúde podem ser confeccionados de forma mais ampla pelo MS, por exemplo, que servirá para o serviço da saúde de todo território nacional, como também, elaborado de forma personalizada para atender as necessidades específicas de um determinado serviço de saúde, sempre fundamentado em documentos oficiais.

Ainda, de acordo com Werneck (2009, p. 31), os protocolos podem ser de natureza clínica (“instrumentos direcionadores da atenção à saúde dos usuários, apresentando características voltadas para a clínica, as ações preventivas, promocionais e educativas”) ou para a organização do serviço. Muitas vezes, surgem/são criados como resposta aos problemas inerentes ao próprio serviço ou, apenas, resultam de diretrizes estabelecidas pelo SUS.

Protocolos de organização dos serviços: são instrumentos a serviço da gestão dos serviços, abrangendo a organização do trabalho em uma unidade e no território, os fluxos administrativos contidos na proposta dos serviços em rede, os processos de avaliação e a constituição do sistema de informação, estabelecendo as interfaces entre as diversas unidades, entre os níveis de atenção (marcação de consultas, referência e contrarreferência) e com outras instituições sociais (WERNECK, 2009, p. 31).

Os protocolos para organização do serviço requer uma participação ativa dos membros da equipe. Werneck (2009, p. 36) diz que esses tipos de protocolos “exigem que a equipe realize a discussão sobre a forma como trabalha. Exigem que ela se organize para diagnosticar situações e problemas, planejar, decidir pela implementação das ações e por sua avaliação”.

Requerem esforço conjunto de gestores e profissionais para que seu emprego seja, de fato, adequado às necessidades do serviço, permita o estabelecimento de objetivos e metas (por meio de um processo de planejamento), a implementação de ações e sua constante avaliação e modifique o processo de trabalho das equipes de saúde em cada unidade. (WERNECK, 2009, p. 39)

Elaborar, estabelecer e seguir os protocolos no serviço requer, sobretudo, uma participação solidária de todos os integrantes da equipe. Pois, a implantação de um protocolo (pela necessidade do serviço e mesmo em comum acordo pela equipe) pode ser uma tarefa árdua. Principalmente, porque implica em alterações na rotina e na forma como culturalmente era desenvolvida certa atividade.

Porém, dependendo do fluir do processo de trabalho na implementação dos protocolos “é possível afirmar a efetividade de protocolos como instrumentos de mudanças e de aumento da capacidade crítica dos profissionais, melhora de desempenho e postura individual e coletiva, gerando um trabalho capaz de produzir mais saúde” (WERNECK, 2009, p. 50).

6. PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1. Descrição do problema selecionado

A vinculação de usuários que não são do território às equipes de ESF acarreta consequências negativas aos resultados que monitoram o serviço de saúde prestado a comunidade.

Após implantação dos indicadores e atendimento via PEC desses usuários, constatou-se que a meta de alguns indicadores não conseguia ser atingida e um dos fatos que estava interligado a isso era a enorme quantidade de pacientes vinculados as equipes que não eram, de fato da equipe.

No final, no processamento dos dados dos indicadores, esse montante de indivíduos pesa negativamente no monitoramento do desempenho e alcance das metas.

Uma vez vinculado a uma equipe de ESF o cidadão passa a ser de responsabilidade dela, mesmo que não seja da área adscrita, mas é assim que o MS entende os dados processados pelo cadastro do cidadão e vinculação realizada através de um serviço prestado. Podendo esse cidadão ficar vinculado a equipe por até 2 anos, contando negativamente na execução da meta.

Ao constatar essa situação em várias equipes, de várias unidades, os profissionais de Tecnologia da Informação da SMS desenvolveram dentro do PEC um segundo perfil sem INE (Identificador Nacional de Equipe) para recepcionar essas pessoas de demanda espontânea. Porém, somente isso não foi suficiente, as vinculações continuavam ocorrendo. É preciso triar e identificar esse cliente do momento que ele é acolhido na recepção ao último atendimento no qual se submeterá na unidade.

6.2. Explicação do problema selecionado

A origem do problema está relacionada, principalmente, com a falta de uma triagem adequada, executada pela recepção, do usuário que procura a unidade para atendimento. Com a problematização em torno da vinculação inadequada de usuários à ESF, a contabilização desse indivíduo que não é da área adscrita pesa negativamente no desempenho dos indicadores da equipe.

6.3. Seleção dos nós críticos

- ✓ Incompreensão do programa Previne Brasil;
- ✓ Ausência de um protocolo de triagem;
- ✓ Capacitação dos servidores para utilização do protolo;
- ✓ Mecanismo de identificação do usuário pós triagem;

6.4. Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo). Os passos sexto a décimo são apresentados nos quadros seguintes, separadamente para cada nó crítico.

Quadro 2 – Desenho das operações, projetos, resultados, produtos e recursos necessários para a realização dos projetos

Nó crítico	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Difusão do programa Previne Brasil	Educação permanente dos funcionários da unidade	Difusão do programa previne brasil e seus desdobramentos	Compreensão	Recursos humanos cognitivos
Sistema de triagem	Elaborar um protocolo de triagem	Triagem adequada de pacientes	Sistema de triagem eficiente	Recursos cognitivos (manuais, notas técnicas e protocolos) Recursos humanos (profissional qualificado)

Desconhecimento da execução do protocolo de Triagem	Oficina de capacitação para manejo do protocolo	Executar de forma correta o protocolo de triagem	Execução adequada do protocolo.	Recursos humanos cognitivos
Identificação do usuário	Criar mecanismo de identificação e distinção de usuários	Usuários identificados de conforme classificação da triagem	Fichas de identificação para a equipe 13, 36 e demanda	Recursos materiais (objetos identificadores) Recursos humanos (mão de obra para elaboração das fichas identificadoras)

Quadro 3 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema de “Vinculação inadequada de pacientes de demanda às equipes da ESF”, na Esf São Francisco de Paula, do município de Maceió, estado de Alagoas.

Nó crítico 1	Difusão do programa Previne Brasil
Operação (operações)	Aumentar o nível de conhecimento conceitual da equipe sobre o programa previne Brasil
Projeto	Visibilidade do programa previne brasil entre os servidores
Resultados esperados	Maior conhecimento pela equipe sobre o programa
Produtos esperados	Reuniões de educação permanente e continuada para toda equipe. Capacitação dos funcionários da recepção.

Recursos necessários	<p>Cognitivo: informações e conhecimento sobre o programa, estratégias de comunicação e pedagógicas. Oficinas com especialistas no assunto</p> <p>Financeiro: não há</p> <p>Político: participação ativa dos funcionários da unidade para entendimento do programa e compreensão dos mecanismos de execução do mesmo, para que o serviço seja prestado pautado no conhecimento.</p>
Recursos críticos	Aceitação por parte da equipe da recepção em participar dos encontros para educação permanente e continuada e em repensar seu processo de trabalho para trabalhar conforme as preconizações do programa previne brasil.
Controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Reuniões de educação permanente e continuada
Acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Gerente da unidade na articulação das capacitações na unidade e os especialistas da SMS. Prazo: capacitações de início imediato.
Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Reuniões quinzenais com a equipe debatendo sobre o tema e avaliando as conquistas de conhecimento conceitual.

Quadro 4 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema de “Vinculação inadequada de pacientes de demanda às equipes da ESF”, na Esf São Francisco de Paula, do município de Maceió, estado de Alagoas.

Nó crítico 2	Sistema de triagem
Operação (operações)	Criar um protocolo que padronize a triagem dos usuários que chegam a unidade em busca de atendimento.
Projeto	Protocolo de triagem
Resultados esperados	Diminuição da vinculação às equipes de usuários que não são da área adscrita

Produtos esperados	Protocolo de triagem de usuários para a recepção
Recursos necessários	Cognitivo: conhecimento teórico para elaboração de protocolo dentro do que preconiza o programa previne Brasil, profissional especialista para prestar mentoria na elaboração do protocolo. Financeiro: não há Político: participação ativa dos funcionários da recepção no desenvolvimento de suas atribuições, na execução e na triagem pautada no protocolo.
Recursos críticos	Não há
Controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Não há
Acompanhamento do plano -responsáveis e prazos	Gerente da unidade, equipe e administrativos da recepção. Prazo: início imediato da elaboração e execução do protocolo em um mês
Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Monitoramento mensal através do sistema de informação para averiguar se houve redução no número de vinculação inadequada.

Quadro 5 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema de “Vinculação inadequada de pacientes de demanda às equipes da ESF”, na Esf São Francisco de Paula, do município de Maceió, estado de Alagoas.

Nó crítico 3	Desconhecimento da execução do protocolo de triagem
Operação (operações)	Capacitação para manejo do protocolo de triagem
Projeto	Oficina de capacitação
Resultados esperados	Melhoria nos resultados de vinculação inadequada devido a execução correta do protocolo de triagem

Produtos esperados	Profissionais capacitados no manejo do protocolo de triagem Toda equipe inserida e consciente dos passos posteriores do fluxograma pós triagem
Recursos necessários	Cognitivo: disponibilidade dos profissionais. E identificar o profissional da unidade que mais se mostrou conhecedor dos mecanismos de execução do protocolo para capacitar os demais colegas de trabalho Financeiro: nenhum
Recursos críticos	Autoresponsabilização dos servidores no processo de triagem e execução do protocolo de forma correta pela equipe da recepção e demais profissionais que fazem parte desse fluxo.
Controle dos recursos críticos - ações estratégicas	- Reuniões de engajamento da equipe em torno da problemática Trabalhar processos de trabalho em equipe - eleger um profissional que se destacou no processo para capacitar os colegas de trabalho
Acompanhamento do plano -responsáveis e prazos	Equipe, gerência e o profissional que mais se destacou no entendimento do programa e tenha a melhor didática de ensino para capacitar os colegas. Capacitações de início imediato. Profissionais capacitados em 15 dias.
Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Reuniões periódicas para acompanhar a execução do protocolo e avaliar de fato as mudanças geradas e, se for preciso, intervir nos problemas e dúvidas que forem surgindo.

Quadro 6 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema de “Vinculação inadequada de pacientes de demanda às equipes da ESF”, na Esf São Francisco de Paula, do município de Maceió, estado de Alagoas.

Nó crítico 4	Identificação do usuário
Operação (operações)	Identificar os usuários triados
Projeto	Identificação de usuários
Resultados esperados	Pacientes devidamente identificados e facilmente reconhecido a categoria a qual pertence sempre que passar por qualquer Setor
Produtos esperados	Identificador
Recursos necessários	Cognitivo: saber utilizar o protocolo de triagem adequadamente para identificar corretamente a categoria a qual pertence o usuário. Financeiro: recursos financeiros ou materiais para aquisição dos produtos ou objetos que serão usados para identificar o usuário. Político: cooperação dos servidores para elaboração do objeto identificador
Recursos críticos	Falta de materiais para criação do objeto identificador
Controle dos recursos críticos - ações estratégicas	- articulação intersetorial do gerente com o setor de almoxarifado para disponibilização de materiais para elaboração do objeto de identificação - solicitar dos funcionários materiais que tenham disponíveis em casa e que sirvam para essa produção. - pedir ajuda para alguns setores comerciais da comunidade. Ex: marcenaria doar plaquinhas de madeira que serão pintadas e identificadas as categorias da triagem.
Acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Equipe e gerente são responsáveis pelo acompanhamento do plano. Prazo: 2 meses para elaborar e implantar o objeto identificador.
Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Avaliar semanalmente a conquista dos materiais. Com os materiais em mãos avaliar diariamente a elaboração do objeto identificador.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para compreender a relevância do problema escolhido e buscar soluções para o mesmo a equipe da USF precisou entender, mesmo que basicamente, o mecanismo de financiamento da APS pelo Previne Brasil.

Entender o Programa Previne Brasil trouxe aos servidores a noção da importância do mesmo e motivou os profissionais a trabalharem de forma concomitante as exigências do programa. Desse modo, conseguiram entender como a ausência de uma triagem efetiva contribuía de forma negativa no desempenho dos indicadores pelas equipes.

A ausência de um protocolo que padronizava a triagem dos usuários na recepção (setor porta de entrada na unidade) era fator que, também, favorecia a continuidade do problema. Porém, com a implantação do protocolo de triagem e a capacitação dos profissionais a triagem resultou num avanço significativo na redução de vinculações inadequadas.

Diante do êxito obtido com a elaboração e implantação do protocolo, ficou claro que a equipe multidisciplinar se mostrou motivada e disposta a contribuir nas estratégias de intervenção. Além disso, o trabalho intersetorial, em equipe, com a participação de gestores da SMS, especialista e trabalhadores da ESF se mostrou muito mais eficiente, célere e resolutivo na execução das etapas.

Através da experiência, ressalta –se ainda, a oportunidade de desenvolver mais trabalhos em equipe. As diversas visões e contribuições multidisciplinares e a intersetorialidade são essenciais para o sucesso de qualquer ação.

Entender sobre os manuais, diretrizes, normas regulamentadoras que fundamentam o processo de trabalho na ESF, desenvolver o trabalho em equipe, aprender a elaborar protocolos, colocá-los em prática e saber utilizá-los de forma correta contribuiu para o êxito diante dessa e qualquer outra problemática.

E por fim, por não ser um problema exclusivo da nossa USF, esse trabalho que se apresentou de maneira exitosa, pode contribuir significativamente para melhorar o processo de trabalho de outras unidades que enfrentam o mesmo transtorno.

REFERENCIAS

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Conheça cidades e os estados do Brasil. Brasília, 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br>. Acesso em: 13 de ago de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. e-SUS Atenção Básica : Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 3.1 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria-Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Manual instrutivo financiamento do APS [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. - Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_financiamento_aps.pdf. Acesso em: 05 de abril de 2024.

COELHO, K. T. R. Avaliação da Formulação do Programa Previne Brasil: o novo modelo de financiamento da Atenção Primária a Saúde / Kellen Tenuta Ribeiro Coelho; orientador, Carlos Augusto de Melo Ferraz, 2020. 65 p.

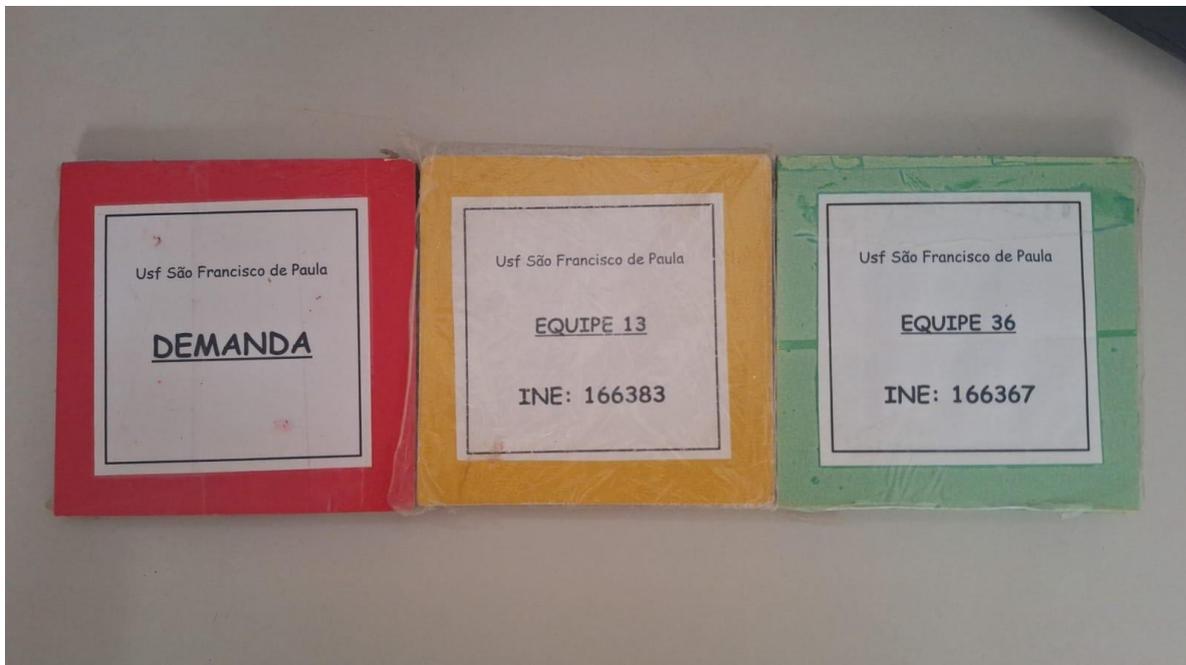
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativa populacional de 2021. Brasília, DF: IBGE. Disponível em: . Acesso em 13 de ago de 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde. Divisão de Atenção Primária à Saúde. Acolhimento na atenção primária à saúde. 1ª edição – 2022 – versão eletrônica Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202211/23095813-acolhimento-na-aps-3.pdf>. Acesso em: 01 de abril de 2024.

WERNECK, M. A. F. Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço / Marcos Azeredo Furkim Werneck, Horácio Pereira de Faria e Kátia Ferreira Costa Campos. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. 84p.

ANEXO

Foto das placas elaboradas para identificação dos usuários triados na recepção.



Em MDF (8x8cm), cada cor representa uma equipe e a vermelha é entregue aos usuários que não pertencem a nenhuma das nossas equipes.