



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Guilherme Pandolfo

Melhoria do acolhimento na Atenção Básica:  
implementação do uso de protocolo de pré-atendimento  
em Unidade Básica de Saúde de Curitiba-PR.

Florianópolis, Abril de 2017



Guilherme Pandolfo

Melhoria do acolhimento na Atenção Básica: implementação do uso de protocolo de pré-atendimento em Unidade Básica de Saúde de Curitiba-PR.

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Ana Lúcia Danielewicz  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Abril de 2017



Guilherme Pandolfo

Melhoria do acolhimento na Atenção Básica: implementação do uso de protocolo de pré-atendimento em Unidade Básica de Saúde de Curitiba-PR.

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

---

**Profa. Dra. Fátima Büchele**  
Coordenadora do Curso

---

**Ana Lúcia Danielewicz**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Abril de 2017



# Resumo

**Introdução:** O acolhimento vem ganhando cada vez maior relevância no serviço de Atenção Primária à Saúde, com intuito de garantir o acesso humanizado e a maior resolubilidade das demandas de saúde dos usuários e comunidades. Alguns dos fatores que são apontados como dificultadores da implementação e uso dessa diretriz do SUS incluem o modelo biomédico hegemônico e a ausência de capacitação dos profissionais e de espaços democráticos e reflexivos para reorganizar o processo de trabalho. Na Unidade Básica de Saúde (UBS) Caiuá, em Curitiba - PR, um dos maiores desafios a ser enfrentado envolve o aumento da quantidade de usuários atendidos, especialmente por meio da diminuição do tempo das consultas médicas e da melhora na qualidade do acolhimento.

**Objetivo:** Desenvolver um plano simples, de custo factível e de fácil aplicação para ampliar o horizonte de acolhimento na UBS Caiuá, valorizando o princípio doutrinário da universalidade.

**Metodologia:** Com intuito de diminuir a quantidade e o tempo das consultas médicas ofertadas atualmente na UBS, pretende-se formular um questionário que servirá como protocolo de pré-atendimento. Esse protocolo será utilizado pelos auxiliares de enfermagem visando padronizar a avaliação e os critérios para a necessidade ou não de atendimento médico aos usuários. Para as crianças febris serão utilizados os critérios de classificação de risco contidos no documento da Linha Essencial de Conduta sobre Febre em Crianças, adotado pela prefeitura de Curitiba - PR.

**Resultados esperados:** Após a capacitação e treinamento dos profissionais da UBS, espera-se que as consultas médicas sejam corretamente direcionadas em pelo menos 90% dos acolhimentos. Além disso, espera-se que todas as crianças febris com idade entre 1 e 10 anos sejam acolhidas e tenham seu risco classificado segundo os critérios propostos no documento da Linha Essencial de Conduta. Contudo, almeja-se melhorar a qualidade do acolhimento prestado à comunidade e aumentar a produtividade da UBS.

**Palavras-chave:** Acolhimento na Atenção Básica, Protocolo de triagem, Unidade Básica de Saúde, Projeto de intervenção





# Sumário

1	<b>INTRODUÇÃO</b>	9
2	<b>OBJETIVOS</b>	13
2.1	Objetivo geral	13
2.2	Objetivos específicos	13
3	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b>	15
4	<b>METODOLOGIA</b>	17
4.1	Orçamento	19
5	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	21
	<b>REFERÊNCIAS</b>	23



# 1 Introdução

A unidade de Saúde do Caiuá se localiza no bairro Cidade Industrial (CIC), no município de Curitiba, no estado do Paraná. O contexto social da população é complexo e heterogêneo. Os primeiros moradores da região, na década de 1970, iniciaram a colonização da região de maneira irregular e atualmente ainda são comuns as invasões de terras devolutas. É um território que apresenta proeminente desigualdade de renda entre os moradores, passando por sujeitos sem teto vivendo abaixo da linha de pobreza até moradores com carros e moradias de alto padrão. As religiões e seus representantes (pastores, padres, sacerdotes, etc.) exercem papel de fundamental importância sobre a população adscrita no território do Caiuá, seja no modo de vida das pessoas, como na ajuda em promoção, prevenção e reabilitação; ou ainda, cedendo espaços importantes na comunidade para serem desenvolvidas ações dos profissionais dos Núcleos de Assistência de Saúde da Família (NASF), que conta com educadores físicos, psicólogos, nutricionistas, entre outros.

Há oito centros municipais de educação infantil, o que proporciona vagas suficientes para as crianças que nascem e crescem nessa região. Há também duas igrejas católicas e diversas outras de diferentes crenças. Um dos asilos inseridos no bairro é propriedade particular de um pastor pertencente à igreja evangélica. Com relação ao papel exercido pelas igrejas, é importante frisar a igreja Santa Edwiges, a qual cede seu espaço físico para que a fisioterapeuta do NASF possa propor aulas em grupos para portadores de lombalgia crônica, ginástica para fortalecimento do períneo e alongamentos. Os nutricionistas também utilizam o espaço para aulas em grupo, especialmente voltadas ao controle da obesidade e promoção da alimentação saudável. Os profissionais de educação física também atuam nesses pacientes com grupos de ginástica aeróbica e caminhada. O bairro conta também com duas academias populares a céu aberto para que as pessoas possam se exercitar e, além disso, existe um clube com piscina aquecida, o qual oferece aulas de natação e hidroginástica à população, sem custos e de maneira filantrópica.

A desigualdade de renda no território é bastante elevada, assim como nos mais diversos segmentos da sociedade nacional. Saneamento básico está presente em toda a região adscrita, e ficam desassistidos somente os usuários que imigraram para a região há pouco tempo e de maneira irregular. Uma parcela quantitativamente importante da população trabalha em empresas de grande porte, como a VOLVO, que possui uma fábrica em rodovia próxima à unidade de saúde. Percebe-se que os usuários que trabalham nessas empresas multinacionais apresentam menor quantidade de queixas relacionadas ao trabalho, especialmente devido às condições favoráveis que elas fornecem durante as funções laborais.

Na UBS do Caiuá são acompanhadas aproximadamente 7000 pessoas por uma equipe de saúde da família (ESF). Cabe ressaltar que observou-se grande dificuldade para ob-

tenção dos dados populacionais detalhados para cada região atendida pelas equipes de saúde da família de Curitiba. Foi realizada pesquisa nos relatórios do sistema utilizado na prefeitura, além de solicitação à gestão da UBS e aos agentes comunitários de saúde (ACSs) da região. Também solicitou-se alguns dados à gestão municipal do PROVAB, ao supervisor do Programa e ao distrito sanitário responsável pela região. No entanto poucas informações foram disponibilizadas, o que demonstra problemas na geração e divulgação das informações populacionais e de saúde locais.

Realizou-se uma consulta ao distrito sanitário do CIC - Cidade Industrial de Curitiba, a fim de melhor compreender as necessidades da comunidade local. Há um total de 1031 hipertensos, sendo que, destes, 324 encontram-se com cadastros inativos. Não há paciente cadastrado no programa de Hanseníase, demonstrando necessidade de maior cuidado na avaliação desses pacientes, uma vez que se trata-se de uma doença com prevalências relativamente elevadas no país. Dois pacientes estão cadastrados e ativos no programa de controle à Tuberculose, sendo que ambos são do sexo masculino e com idades entre 35 e 55 anos. Verificou-se que 473 pessoas estão inscritas no programa de controle da Diabetes Mellitus (DM), sendo que 114 destes (aproximadamente 20%) encontram-se inativos, necessitando urgentemente de busca ativa para melhorar o controle glicêmico e a diminuição das complicações associadas à doença nessa população. Por fim, as cinco queixas mais comuns que levaram a população a procurar a UBS do Caiuá em 2016 foram: doenças musculoesqueléticas; dores abdominais; cefaleias; queixas otorrinolaringológicas (principalmente rinite alérgica e rinosinusite) e febre.

Outros dados indicam que 86,4% das gestantes realizaram sete ou mais consultas de pré-natal, melhorando assim o padrão estatístico e diminuindo a taxa de mortalidade perinatal. Há no bairro 1416 crianças com idade menor do que um ano, e destas 773 estão com o calendário vacinal do ministério da saúde em dia. A mortalidade por causa específica no bairro em 2015 englobou: problemas cardiovasculares; causas externas (demonstrando grau de violência acima da média nacional); neoplasias; causas desconhecidas (o que demonstra a falta de assistência à saúde na população); e por fim, as causas relacionadas aos problemas respiratórios. Entre os idosos, houve maior prevalência de mortes relacionadas ao sistema cardiovascular, seguida de neoplasias. As causas de ordem respiratória e desconhecidas, juntamente com as quedas (e suas complicações) completam as cinco maiores causas de morte nos idosos.

Os atendimentos são realizados de acordo com a demanda esperada e por isso, realizou-se um roteiro de triagem (pré-atendimento) para que se possa direcionar melhor as consultas, principalmente aquelas cujos pacientes apresentam somente febre referida ou dores de baixa prioridade, as quais podem ser resolvidas pela enfermagem. Dessa forma, empregase melhor a interdisciplinaridade e atenua a sobrecarga e a responsabilidade de trabalho do médico. Além disso, divide-se melhor a responsabilidade e melhora o intercâmbio de informações entre os profissionais das diversas áreas da ESF.

---

Através do conhecimento da população adscrita no território, verificou-se que o maior problema a ser trabalhado é a diminuição do tempo de consultas médicas através de perguntas formuladas e utilizadas em protocolo de pré-atendimento. Dessa forma, será possível estabelecer critérios para a necessidade ou não de atendimento médico de crianças febris com idade entre 1 e 10 anos, ou ainda, verificar se o problema poderá ser resolvido pelos profissionais da enfermagem. Para [Mitre, Andrade e Cotta \(2008\)](#), o acolhimento vem ganhando ainda mais relevância na atenção primária à saúde para garantir acesso humanizado e garantir uma maior resolubilidade às demandas de saúde dos usuários e das comunidades. Além disso, deixa claro que alguns dos problemas apresentados para melhor uso desta diretriz de operacionalização no SUS são o modelo biomédico hegemônico, a ausência de capacitação e de espaços democráticos e reflexivos para reorganizar o processo de trabalho em saúde.

Este foi o problema escolhido para se trabalhar, devido a sua factibilidade de execução, uma vez que a população adscrita se apresenta acima do máximo previsto pelos princípios da atenção básica, e, conseqüentemente, torna-se necessária a otimização do tempo de atendimento e melhoria da eficiência no uso dos recursos. Também espera-se aumentar o estímulo para a interdisciplinaridade e para promover a universalidade no atendimento sem preterir a equidade, dando prioridade a quem mais precisa. Através deste trabalho, poderá se aferir a necessidade de nova UBS e/ou a criação de novas Equipes de Saúde da Família (ESF) para que ocorra o atendimento longitudinal e integral da população.

Por meio da vigilância epidemiológica elencou-se que este tema é importante devido à necessidade de atendimento universal da população adscrita, função principal das portas de entrada no sistema único de saúde. Além disso, mostra-se imprescindível para o avanço na qualidade do acolhimento e do atendimento aos usuários, causando menores problemas aos gestores municipal, regional e local. Esse projeto poderá auxiliar fornecendo maior autonomia aos demais profissionais que compõem a ESF e aumentar a troca de informações sobre os pacientes, gerando maior conhecimento e crescimento profissional. A possibilidade de trabalhar em equipe multiprofissional e utilizar da interdisciplinaridade capacitam os profissionais para a mudança no modelo assistencial à saúde ([LOCH-NECKEL et al., 2009](#)).

Além de otimizar os sistemas de acolhimento em saúde de maneira técnica, deve-se lembrar que o serviço de saúde, ao adotar práticas centradas no usuário, faz-se necessário desenvolver capacidades de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar. Nesse sentido, o trabalho em saúde deve incorporar mais tecnologias leves que se materializam em práticas relacionais, como, por exemplo, acolhimento e vínculo ([MERHY, 1998](#)) dando o valor necessário à reorientação do cuidado no indivíduo e no coletivo.

No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda

a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Através do atendimento de qualidade, humanizado e criterioso, a qualificação do acesso às consultas médicas deve ser priorizado em curto prazo.

## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo geral

O presente estudo visa desenvolver um plano simples, de custo factível e de fácil aplicação para ampliar o horizonte de acolhimento na Unidade Básica de Saúde do Caiuá (PR), valorizando o princípio doutrinário da universalidade.

### 2.2 Objetivos específicos

- Capacitar todos os profissionais da Equipe de Saúde de Família (ESF) da Unidade de Saúde do Caiuá em relação ao melhor uso do protocolo de pré-triagem
- Proporcionar treinamento específico aos técnicos em enfermagem, pois estes seriam os responsáveis pela triagem e pelo encaminhamento à consulta do profissional médico ou enfermeiro da equipe ESF
- Atender, no mínimo, 90% da demanda espontânea diária a partir da segunda semana de uso do protocolo de pré-triagem, com foco na melhoria do acolhimento aos usuários
- Acolher e destinar corretamente todas as crianças (de 1 até os 10 anos de idade) com febre de acordo com o protocolo da linha essencial de conduta na criança febril de Curitiba-PR.





### 3 Revisão da Literatura

A literatura existente sobre acolhimento na atenção primária aponta a influência da interdisciplinaridade na melhoria no trabalho em equipe, mais especificamente em equipes de Saúde da Família (ESF), abordando também as nuances e avaliando o acolhimento e acesso à saúde na atenção primária. São poucos os estudos publicados na literatura que abordam a triagem e protocolos de atendimento focados para aperfeiçoar o atendimento da atenção básica, que é a principal porta de entrada para aproximadamente 3/4 da população brasileira (percentual aproximado da população nacional que utiliza o Sistema Único de Saúde e não apresentam plano de saúde privado) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Em relação à interdisciplinaridade e trabalho em equipe na atenção primária, [Silva e Trad \(2005\)](#) mencionam que no Programa de Saúde da Família é possível perceber a existência de uma tensão entre a fragmentação e a integração do processo de trabalho, havendo, deste modo, o risco dos profissionais se isolarem em seus “núcleos de competência”.

Alcançar a atenção integral implica a ampliação da base conceitual de cada profissional de saúde na construção da compreensão do trabalho em saúde, isto somado ao reconhecimento da limitação da ação de um único profissional para atender as necessidades de saúde dos indivíduos e da comunidade. Para tanto, além da ampliação da base conceitual, também é necessária a configuração de equipes para a ação interdisciplinar, visando ao maior vigor de cada ação planejada e executada ([CECCIM; FEUERWERKER, 2004](#)).

Aponta-se o acolhimento como diretriz operacional fundamental do modelo assistencial proposto pelo SUS, a fim de garantir não só a acessibilidade universal, mas também a qualificação das relações, na qual a escuta e atenção às necessidades são fundamentais ao processo para que o serviço ofereça uma resposta resolutiva às demandas dos usuários ([BREHMER; VERDI, 2010](#)). O acolhimento é um mecanismo primordial para a APS, entretanto, somente recebeu destaque nos processos de trabalho das Equipes de Saúde da Família em um passado relativamente recente. Estudos recentes revelam que são necessários novos estudos para implementar novas tecnologias para otimização no acolhimento na atenção primária (atenção básica), que no Brasil é feita através da estratégia de saúde da família ([MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013](#)).

Fica clara a defasagem em relação a criação de uma sistematização que leve a um atendimento mais integral e qualificado, aumentando a resolutividade e a qualidade do acolhimento, permanentemente buscando um atendimento justo, digno e humanizado ([COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015](#)).

No âmbito de um bom acolhimento, [Brehmer e Verdi \(2010\)](#) enumeram motivos para que esse adjetivo seja penoso para ser alcançado nas unidades básicas de saúde, ainda

relacionam que a falta de organização em relação ao escasso número de profissionais apresenta um reflexo negativo tanto para os usuários (altíssima demanda), quanto para os trabalhadores da área da saúde. O cansaço extenuante leva à incapacidade de atender com o mesmo critério e qualidade a totalidade dos usuários, causando a insatisfação de ambos os atores envolvidos no processo do acolhimento. Os sujeitos envolvidos na prática carecem de suporte.

Além de abordar o acolhimento no espaço físico unidade de saúde, há a lembrança das visitas domiciliares como ferramenta fundamental na melhoria do acolhimento. É significativo recordar também que as visitas domiciliares foram mencionadas como dispositivo de acolhimento que proporciona um melhor conhecimento dos usuários e sua inserção na comunidade, facilitando o vínculo e explicitando a importância da visita domiciliar no processo de acesso ao sistema de saúde universal proposto pelo Sistema Único de Saúde (SANTOS et al., 2013).

Ao analisar a literatura, é evidente que existe uma lacuna de conhecimento sobre programas de triagem na atenção básica. Um dos motivos poderia ser fato de que os programas de triagem são vistos como contrários à sistematização do acolhimento na atenção primária à saúde, na medida em que trariam paradoxalmente uma ideia de modelo Flexneriano dentro da reorientação do cuidado em saúde, tratando os indivíduos novamente como "doenças" ao invés de indivíduos complexos, biológica e subjetivamente como é preconizado na atenção básica pelo Programa de Saúde da Família. Para Coutinho, Barbieri e Santos (2015) um protocolo de triagem pode ser considerado como uma medida pontual, não sendo apenas essa conduta que irá resolver esta adversidade, sendo necessário também organizar o serviço, que deverá ser pautado em normatizações e, principalmente, em incentivos à educação permanente.

É importante ressaltar que a demanda apresentada pelo usuário seja escutada e reconhecida como legítima, visto que o usuário também define o que é necessidade de saúde para ele, podendo apresentá-la enquanto demanda ao serviço de saúde. Em muitos casos, os momentos de sofrimento dos usuários são fundamentais para a criação e fortalecimento de vínculos, visto que são momentos em que eles se sentem, muitas vezes, desamparados e desprotegidos. Nessas situações, é bastante razoável que muitos deles recorram às unidades de atenção básica quer pela proximidade física ou devido ao vínculo que possuem com os profissionais da unidade de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Levando em consideração a demanda espontânea que as unidades básicas de saúde devem estar preparadas para acolher, além do melhor uso das agendas dos profissionais para prever estes acontecimentos, um protocolo de triagem otimizaria e redirecionaria com maior qualidade os usuários atendidos, gerando ganho de tempo, aumentando a satisfação dos usuários e ajudando o profissional médico ou enfermeiro.

## 4 Metodologia

### Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo descritivo, com dados a serem coletados para o desenvolvimento do projeto de intervenção (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003).

### Local e população alvo

O protocolo de pré-atendimento será realizado em todos os pacientes adscritos no território da Unidade Básica de Saúde do Caiuá, de ambos os sexos que procurarem a UBS para novas consultas, sendo excluídos os pacientes com consultas de retorno. Já o documento da Linha Essencial de Conduta sobre Febre em Crianças será utilizada para os pacientes com 1 ano de idade até 9 anos, 11 meses e 29 dias, de ambos os sexos, que apresentem queixas febris, adscritos na comunidade da UBS do Caiuá-PR.

### Atividades propostas

Com intuito de diminuir a quantidade e o tempo das consultas médicas ofertadas atualmente na UBS, será formulado um questionário que servirá como protocolo de pré-atendimento. Esse protocolo será utilizado pelos auxiliares de enfermagem visando estabelecer avaliação de risco e critérios para a necessidade ou não de atendimento médico às crianças febris que frequentam a UBS.

No questionário de pré-atendimento pretende-se incluir as seguintes questões:

#### 1. *Ficha de Anamnese*

- Pergunta aberta (Qual o motivo da consulta?)
- Início (quando) da sintomatologia (caso tenha)
- Caráter (tipo da dor, caso tenha dor [pulsátil, em aperto; queimação, etc.]
- Localização do sintoma
- Intensidade (nível de dor de zero [sem dor] a dez [maior dor que já sentiu])
- Fator (es) desencadeante(s)
- Duração do(s) sintoma(s)

#### 1. *Contexto familiar e sintomatologia*

- Alergia medicamentosa
- Ocupação/profissão atual ou anterior
- Comorbidades e/ou doenças pré-existentes

	Verde = baixo risco	Amarelo = risco intermediário	Vermelho = alto risco
Cor (pele, lábios e língua)	Normal	Palidez referida pelo pai ou pelo cuidador	Palidez importante atestada pelo médico, com petéquias ou cianose importante
Atividade	Responde normalmente a estímulos (interage, responde ao nome) Está acordada ou acorda rapidamente Tem um choro forte e normal ou não está chorando	Não tem uma resposta normal aos estímulos Não sorri Acorda somente com bastante estímulo Hipotiva	Não responde de maneira nenhuma aos estímulos É evidentemente doente na avaliação de um profissional Não acorda ou não consegue ficar acordada após estimulação Fraca, choro agudo ou contínuo e leve
Respiração	Normal	Batimento de asa nasal Taquipneia: >50 ipm, idade 6-12m >60 ipm, idade > 1a Saturação de O <sub>2</sub> menor que 95% em ar ambiente Estertores crepitantes	Guincho ou roncos de obstrução Taquipneia: >60 ipm Tiragem importante ou respiração paradoxal
Circulação e hidratação	Pele e olhos normais Mucosas úmidas	Taquicardia: >160 bpm, <1 ano >150 bpm, 1-2a >140 bpm, 2-5a Enchimento capilar >3s Mucosas secas Hipoxeia Débito urinário diminuído	Sinais de desidratação importante e choque
Outros	Nenhum sinal amarelo ou vermelho	Idade 3-6m, com t >39°C Febre por mais de 5 dias Edema de membro ou articulação Incapacidade de se sustentar sobre um membro	Idade <3m, com t >38°C Fontanela abaulada Rigidez cervical Sinais neurológicos focais Convulsões

Figura 1 – Avaliação da gravidade pelas características clínicas

- Medicação de uso contínuo
- Cirurgias prévias
- Internamentos prévios

### 1. *Exame físico*

- Bom (); Regular (); Ruim () Estado Geral
- DADOS VITAIS:
  - Temperatura
  - Saturação O<sub>2</sub> (somente se DPOC ou tiver falta de ar)
  - Pressão Arterial
  - Glicemia capilar (somente se diabético ou sinais de hipoglicemia)

As classificação de risco será realizada baseada nos critérios propostos no documento da Linha Essencial de Conduta sobre Febre em Crianças, disponibilizada no site <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br> (Tabela 1).

**Tabela 1** - Avaliação da gravidade pelas características clínicas.

Medidas gerais de manejo

A percepção dos pais de que a doença que a criança tem é mais grave que as doenças que já teve previamente, e a percepção do profissional de saúde de que algo não está bem, apesar de serem elementos subjetivos, têm valor preditivo confirmado e devem sinalizar a necessidade de um cuidado redobrado. Crianças com todas as características avaliadas como verdes podem ser liberadas com orientações para cuidados no domicílio. Todas as crianças com menos de 3 meses de idade ou que tenham sinais vermelhos devem ser encaminhadas para internamento ou para a UPA para investigação complementar e avaliação

Atividades propostas	Mar/17	Abr/17	Mai/17	Jun/17	Jul/17	Ago/17	Sét/17	Out/17
Organização e divulgação do projeto	X							
Estruturação do questionário	X	X						
Utilização do questionário		X	X	X	X	X	X	X
Avaliação dos resultados				X			X	
Reorganização e reestruturação do questionário (em conjunto com profissionais da UBS)					X			X
Discussão para melhoria do questionário no conselho local				X			X	
Reunião com a equipe e com usuários participantes do conselho local para avaliar continuação do uso do questionário								X

da necessidade de antibióticos parenterais. Crianças que apresentem sinais de choque devem receber imediatamente 20 ml/kg de soro fisiológico endovenoso. Antibióticos devem ser reservados para situações em que haja evidência ou forte suspeita de bacteremia e não devem ser rotineiramente prescritos para casos de febre sem foco aparente.

Cronograma

## 4.1 Orçamento

Para a realização desse projeto não há previsão de custos, uma vez que será desenvolvido pelos profissionais da equipe, demandando somente o treino de capacitação aos envolvidos. Prevê-se a realização de até cinco treinamentos, os quais deverão ser realizados uma vez na semana, com duração de duas horas cada.



## 5 Resultados Esperados

Por meio da implementação deste projeto espera-se que, ao utilizar o protocolo de pré-atendimento, seja ampliado o horizonte do acolhimento com qualidade na Unidade Básica de Saúde do Caiuá em Curitiba-PR, atendendo ao princípio da Universalidade na saúde pública. Sabe-se que, hoje na UBS, através de reclamações dos usuários, vários usuários deixam de ser avaliados por falta de tempo ou espaço nas agendas dos profissionais.

Após capacitar e treinar especificamente todos os profissionais, mais especificamente os auxiliares de enfermagem, há a expectativa de que esses sejam capazes de direcionar corretamente cerca de 90% das triagens em apenas duas semanas após o início do uso do protocolo de pré-atendimento. Além disso, espera-se que todas as crianças febris com idade entre 1 e 10 anos completos sejam acolhidas e direcionadas corretamente segundo às linhas essenciais de conduta adotadas pelas prefeitura da cidade de Curitiba-PR.

Não menos importante é evidenciar que o presente projeto desenvolve uma maneira de melhorar o acolhimento e aumentar a produtividade em uma UBS peculiar, que até o momento não consegue atender a demanda espontânea em conjunto com as consultas pré-agendadas. Sendo assim, considera-se fundamental que sejam realizados novos estudos que proponham ferramentas e tecnologias mais avançadas e que possam ser utilizadas no SUS visando o aperfeiçoamento do acolhimento em conjunto da reorientação do cuidado mais humanizado.





## Referências

- BREHMER, L. C. de F.; VERDI, M. Acolhimento na atenção básica: Reflexões éticas sobre a atenção à saúde dos usuários. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 15, p. 3569–3578, 2010. Citado na página 15.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad Saúde Pública*, p. 1400–1410, 2004. Citado na página 15.
- COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. de Moraes dos. Acolhimento na atenção primária à saúde: Revisão integrativa. *SAÚDE DEBATE*, v. 39, n. 105, p. 514–524, 2015. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.
- LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 12, n. 4, p. 189–201, 2003. Citado na página 17.
- LOCH-NECKEL, G. et al. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. *Ciência Saúde Coletiva*, p. 1463–1472, 2009. Citado na página 11.
- MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público*, p. 3–5, 1998. Citado na página 11.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política nacional de atenção básica. Ministério da Saúde, Brasília - DF, n. 1, 2012. Citado 2 vezes nas páginas 12 e 15.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Acolhimento à demanda espontânea. MS, Brasília, n. 1, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.
- MITRE, S. M.; ANDRADE, E. I. G.; COTTA, R. M. M. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 24, p. 100–110, 2008. Citado na página 11.
- SANTOS, S. de A. S. et al. The domiciliary visit as a practice of reception in the medical program of family/ niterói. *Cuidado é Fundamental Online*, v. 5, n. 2, p. 3698–3705, 2013. Citado na página 16.
- SILVA, I. Z. de Queiroz Jorge da; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no psf: Investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface*, p. 25–38, 2005. Citado na página 15.