



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

Isabela Rodrigues Basso

Implementação de um sistema de acolhimento na
Unidade Básica de Saúde Anchieta, em Umuarama-PR:
um desafio para a qualidade de atenção à saúde.

Florianópolis, Abril de 2017

Isabela Rodrigues Basso

Implementação de um sistema de acolhimento na Unidade Básica de Saúde Anchieta, em Umuarama-PR: um desafio para a qualidade de atenção à saúde.

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: Murielk Motta Lino
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Abril de 2017

Isabela Rodrigues Basso

Implementação de um sistema de acolhimento na Unidade Básica de Saúde Anchieta, em Umuarama-PR: um desafio para a qualidade de atenção à saúde.

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

Murielk Motta Lino
Orientador do trabalho

Florianópolis, Abril de 2017

Resumo

Introdução: Acolhimento trata de uma sistemática de atuação que visa a busca pelo real problema do paciente, diálogo e esclarecimento de dúvidas pode reorganizar a demanda, melhorar a forma de atendimento e qualificar o atendimento em si, dando maior direcionamento e possibilidade de resolutividade aos casos. Na UBS Anchieta, em Umuarama-PR, a constante procura do serviço principalmente em consultas assistenciais pontuais com intenção resolutiva e não preventivas foi um problema identificado, que não se encaixa na proposta real de uma Atenção Básica de Saúde. **Objetivo:** Implementar um sistema de acolhimento na Unidade Básica de Saúde Anchieta. **Metodologia:** Trata-se de um projeto de intervenção, cujo escopo tem como finalidade uma mudança na realidade em que se está inserido. É proposto um projeto piloto de implementação de um sistema de acolhimento para atendimento da demanda da UBS. Assim, foi criado um fluxograma rápido, com fins de ser consultado de acordo com sintoma e alteração de sinais vitais, para melhoria do atendimento, satisfação e amparo dos usuários. Este fluxograma foi baseado no protocolo de Manchester e nas principais queixas dos usuários atendidos da Unidade de Saúde, na tentativa de reorganizar a demanda de atendimentos, tornar os atendimentos mais resolutivos e estabelecer uma melhor relação com os usuários do serviço. Tal fluxograma pode ser aplicado por todos os profissionais de saúde da equipe de saúde, já que visa a humanização e a reorganização do atendimento. **Resultados esperados:** Com este projeto de intervenção espero alcançar a melhoria do serviço de recepção e agendamento de consultas com a implementação de um sistema customizado de acolhimento na UBS que trabalho, a ponto de aperfeiçoar o atendimento de emergências e agendamentos, através do aumento do tempo para consultas de profilaxia, de acompanhamento de doenças crônicas, já assim diminuindo ocorrência de exacerbações e possíveis motivos de consultas emergenciais.

Palavras-chave: Serviço de triagem, Satisfação do usuário, Atenção Primária à Saúde

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	19
5	RESULTADOS ESPERADOS	21
	REFERÊNCIAS	23

1 Introdução

“Muito fácil seria apenas prescrever medicações para dor e aumentar os remédios para hipertensão, sem encostar a cabeça no travesseiro e pensar em fazer algo para prevenir que esta dor chegue, em algo para melhorar este controle da pressão. Seria muito fácil ser apenas mais uma medida paliativa pra um sistema que não está funcionando bem. E eu não quero ser, alias, me recuso a ser.”

A cidade de Umuarama, Estado do Paraná, foi fundada em 1960, porém desde 1940 já se instalavam na localidade pessoas devido aos trabalhos promovidos pela Companhia Melhoramento Norte do Paraná. No bairro Guarani encontra-se a Unidade Básica de Saúde - UBS Anchieta, nome devido a praça que se situa nas proximidades do local. Anteriormente, cerca de um ano atrás, havia apenas uma UBS na área chamada Guarani, que contava com duas equipes de estratégia de saúde da família. Porém, o local onde esta ficava apresentou problemas e optou-se por separar as duas equipes, sendo uma a Anchieta – na qual esta autora trabalha – e a outra, a UBS Guarani, que atende outra parte da população do bairro.

Na UBS Anchieta a população atendida é, na sua maioria, carente. A área é afastada do centro da cidade, a média de salários mínimos entre as famílias é 2-3/por família. Grande parte das pessoas conta com ajuda do bolsa família e de entidades como a igreja católica, muito atuante no bairro ao fornecer cestas básicas, medicamentos, comida e afins. Contam com saneamento básico, porém ao se adentrar mais profundamente existem ruas mais novas onde não tem esgoto nem água encanada, se configurando moradias que recentemente foram instaladas.

No total, a UBS atende cerca de 5.400 pessoas que distribuídas entre quatro agentes comunitários de saúde que cobrem por volta de 700-800 pessoas cada um, sendo que ainda contamos com uma grande área sem cobertura. Ao lado da UBS se encontra o colégio Tiradentes, que ensina de quinta serie a terceiro ano do ensino médio, e onde quase a totalidade das crianças do bairro estuda. Também há a creche anjo da guarda, de cunho municipal, onde a maioria das crianças atendidas na área permanece enquanto os pais precisam trabalhar.

Outra entidade muito forte é a Igreja São José que, como já foi citado, a maioria da comunidade é católica. Inclusive, nas atividades da UBS contamos com apoio de um grupo da igreja que serve café da manhã e comida aos idosos que comparecem nas reuniões de hipertensão e diabetes - HIPERDIA, num local chamado “Clube do vovô”. Além de café da manhã, estes fornecem palavras da igreja, folhetos e palestras. O espaço físico é amplo e este nome deve-se aos bailes de terceira idade que são realizados nas tardes dos finais de semana, para aproveitamento desta faixa etária ou de quem quiser ir. Este local também é aproveitado pela comunidade para realização de alongamento com presença de fisio-

rapeuta e agentes comunitários de saúde. Outra atividade realizada lá é o atendimento de um geriatra duas vezes na semana, pago pelo município.

Outra informação notável no bairro é que estão presentes ao todo quatro “academias de terceira idade”, que são locais destinados não só aos idosos, apesar do nome, mas a todos que querem praticar algum tipo de atividade física. Também na Praça Anchieta, fundada nos anos 80 e bem conservada pela prefeitura, conta com uma das academias da terceira idade do bairro e também com mesas que possuem tabuleiros de xadrez, parquinho para crianças e campinho de areia. Esta praça é bem aproveitada tanto por crianças quanto por idosos que acabam por se distrair em tardes de finais de semana. Sempre que passo por lá encontro algum grupo de idosos a se divertir, jogando baralho ou dominó.

Atualmente não se apresentam movimentos sociais formais no bairro, mas se apresentam reuniões de CEBES, que são vinculadas a religião católica. Uma moradora da área faz parte do Conselho Municipal de Saúde, opinando na organização do Sistema Único de Saúde - SUS da cidade e intervindo junto à Secretaria Municipal de Saúde para melhorias na UBS e afins. Atualmente a equipe da UBS está tentando mudar de local físico devido às más condições de trabalho e a conselheira do bairro tem ajudado muito junto as autoridades.

A maioria das pessoas que procura atendimento tem um grau de escolaridade de ensino fundamental, raros os que possuem nível médio ou universitário. Assim, faz-se necessário que as práticas de saúde sejam muito claras e bem explicadas, sendo preciso pensar em jeitos fáceis de explicar sobre remédios, dietas, mudança nos modos de vida e de promover à população um entendimento para cada vez mais proporcionar à população uma melhor qualidade de vida e de bem estar.

Do total de pacientes acompanhados, temos 2.840 mulheres e 1.660 homens. Observando estes dados percebe-se que há muito mais mulheres – dado este que já era esperado, sabendo que no Brasil, de acordo com dados do censo de 2015, temos uma população de mulheres de mais de 51% - porém na área esta porcentagem se mostrou mais discrepante. Este dado reflete diretamente nos atendimentos, sendo que no mês de maio aproximadamente 76% dos pacientes atendidos eram mulheres. No momento há 25 gestantes e 198 crianças (0 a 12 anos). No que diz respeito à idade, 750 pessoas tem menos de 20 anos, cerca de 2.920 tem entre 20 e 59 anos e 930 são idosos. Poderíamos dizer que isso seria um viés, pensando que os atendimentos são feitos quase de 50% de pessoas com mais de 60 anos. Porém, devemos lembrar que esta é a população mais atingida por doenças crônicas, como diabetes, hipertensão, doenças articulares referentes à idade, que necessitam de acompanhamento, ajustes finos de medicações além de uma constante promoção de saúde para prevenir comorbidades.

Contamos com grupo de diabéticos (133 pessoas) e hipertensos (532 pessoas), sendo que as consultas para estes são agendadas são todas as segundas e quartas feiras de manhã. Nas segundas quartas feiras do mês são realizadas as reuniões do HIPERDIA no

chamado Clube do Vovô, onde além de renovar as receitas das medicações dos pacientes com hipertensão e diabetes, temos palestras sobre algum tema em promoção e prevenção em saúde e aferição de pressão e de glicemia de quem comparece.

Quanto a outras doenças com grande impacto na qualidade de vida, no ano passado houve acompanhamento de um caso de tuberculose (criança, 9 anos) e um caso (mulher) de hanseníase, ambos com visitas contínuas dos agentes comunitários de saúde. A respeito das queixas mais frequentes estão: tosse, dor lombar, febre, algum tipo de dor aguda (diferente de dor lombar) e dificuldade de respirar.

No ano de 2015 uma criança com menos de um ano morreu por infecção respiratória, em 2016 não houve casos. De acordo com a técnica de enfermagem responsável, cerca de 85% das crianças abaixo de um ano estavam com esquema vacinal em dia em 2016. A atividade de promoção de saúde já começa no início do pré-natal, sempre se conversando com a futura mãe a respeito da saúde do bebê, amamentação exclusiva, vacinação e outras medidas de promoção de saúde. A proporção de gestantes que tiveram mais de sete consultas em 2015 foi 100 % na área coberta.

Quanto aos dados gerais da população, em 2015 as principais causas de mortes foram câncer, infarto agudo do miocárdio, morbidade devido a acidente vascular cerebral, acidentes em geral (incluindo automobilísticos) e infecção em alguma parte (incluindo infecção respiratória), dado este que já seria esperado, sendo estas muito prevalentes no total da população brasileira. Sobre internações em idosos, que acarretam uma morbidade enorme, modificando a qualidade de vida das pessoas, as principais causas foram câncer, acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, infecções respiratórias e complicações decorrentes de quedas/traumas.

Desde o momento que comecei a atender vejo a constante procura do serviço principalmente em consultas assistenciais pontuais com intenção resolutiva e não preventivas, não se encaixando esse contexto na proposta real de uma Atenção Primária. Percebi que é perdido muito do acompanhamento e profilaxia de problemas de acordo com idade, sexo, padrão de vida na UBS. No dia, em geral atende-se cerca de 35 a 40 pessoas em consultas médicas, sendo o horário de funcionamento das 07:00 as 17:00, com pausa de duas horas para almoço, distribuídas em 15 consultas agendadas, 15 retornos (vagas deixadas para exames ou reavaliações) e o restante de consultas de emergência. Na prática, porém, se observa que a UBS é muito mais procurada por pessoas com sintomas como dor lombar, síndromes gripais, febre, tosse – querendo uma consulta com urgência - do que por pessoas querendo realizar exames ou em busca de algum tipo de prevenção de problemas futuros. Com tantas pessoas com doenças crônicas na área – diabetes, hipertensão arterial, osteoporose, artrose, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), os principais agravos que encontro são dores articulares, dificuldade de deambulação, dores de cabeça, tosse.

Por viver no trabalho num diário confronto entre atender as consultas agendadas com qualidade, dedicando um tempo necessário para prevenção de doenças futuras e atender

também as urgências que chegam na UBS foi que escolhi adotar como tema de estudo o serviço de acolhimento e triagem. Após alguns meses de trabalho, reparei que muitas pessoas pensavam que o mais importante de uma UBS é quantidade de consultas, não a qualidade e resultados provenientes dela a médio e longo prazo. Comecei a procurar a origem deste problema e me deparei com o serviço de acolhimento e triagem atual, que não esclarecia muitas das dúvidas apresentadas pelos usuários e muitas vezes ocorria de forma equivocada, sem embasamento teórico antes necessário para atuar nesta atividade.

Assim, acredito que um acolhimento quando bem feitos, com a busca pelo real problema do paciente, diálogo e esclarecimento de dúvidas pode reorganizar a demanda, melhorar a forma de atendimento e qualificar o atendimento em si, dando maior direcionamento e possibilidade de resolutividade aos casos – muitos deles não necessariamente precisam ser resolvidos na consulta agendada com o médico, de forma à propiciar mais tempo as consultas a agendadas e aos atendimentos verdadeiramente de urgências. A intenção, então, é estudar sobre a adoção de um protocolo de acolhimento e posteriormente implantá-lo, sob o compromisso de observar os resultados e reavaliar as possibilidades, no sentido de alcançar uma intervenção na rotina da UBS que ajude os usuários a se guiarem, aos trabalhadores de saúde em si a se organizarem, e ao serviço para ser cada vez mais resolutivo.

Além disso, percebendo que o município no qual trabalhamos tem sofrido com uma falta de investimentos enorme na área da saúde e que muitas vezes os servidores estão sobrecarregados, creio que será muito útil reorganizar os atendimentos aos usuário, fazendo com que seja bem recebido e saia da unidade de saúde satisfeito e compreendendo o que lhe foi feito, sem necessariamente ter custos elevados para isso. Essa é uma das possibilidades previstas na lógica do SUS e da Atenção Básica de Saúde para a reorganização da UBS, na busca por uma saúde de qualidade.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Implementar um sistema de acolhimento na Unidade Básica de Saúde Anchieta.

2.2 Objetivos específicos

- Tornar o atendimento mais resolutivo;
- Reorganizar a demanda;
- Estabelecer uma melhor relação com os usuários do serviço.

3 Revisão da Literatura

Acolhimento é um termo antigo, porém, na área da saúde vem sendo adotado nos últimos anos conotando um novo significado, arraigado a uma prática diferenciada de receber usuários nos serviços de saúde. Ao iniciar o contato com as literaturas que tratam do assunto, já foi possível perceber as diferenças entre as percepções dos autores quanto aos termos acolhimento e triagem. Porém, em suma, os artigos concordam que a melhoria neste serviço de recepção de pessoas é fundamental para um bom funcionamento dos serviços de saúde, inclusive nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) para reorganização do atendimento na atenção básica.

Esclarecendo quanto aos termos acolhimento e triagem, o primeiro trata-se de uma ação atualmente compreendida como um dos momentos centrais no atendimento de usuários que buscam o serviço, possibilitando o estabelecimento de um diálogo entre o usuário e profissionais de saúde já na porta de entrada do serviço, direcionando as ações para práticas assistenciais mais resolutivas, o que é essencial para um bom funcionamento da atenção básica (SANTOS; WEINRICH, 2017).

Para o Ministério da Saúde, “acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas”. Isso significa que não trata-se de algo que seja mensurado como bom ou ruim, mas sim como uma nova forma de atenção inicial, sendo considerado uma prática constitutiva das relações de cuidado (BRASIL, 2013).

Muitos autores concordam que o acolhimento não se restringe a um primeiro contato apenas com os usuários do serviço, mas sim se estende em outras esferas e momentos na relação que os usuários tem com os profissionais de saúde em outros âmbitos de atenção, na medida em que a adoção desta prática vem sendo compreendida como uma forma de humanização e respeito junto aos pacientes. Já outros autores citam mais especificamente o acolhimento como um início de uma assistência à saúde que visa iniciar a resolução dos problemas do usuário, mas acreditam que isto fica restrito à uma primeira forma de interação, já que posteriormente já estará se desenvolvendo a prática assistencial propriamente dita (CARVALHO; CAMPOS, 2000) (CARVALHO et al., 2008) (FERREIRA, 2009).

Compreendendo mais especificamente como se dá a prática do acolhimento, trata-se de uma forma de qualificação e humanização do atendimento em saúde, qualificando a relação entre profissionais da equipe de saúde e usuários, na medida em que pratica o atendimento com vistas à resolutividade a todos os usuários que buscam o serviço, adota a escuta qualificada e o diálogo, responde as demandas de modo direcionado as necessidades apresentadas reorganizando o modo de atender as necessidades e dando vazão aos casos urgentes, evitando uma espera que possa comprometer ainda mais a saúde do usuário

(SANTOS; WEINRICH, 2017) (MÂNGIA et al., 2002).

Porém, as práticas de acolhimento não são restritas apenas a reorganização da demanda espontânea, pois sua proposta abrange a busca por resolutividade na atenção, dada as possibilidades apresentadas na assistência local ou mesmo avaliar a necessidade de encaminhamento para outros serviços da rede, quando for o caso. Por isso, reforça-se que a escuta qualificada e o diálogo tornam-se ferramentas fundamentais do processo de acolhimento, já que não se trata de avaliar os sinais clínicos, mas sim, receber, compreender, atender o usuário nas suas necessidades, dando direcionamento para a solução dos casos (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009). A ideia é reforçada no estudo de Mangia (2002), que diz que “acolher, diferentemente de triar, é receber bem, com atenção, tempo e disponibilidade para escutar e valorizar as particularidades de cada caso. Significa promover condições para quem sofre expressar o seu mal-estar, pressupõe a necessidade de retornos e de avaliação do contexto familiar e social da pessoa, para a definição de um projeto terapêutico”.

Já sobre a triagem, compreende-se que diz respeito a uma ferramenta ainda amplamente adotada nos casos em que o sistema visa agilidade, sem humanização (BRASIL, 2013). Segundo alguns autores, a triagem está disponível para o serviço na intenção de fazer um filtro entre quem pode ou não ser atendido naquele momento, conforme suas condições prévias, oferta de serviços ou mesmo apenas para levantar sinais vitais pré-consulta, como uma forma de ter dados prévios. Comumente não há o diálogo ou a escuta qualificada, nem mesmo direcionamento resolutivo para as necessidades apresentadas pelos usuários (CARVALHO; CAMPOS, 2000) (MÂNGIA et al., 2002).

Como foi visto neste breve estudo e sabendo das atuais necessidades do nosso sistema de saúde vigente, compreende-se que a adoção de uma rotina de acolhimento na atenção básica, especialmente na Unidade Básica de Saúde que corriqueiramente tem sobrecarga de trabalho e por vezes uma grande demanda reprimida aguardando atendimento e essa realidade dificulta a plena implementação de ações de promoção de saúde, pode reorganizar o acesso e qualificar a atenção dos usuários, com resultados ótimos a médio prazo. Por sua vez, os usuários também serão privilegiados com essa nova metodologia de trabalho, na medida em que não precisarão aguardar longos meses na fila de espera para ter uma resposta quanto a melhor forma de resolver o seu problema (CARVALHO et al., 2008) (BREHMER; VERDI, 2010).

De todo modo, não se pode omitir que mudanças no processo de trabalho também representam desafios, pois nem sempre são bem recebidos a primeira vista pela equipe e por usuários, que ficam desconfiados com as promessas de melhorias. Alguns dos problemas relatados estão relacionados com a estrutura física deficiente da UBS, a demanda excessiva especialmente no início em que todos buscavam atendimento buscando serem atendidos no mesmo dia, a precariedade da rede de referência em alguns locais dificultando os encaminhamentos pertinentes, a visão do usuário médico-centrada que por vezes

não concordam em serem atendidos por outros membros da equipe para solução de sua situação, a própria vulnerabilidade da população e não entendimento do usuário sobre o acolhimento (LOPES et al., 2015).

Por outro lado, muitos estudos apontam que, apesar dos enfrentamentos durante o processo de implementação do acolhimento em Unidades Básicas de Saúde, relatam o sucesso e os frutos colhidos após a implementação. Dentre os principais pode-se citar as mudanças para melhor nos modos de operar a assistência voltando a atenção dada aos problemas de saúde do usuário, a criação de vínculos com os usuários, a reorganização do serviço redistribuindo as consultas entre os profissionais da equipe multidisciplinar conforme o caso ou o encaminhamento do mesmo para uma possível resolução em outras esferas do SUS de modo imediato sem a necessidade de aguardar meses pelo médico e acabar mesmo assim encaminhado e a valorização da equipe multiprofissional de saúde (GUERRERO et al., 2013).

Por fim, é válido ressaltar que a adoção do acolhimento como ferramenta de melhores práticas na atenção básica esté em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, especialmente pois visa a resolutividade e o fortalecimento do trabalho em rede, bem como com a Política Nacional de Humanização no que tange a promoção de uma assistência que valoriza os usuários, o que justifica a relevância da temática na atenção básica.

4 Metodologia

Trata-se de um projeto de intervenção, cujo escopo tem como finalidade uma mudança na realidade em que se está inserido. Assim, a fim de melhorar o serviço de triagem, é proposto um projeto piloto de implementação de um sistema de acolhimento para atendimento da demanda da Unidade Básica de Saúde avaliada. Assim, foi criado um fluxograma rápido, com fins de ser consultado de acordo com sintoma e alteração de sinais vitais, para melhoria do atendimento, satisfação e amparo dos usuários.

Este fluxograma foi baseado no protocolo de Manchester e nas principais queixas dos usuários atendidos da Unidade de Saúde, na tentativa de reorganizar a demanda de atendimentos, tornar os atendimentos mais resolutivos e estabelecer uma melhor relação com os usuários do serviço.

Tal fluxograma pode ser aplicado por todos os profissionais de saúde da equipe de saúde, já que visa a humanização e a reorganização do atendimento. Assim, quando o paciente chega para consulta numa situação de gravidade de seu quadro clínico, este será acolhido e indicado como urgência, para atendimento imediato. Assim, após realização da classificação do paciente, este será orientado sobre os sinais de gravidade do seu quadro e o motivo da consulta imediata.

Por sua vez, quando não trata-se de situação enquadrada como gravidade com necessidade de atendimento imediato, o acolhimento pode ser resolutivo na medida em que presta informações de saúde que muitas vezes pode levar a solução da necessidade do usuário já naquele instante, sem a necessidade de consulta com outros profissionais. Nos casos em que se pressupõe um atendimento eletivo, de prevenção ou de promoção da saúde, o acolhimento pode indicar o agendamento imediato da consulta com médico ou com enfermeiro, de acordo com sua situação no momento da avaliação.

Fluxograma de Acolhimento da UBS Anchieta:

Por fim, por tratar-se de um projeto piloto, pressupõe-se a necessidade de controle e avaliação da proposta implementada. Para isto, serão feitas duas avaliações: a primeira, logo após a classificação no acolhimento, ou após medicação/estabilização quando necessário, o usuário será questionado com a pergunta: “O que você achou do acolhimento implantado nesta Unidade de Saúde?”. Com esta pergunta é esperado avaliar a capacidade de resolutividade e satisfação dos usuários com o sistema implantado. A segunda avaliação trata-se de uma medida de controle de resolutividade mensal a ser feita durante seis meses, no qual será verificado se o acolhimento contribuiu para a reorganização da agenda e do serviço, buscando a resolutividade mas também promovendo a possibilidade de sistematizar as agendas da médica e da enfermeira para a participação em outras atividades de saúde fora de consultório.

Tabela 1 – PA:pressão arterial; FC:frequência cardíaca ;SO₂: saturação de oxigênio; FR:frequência respiratória

Encaminhar direto ao serviço de emergência:

OU

Politraumatizado grave . Estado mental alterado Desconforto respiratório grave. Dor no peito associada à falta de ar com alteração de sinal vital Reações alérgicas associadas à insuficiência respiratória. Hemorragias não controláveis.

Encaminhar para consulta de avaliação com médico da UBS:

Alterações de sinais vitais em paciente sintomático:

PA > 160/90 ou Abaixo de 100/60, Temperatura FC>60 ou Fr>16 OU SO₂ Glicemia capilar >300 sem jejum , ou abaixo de 70

Acompanhado de uma ou mais das seguintes queixas:

Cefaleia intensa, acompanhada de sinais ou sintomas neurológicos focais; Alteração aguda de comportamento – agitação, letargia ou confusão mental; Dor severa ou moderada; Hemorragia moderada sem sinais de choque ou instabilidade hemodinâmica; Arritmia, palpitações; Politraumatizado Leve; Desmaios; Dificuldade de respirar; Vômito , náusea , diarreia; Reações alérgicas em andamento; Diabetes ou HAS; Tonturas , suor frio;

IDADE

- **Se idade superior a 65 anos** > dor moderada, tonturas , cefaleia , vômito , diarreia , febre anterior ou no momento da avaliação , palpitações , precordialgia, dispneia , sangramento de qualquer origem – com ou sem alteração de sinais vitais > encaminhar para consulta de avaliação
- **Se idade inferior a 2 anos** > criança gemente, inapetente, chorosa, com tosse, febre, dificuldade respiratória, diarreia, vômito fora do comum, anedonia, desmaio, cianose, reação alérgica, convulsão >encaminhar para consulta de avaliação, com ou sem alteração de sinal vital

Encaminhar para consulta com enfermeira ou consulta medica em até uma semana:

Asma fora de crise. Refriados e viroses sem alteração nos sinais vitais. Dor leve
Náusea e tontura Lombalgia Crise de ansiedade

Indicar marcação de consulta com agendamento superior a uma semana:

Dúvidas a respeito de doenças crônicas e medicações; Dores leves, não incapacitantes; Reações alérgicas que se iniciaram há vários dias; Obtenção de atestados para perícias; Patologias já medicadas nos últimos 3 dias, em processo de resolução
Entrega de exames

Fluxograma de triagem

5 Resultados Esperados

Com este projeto de intervenção espero alcançar a melhoria do serviço de recepção e agendamento de consultas com a implementação de um sistema customizado de acolhimento na UBS que trabalho, a ponto de aperfeiçoar o atendimento de emergências e agendamentos, através do aumento do tempo para consultas de profilaxia, de acompanhamento de doenças crônicas, já assim diminuindo ocorrência de exacerbações e possíveis motivos de consultas emergenciais.

Através da análise dos dados coletados no tempo decorrido de seis meses de aplicação do fluxograma, espero ver a diminuição das consultas emergenciais, aumento das consultas agendadas já refletindo que o fluxo definido para o acolhimento tem funcionado efetivamente. Espero, com a pesquisa que ocorria no final do acolhimento, saber se o que falta mesmo é uma humanização por parte da equipe de saúde, de saber ouvir, falar, prestar esclarecimento, ou se de fato é algum problema estrutural neste sistema que trabalhamos.

Sei ao certo que, devido a demanda maior do que o sistema consegue abraçar, muitas vezes o stress e a rapidez com que o serviço tem que ser feito não deixa com que ocorra a humanização e o acolhimento necessários ao usuário. Porém, acredito que essa barreira pode ser aos poucos transposta através do trabalho em equipe e ajuda mútua, inclusive dos usuários do serviço.

Referências

- BRASIL, M. da S. *Cadernos da Atenção Básica: Acolhimento a demanda espontânea*. Brasília: Editora MS, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.
- 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, n. 3, p. 3569–3578, 2010. Citado na página 16.
- CARVALHO, C. A. et al. Acolhimento aos usuários:: uma revisão sistemática do atendimento no sistema Único de saúde. *Arquivos de ciência em saúde*, v. 15, n. 2, p. 93–95, 2008. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.
- CARVALHO, S. R. de; CAMPOS, G. W. de S. Modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da secretaria municipal de saúde de betim, minas gerais. *Caderno de Saúde Pública do Rio de Janeiro*, v. 16, n. 2, p. 507–515, 2000. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.
- FERREIRA, M. L. Acolhimento uma revisão de literatura. Virgolândia, n. 48, 2009. Curso de Curso de Especialização em Atenção básica de saúde da família, Universidade Federal de Minas Gerais. Citado na página 15.
- GUERRERO, P. et al. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. *Texto e Contexto Enfermagem*, v. 22, n. 1, p. 132–140, 2013. Citado na página 17.
- LOPES, A. S. et al. O acolhimento na atenção básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. *SAÚDE DEBATE*, v. 39, n. 104, p. 114–123, 2015. Citado na página 16.
- MÂNGIA, E. F. et al. Acolhimento: Uma postura, uma estratégia. *Revista de Terapia Ocupacional*, v. 13, n. 1, p. 15–21, 2002. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.
- SANTOS, M. dos; WEINRICH, V. *PROCESSO DE ACOLHIMENTO EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE*: uma revisão de literatura. 2017. Disponível em: <<http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Marcilene-dos-Santos.pdf>>. Acesso em: 22 Fev. 2017. Citado na página 15.
- VASCONCELOS, M.; GRILLO, M. J. C.; SOARES, S. M. *Práticas pedagógicas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade*. 2009. Material do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1704.pdf>>. Acesso em: 12 Fev. 2017. Citado na página 16.