



Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Secretaria de Educação à Distância – SEDIS
Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde - LAIS
Programa de Educação Permanente em Saúde da Família – PEP SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**ORGANIZANDO OS PROCESSOS: ACOLHIMENTO A DEMANDA
ESPONTÂNEA/PROGRAMADA E PROTOCOLO DE SAÚDE DAS
CRIANÇAS NO UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA II CEMOABA –
TURURU/CE**

FERNANDA ESPINDOLA DUARTE

NATAL/RN
2021

ORGANIZANDO OS PROCESSOS: ACOLHIMENTO A DEMANDA
ESPONTÂNEA/PROGRAMADA E PROTOCOLO DE SAÚDE DAS CRIANÇAS NO
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA II CEMOABA – TURURU/CE

FERNANDA ESPINDOLA DUARTE

Trabalho de Conclusão apresentado ao
Programa de Educação Permanente em
Saúde da Família, como requisito parcial
para obtenção do título de Especialista
em Saúde da Família.

Orientador: ANA EDIMILDA
AMADOR

NATAL/RN
2021

A Deus, por ter permitido que eu tivesse saúde e determinação para não desanimar durante a
jornada até aqui.

Sou grata à minha família pelo apoio que sempre me deram durante toda a minha vida, em
especial a meu pai e minha mãe (in memoriam) que nunca me deixaram desistir de meus
sonhos.

Agradeço toda equipe da Unidade de Saúde PSF II - Cemoaba, pois somente com o apoio de
você este trabalho se tornou possível.

A minha coordenadora pelo apoio, correções e pela dedicação do seu escasso tempo ao meu
trabalho.

Aos pacientes que me fazem acreditar diariamente que posso melhorar enquanto profissional e
ser humano.

Dedico à Deus o grande médico dos médicos e a minha família.

RESUMO

Este trabalho é resultado da proposta de microintervenções do curso de pós graduação em medicina da família, realizado pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, através do Programa Mais Médicos do Ministério da Saúde. Foram desenvolvidas ações voltadas para organização do trabalho e melhorias no atendimento através do aprimoramento do acolhimento à demanda espontânea e programada, ações e implantação do protocolo para atendimento das crianças na Unidade Básica de Saúde Cemoaba, zona rural de Tururu no Ceará. Acolhimento e vínculo são um binômio protagonista no atendimento de qualidade na estratégia de saúde da família. O modelo utilizado anteriormente era o de triagem, e a inexistência de fluxos dos usuários dificultavam o trabalho, além disso a maior parte dos atendimentos era a agenda programada, e inverter este panorama é um desafio. Com objetivo de organizar o processo de trabalho e melhorar o vínculo com atendimento humanizado e equânime, a educação e qualificação da equipe foram a base do processo. Conclui-se que todo cuidado no acolhimento, atendimento e qualificação da atenção à criança, proporciona a equipe nova postura, possibilitando assim, que os princípios do SUS, possam ser cumpridos desde a entrada dos usuários ao sistema.

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO-----	
----- 6	
2.RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1 -Acolhimento a demanda espontânea e programada--7	
3.RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2 - Protocolo saúde das crianças PSF II Cemoaba – Tururu/CE-----	
-- 12	
4.CONSIDERAÇÕES FINAIS-----	
-----18	
5. REFERÊNCIAS-----	
-----19	
6. APÊNDICES-----	
-----20	

1. INTRODUÇÃO

A Unidade Básica de Saúde – ESF II – Cemoaba, localizada na Av Joaquim Barbosa Filho, Distrito de Cemoaba, zona rural a 20 km do centro, na pequena cidade de Tururu, no interior do Ceará, distante 100 km da capital Fortaleza, o município contava no último censo com 14.408 habitantes (Censo IBGE 2010), e está entre as cidades mais pobres do Estado, com mais da metade da população (58,8%) obtendo rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, (IBGE/2018). Além do baixo índice de desenvolvimento humano – IDH 0,6 o município está entre os piores do país quando o assunto é saneamento básico, pois apresenta apenas 1.8% de domicílios com esgotamento sanitário adequado. As precárias condições do meio impactam diretamente em nossas ações e resultados, por isso os desafios são muitos complexos.

A população adscrita ainda está em fase de cadastramento, mas é de aproximadamente 1.300 pessoas. A principal fonte de renda é oriunda da agricultura familiar além dos programas governamentais como o Programa Bolsa Família do Governo Federal, que garantem à diversas famílias sua subsistência.

O acolhimento é o primeiro contato do usuário ao atendimento de saúde, pois a Atenção Primária à Saúde é base, a porta de entrada, onde começa o vínculo com o sistema único de saúde. Considerado como estratégia, processo de trabalho, de relações humanas, passou a ser discutido amplamente com a Criação da Política Nacional de Humanização – PNH – o HumanizaSus. Acolhimento (escuta qualificada) e vínculo passam a ser o binômio protagonista no atendimento de qualidade na estratégia de saúde da família. Além de ser uma atividade e/ou procedimento, é uma nova visão e forma de trabalho contínua.

Devido a baixa resolutividade e ausência de trabalho em equipe, identificadas durante as atividades na unidade, constatou-se a necessidade de reestruturação e organização, tanto para melhorias no acolhimento à demanda espontânea e programada, quanto no processo de prevenção, promoção e recuperação da saúde das crianças do território.

Muitos fatores predispõe a situação enfrentada, desde formação, questões culturais, questões político/administrativas, como a vivenciada início do ano, em que cerca de 75% da equipe da unidade foi substituída, pela nova gestão municipal. Além da pandemia do novo coronavírus, que além de aumentar a demanda tem deixado as pessoas de maneira geral, equipe e usuários em alto nível de ansiedade, afetando diretamente no desenvolvimento das atividades.

Organizar o processo de trabalho das equipes na atenção à saúde sob o enfoque de risco e vulnerabilidade por meio de um olhar diferenciado para o usuário que está exposto a determinadas condições, sejam biológicas, ambientais ou sociais é transcender o processo de trabalho, e instituir uma nova visão, mais humana e voltada para a pessoa e não para doença.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

Acolhimento a demanda espontânea e programada

A Atenção Primária à Saúde (APS/ Atenção Básica) é considerada a porta de entrada do Sistema Único de Saúde, e o acolhimento a porta de entrada do usuário ao atendimento de saúde, esta precisa acontecer de forma a permitir que as pessoas se sintam cidadãos com direitos de cuidados efetivos, humanos e éticos. É o momento inicial de formação de vínculo. Considerado como estratégia, processo de trabalho, de relações humanas, passou a ser discutido amplamente com a Criação da Política Nacional de Humanização – PNH – o HumanizaSus. Acolhimento (escuta qualificada) e vínculo passam a ser o binômio protagonista no atendimento de qualidade na estratégia de saúde da família. A compreensão é ampla e não restrita a uma atividade e/ou procedimento, mas especialmente a uma nova visão e forma de trabalho contínua, estamos falando de acolhimento a demanda espontânea e programada.

A atenção básica, enquanto um dos eixos estruturantes do SUS, vive um momento especial ao ser assumida como uma das prioridades do Ministério da Saúde e do governo federal. Entre os seus desafios, destacam-se aqueles relativos ao acesso e acolhimento, à efetividade e resolutividade das suas práticas, ao recrutamento, provimento e fixação de profissionais, à capacidade de gestão/coordenação do cuidado e, de modo mais amplo, às suas bases de sustentação e legitimidade social. (Brasil, 2013).

O processo de trabalho na Unidade que atuo (Cemoaba- Tururu – CE) é embasado no acolhimento, agendamentos, demanda livre e espontânea, porém ainda de forma deficiente. Além da sobrecarga ocasionada pelo processo de trabalho, a demanda aumentada pela pandemia (COVID-19), ocasionou grande desgaste físico e emocional de toda equipe. O modelo de triagem e falta de compreensão sobre o real sentido do acolhimento aliado a ausência de conhecimento e utilização dos fluxos dos usuários e principais queixas, contribuem para situação de ineficiência. Ainda prevalece maior parte dos atendimentos da agenda programada, e inverter este painel também é um desafio.

Dentre os nós críticos identificados em nosso processo de trabalho, discutidos no módulo anterior do início das microintervenções, percebemos que o acolhimento era um dispositivo que requeria um olhar mais voltado para sua efetividade e humanidade. Por isso a necessidade de intervenção, para que pudéssemos realizar um trabalho de conscientização da população sobre a importância do acolhimento na organização do trabalho e, ainda, treinamento da equipe para melhor execução do serviço. E com isso melhorar a qualidade do acolhimento e diminuir a demanda reprimida na Unidade de Saúde da Família Cemoaba.

Após análise situacional e pesquisa bibliográfica, foi desenvolvido o plano de ação (Tabela 1), para realização de treinamento dos profissionais que atuam no acolhimento, implementação dos fluxos de atendimento e principais queixas durante a demanda espontânea,

adequada classificação de risco e ações para promoção da conscientização da população sobre a importância do acolhimento dentro da estratégia do Programa Saúde da Família.

Tabela

1

PLANO

DE

AÇÃO:

Nº CRÍTICO	OPERAÇÃO/ PROJETO	DESENHO DAS OPERAÇÕES					
		RESULTADOS ESPERADOS	PRODUTOS ESPERADOS	RECURSOS NECESSÁRIOS	PRAZOS	RESPONSÁVEIS	STATUS
Realização de treinagem e não acolhimento	Realizar treinamento dos profissionais que atuam no Acolhimento	Espera-se a partir do treinamento que toda a equipe se comprometa a realizar o acolhimento de forma técnica e humanizada.	Minimizar o tempo de espera. Tempo médio de espera para agendamento/realização de consulta. Proporção entre as diferentes ofertas de agenda (N de pessoas de ações programáticas ou de agendamento)	Computador/ Recursos humanos disponíveis e análise (al de apoio BMS)	15/11/2020	Médica	Realizado treinamento em 13/11/2020
Questões frequentes da população quanto a organização e tempo de espera, bem como compreensão da classificação de risco realizada pela equipe	Ações para promoção da conscientização da população sobre a importância do acolhimento dentro da estratégia do Programa Saúde da Família. Conscientização através de toda equipe, em especial ACS's e equipe de acolhimento. Realizar conversa com usuários diariamente, antes do início dos atendimentos para explicar o processo e funcionamento.	Esperamos que os usuários compreendam a importância dos procedimentos realizados no Acolhimento como forma de melhor atendimento, dando prioridade aos que mais necessitam, como uma medida de equidade.	Melhor avaliação da qualidade do atendimento prestado na Unidade	Recursos humanos	30 dias	Toda equipe	Treinamento das equipes para promoção de ações educativas junto aos usuários, em 12/11/2020, na Unidade. Atividades de promoção a serem realizadas continuamente durante atendimentos aos pacientes.
Insegurança no atendimento	Analisar quais são e estabelecer fluxograma para principais questões, durante a demanda espontânea	Adequada CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E VULNERABILIDADE	a. Queixa principal ou principais sinais/sintomas identificados pelo paciente ou pelo profissional de saúde. b. Ao identificar a condição apresentada, o profissional deve identificar dois indicadores que previnam o reconhecimento de prioridade clínica. Dois indicadores gerais que são apresentados no contexto nos fluxogramas: i. Dor: severa, moderada, leve; ii. Hemorragia; iii. Estado de consciência; iv. Temperatura A classificação de risco vai orientar não só o tipo de intervenção (ou oferta de cuidado) necessária, como também o tempo em que isso deve ocorrer Acolhimento em função de vulnerabilidade/risco Reconhecer o acolhimento como ferramenta de organização dos processos de trabalho. Reconhecer o acolhimento como tecnologia leve, fruto de postura profissional. Apreensão os conceitos de gestão da clínica às práticas da Atenção Básica.	Materiais impressos Fluxogramas do Caderno de Atenção Básica n. 288 e Recursos Humanos para treinamento	10/11/2020	Médica e Enfermeira	Impressão dos fluxos, e disponibilizados em consultório e sala de acolhimento.

Utilizamos os fluxos dos usuários na Atenção Básica para qualificar nosso trabalho, com objetivo de que sejam dadas respostas quando o usuário precisa, fortalecendo vínculo e potencializando as ações de prevenção. Partindo do entendimento que a recepção é o primeiro contato e de que, precisamos respeitar a privacidade dos pacientes (ambiência), a sala de acolhimento (um lugar especificamente tomado com essa função, porém precisamos entender que não exclusivo para o ato, afinal o acolhimento deve ocorrer antes e depois, com ou sem sala específica. Com base no material técnico, tendo em vista a ausência de informatização implantamos um controle no acolhimento, com classificação de risco, vulnerabilidade e plano (o mesmo foi instrumento de treinamento para equipe e posterior disponibilizado para uso Figura 1). O fluxograma proposto, originado do caderno de atenção básica, foi implantado com objetivo de assegurar o princípio da equidade, pois ao classificar o risco diante da gravidade e vulnerabilidade as necessidades individuais são respeitadas. Lembrando que a prioridade é atender hoje, o que é de hoje. A utilização deste fluxograma, tem como ponto de partida possível, uma estratégia de visualização e organização do trabalho coletivo na UBS, o qual devemos, sempre que necessário, adaptarmos, melhorarmos e ajudarmos, considerando a singularidade de nossa comunidade, de modo a facilitar o acesso, a escuta qualificada e o atendimento a necessidades de saúde com equidade, deixando de lado a perspectiva biomédica e assumindo perspectiva usuário-centrada como um posicionamento ético político que tem implicações organizativas e no processo de trabalho das equipes. Assim sendo, para acolher as demandas da comunidade não basta distribuir senhas e encaminhar todas as pessoas ao atendimento médico. O acolhimento com classificação de risco, um dos dispositivos da Política Nacional de Humanização, justamente prevê, para promover mudanças nos modelos de atenção e gestão, o rompimento com a lógica perversa do atendimento por ordem de chegada.

Figura 1: Acolhimento CEMOABA



**PSF II CEMOABA
ACOLHIMENTO**



NOME	DATA	IDADE	SEXO					QUOTA PRINCIPAL	VULNERABIL		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO				PLANO		
			PA	PC	PR	SPQ2	TP		QUERUM	SM	NÃO	AGUDO BAIXO RISCO	AGUDO MÉDIO RISCO	AGUDO ALTO RISCO	AGENDADO PREVISTO	DEMANDA ESPONTÂNEA	AGENDA DE RETORNO/ REAVALIAÇÃO

Fonte: Desenvolvido com base no caderno de atenção básica do Ministério da Saúde. Estabelecemos também o cronograma de atendimento:

Figura 2: Cronograma de atendimento CEMOABA



**CRONOGRAMA DE ATENDIMENTO
PSF II CEMOABA - Dra Fernanda Espindola**



SEGUNDA-FEIRA	TERÇA-FEIRA	QUARTA-FEIRA	QUINTA-FEIRA
DEMANDA ESPONTANEA- ATENDIMENTO AGUDO	DEMANDA ESPONTANEA- ATENDIMENTO AGUDO	DEMANDA ESPONTANEA- ATENDIMENTO AGUDO	DEMANDA ESPONTANEA- ATENDIMENTO AGUDO
DEMANDA ESPONTÂNEA Retorno/ Reavaliação de pacientes que não fazem parte das ações programáticas	DEMANDA ESPONTÂNEA Retorno/ Reavaliação de pacientes que não fazem parte das ações programáticas	DEMANDA ESPONTÂNEA Retorno/ Reavaliação de pacientes que não fazem parte das ações programáticas	VISITAS DOMICILIARES*
AGENDA PROGRAMADA - SAUDE MENTAL	AGENDA PROGRAMADA DCNT (HIPERTENSAO E DIABETES)	AGENDA PROGRAMADA - PRÉ- NATAL	AGENDA PROGRAMADA - SAUDE MENTAL
			GUIA DE REFERENCIA

AGENDA PROGRAMADA: DCNT, ACOMPANHAMENTO (RENOVACAO DE RECEITAS), PLANEJAMENTO FAMILIAR, PRE-NATAL,
ATENDIMENTO AGUDO: DE ACORDO COM CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE
GESTANTE (Sempre atender, indiferente da agenda programada)
DEMANDA ESPONTÂNEA Retorno/ Reavaliação de pacientes que não fazem parte das ações programáticas: Pacientes que
***VISITAS DOMICILIARES:** Ajustes conforme situação da pandemia (COVID-19)

Para análise da implementação, criamos a Caixa de Sugestões, até o momento sem sugestões realizadas:

Figura 3: Formulário da caixa de sugestões

CAIXA DE SUGESTÕES				
Para melhorar precisamos de sua opinião, participe conosco da pesquisa sobre o acolhimento, juntos vamos fazer nossa Unidade exemplo e um lugar agradável				
	OTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
1) Como foi seu acolhimento quando chegou na Unidade?				
2) Como foi seu atendimento pela equipe?				
3) Como foi seu atendimento médico?				
4) Como foi o tempo de espera para atendimento?				
5) Seu problema foi resolvido?				
6) Acredita que o agendamento melhorou o atendimento?				
Deixe sua opinião do que acredita que podemos melhorar:				

Como todo padrão, este, ainda que se aplique a grande número de situações, não pode ser tomado em caráter absoluto, sob pena de gerar problemas decorrentes da falta de mediação e ajuste entre um padrão recomendado e uma realidade com características singulares. O mais importante, nesse desenho, não é a definição da ordem e do local onde cada ação deve ser realizada, mas a lógica dele, que, sinteticamente, supõe:

- 1) Que usuários com atividades agendadas (consultas, por exemplo) ou da rotina da

unidade (vacina, por exemplo) devem ser recebidos e devidamente direcionados, evitando esperas desnecessárias com potencial de confusão na recepção;

2) Que situações imprevistas são inerentes à vida e, nesse caso, requerem certa organização da unidade e do processo de trabalho da equipe, tanto para compreendê-las quanto para intervir sobre elas;

3) Que os trabalhadores encarregados de escutar demandas que surgem espontaneamente (sem agendamento prévio) devem ter: capacidade de analisá-las (identificando riscos e analisando vulnerabilidade), clareza das ofertas de cuidado existentes na Unidade de Saúde, possibilidade de diálogo com outros colegas, algum grau de resolutividade e respaldo para acionar as ofertas de cuidado em tempos e modos que considerem a necessidade dos usuários.

Todas nossas ações foram cautelosas, com a constante preocupação de não burocratizar o acolhimento e o fluxo do usuário na unidade, bem como de ampliar a resolutividade e a capacidade de cuidado da equipe. Ampliando assim o vínculo e adesão dos cuidados de saúde, nas ações de promoção e prevenção.

Acredito que com o apoio de toda a equipe da unidade, seja possível aprimorar o atendimento aos usuários de nosso território, de modo a cumprir os princípios de integralidade, equidade e universalidade. Almejo, por meio da microintervenção e ações propostas, alcançar maior resolubilidade do serviço de saúde, além de aperfeiçoar o processo de trabalho em equipe. As ações são iniciais de um longo processo, principalmente de mudanças de paradigmas.

Figura 4 Treinamento da equipe



Fonte: Acervo da autora

Figura 5 Treinamento da equipe



Fonte: Acervo da autora

3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

Protocolo saúde das crianças PSF II Cemoaba – Tururu/CE

Nossas atividades são desenvolvidas na Unidade de Saúde – ESF II – Cemoaba, na pequena cidade de Tururu, no interior do Ceará, distante 100 km da capital Fortaleza, o município contava no último censo com 14.408 habitantes (Censo IBGE 2010), e está entre as cidades mais pobres do Estado, com mais da metade da população (58,8%) obtendo rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, (IBGE/2018). Além do baixo índice de desenvolvimento humano – IDH 0,6 o município está entre os piores do país quando o assunto é saneamento básico, pois apresenta apenas 1.8% de domicílios com esgotamento sanitário adequado. As precárias condições do meio impactam diretamente em nossas ações e resultados, por isso os desafios são muitos complexos. Para que sejam possíveis intervenções mais amplas, observei durante minhas atividades que havia grande necessidade de iniciarmos organizando de dentro pra fora, por isso no módulo anterior desenvolvemos atividades para implantação do acolhimento e neste o objetivo foi de melhorar o processo de trabalho na unidade para as ações de atendimento às crianças, pois percebi que a baixa resolutividade e ausência do trabalho em equipe estava impactando negativamente no processo de prevenção, promoção e recuperação da saúde das crianças de nosso território.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é apontada, em todo o mundo, como a estratégia mais efetiva para a universalização do acesso à saúde e inclui entre suas diretrizes, a integralidade da atenção, a coordenação do cuidado, a centralidade na família, a orientação à participação comunitária e a competência cultural dos profissionais, a fim de alcançar a resolutividade desejada em face dos principais problemas de saúde da população, o que, no Brasil, vem ao encontro dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto é imperativo organizar o processo de trabalho das equipes na atenção à saúde sob o enfoque de risco e vulnerabilidade por meio de um olhar diferenciado para o usuário que está exposto a determinadas condições, sejam biológicas, ambientais ou sociais que podem predispor a uma maior probabilidade de apresentar problemas ou mesmo morrer (SESDF, 2014).

As crianças são sujeitos de direitos e devem ser tratados com prioridade nas políticas de saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) alinhado com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) tem o dever de promover o direito à vida e à saúde de crianças, mediante a atenção integral à saúde, que pressupõe tanto o acesso universal e igualitário aos serviços em todos os âmbitos de atenção, quanto o cuidado da criança na sua integralidade. A integralidade é um conceito que pode ser considerado polissêmico, ou seja, com muito sentidos que a ele podem ser atribuídos (Brasil, 2016).

Apesar dos avanços nos indicadores de saúde infantil e dos investimentos nas políticas públicas federais voltadas à saúde da criança, como a Rede de Atenção à Saúde Materna,

Neonatal e Infantil (Rede Cegonha), o Programa Intersetorial Brasil Carinhoso e o Programa Criança Feliz, fica evidente a necessidade de ampliar o enfrentamento das inequidades relacionadas às condições de saúde e, ao mesmo tempo, universalizar todos os avanços para grupos de maior vulnerabilidade, tais como as crianças indígenas, quilombolas, ribeirinhas, com deficiências e as com doenças raras, além de garantir não só a sobrevivência, mas o desenvolvimento integral de todas as crianças, condição essencial para o exercício da cidadania e a garantia do desenvolvimento nacional, bem como para o cumprimento dos compromissos do País diante das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 2015-2030 (ODS) (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2015; Brasil, 2018).

A atenção à saúde da criança efetiva-se pelo acompanhamento periódico e sistemático do crescimento e desenvolvimento infantil, vacinação, orientações às mães/famílias sobre prevenção de acidentes, aleitamento materno, higiene individual e ambiental e, também, pela identificação precoce dos agravos, com vista à intervenção efetiva e apropriada. Para isto, pressupõe a atuação de toda equipe de saúde, de forma intercalada ou conjunta, possibilitando a ampliação na oferta dessa atenção. Mas, em geral, constatam-se processos de trabalho centrados na oferta de consultas médicas com subutilização da capacidade de assistência dos demais profissionais, que resultam em baixa efetividade das ações de promoção à saúde, escassez de ações de prevenção e dificuldades de parte significativa da população em ser atendida nas suas intercorrências e problemas de saúde. Ainda, é comum encontrar a oferta de atenção distanciada da necessidade do usuário e o acesso ao atendimento determinado pela ordem de chegada sem uma priorização por risco e/ou vulnerabilidade. (SESDF, 2014).

Assim, no cotidiano dos serviços, a integralidade expressa-se pela atenção à saúde dos usuários sob a ótica da clínica ampliada, com oferta de cuidado à (e com a) pessoa, e não apenas a seu adoecimento. Isso inclui também a prestação de cuidados abrangentes, que compreendem desde a promoção da saúde, a prevenção primária, o rastreamento e a detecção precoce de doenças até a cura, a reabilitação e os cuidados paliativos, além da prevenção de intervenções e danos desnecessários, a denominada prevenção quaternária. Isto é, o alcance da integralidade na Atenção Básica pressupõe um trabalho em rede e a superação da restrição do cuidado às crianças a ações programáticas, por meio do desenvolvimento de ações abrangentes de saúde de acordo com as necessidades de saúde das crianças, incluindo serviços, profissionais e equipamentos sociais que extrapolam o setor Saúde, exercitando a intersetorialidade como forma de avançar na construção da integralidade possível em cada contexto singular (Brasil, 2016).

Diante do exposto, com o objetivo de melhorar o processo de trabalho, qualificar a equipe para melhoria no atendimento e em consequência garantir às crianças acesso ao serviço de saúde de qualidade, com equidade, de maneira integral, humanizada, com alta resolutividade, elaboramos o plano operativo (Quadro 1) e aplicamos as ações, com base nos

cadernos de atenção básica da atenção primária, Política de Atenção Básica- PAB do Ministério da Saúde, PASSAPORTE DA CIDADANIA e Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança (PNAISC).

Quadro 1. Desenho das operações

DESENHO DAS OPERAÇÕES							
NÓ CRÍTICO	OPERAÇÃO/ PROJETO	RESULTADOS ESPERADOS	PRODUTOS ESPERADOS	RECURSOS NECESSÁRIOS	PRAZOS	RESPONSÁVEIS	STATUS
Ausência de acolhimento e encaminhamento adequado das crianças	Realizar treinamento dos profissionais que atuam no Acolhimento	Espera-se a partir do treinamento que toda a equipe se comprometa a realizar o acolhimento de forma técnica e humanizada.	<p>Melhorar a qualidade de atendimento, garantindo equidade e integralidade no atendimento</p> <p>Realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências</p>	Computador/ Recursos humanos disponíveis e material de apoio (MS)	09/12/2020	Medica	Realizado treinamento em 09/12/2020
Queixas frequentes da população ao atendimento realizado Inequidade no atendimento	Realizar treinamento da equipe quanto ao atendimento voltado à criança e adolescente	<p>Prover atenção integral, contínua, organizada e humanizada.</p> <p>Adequado trabalho em equipe de acordo com as atribuições da equipe da atenção básica</p> <p>Adequada classificação de risco e vulnerabilidade</p>	<p>Qualificar as práticas do cuidado, com acolhimento, gestão participativa, valorização do trabalhador, defesa dos direitos dos usuários e ambiência, estabelecimento de vínculos solidários entre humanos, valorização dos diferentes sujeitos implicados, desde etapas iniciais da vida.</p> <p>Abordar no treinamento: A Chegada da Criança à Família; Visita Domiciliar para a Família do Recém-Nascido; A Primeira Consulta do Recém-Nascido e calendário de consultas até os 9 meses; Imunizações; Crescimento e desenvolvimento; Alimentação saudável e suplementação; Prevenção de acidentes.</p>	Computador/ Recursos humanos disponíveis e material de apoio (MS)	3 meses	Medica/ Enfermeira	previsto
	Envio de material online do Ministério da Saúde e UNICEF - sobre Crescimento/ Desenvolvimento e histórias em tempos de pandemia*	Melhoria no aprendizado de todos os envolvidos quanto ao assunto	Correta avaliação e iniciativas protagonizadas pela equipe e família quanto ao desenvolvimento.	Material online enviado via whatsapp	30 dias	Medica	Realizado em 18/01/2021
Déficit de aproveitamento das visitas domiciliares	Realizar treinamento da equipe quanto a importância e técnicas de aconselhamento por visitas domiciliares, abordando puerpério, a primeira visita do RN, aleitamento materno, e carteira de saúde da criança (desenvolvimento e imunizações)	Otimizar o momento de visita domiciliar, para além de atenção em saúde proporcionar ações educativas.	Interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários. Fomento a autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde.	Recursos humanos	90 dias	Toda equipe	previsto

Fonte: a autora

*Material digital

- Crescimento e desenvolvimento:
- Desenvolvimento Infantil Geral (https://www.youtube.com/watch?v=B7IRiPD5W_4&list=PL_rQTI99G4P_TnfAITxCy_3JqINCDam6j&index=24)
- Desenvolvimento Infantil – crianças de 0 a 9 meses (https://www.youtube.com/watch?v=oQnTPjgM7c8&list=PL_rQTI99G4P_TnfAITxCy_3JqINCDam6j&index=25)
- Tem criança em casa - 9 meses e 1 ano e meio (https://www.youtube.com/watch?v=J6oqrWdEhIk&list=PL_rQTI99G4P_TnfAITxCy_3JqINCDam6j&index=26)
- Tem criança em casa - 5 a 9 anos (https://www.youtube.com/watch?v=Qgj8tLNIhxE&list=PL_rQTI99G4P_TnfAITxCy_3JqINCDam6j&index=19)
- Infância Raiz - Crescer Saudável (<https://www.youtube.com/watch?v=RfSQ2938pn0>)
- *Deixa que Eu Conto, podcast diário do UNICEF para crianças e suas famílias, em tempos de coronavírus.* <https://www.unicef.org/brazil/deixa-que-eu-conto> e <https://www.youtube.com/watch?v=0DyZ9sZnlRE&list=PLg5IhsOI5bLX4en3IInbboi5NAtdqjWE>

O principal desafio até o momento estão sendo as mudanças de gestão municipal que

estão ocasionando impacto direto em nossa equipe, pois com as eleições e mudança de gestores aproximadamente 75% de nossa equipe também mudou. No momento estamos com apenas três agentes comunitárias, onde antes contávamos com sete, por isso alguns dados (cadastro atualizado da população adscrita por faixa etária) solicitados para o desenvolvimento do trabalho, ainda no final de novembro não foram repassados. Além do exposto, o período de recesso/férias também freou as ações. No dia 18 de janeiro de 2021, foi realizada conversa com a equipe (novos profissionais, estavam presentes a enfermeira e 3 agentes comunitárias de saúde) sobre o assunto e foi retomado o tema acolhimento, abordado em dezembro. Também foi aproveitado o momento e realizada reflexão sobre o trabalho em equipe e a necessidade de estratégias para organização do trabalho coletivo em nossa unidade de saúde, para finalizar sugeri um diálogo semanal de saúde antes do início das atividades, com duração de 15 minutos, para que possamos acompanhar o andamento e avaliar as necessidades de melhoria, um processo de avaliação contínua de nosso processo de trabalho. Posterior a isso foi enviado material digital (via whatsapp) para que possamos iniciar a conscientização da comunidade quanto ao crescimento e desenvolvimento.

Os desafios do Brasil para melhoria dos indicadores de saúde da criança, através dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) (Brasil, 2018), e para tal feito acredito que cada um deve fazer sua parte, assim como nós iniciamos com a melhoria no processo de trabalho e aprimoramento da atenção básica, através da educação permanente, qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular. As melhorias no funcionamento dos serviços e processo de trabalho exige cada vez mais das equipes maior capacidade de análise, intervenção e autonomia, e somente pela educação isso é possível. Através da organização do trabalho almejamos garantir o acesso integral, em tempo oportuno e universal desde a gestação até as fases da infância, com atenção adequada e de qualidade, acolhimento, escuta qualificada, avaliação de risco e vulnerabilidades sociais, e com vínculo da criança com a equipe, seus cuidadores e toda comunidade, e com isso atingir cuidado singular e responsável, bem como a promover a prevenção e proteção global da criança com equidade.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mudar padrões já utilizados demandam tempo e persistência. É sabido que nada pode ser tomado em caráter absoluto durante a implantação de processos, pois são necessários ajustes de acordo com as características singulares dos locais e das pessoas, então o mais importante nesse desenho, foi conscientizar sobre a lógica dos processos propostos, nada engessado de como deveriam ser realizadas as ações, mas do porque estavam realizando de forma diferente.

Quando iniciadas as intervenções, houve cautela para que pudessem ser compreendidas como benéficas e não burocratização do acolhimento e atenção às crianças e que a ampliação da resolutividade e a capacidade de cuidado da equipe, era responsabilidade de cada um e não de um único integrante da equipe, no caso a gestora da unidade.

Considera-se essencial o aprimoramento da atenção básica, o qual recebe significativa contribuição com a educação permanente, qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular. E este processo de educação, além de fortalecer o trabalho em equipe, está gradativamente proporcionando melhor assistência à comunidade, tanto com as famílias que passaram a receber materiais online para promoção da saúde, crescimento e desenvolvimento das crianças, quanto dos usuários que não saem mais da unidade sem serem ouvidos e se possível atendidos no mesmo dia.

Com a utilização dos fluxos no atendimento, organização da demanda espontânea e programada, organização do protocolo de atenção à criança e aprimoramento da visita domiciliar (com abordagem das questões do puerpério, Aleitamento materno, carteira de saúde da criança, imunizações, crescimento e desenvolvimento) é possível afirmar ser possível melhoria e humanização do atendimento na unidade, e os resultados deverão ser percebidos de forma exponencial e ascendente, como melhoria contínua.

A integralidade, equidade e universalidade precisam fazer parte das ações em toda assistência na unidade e por isso a constante motivação e qualificação da equipe é primordial para promoção, prevenção e proteção da saúde.

5. REFERÊNCIAS

- Garuzi, Miriane; et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa - Artigo de Revisão. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), Campus de Botucatu, Faculdade de Medicina, Botucatu (SP), Brasil. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2014.v35n2/144-149/#:~:text=A%20pr%C3%AAtica%20do%20acolhimento%20tem,defesa%20do%20SUS>; (Acesso em 12 de outubro de 2020)
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.p (Acesso em 12 de outubro de 2020).
- Ministério da Saúde. PNH. Brasília: MS, 2010. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf (acesso: 05 de novembro de 2020)
- Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf> (acesso 02 de outubro de 2020)
- Ministério da Saúde (MS). 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. 2ª ed. Brasília: MS; 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf (acesso realizado em 06/11/2020).
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

6. APÊNDICES

Quadro 1- Desenho das operações

DESENHO DAS OPERAÇÕES							
NÓ CRÍTICO	OPERAÇÃO/ PROJETO	RESULTADOS ESPERADOS	PRODUTOS ESPERADOS	RECURSOS NECESSÁRIOS	PRAZOS	RESPONSÁVEIS	STATUS
Ausência de acolhimento e encaminhamento adequado das crianças	Realizar treinamento dos profissionais que atuam no Acolhimento	Espera-se a partir do treinamento que toda a equipe se comprometa a realizar o acolhimento de forma técnica e humanizada.	Melhorar a qualidade de atendimento, garantindo equidade e integralidade no atendimento Realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências	Computador/ Recursos humanos disponíveis e material de apoio (MS)	09/12/2020	Medica	Realizado treinamento em 09/12/2020
Queixas frequentes da população ao atendimento realizado Inequidade no atendimento	Realizar treinamento da equipe quanto ao atendimento voltado à criança e adolescente Implantar protocolo de atenção a criança com base na experiência de outras unidades.	Prover atenção integral, contínua, organizada e humanizada. Adequado trabalho em equipe de acordo com as atribuições da equipe da atenção básica Adequada classificação de risco e vulnerabilidade	Qualificar as práticas do cuidado, com acolhimento, gestão participativa, valorização do trabalhador, defesa dos direitos dos usuários e ambiência, estabelecimento de vínculos solidários entre humanos, valorização dos diferentes sujeitos implicados, desde etapas iniciais da vida. Abordar no treinamento: A Chegada da Criança à Família; Visita Domiciliar para a Família do Recém-Nascido; A Primeira Consulta do Recém-Nascido e calendário de consultas até os 9 meses; Imunizações; Crescimento e desenvolvimento; Alimentação saudável e suplementação; Prevenção de acidentes.	Computador/ Recursos humanos disponíveis e material de apoio (MS)	3 meses	Medica/ Enfermeira	previsto
	Envio de material online do Ministério da Saúde e UNICEF - sobre Crescimento/ Desenvolvimento e histórias em tempos de pandemia*	Melhoria no aprendizado de todos os envolvidos quanto ao assunto	Correta avaliação e iniciativas protagonizadas pela equipe e família quanto ao desenvolvimento.	Material online enviado via whatsapp	30 dias	Medica	Realizado em 18/01/2021
Déficit de aproveitamento das visitas domiciliares	Realizar treinamento da equipe quanto a importância e técnicas de aconselhamento por visitas domiciliares, abordando puerpério, a primeira visita do RN, aleitamento materno, e carteira de saúde da criança (desenvolvimento e imunizações)	Otimizar o momento de visita domiciliar, para além de atenção em saúde proporcionar ações educativas.	Interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários. Fomento a autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde.	Recursos humanos	90 dias	Toda equipe	previsto