



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

**ACOLHIMENTO A DEMANDA ESPONTÂNEA E DEMANDA
PROGRAMADA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CAIC, COLOMBO,
PARANÁ.**

NICOLI ROBERTA SCHNEIDER

NATAL/RN
2020

ACOLHIMENTO A DEMANDA ESPONTÂNEA E DEMANDA PROGRAMADA NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CAIC, COLOMBO, PARANÁ.

NICOLI ROBERTA SCHNEIDER

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: DANIELE VIEIRA
DANTAS

NATAL/RN
2020

Primeiramente, quero agradecer a Deus, que esteve comigo ao longo de todo percurso e tornou possível a realização do meu sonho.

A minha orientadora, agradeço pelas orientações prestadas para realização deste trabalho
À equipe de saúde UBS CAIC, por contribuir para desenvolvimento pessoal e profissional

Dedico este trabalho primeiramente a Deus que me guiou nesta caminhada, e a todos autistas,
assim como eu, autista, na incansável luta diária.

SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO.....	06
2-RELATO DE MICROINTERVENÇÃO.....	07
3-CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	10
REFERÊNCIAS.....	11

1. INTRODUÇÃO

A Unidade Básica de Saúde Caic é localizada no bairro São Gabriel, município de Colombo, Estado do Paraná. Situa-se na região metropolitana de Curitiba, denominada de cidade dormitório, com grande vulnerabilidade e conta com uma população estimada de 234.941 mil habitantes.

A área é constituída por três Estratégias de Saúde da Família (ESF), com aproximadamente 30.000 habitantes em sua totalidade, subdividida em 10.000 usuários por área, dispõe de saneamento básico em sua maioria, pavimentação, uma base de bombeiro e uma escola de ensino fundamental.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) conta com 29 componentes em sua equipe aproximadamente, sendo eles um(a) médico pediatra, um(a) ginecologista obstetra, três médicos(as) da família, três enfermeiros(as), quatro técnicos(as) de enfermagem, um(a) auxiliar de enfermagem, dois dentistas, um(a) técnico de odontologia, três auxiliares de limpeza e nove Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que são separados por áreas (três ACS, na área amarela; quatro, na área vermelha; dois, na área azul). Estruturalmente possuem seis consultórios, classificação de risco, sala de curativo, sala da chefia de enfermagem, sala dos ACS e uma sala de nebulização e vacina para atender a demanda dos usuários e tratá-los com humanização.

Segundo Inojosa (2005), a demanda espontânea é qualquer atendimento não programado na unidade de saúde. Desde uma informação, agendamento de consulta, até uma urgência ou uma emergência. Sendo de grande importância a priorização de demanda espontânea e programada.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO

O Caderno de Atenção Básica n. 28 (BRASIL, 2013) assegura que se deve acolher a demanda espontânea de forma qualificada, humanizar e organizar a rotina das unidades básicas, tendo ciência de que provocará profundas mudanças na programação das atividades diárias e nas relações entre usuários e profissionais de saúde. E a Carta dos Direitos dos Usuários (BRASIL, 2011) sugere que o acesso se dará majoritariamente próximos ao local de moradia.

Diante disso, surgem alguns questionamentos “Quem vai receber o usuário que chega? O que fazer de imediato? Como avaliar o risco e a vulnerabilidade desse usuário? Como organizar a agenda dos profissionais? Quando encaminhar? Agendar uma consulta médica? Que outras ofertas de cuidado podem ser necessárias, além da consulta com o médico? É fundamental que haja uma escuta de forma ampliada, reconhecimento de riscos e vulnerabilidades e intervenção na necessidade identificada. E de acordo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) deve-se refletir sobre o conjunto de ofertas disponíveis para lidar com as necessidades de saúde da população.

O acolhimento estabelece uma relação concreta e de confiança entre usuário, profissional e equipe, uma vez que possibilita reflexão acerca dos processos de trabalho em saúde; deve ser orientado pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo relação com outros serviços de saúde, de maneira regionalizada e hierarquizada e atendendo as demandas da sociedade (BRASIL, 2013; SOUTO, 2011).

Além disso, o acolhimento é um direito humano fundamental, possibilita ao usuário o acesso a um cuidado justo, ampliado e integral, é um recurso destinado a apoiar a qualificação do sistema de saúde. A partir do reconhecimento de que esse acesso (BRASIL, 2013a; SOUTO, 2011).

Uma microintervenção sobre acolhimento a demanda espontânea e demanda programada tem como importância em nosso território para organizar e otimizar a agenda, ampliar e diversificar o leque de atendimento, para um melhor cuidado e interação com a comunidade.

Para realizar a microintervenção, será necessário empenho dos profissionais de saúde que compõem a equipe de trabalho da unidade e os usuários que dela fazem uso. Já os recursos necessários são fundamentalmente os profissionais de saúde e insumos de rotina da unidade. Os problemas enfrentados para execução serão: maior acolhimento por parte de toda a equipe; diversificar o leque de atendimento; otimização dos atendimentos para melhor compreensão e eficácia.

Para entender o problema, no acolhimento da UBS, era necessária uma demanda de tempo muito grande, com grandes filas de espera, gerando mal-estar dos pacientes com a equipe. A diversificação de atendimento é para melhor desenvolvimento e prestação de serviço, levando a otimização de atendimento, maior compreensão dos casos clínicos e

aumentando o diálogo da equipe com os pacientes.

A seleção dos nós críticos trabalhados na microintervenção é de natureza prática e o objetivo é tornar as reuniões periódicas para o desenvolvimento de estratégias de resolução desses pontos, aproximar a equipe e evidenciar o trabalho em conjunto, uma vez que o sincronismo de toda equipe melhora a resolubilidade.

As reuniões tiveram como objetivos humanizar o processo de trabalho; organizar as ações; informar a população sobre os benefícios da demanda programada; fortalecer a importância da escuta qualificada; normatizar a informação; gerenciar a demanda com o protocolo e fluxo para aumentar a resolutividade; inteirar a equipe multiprofissional dos casos; intensificar a discussão com os usuários sobre as vantagens da continuidade no acompanhamentos de saúde; minimizar o dano ao usuário e o ônus aos profissionais de saúde.

A gestão do plano operacional da microintervenção foi desenvolvido por toda equipe, um projeto elaborado em conjunto para assim ter uma melhor interação com a comunidade, levando conhecimento e informação a população que é atendida pela UBS.

Assim, os usuários foram acolhidos e classificados segundo o protocolo de adaptado do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) e redirecionado para demanda espontânea ou programada, conforme Quadro 1. As consultas classificadas como azuis devem ser agendadas em período de tempo de máximo uma semana.

CLASSIFICAÇÃO	INTERVENÇÃO MÉDICA	TEMPO DE ESPERA
VERMELHO (EMERGÊNCIA)	Atendimento imediato	Imediato.
LARANJA (MUITO URGENTE)	Atendimento o mais prontamente possível	10 minutos.
AMARELO (URGENTE)	Não é considerado uma emergência, já que possui condições clínicas para aguardar.	60 minutos.
VERDE (POUCO URGENTE)	É o caso menos, que exige atendimento médico, mas pode ser assistido no consultório médico ambulatorialmente.	120 minutos.
	É o caso de menor	

AZUL complexidade e sem
(NÃO URGENTE) problemas recentes. 240
Este paciente deve ser minutos.
acompanhado no
consultório médico
ambulatorialmente

Quadro 1. Níveis de gravidade por cor e tempo de atendimento.

Fonte: adaptado de Brasil (2010).

Este plano foi executado antes do contexto atual da COVID-19. O tema, as informações e afins foram discutidos durante as reuniões de equipe. A microintervenção se mostra autossuficiente para dar continuidade, dentro da Unidade Básica de Saúde.

A microintervenção, teve duração de 45 dias com satisfatórios resultados, na qual as agendas foram reestruturada e os usuários e as equipes com êxito.

Indica passos iniciais para o alcance de um serviço de saúde com excelência. Modo a concretizar cada vez os princípios do Sistema Único de Saúde. Equidade, Universalidade e Integralidade Espera se que alcance uma assistência à saúde de melhor qualidade aos usuários.

O alcance de melhores indicadores de saúde do país, maior satisfação dos prestadores de serviços com o trabalho realizado e da população com o serviço oferecido, melhorando a qualidade de vida da população. Ademais este plano de ação favorece um compromisso dos usuários com as equipes e serviços construindo uma relação de confiança colaborando para legitimação do sistema público de saúde e promoção da cultura de solidariedade. Em ação e com resultados positivos podendo ser aplicados na UBS.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do trabalho proporcionou de forma interdisciplinar e com formação a fim de estarem cada vez mais preparados para desenvolver suas atividades coletivas em saúde. Visando ações centradas no usuário de forma humanizada e promovendo promoção à saúde.

Buscando atender o princípio da integralidade, ao assistir o usuário em sua totalidade. Ao mesmo tempo, não se esquecendo da equidade. E otimizar os atendimentos, reforçando a universalidade, outro princípio do SUS. E para uma melhor promoção em saúde, a luta continua cotidianamente assim adquirimos novos conhecimentos e experiências.

A microintervenção obteve satisfatórios resultados, na qual as agendas foram reestruturada e os usuários e as equipes com êxito. Indica passos iniciais para o alcance de um serviço de saúde com excelência. Buscando atender o princípio da integralidade, ao assistir o usuário em sua totalidade. Ao mesmo tempo, não se esquecendo da equidade. E otimizar os atendimentos, reforçando a universalidade, outro princípio do SUS previsto na lei 8.080/90 SUS.

Por conseguinte com melhor associação entre os usuários, trabalhadores e gestores de saúde em defesa do SUS como política pública essencial à população brasileira. Garantindo acesso universal para todos os cidadãos em todos os níveis de assistência. Promoção, atenção à saúde, assegurando a igualdade de oportunidade ao sistema de saúde de acordo com a necessidade. Estabelecidos pela constituição federal de 1988, os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, integralidade e equidade. Buscando atender o princípio da integralidade, ao assistir o usuário em sua totalidade. Ao mesmo tempo, não se esquecendo da equidade. E otimizar os atendimentos, reforçando a universalidade.

4. REFERÊNCIAS

BARALDI, D. C.; SOUTO, B. G. A. A demanda do acolhimento em uma unidade de saúde da família em São Carlos, São Paulo. **Arq. Bras. Cienc. Saúde**, Santo André, v. 36, n. 1, p. 10-17, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica n. 28** - Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Secretária de Atenção à Saúde. **Atenção a demanda espontânea na APS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

INOJOSA, R. M. Acolhimento: A qualificação do encontro dos profissionais de saúde e usuários. X CONGRESSO INTERNACIONAL DE CLAD SOBRE A REFORMA DO ESTADO E DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA. **Anais...**Santiago, Chile, 18-21 de outubro de 2005.