

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**LUDMYLLA CINTRA LINO RODRIGUES**

**ACOLHIMENTO NO MUNICÍPIO DE SENADOR MODESTINO**  
**GONÇALVES – MINAS GERAIS: uma proposta de ação**

**CORINTO – MINAS GERAIS**  
**2014**

**LUDMYLLA CINTRA LINO RODRIGUES**

**ACOLHIMENTO NO MUNICÍPIO DE SENADOR MODESTINO  
GONÇALVES - MINAS GERAIS: uma proposta de ação**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra Matilde Meire Miranda Cadete

**CORINTO – MINAS GERAIS**

**2014**

**LUDMYLLA CINTRA LINO RODRIGUES**

**ACOLHIMENTO NO MUNICÍPIO DE SENADOR MODESTINO  
GONÇALVES- MINAS GERAIS: uma proposta de ação**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra Matilde Meire Miranda Cadete

Banca Examinadora

Profa. Dra Matilde Meire Miranda Cadete- orientadora

Profa. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira

Aprovado em Belo Horizonte, 18 de maio de 2014

## RESUMO

Sabe-se que o acolhimento é uma ferramenta que espelha a assistência à saúde, o processo de trabalho e o vínculo usuário/servidor, além do fortalecimento da equipe multiprofissional que trabalha na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Este estudo objetivou elaborar uma proposta de intervenção com vistas à implementação de estratégias que melhorem e efetivem o acolhimento no Centro de Saúde Salvador Salvino Moreira, no Município de Senador Modestino Gonçalves, Minas Gerais. Baseou-se em revisão da literatura pautada nos documentos do Ministério da Saúde, prioritariamente e na base de dados do SciELO. O descritor usado foi *acolhimento* conjugado com Atenção Primária à Saúde e Programa de Saúde da Família. O plano de ação proposto teve como norte, inicialmente, o diagnóstico situacional e respectivos nós críticos. Espera-se que sua implantação e implementação gerem não apenas reflexões acerca do acolhimento, mas que haja efetivação das ações e, portanto, melhorias no atendimento aos usuários bem como ao processo de trabalho da equipe de saúde.

**Palavras chave:** Acolhimento. Atenção Primária à Saúde. Programa de Saúde da Família.

## ABSTRACT

It is known that the host is a tool that mirrors the health care, the labor process and the user / server bond and the strengthening of multidisciplinary team working in the Family Health Strategy (FHS ). This study aimed to develop a proposal for intervention in order to implement strategies that improve and enforce the host at the Health Center Salvino Salvador Moreira, in the municipality of Senador Modestino Gonçalves, Brazil. Was based on a literature review guided by the documents of the Ministries of Health and primarily in the SciELO database. The host descriptor was used in conjunction with Primary Health Care and the Family Health Program. The proposed plan of action was to the north, initially, the critical nodes and their situational diagnosis. It is expected that its deployment and implementation not only generate reflections on the host but there is realization of actions and thus improvements in the service to users and to the working process of the healthcare team.

**Keywords:** Home. Primary Health Care. Program Family Health.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>7</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	<b>11</b>
<b>3 OBJETIVOS</b>	<b>12</b>
<b>4 METODOLOGIA</b>	<b>13</b>
<b>5 REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>14</b>
5.1 Entendendo o sistema de saúde	14
5.2 Acolhimento	16
<b>6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO</b>	<b>18</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>20</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>21</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Em 1988 foi promulgada a Constituição Federal Brasileira, acarretando e importantes mudanças no país e modificando a política pública de saúde do Brasil. Em um de seus artigos é citado que a saúde é um direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988).

Posteriormente, o Sistema de Único de Saúde (SUS) foi regulamentado pela Lei Orgânica de Saúde 8080, de 19 de setembro de 1990 e pela lei 8142 de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990).

Em 1994, o Ministério da Saúde (MS) implementou o Programa de Saúde da Família (PSF), nomenclatura posteriormente alterada para Estratégia Saúde da Família (ESF), a fim de modificar o modelo médico-hospitalar curativo que era utilizado. Com a Estratégia Saúde da Família, o modelo até então vigente, ou seja, baseado no atendimento ao usuário de forma mecanicista, medicamentosa e curativa, intitulado como biomédico, passa para um cuidado que visa proporcionar vínculo entre os usuários e profissionais (BRASIL, 1994).

Prosseguindo, o modelo antigo aguardava que a população procurasse as unidades/centros de saúde quando tinha problemas de saúde sendo inversamente diferente das diretrizes da Estratégia Saúde da Família. Esta, por sua vez, possui sua assistência estabelecida na necessidade da população de sua área pré-definida, proporcionando uma atenção integral, sistematizada e continua em todas as fases da vida e dos diferentes grupos existentes como, por exemplo, Saúde da criança, do idoso, da mulher e do homem, dentre outros (BRASIL, 2001).

Como profissional de saúde, pude vivenciar algumas mudanças no atendimento aos usuários que buscam a atenção básica apesar de ainda persistirem resquícios do atendimento biomédico. Minha inserção na ESF me garantiu uma vaga no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) ofertado pela Universidade Federal de Minas Gerais.

Assim, por meio de um lançamento do Ministério da Saúde, em conjunto com o Ministério da Educação, que instituiu o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), com o intuito de estimular e valorizar o profissional de saúde que atua em equipes multiprofissionais no âmbito da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2011), participei deste programa por um período de 12 meses o que me possibilitou perceber a grandiosidade da atenção primária bem como as carências e dificuldades principalmente relacionados à transição de gestores

Durante minha caminhada de aprendizagem, tanto na unidade de saúde quanto no CEABSF, vários questionamentos foram realizados quanto ao modelo assistencial adotado, tais como, se este estava de acordo com o preconizado pelo Sistema Único de Saúde e se atendia às reais necessidades da população onde atuo, ou seja, na cidade de Senador Modestino Gonçalves. As atividades e textos disponibilizados pela plataforma e experiências dos outros profissionais do PROVAB auxiliaram-me nas reflexões de condutas adotadas no município, principalmente relacionadas à tentativa de resolução do “problema” do usuário.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), a cidade de Senador Modestino Gonçalves possui uma população de 4.574 habitantes e uma área de 952 km<sup>2</sup>. O município possui uma unidade básica de saúde denominada Centro de Saúde Salvador Salvino Moreira, atendendo toda a população urbana e rural. Possui duas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), com treze Agentes Comunitários de Saúde (ACS) aceitos e autorizados pelo Ministério da Saúde pela grande extensão territorial e distanciamento das habitações. A referência hospitalar estadual está situada a 72,3 km de distância no município em Diamantina.

Por ocasião da elaboração do diagnóstico situacional, como uma atividade do Módulo de Planejamento e avaliação de ações em saúde (CAMPOS, FARIAS E SANTOS, 2010), detectamos os seguintes nós críticos: emprego inadequado do conceito de Acolhimento pelos profissionais de saúde falta de conhecimento do conceito correto do Acolhimento, utilização de forma inadequada do termo acolhimento por parte dos profissionais, achando que o acolhimento é a sala de



aferição de pressão e/ou medidas antropométricas. De modo geral, os profissionais consideram que a obrigação do acolhimento é responsabilidade da recepcionista, falta de educação continuada para todos da equipe de saúde, falta de interesse por parte dos profissionais em atualização e melhoria do serviço de saúde, elevado número da demanda espontânea na Unidade Básica de Saúde e espaço físico da Unidade Básica de Saúde inadequada e sendo utilizado juntamente com as duas equipes de ESF. Somam-se, também, a divergência de informações dos profissionais da Unidade Básica de Saúde e Estratégia de Saúde da Família relacionadas às rotinas e programas de saúde, problemas relacionados à gestão e troca periódica de gestor não dando continuidade aos trabalhos anteriormente bem sucedidos e desenvolvidos e ainda a insatisfação dos trabalhadores no ambiente de trabalho.

Dentre os problemas apontados, elegemos o acolhimento como tema deste estudo, tendo em vista sua magnitude e a necessidade premente de abordá-lo e encontrar estratégias para melhoria de sua implementação. Afinal, o acolhimento ao usuário deve garantir-lhe um efetivo atendimento, criação de vínculo, sentimento de cidadania e autonomia, dentre outros.

Sabe-se que o acolhimento possui diferentes abordagens, assim como conceitos e interpretações diferenciadas.

Segundo a Política Nacional de Humanização (PNH), o acolhimento é a recepção do usuário, desde sua entrada, responsabilizando-se totalmente por ele, ouvindo sua(s) queixa(s) e permitindo-o expressar todas suas dores, temores e dúvidas, garantindo-lhe uma atenção integral e resolutiva interligada com outros serviços de saúde para dar sequência na assistência quando necessário (BRASIL, 2004)

O acolhimento, na concepção de muitos, traduz-se em um espaço e local devido alguns serviços de saúde denominar salas com esta terminologia. Porém, o acolhimento, ou seja, o ato de acolher não necessita de horários pré-determinados e muito menos de um profissional específico para realizá-lo. Ele implica em compartilhar saberes, problemas e demandas, tomando o profissional, para si, a responsabilidade de resguardar, proteger o outro em suas queixas com

responsabilidade e resolução de acordo com a individualidade e especificidade de cada um (BRASIL, 2010).

O acolhimento possui premissas éticas de respeitar as diferenças de cada um, assim como o modo de viver, cultura, hábitos sociais e alimentares, sentir, viver gerando ações que correspondam às reais necessidades.

O acolhimento deve ser interpretado como uma ação de estruturação do processo de trabalho, postura, modo, atitude em que todos os profissionais da área de saúde devem procurar desenvolver e não somente o recepcionista como é habitual. Dessa forma, os profissionais da limpeza, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, médicos entre outros, estão implicados nesse processo, para que ocorra vínculo e garantia de acesso à saúde.

É nessa visão que este trabalho buscará estudar e discutir estratégias com a equipe de saúde da cidade de Senador Modestino Gonçalves com vistas à melhoria do acolhimento aos usuários das equipes de saúde, enfatizando a assistência a saúde de qualidade, humanizada e resolutiva a todos que procuram e necessitam do serviço.

## 2 JUSTIFICATIVA

O tema “Acolhimento” foi escolhido, para este estudo, devido à grande demanda espontânea que cotidianamente acontece no Centro de Saúde Salvador Salvino Moreira. Há um desencontro de informações observadas no período de trabalho no Centro de Saúde, resultando na superlotação, desgaste e desmotivação por parte dos profissionais e reclamações dos usuários.

Acredita-se, por conseguinte, que aprofundar conhecimentos a respeito do acolhimento, apontará possibilidades de se encontrar ações que melhorem o atendimento aos usuários e possibilitará que os profissionais tenham mais disponibilidade de atuar em outras áreas importantes que estão deixando a desejar ou não existem.

Acolher é humanizar o atendimento de saúde ao se buscar melhorias no ambiente de trabalho e nas próprias condições de trabalho dos profissionais. Cabe aqui citar uma das diretrizes da Política de Humanização do Sistema Único de Saúde, na Atenção Básica: “estabelecer formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos...[...]” (BRASIL, 2004, p.13).

Assim, esperamos, a partir de maior embasamento teórico, encontrar formas de humanizar e acolher nossos usuários e otimizar nosso processo de trabalho.

### **3 OBJETIVO**

Elaborar uma proposta de intervenção com vistas à implementação de estratégias que melhorem e efetivem o acolhimento no Centro de Saúde Salvador Salvino Moreira.

## 4 METODOLOGIA

Este estudo, de natureza bibliográfica, foi realizado por meio de uma revisão da literatura, centrada no período de 1988 a 2013.

O material bibliográfico utilizado neste trabalho foi levantado nas publicações da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados do *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

Para a consulta nesta base de dados utilizou-se o descritor *Acolhimento*, conjugado com *Atenção Primária à Saúde* e *Programa de Saúde da Família*.

Foram consultados os documentos do Ministério da Saúde acerca do tema acolhimento.

Posteriormente, cada artigo, dissertação ou tese encontrada foi lida e pinçados os assuntos referentes e em sintonia com o objetivo deste estudo para composição do capítulo de Revisão da literatura.

O embasamento teórico possibilitou a elaboração do plano de intervenção, norteado pelos princípios definidos por Campos, Faria e Santos (2010).

## **5 REVISÃO DA LITERATURA**

### **5.1 Entendendo o sistema de saúde**

A política pública de saúde do Brasil foi alterada após promulgação da Constituição Federal em 1988 substituindo o modelo biomédico e deixando de privilegiar apenas aqueles trabalhadores que possuíam carteira assinada e os que podiam pagar. O Estado assumiu para si a responsabilidade de garantir assistência à saúde a toda população do Brasil de forma igualitária. Assim, o SUS tem por objetivo principal prover ações de promoção e prevenção, sem deixar de prestar assistência aos que precisam de um atendimento hospitalar (BRASIL, 2004).

A Constituição Federal institucionalizou o SUS a partir de longos debates. Foram, também, estabelecidos três princípios doutrinários: o primeiro é o da universalidade, ou seja, os acessos às ações de serviço devem ser garantidos a todas as pessoas, independente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais. O segundo princípio é a equidade, isto é, um princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. A rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida. Por fim, o princípio da integralidade que considera a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde atender a todos as suas necessidades (BRASIL, 2001).

Derivaram-se dos princípios doutrinários alguns organizativos: hierarquização, que é um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Participação popular, significando a democratização dos processos decisórios consolidados na participação dos usuários dos serviços de saúde nos chamados Conselhos Municipais de Saúde. Descentralização Política Administrativa, que possibilita o compartilhamento das responsabilidades entre as três esferas de governo, sendo eles União, Estado e Municípios (BRASIL, 1988).

Posteriormente, o Ministério da Saúde, com o intuito de estabelecer uma nova relação entre usuários e profissionais de saúde, criou uma política de humanização denominada Humaniza SUS. Esta política proporciona um ambiente mais acolhedor,

reconhecendo e respeitando as diversidades específicas culturais sem distinção de raça, idade, gênero, orientação sexual. O sistema também incentiva a participação dos trabalhadores de saúde, gestores e principalmente usuários na tomada de decisões de saúde da sua região (BRASIL, 2004).

As propostas para melhorar a qualidade de atendimento, segundo o Humaniza SUS (BRASIL, 2004), incluem a redução das filas e o tempo de espera para o atendimento dos usuários, por meio de um atendimento acolhedor e resolutivo, mas não se esquecendo de classificar os critérios de risco.

Os usuários de saúde, através do estabelecimento de vínculos com os profissionais de saúde, saberão quais deles são corresponsáveis pelo seu cuidado não apenas com sua saúde bem como com o local de referência de atendimento de acordo com a referência territorial. As unidades de saúde prestarão informações de saúde aos usuários, assim como aos seus familiares e pessoas próximas e os direitos do código dos usuários do SUS.

Apesar das dificuldades enfrentadas, pode-se afirmar que o SUS apresentou processos significativos no setor público, principalmente relacionado à atenção primária.

Nesse sentido, cabe lembrar o que Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991 pelo Ministério da Saúde. Este programa objetiva possibilitar a criação de elo entre o serviço de saúde e a comunidade, obtendo resultados positivos e melhorias na saúde da população, devido à melhor comunicação e orientação à população. Além do mais, os Agentes Comunitários de Saúde são inseridos na comunidade, vivenciam e observam todos os problemas aí ocorridos e isso favorece o processo de gestão, descentralização e regionalização do SUS (BRASIL, 2001)

Com os bons resultados do PACS e exemplos de outros países, criou-se o Programa de Saúde da Família (PSF). Este programa, posteriormente, denominado de Estratégia de Saúde da Família (ESF) intenciona reorganizar os serviços, reorientar as práticas profissionais com vistas à prevenção de doenças, promoção

da saúde e reabilitação. Busca, portanto, a promoção da qualidade de vida da população, ocasionando mudanças na assistência e alterando o comportamento passivo das unidades (BRASIL, 2006).

Dessa forma, a ESF tem como objetivo a reorganização da prática assistencial, substituindo o modelo por intervenções que vão além da prática curativa e o cuidado com o corpo. Passa a ser a porta de entrada do serviço de saúde; a equipe, por estar inserida na comunidade e a conhecer em sua integralidade, compromete-se mais e proporciona um melhor acolhimento e resolutividade, conseqüentemente melhorando a satisfação do usuário e este melhorando sua qualidade de vida que é o grande objetivo da Estratégia (SILVEIRA, 2004).

## 5.2 Acolhimento

Existem várias definições de Acolhimento assim como o entendimento diferenciado do seu significado para o usuário dos serviços de saúde *versus* o profissional de saúde. O conceito, conseqüentemente, poderá ter outra perspectiva em outro contexto de trabalho. De forma genérica e segundo o Novo Dicionário Aurélio, a palavra acolhimento é definida como:

Acolhimento é o ato ou efeito de acolher, recepção. Atenção, consideração. Refugio, abrigo, agasalho. Acolher significa dar agasalho ou acolhida a: hospedar. Atender; receber. Dar crédito a, dar ouvidos a. Admitir, aceitar. Tomar em consideração. Agasalhar-se, hospedar-se, abrigar-se, recolher-se (FERREIRA, 2004, p.27).

Para o Ministério da Saúde, acolhimento é ato ou efeito de acolher, que expressa uma ação de aproximação, de estar perto do outro, ou seja, de inclusão do outro (BRASIL, 2006).

Entretanto, ainda existem, no campo da saúde, duas noções de acolhimento: uma se refere a espaço, reconhecido como um ambiente de conforto; a outra noção identifica acolhimento como triagem e encaminhamento de serviços (BRASIL, 2006).

Matumoto (1998), em sua dissertação de mestrado, na rede de atenção básica, realizou importantes considerações sobre o significado de acolhimento. Explicita



acolhimento como recepção, ou seja, o ato de receber. Afirma que o atendimento ao cliente não ocorre somente na recepção da unidade de saúde, ela deve ocorrer por todos os servidores da unidade, levando a um atendimento mais humanizado. Deve-se ouvir o que o outro traz sua queixa, sua dúvida, e isso acarretará na aproximação das pessoas e o cliente se sentirá seguro ao procurar o atendimento.

Miranda e Miranda (1996) dizem que o acolhimento está inserido nas relações humanas, principalmente na ajuda. Acolher é abrir oportunidades para ajudar o outro, sabendo o seu nome e o chamando por ele, cumprimentando-o, ressaltando a sua importância e satisfazendo seu ego. Desse modo, estabelece relações de vínculo e confiança. A palavra acolhimento também representa aspectos de solidariedade, de humanização, de respeito para com o próximo, de oferta acesso ao serviço e de organização os serviços.

A Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004, p.10) propõe quatro marcas e prioridades específicas para o usuário. São elas:

1. Serão reduzidas as filas e o tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco.
2. Todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde, e os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial.
3. As unidades de saúde garantirão as informações ao usuário, o acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha) e os direitos do código dos usuários do SUS.
4. As unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores.

Estas metas sendo cumpridas facilitam o processo de acolhimento, pois o usuário será acolhido desde a porta de entrada. A política propõe atendimento integral, resolutivo e com articulação com os três níveis de ação, para dar seguimento à assistência da saúde quando necessário.

## 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Destaca-se, inicialmente, que esta proposta de intervenção subsidiará a equipe de saúde no seu processo de trabalho no que concerne ao acolhimento, sabendo-se de antemão que ela é inacabada e dinâmica, sofrendo, portanto, alterações no decorrer do tempo.

**6.1 Problema priorizado:** O Acolhimento no Centro de saúde.

**6.2 Nó crítico:** Emprego inadequado do conceito de Acolhimento pelos profissionais de saúde e falta de conhecimento do conceito correto do Acolhimento

**Ação/operação/projeto:** Utilização do conceito correto de acolhimento pelos profissionais de saúde.

**Produto esperado:** Profissionais de saúde com compreensão do conceito de acolhimento.

**Resultado esperado:** utilização correta do termo de acolhimento

**Atores sociais/ responsabilidades:** todos os servidores do centro de saúde, incluindo secretário de saúde, serviços gerais, recepcionista, enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, dentistas, farmacêutico, nutricionista, psicólogo, agentes comunitários de saúde, vigilantes, agentes administrativos entre outros

**Recursos necessários:** espaço para reunião para exposição do tema e verificar conhecimento dos servidores em relação ao acolhimento.

**Viabilidade:** dinâmica interativa que demonstre a importância do acolhimento e exemplifique a melhoria do atendimento e satisfação do usuário quando o termo é empregado da maneira correta, afinal os servidores também são usuários ou serão

**Responsáveis:** um enfermeiro que atue em uma equipe da estratégia da saúde da família, por ele também trabalhar na unidade e ser o elo dos serviços e da equipe.

**Cronograma:** dinâmica e troca de conhecimentos em uma tarde e, se necessário, mais uma tarde na semana seguinte.

**Gestão, acompanhamento e avaliação:** relato dos servidores após a dinâmica de grupo e exposição do tema para verificar o entendimento em relação ao assunto acolhimento.

### **6.3 Nó crítico:** Falta de educação continuada para todos da equipe de saúde

**Ação/operação/projeto** incentivar e conscientizar a equipe da importância da capacitação e os benefícios delas

**Produto esperado:** melhor atendimento aos usuários

**Resultado esperado:** maior satisfação do usuário e diminuição das queixas dos usuários

**Atores sociais/ responsabilidades:** todos os servidores do centro de saúde, incluindo secretário de saúde, serviços gerais, recepcionista, enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, dentistas, farmacêutico, nutricionista, psicólogo, agentes comunitários de saúde, vigilantes, agentes administrativos entre outros

**Recursos necessários:** reunião mensal para capacitação e atualização dos servidores de acordo com as necessidades do serviço

**Viabilidade:** dinâmica interativa que consiga alcançar o objetivo proposto de capacitar os profissionais

**Responsáveis:** profissional que esteja atualizado, que possua boa vontade de transmitir o conhecimento.

**Cronograma:** uma vez por mês, à tarde

**Gestão, acompanhamento e avaliação:** pelos próprios servidores de saúde e melhoria do atendimento, pessoa responsável será de eleita de acordo com o tema.

### **6.4 Nó crítico** Elevado número da demanda espontânea na Unidade Básica de Saúde

**Ação/operação/projeto:** diminuir o fluxo de usuários desnecessários no Centro de Saúde.

**Objetivo.** Diminuir a demanda espontânea

**Produto esperado:** atendimento dos usuários em tempo menor

**Resultado esperado:** resolutividade nos atendimentos

**Atores sociais/ responsabilidades:** todos os servidores do centro de saúde, incluindo secretário de saúde, serviços gerais, recepcionista, enfermeiros, médicos,

técnicos de enfermagem, dentistas, farmacêutico, nutricionista, psicólogo, agentes comunitários de saúde, vigilantes, agentes administrativos entre outros

**Recursos necessários:** bom funcionamento e ações eficazes da equipe de estratégia de saúde da família principalmente quanto ao uso consciente do serviço.

**Recursos críticos:** carro da equipe seja usado somente com a equipe e para serviços da equipe da saúde da família, sensibilizar os gestores da importância do bom funcionamento da estratégia a fim de que os recursos financeiros, tempo e equipe seja desviados para benefício próprio.

**Viabilidade:** campanhas de conscientização da população para que ela não aceite o desvio dos recursos que são para benefício dela

**Responsáveis:** todos os profissionais da área de saúde

**Cronograma:** diário em pequenas conversas

**Gestão, acompanhamento e avaliação:** mudança de comportamento da população, diminuição do fluxo no centro de saúde, maior satisfação do usuário e servidores.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como profissional de saúde e por meio do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) pude vivenciar os serviços que funcionam na atenção básica assim como os que não funcionam ou deixam a desejar no município de Senador Modestino Gonçalves, relacionados à saúde. A experiência vivida em concomitância com aprendizagem no CEABSF foi fundamental para a escolha do tema do trabalho de conclusão do curso e desenvolvimento do mesmo.

O termo acolhimento é muito utilizado na área de saúde pelos profissionais, porém em sua maioria empregado de forma errônea. Acreditando-se que o acolhimento é um local onde se aferem medidas antropométricas e/ou aferem-se sinais vitais, essa informação incorreta poderia ter sido sanada se as capacitações com os profissionais fossem periódicas e também acrescido de outros fatores.

Um dos principais problemas observados é a troca de gestão constante e gestores incapacitados e sem experiência para assumir o cargo. Esse contexto dificulta o processo de continuidade do serviço e altera os modelos que funcionam no Centro de Saúde acarretando em insatisfação dos servidores e deixando os usuários confusos em relação às rotinas.

Todos esses fatores citados influenciam diretamente no acolhimento. Buscando sanar ou diminuir o impacto causado nos Centros de saúde em relação ao grande fluxo de usuários e as filas, conseqüentemente, foi criada proposta de ações para melhorar o acolhimento no município de Senador Modestino Gonçalves e espera-se que traga melhorias a curto, médio e longo prazo.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição, 1988**. Constituição Republica Federativa do Brasil, 1988

BRASIL. Legislação Federal, 1990. **Lei N 8.080** Orgânica de Saúde, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde**. 2. Ed. Brasília, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família: saúde dentro da casa**. Brasília, 1994.

BRASIL. **Portaria N 2.087**. Portaria Interministerial, 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Formação e intervenção**. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**, Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem Populacional**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=316590>> Acesso em: mar. 2013.

CAMPOS, F.C. de; FARIA H.P.; SANTOS M. A. **Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde**. Belo Horizonte. NESCON/ UFMG. 2010.

FERREIRA, A.B.H. **Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 6. ed. Rio de Janeiro. Nova Fronteira. 2004.

MATUMOTO, S. **O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde** [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1998.

MIRANDA, C.F.;MIRANDA,M.L. **Construindo a relação de ajuda**. 10.ed.Belo Horizonte, Crescer, 1996.

SILVEIRA, M. F. A. et al. Acolhimento no Programa Saúde da Família: um caminho para humanização da atenção à saúde. **Cogitare Enfermagem**, v.9, n. 1, pp. 71-78, jan./jun. 2004.