

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

ROSÁLIA COUTINHO ROCHA

PLANO DE AÇÃO PARA O ACOLHIMENTO DOS USUÁRIOS
ATENDIDOS NA UBS SÁTYRO COELHO DE MORAIS EM
ARCEBURGO – MG

CAMPOS GERAIS-MINAS GERAIS

2014

ROSÁLIA COUTINHO ROCHA

**PLANO DE AÇÃO PARA O ACOLHIMENTO DOS USUÁRIOS
ATENDIDOS NA UBS SÁTYRO COELHO DE MORAIS EM
ARCEBURGO – MG**

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

Orientadora: Prof^a Dr^a Sueli Leiko Takamatsu Goyatá

CAMPOS GERAIS-MINAS GERAIS

2014

ROSÁLIA COUTINHO ROCHA

**PLANO DE AÇÃO PARA O ACOLHIMENTO DOS USUÁRIOS
ATENDIDOS NA UBS SÁTYRO COELHO DE MORAIS EM
ARCEBURGO – MG**

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

Orientadora: Prof^a Dr^a Sueli Leiko Takamatsu Goyatá.

BANCA EXAMINADORA

Prof.

Prof.

Aprovada em Alfenas: _____/_____/_____

AGRADECIMENTOS

À minha Equipe de Saúde da Família que me acolheu tão bem nesta nova terra e à gestora municipal, por me apoiarem durante o desenvolvimento do trabalho.

E em especial à minha família e meus amigos que, mesmo tão distantes, me deram força para superar as dificuldades, aguentar a saudade e alcançar meus objetivos nesta fase tão importante da minha vida.

Muito obrigada!

RESUMO

O termo acolhimento tem se constituído em um dos pilares para o processo de humanização da atenção no contexto do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de promover mudanças nas práticas assistenciais, individuais e coletivas. Entende-se acolhimento como a recepção do usuário pela equipe de saúde, desde sua chegada, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações e ao mesmo tempo, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros pontos de atenção da rede de serviços de saúde para a continuidade da assistência. Este estudo teve como objetivo elaborar um plano de ação a partir do problema prioritário e nós-críticos identificados pela equipe de saúde da família, considerando a sua governabilidade, viabilidade técnico-científica e recursos disponíveis. O plano de ação proposto é uma ferramenta de gestão, que visa direcionar a proposta de intervenção para a precariedade do acolhimento na unidade de saúde da família. Com isso, melhorar a qualidade do acolhimento pelos profissionais de saúde e à conseqüente satisfação dos usuários.

Palavras chave: Humanização. Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

The term host has constituted one of the pillars of the process of humanization of care in the context of the Unified Health System, in order to promote changes in care, individual and collective practices. It is understood host as the user received by the health team, since his arrival, hearing his complaint, allowing it to express their concerns and at the same time, ensuring solving attention and coordination with the other points of attention of the network service health for the continuity of care. This study aimed to develop an action plan from the priority problem and we-critical identified by the family health team, considering its governance, technical and scientific feasibility and available resources. The proposed action plan is a management tool that aims to guide the proposed intervention to the precariousness of the host in the family health unit. Thereby improve the quality of care by health professionals and the consequent user satisfaction.

Keywords: Humanization. Family Health Program.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ESF - Equipe de Saúde da Família

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNH - Política Nacional de Humanização

SIAB - Sistema de Informações da Atenção Básica

SUS - Sistema Único de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Número de usuários da USF Sátyro Coelho de Moraes por faixa etária e sexo, Arceburgo, 2014.....	20
Quadro 2 -	Tipo de material utilizado na construção dos domicílios da área de abrangência da USF Sátyro Coelho de Moraes, Arceburgo, 2014.....	20
Quadro 3 -	Tipo de tratamento da água dos domicílios da área de abrangência da USF Sátyro Coelho de Moraes, Arceburgo, 2014.....	20
Quadro 4 -	Destino de fezes e urina dos domicílios da área de abrangência da USF Sátyro Coelho de Moraes, Arceburgo, 2014.....	21
Quadro 5 -	Destino do lixo dos domicílios da área de abrangência da USF Sátyro Coelho de Moraes, Arceburgo, 2014.....	21
Quadro 6 -	Distribuição percentual da morbidade, segundo a faixa etária, de residentes da área de abrangência da USF Sátyro Coelho de Moraes, Arceburgo, 2014.....	22
Quadro 7 -	Classificação de risco das famílias da área de abrangência da USF Sátyro Coelho de Moraes, Arceburgo, 2014.....	23
Quadro 8 -	Priorização dos problemas identificados na comunidade da área de abrangência da USF Sátyro Coelho de Moraes, Arceburgo, 2014.....	25
Quadro 9 -	Plano Operativo.....	27

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	09
1.1	Identificação do Município.....	09
1.2	Histórico de Criação e Descrição do Município.....	09
1.3	Política Nacional de Humanização.....	10
2	JUSTIFICATIVA.....	11
3	OBJETIVO.....	12
4	ACOLHIMENTO COMO ESTRATÉGIA DE REORGANIZAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL.....	13
5	METODOLOGIA.....	15
6	DIAGNÓSTICO SITUACIONAL.....	16
6.1	Aspectos socioeconômicos e sanitários.....	16
6.2	Aspectos Demográficos.....	19
7	PLANO DE AÇÃO.....	24
7.1	Proposta de intervenção.....	27
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
9	REFERÊNCIAS.....	30

1 INTRODUÇÃO

1.1 Identificação do Município

O município de Arceburgo localiza-se no sul do estado de Minas Gerais, a 454km da capital, Belo Horizonte, pela BR 0-50. O atual prefeito da cidade é o Sr. Antônio Gregório Militão, a secretária municipal de saúde é Glauce Pinheiro Pereira e a coordenadora da atenção básica é Rosana Elena Perles. (IBGE, 2010).

1.2 Histórico de Criação e Descrição do Município

Arceburgo data de meados do século XIX, quando viajantes, tropeiros e carreiros, devido à fertilidade do solo, ergueram seus ranchos no local, nascendo a povoação.

Em 1893, era construída uma capela dedicada a São João Batista. No final do século, o fazendeiro Cândido de Souza Dias e sua esposa, Maria Juliana de Lima, prevendo o futuro do lugar, cujas matas ladeavam os caminhos de tropas e carros de bois em demanda das pontas de trilhos da Mogiana, no Município de Mococa, em São Paulo, doaram oito alqueires de terras de sua Fazenda Fortaleza para sede da futura cidade.

O primeiro nome da localidade foi São João da Fortaleza, tendo em 1911 o seu nome mudado para o de Arceburgo, que significa “forte-cidade”, “forte-agregação”, em face das expressões “Arce” e “Burgos”.

Colonos italianos, espanhóis, sírios e o povo em geral, trabalhando nas lavouras e no comércio, contribuíram para o progresso do município.

Arceburgo faz parte da microrregião de São Sebastião do Paraíso e tem como municípios limítrofes Monte Santo de Minas/MG, Mococa/SP e Guaranésia/MG.

A área total do município é de 162,875 km² e a população residente é de 9.509 habitantes, sendo a urbana de 8.179 habitantes e a rural de 1.330 habitantes, pelo senso 2010, com população estimada em 2013 de 10.146 habitantes. A concentração habitacional é de 58,38 habitantes por km² em 2.874 domicílios constituídos por 2.712 famílias. (IBGE, 2010).

A cidade mantém a tradição das festas religiosas, que geralmente acontecem no mês de junho, tendo São João Batista como seu padroeiro. A maioria da população é católica.

1.3 Política Nacional de Humanização

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada em 2003 e visava estimular a comunicação entre gestores, profissionais de saúde e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) em busca da autonomia e corresponsabilidade na atenção à saúde (BRASIL, 2013).

A PNH é constituída por métodos, princípios e diretrizes. Em relação ao método, essa política busca a produção de novos processos de trabalho e do cuidar. Isso pressupõe a inclusão de usuários e das famílias nos modos do cuidado para a ampliação da corresponsabilidade entre eles e a equipe de saúde, bem como a inclusão dos trabalhadores no gerenciamento das unidades de saúde (BRASIL, 2013).

Em relação aos princípios, a PNH prevê a transversalidade, ou seja, o processo de humanização deve perpassar por todas as políticas do SUS; a indissociabilidade entre atenção e gestão, na qual os usuários e os profissionais de saúde devem participar ativamente da tomada de decisão na organização de saúde e nas ações de saúde coletiva. Quanto ao protagonismo e à autonomia dos sujeitos, a PNH preconiza “Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde” (BRASIL, 2013, p. 7).

Entre as diretrizes propostas pela PNH está o acolhimento que é o reconhecimento das necessidades de saúde de forma legítima e singular de cada sujeito. O acolhimento é construído de forma coletiva por meio de relações de “confiança, compromisso e vínculo entre equipe/serviços, trabalhadores/equipes e usuários com sua rede socioafetiva” (BRASIL, 2013, p. 8).

Diante disso, as equipes da estratégia de saúde da família têm um importante papel a desempenhar na implantação da política de humanização, que busca a constituição do acolhimento e vínculo com os usuários e sua família de um território social.

2 JUSTIFICATIVA

A Estratégia Saúde da Família foi implantada no Brasil na tentativa de reorientar o modelo assistencial, descentralizar a gestão da saúde e efetivar o SUS. O acolhimento em saúde, neste contexto, constitui-se de uma valiosa forma de reorganização do serviço; consiste na mudança do processo de trabalho em saúde de forma a atender todos os que procuram os serviços de assistência à saúde. Assume-se, dessa forma, uma postura capaz de acolher, escutar e dar resposta mais adequada a cada usuário, restabelecendo a responsabilização com a saúde dos indivíduos e a consequente constituição de vínculos entre os profissionais e a população. O acolhimento na saúde deve contribuir para a construção de uma ética da diversidade, da tolerância com os diferentes, da inclusão social, com escuta clínica solidária, comprometendo-se com a cidadania. Este projeto se justifica devido a relevância das consequências do acolhimento precário dos usuários cadastrados na Unidade Básica de Saúde Sátyro Coelho de Moraes, na cidade de Arceburgo-MG.

3 OBJETIVO

Elaborar um plano de intervenção com vistas à melhoria da qualidade do acolhimento pelos profissionais de saúde e à conseqüente satisfação dos usuários da Unidade de Saúde da Família Sátyro Coelho de Moraes do município de Arceburgo-MG.

4 ACOLHIMENTO COMO ESTRATÉGIA DE REORGANIZAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL

No contexto do SUS, a humanização tem sido uma importante estratégia para promover mudanças no modelo assistencial no Brasil. O acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2013) e estratégia para conduzir os princípios do SUS, tais como a universalidade, a integralidade e a equidade a partir de uma escuta qualificada, que possibilita identificar as reais necessidades de saúde dos usuários (SCHOTZE et al., 2006). Nesse aspecto, o acolhimento é essencial uma vez que envolve o receber bem, ouvir o sujeito, compreender e solidarizar-se com ele. Deve ser realizado por toda equipe de saúde no processo de cuidado. De uma certa forma, o acolhimento tem sido utilizado como instrumento de marcação de consultas, ou seja, de triagem o que distorce a sua real aplicação no processo de trabalho das equipes de saúde da família (SILVEIRA et al., 2004).

Por isso é importante compreender o significado do termo acolhimento e sua aplicação no campo da saúde, como essencial para o processo de reorganização das práticas assistenciais, particularmente na atenção primária à saúde. Esse termo está relacionado ao ato de acolher, receber, dar atenção e abrigo. E acolher refere-se a atender, dar crédito a, aceitar, atender a, envolvendo a escuta qualificada

Para esse autor, o acolhimento envolve também as relações humanas. Concebido como instrumento voltado para a reorganização do processo de trabalho em equipe, deve ser apropriado por todos os profissionais de saúde em todos os segmentos do atendimento. Dessa forma, não se limita ao ato de receber, mas a um encadeamento de atos, que constitui o processo de trabalho em saúde. Assim, acolher não pressupõe a resolução completa das necessidades dos usuários, mas a atenção dispensada ao usuário, envolvendo a escuta, a valorização de suas queixas, a identificação de suas necessidades, sejam estas do âmbito individual ou coletivo, e a sua transformação em objeto das ações de saúde (FRACOLLI et al., 2003).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), implantada no SUS em 1994, é hoje norteadora da política de saúde para a atenção primária em todo o Brasil e tem como objetivo a reorganização do modelo assistencial. O uso do “acolhimento” como ferramenta de atuação dos profissionais de saúde na APS encontra subsídios importantes nos objetivos do PSF (PEREIRA, 2006).

O acolhimento pode aumentar a utilização da ESF pela população como “porta de entrada”, na medida que consiga favorecer o acesso e a utilização dos serviços pelos indivíduos, e que também consiga a formação de vínculos pessoais e duradouros e a corresponsabilização entre equipe/indivíduo (PEREIRA, 2006).

Segundo esse autor, os trabalhadores em saúde encontram dificuldades na apreensão do conceito de acolhimento e sua operacionalização. No entanto, o acolher deve fazer parte das habilidades dos membros das equipes em sua relação com o usuário, em todos os momentos, levando ao cumprimento das funções da APS. É desejável que o ato de acolher ultrapasse as fronteiras da relação equipe/usuários e passe a permear as relações dentro da própria equipe, criando ambientes acolhedores em reuniões e no dia-a-dia do trabalho.

Por fim, o acolhimento é uma tecnologia fundamental na busca pela integralidade da atenção à saúde. Por meio da escuta e do diálogo, permite a humanização da relação trabalhador-usuário, a identificação das necessidades de saúde e, a construção de vínculo e trabalho em equipe na estratégia de saúde da família. Assim, o acolhimento pode ser visto como um dispositivo disparador de mudanças na organização do processo de trabalho. Ao atuar com foco no usuário e nas necessidades deste e com base no conceito ampliado de saúde, o acolhimento contribui para o fortalecimento da perspectiva de direito e para a qualificação da assistência (BARRA, 2011).

5 METODOLOGIA

O Método de Planejamento Estratégico Situacional - PES foi usado para o desenvolvimento do Plano de Intervenção. O trabalho do diagnóstico situacional foi conduzido por toda equipe de saúde da família por meio do método da estimativa rápida, onde foram coletados dados sobre o município, da USF Sátyro Coelho de Moraes, localizada na cidade de Arceburgo-MG. Esses dados foram analisados e levantados os principais problemas identificados.

A Estimativa Rápida constitui um modo de se obterem informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos custos, constituindo importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Foi realizada também uma revisão narrativa da literatura sobre o tema proposto pesquisada nas bases de dados Scielo, Google Acadêmico e Lilacs, na qual se utilizou os descritores: humanização da assistência, acolhimento, programa saúde da família.

6 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

6.1 Aspectos socioeconômicos e sanitários

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Arceburgo é 0,683, em 2010, ocupando a 2359ª posição em relação aos 5.565 municípios do Brasil e a 332ª posição em relação aos 853 outros municípios de Minas Gerais. O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,6 e 0,699). Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,176), seguida por Longevidade e por Renda.

A maior parte da população vive na zona urbana, sendo a taxa de urbanização de 86,01% (Fonte: Pnud, Ipea e FJP).

As principais atividades econômicas desenvolvidas são agropecuárias, indústria e serviços.

A renda per capita média de Arceburgo cresceu 91,69% nas últimas duas décadas, passando de R\$300,84 em 1991 para R\$445,72 em 2000 e R\$576,68 em 2010. A taxa média anual de crescimento foi de 48,16% no primeiro período e 29,38% no segundo. A extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70,00, em reais de agosto de 2010) passou de 9,78% em 1991 para 2,54% em 2000 e para 0,53% em 2010. A renda média Familiar foi de 1.929,02 reais (rural), 1.907,83 reais (urbana).

O saneamento básico do município é satisfatório, com uma taxa de abastecimento de água tratada de 98,43% e uma taxa de recolhimento de esgoto por rede pública de 99,67% (para área urbana- dados não disponíveis para zona rural); tendo-se como base a proporção de domicílios particulares permanentes por tipo de saneamento e considerando-se como adequados aqueles com: abastecimento de água por rede geral, esgotamento sanitário por rede geral ou fossa séptica e lixo coletado diretamente ou indiretamente (IBGE 2010).

Em relação às taxas de escolarização, em 2010, 62,96% dos alunos entre 6 e 14 anos de Arceburgo estavam cursando o ensino fundamental regular na série correta para a idade. Entre os jovens de 15 a 17 anos, 30,04% estavam cursando o ensino médio regular sem atraso. Entre os alunos de 18 a 24 anos, 10,16% estavam cursando o ensino superior. Além disso, 40,65% da população de 18 anos ou mais de idade tinha completado o ensino fundamental e 27,18% o ensino médio. Índices

de desenvolvimento da educação básica, absoluto e relativo no Brasil: Arceburgo: 6.0 / Brasil: 4,7 (nos anos iniciais); Arceburgo: 5,3 / Brasil: 4,7 (nos anos finais).

Na área da saúde, a cidade possui o hospital Dona Zé, mantido com recursos próprios da prefeitura, onde é realizado apenas o atendimento inicial de urgência e a observação de pacientes; internações só ocorrem em caráter excepcional, sendo praxe o encaminhamento dos pacientes mais graves via central de regulação de leitos, devido à falta de recursos propedêuticos locais. A referência microrregional para transferências é a cidade Guaxupé, e a macrorregional é Alfenas. A cidade conta, ainda, com um laboratório de análises clínicas municipal, onde se realizam exames de baixa complexidade, e um outro laboratório privado, também de baixa complexidade. Exames eletrocardiográficos e radiografias são realizados no hospital, e ultrassonografias são realizadas em um centro de saúde municipal, onde também há atendimento especializado em algumas áreas, como pediatria, neurologia e cardiologia. Há somente um consultório particular de cardiologia. A população conta ainda com um Núcleo de apoio a saúde da família (NASF), com nutricionista, psicólogo, educador físico, fisioterapeuta e fonoaudiólogo.

Arceburgo possui três equipes do Programa de Saúde da Família e cada uma delas conta com uma equipe multiprofissional composta por um médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Uma dificuldade para desenvolvimento da ESF é a rotatividade de profissionais de forma geral e principalmente devido às mudanças de gestão. A política local é exercida de maneira partidária, dois grupos com maior influência, ainda com tendência assistencialista.

A Unidade de Saúde da Família Sátyro Coelho de Moraes (PSF III) foi inaugurada em 12 de fevereiro de 2009 e iniciou suas atividades no dia 02 de março de 2009. Sua área de abrangência envolve 820 famílias com 2.596 usuários, abrangendo 06 bairros. Está localizada à Rua São João da Fortaleza, s/n, Pouso Alto. A unidade funciona das 7:00 às 16:30 horas.

São desenvolvidas as seguintes atividades: consultas médicas, odontológicas e de enfermagem na unidade; visitas domiciliares realizadas por toda equipe; grupos de hipertensos, diabéticos, gestantes e adolescentes; grupos com profissionais do NASF (psicóloga, fonoaudióloga e nutricionista); curativos; retirada de pontos; injetáveis; inalação; cateterismo vesical; sondagem nasoenteral; exame Papanicolau; programas de saúde da mulher e planejamento familiar; programas de

puericultura; atividades de planejamento e capacitação como: avaliação e planejamento dos serviços através de reuniões com a equipe, treinamento, capacitação e atividades educativas para a comunidade.

Normalmente segue-se o cronograma. Há uma demanda muito grande por consultas não programadas em função do hábito dos pacientes em realizar consultas de rotina com frequência maior que a indicada.

O município disponibiliza alguns especialistas em nível da atenção secundária, ginecologista/obstetra, pediatra, cirurgião, neurologista, ortopedista, entretanto, a contra-referência não se dá de maneira adequada. O enfermeiro é que agenda os exames e encaminhamentos, conforme cotas distribuídas no início do mês.

A equipe do Programa de Saúde da Família Sátyro Coelho de Moraes é composta pelos seguintes profissionais:

Enfermeiro: Bruno Marques Duarte

Médica: Rosália Coutinho Rocha

Técnica de Enfermagem: Eliene Aparecida dos Santos

Agentes Comunitários de Saúde:

- Queila Marques da Silva
- Maria Lúcia De Lima
- Naita S. Custodio Vicente
- Geraldo Magela Braga Júnior
- Débora Souza
- Cherman Lambardozzi Moisés

Dentista: Ieda Maria

Técnica em saúde bucal: Alessandra Jorge

Recepcionista: Alessandra Almeida

A área de abrangência de atuação da equipe é composta por 06 micro-áreas que incluem parte da região central da cidade e os seguintes bairros: Santa Terezinha, Nova Arceburgo, Pouso Alto, Vila Nova, Chico Alcino e São Sebastião. No bairro Pouso Alto está localizada a Unidade de Saúde da Família (USF) Sátyro Coelho de Moraes e a Escola Municipal Coronel Cândido de Souza Dias (ensino fundamental). Os bairros Santa Terezinha e Nova Arceburgo são conjuntos habitacionais que estão separados dos outros bairros por uma área de terrenos não habitados. Os demais bairros atendidos estão mais próximos da Unidade. Vila Nova

é um bairro predominantemente residencial com poucos estabelecimentos comerciais. Neste bairro fica a Igrejinha dos Santos Reis onde acontecem eventos religiosos como a chegada da Folia de Reis e procissões na semana santa. A USF também abrange os bairros residenciais Chico Alcino e São Sebastião e tem como um de seus limites a USF São Sebastião (PSF I).

Existem, além das barreiras geográficas, as culturais e sociais, pois os bairros assistidos pela USF possuem características diferentes. Os bairros Pouso Alto, Chico Alcino e São Sebastião, por exemplo, apresentam no geral, melhor renda familiar e grande número de pessoas que trabalham fora de casa, o que dificulta a cobertura efetiva da área, pois o ACS tem dificuldade em encontrar as pessoas em casa. Os bairros Santa Terezinha e Nova Arceburgo constituem uma área de maior risco pela presença de famílias com renda familiar baixa. A área central possui maior infraestrutura e apresenta um grande número de pessoas idosas, acamadas, com hipertensão arterial e diabetes. A população idosa apresenta maior adesão às atividades coletivas como os grupos educativos de Hipertensão Arterial e Diabetes e grupos terapêuticos.

Os ACS fizeram o mapeamento da área identificando as residências com seus respectivos números, terrenos baldios, bares, lojas, farmácias, padarias, mercados e áreas de maior risco, etc.

As tabelas e quadros a seguir sintetizam os dados coletados por ocasião do diagnóstico situacional da equipe. Os dados foram conseguidos a partir de bases de dados secundários (como, por exemplo, o SIAB), entrevistas com informantes-chave e observação ativa.

6.2 Aspectos Demográficos

A área possui um total de 3.125 usuários cadastrados, totalizando 974 famílias. Todas as famílias são residentes na zona urbana. A distribuição por faixa etária e sexo pode ser vista a seguir:

Quadro 1 – Número de usuários da USF Sátyro Coelho de Moraes por faixa etária e sexo, Arceburgo, 2014.

SEXO	FAIXA ETÁRIA										
	<1	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	>60	Total
Masculino	23	81	46	69	130	129	484	171	171	219	1523
Feminino	20	89	43	71	119	131	492	210	178	249	1602
Nº Pess.	43	170	89	140	249	260	976	381	349	468	3125

Fonte: Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB).

Quadro 2 – Tipo de Material utilizado na construção dos domicílios da área de abrangência da USF Sátyro Coelho de Moraes, Arceburgo, 2014.

TIPO DE MATERIAL	TOTAL	PORCENTAGEM
Tijolo/adobe	974	100 %
Taipa revestida	0	0 %
Taipa não revestida	0	0 %
Madeira	0	0 %
N d a	0	0 %
Total	974	100 %

Fonte: Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB).

Em relação às condições de moradia, 100% das construções são de tijolo/adobe, presente nos 974 domicílios e na cobertura destas predomina-se a laje.

Todas as casas são abastecidas por energia elétrica, vinda da Cia de Força Luz Mococa (100% dos domicílios).

Quadro 3 – Tipo de tratamento de água dos domicílios da área de abrangência da USF Sátyro Coelho de Moraes, Arceburgo, 2014.

TIPO DA ÁGUA	TOTAL	PORCENTAGEM
Filtrada	957	98,25%
Fervida	01	0,10 %
Clorada	0	0 %
Sem tratamento	16	1,64 %

Total	974	100 %
--------------	------------	--------------

Fonte: Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB-).

A água encanada, vinda da COPASA, abastece 98, 97% casas e 1,03% tem água de poço. O tratamento da água mais utilizado no domicílio é realizado por meio de filtração (98,25%).

Quadro 4 - Destino de fezes e urina dos domicílios da área de abrangência da USF Sátyro Coelho de Moraes, Arceburgo, 2014.

DESTINO	TOTAL	PORCENTAGEM
SISTEMA DE ESGOTO	969	99,49%
FOSSA	1	0,10%
CÉU ABERTO	4	0,41%
TOTAL	974	100 %

Fonte: Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB-19/08/09).

Do total de domicílios da área de abrangência da USF Sátyro Coelho de Moraes, 99,49% conta com esgotamento sanitário.

Quadro 5 - Destino do lixo dos domicílios da área de abrangência da USF Sátyro Coelho de Moraes, Arceburgo, 2014.

DESTINO	TOTAL	PORCENTAGEM
COLETADO	970	99,59%
QUEIMADO	4	0,41%
CÉU ABERTO	0	0%
TOTAL	820	100 %

Fonte: Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB-19/08/09).

A coleta pública do lixo é realizada em 100 % das casas.

Abaixo estão descritos alguns aspectos epidemiológicos da USF Sátyro Coelho de Moraes registrados no ano de 2012.

Quadro 6 – Distribuição percentual da morbidade, segundo faixa etária, de residentes da área de abrangência da USF Sátyro Coelho de Moraes, Arceburgo, 2014.

FAIXA ETÁRIA (ANOS)	DOENÇAS									
	ALC %	CHA %	DEF %	DIA %	DME %	EPI %	HA %	HAN %	MAL %	TB %
0 a 14	0	0	0	0,15	0	0,30	0	0	0	0
15 anos e mais	4,35	0,90	2,40	17,56	3,30	3,15	67,86	0	0	0
Total	4,35	0,90	2,40	17,71	3,30	3,45	67,86	0	0	0

Fonte: SIAB consolidado de famílias cadastradas (19/08/09).

A hipertensão arterial sistêmica foi a doença mais frequente (67,86%), encontrada entre os usuários com 15 anos e mais atendidos pela USF Sátyro Coelho de Moraes.

A USF Sátyro Coelho de Moraes realiza cadastramento familiar e recentemente realizou a classificação de 100% das famílias por grau de risco. A classificação das famílias por grau de risco tem como objetivo conhecer as famílias da área da abrangência e identificar os fatores de risco presentes, além de levantar os dados pertinentes para um planejamento adequado das intervenções da equipe de saúde. Esta classificação é realizada utilizando-se as cores azul, verde, amarelo e vermelho, representado respectivamente os graus de risco “sem risco”, “risco baixo”, “risco médio” e “risco alto”.

Foi realizado o recadastramento de todos os usuários da área de abrangência e a classificação das famílias pode ser vista através da tabela a seguir:

Quadro 7 – Classificação de risco das famílias da área de abrangência da USF Sátyro Coelho de Moraes, Arceburgo, 2014.

		MICRO-ÁREAS						TOTAL FAMÍL.
		01	02	03	04	05	06	
GRAU DE RISCO	Azul	84	103	88	73	116	58	522
	Verde	38	33	50	62	33	63	279
	Amarelo	27	18	28	20	19	33	145
	Vermelho	07	03	00	02	00	15	27
TOTAL FAMÍL.		156	157	166	157	168	169	973

Na análise das seis microáreas pode-se observar semelhança na distribuição das famílias quanto ao seu grau de risco e a grande maioria das famílias está classificada como azul ou verde, ou seja, “sem risco” ou de “baixo risco” como pode ser observado a seguir:

- Sem risco (Azul) - 522 famílias
- Baixo risco (Verde) - 279 famílias
- Médio risco (Amarelo) - 145 famílias
- Alto risco (Vermelho) - 27 famílias

7 PLANO DE AÇÃO

A Unidade Básica de Saúde Sátyro Coelho de Moraes foi criada há cinco anos e é uma das unidades mais bem estruturadas da cidade, mas, apesar disso, apresenta vários problemas relacionados ao processo de trabalho.

Identificação dos problemas:

1. Falta de contra-referência dos pacientes encaminhados à atenção secundária e terciária. O seguimento dos pacientes é prejudicado já que não se sabe quais medidas foram tomadas pelos profissionais que os atenderam nos outros níveis de atenção;

2. Idosos sem assistência familiar. Em muitos domicílios, os familiares não estão dispostos a tomar parte no cuidado dos idosos, permanecendo alheios à situação de saúde dos mesmos e sem condições de colaborar quando são solicitadas informações pela equipe de saúde;

3. Uso indiscriminado de benzodiazepínicos e ansiolíticos pela população, principalmente mulheres. O abuso de tais medicamentos é notável, e percebe-se que o ponto de partida desse problema foi a prescrição médica abusiva no passado;

4. Falta de computadores na unidade ESF para digitação e informatização do sistema de coleta de dados, atrasando a execução dos serviços;

5. Liberação de quantidade insuficiente de medicamentos pela farmácia municipal, gerando um número excessivo de receitas a serem renovadas. Todos os medicamentos psicotrópicos são liberados mensalmente e requerem novas receitas; isso porque o estoque da farmácia municipal é muito pequeno. Conseqüentemente, o número de receitas para serem renovadas semanalmente é absurdo, chegando à média de 100 receitas semanais;

6. Acolhimento precário, gerando insatisfação popular. A equipe não sabe acolher, nem explicar o funcionamento da unidade e os usuários fazem reclamações frequentes a gestão municipal pela falta de resposta às suas solicitações;

7. Demora na marcação de consultas médicas no PSF. O tempo médio de espera por consultas de demanda programada na unidade é de quarenta dias, a despeito de serem realizados uma média de vinte e cinco atendimentos médicos/dia, sendo vinte provenientes do agendamento e cinco de demanda espontânea, totalizando cerca de quatrocentos atendimentos/mês;

8. Grande número de diabéticos mal controlados. Devido à dificuldade de retornos no prazo adequado para os ajustes medicamentosos e à baixa adesão ao tratamento por muitos pacientes.

Quadro 8 – Priorização dos problemas identificados na comunidade da área de abrangência da USF Sátyro Coelho de Moraes, Arceburgo, 2014.

PRINCIPAIS PROBLEMAS	PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS NA COMUNIDADE			
	IMPORTÂNCIA	URGÊNCIA (DE 0 A 10)	CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO	SELEÇÃO
Acolhimento precário, gerando insatisfação popular.	Alta	10	Dentro	1
Demora na marcação de consultas médicas no PSF.	Alta	9	Parcial	2
Liberação de quantidade insuficiente de medicamentos pela farmácia municipal, gerando um número excessivo de receitas a serem renovadas.	Alta	8	Fora	3
Uso indiscriminado de benzodiazepínicos e ansiolíticos pela população, principalmente mulheres.	Alta	6	Parcial	4
Falta de contra-referência dos pacientes encaminhados à atenção secundária e terciária.	Alta	5	Fora	5
Idosos sem assistência familiar.	Alta	4	Parcial	6
Grande número de diabéticos mal controlados.	Alta	3	Parcial	7
Falta de computadores na unidade ESF para digitação e informatização do sistema de coleta de dados.	Alta	2	Parcial	8

Descrição do problema: A equipe de saúde da família identificou o acolhimento precário e a conseqüente insatisfação popular como um problema de grande relevância para a comunidade. Pode, à primeira vista, parecer uma questão simplória, mas durante a reunião com a equipe percebemos que este é o ponto chave para que muitos dos outros problemas da unidade comecem a ser resolvidos e que temos plena governabilidade sobre ele.

A população atendida pela equipe Sátyro Coelho de Moraes tem se mostrado muito insatisfeita e impaciente com o trabalho desenvolvido na unidade; isso porque as idas infrutíferas à UBS são muito frequentes. E em consequência dessa relação conflituosa, o vínculo com os usuários acaba sendo prejudicado.

Explicação: Trata-se de um problema complexo, com causas multifatoriais e conseqüências graves.

Como já mostrado no quadro acima, a demora para marcação de consultas é outro problema relevante enfrentado pela comunidade e a despeito dos esforços da equipe para reorganizar a agenda, aumentar o número de atendimentos/dia e as vagas para atendimentos de demanda não programada, a população continuava a reclamar. Permanecia grande a espera para os retornos, para mostrar resultados de exames e para a realização das consultas programadas; e quase nunca se conseguia atendimento para as “urgências”. Reclamações a respeito da demora para a entrega das receitas dos medicamentos de uso contínuo também continuavam a acontecer mesmo depois de resolvido o problema de atraso para renovação devido ao número excessivo de receitas. Foi, então, que percebemos que o maior problema, na realidade, era a má comunicação da equipe com os usuários, que atendia mal; não respondia aos seus questionamentos de forma adequada; dava informações erradas e conflitantes; não mostrava boa vontade para tentar resolver suas solicitações, repassando-as para outros membros da equipe sem necessidade e atrasando o processo de resolução; e, além disso, não repassava à comunidade as mudanças implantadas na forma de atendimento na unidade para tentar resolver os outros problemas que geravam reclamações dos usuários.

Percebemos, ainda, que as causas para esse acolhimento inadequado são a falta de conhecimento da equipe sobre o que é o acolhimento, sua importância e como exercê-lo, a desorientação da equipe sobre o processo de trabalho em andamento, fazendo com que cada um pensasse que a rotina da unidade acontecia de forma diferente e passasse informações conflitantes aos pacientes, isso devido

principalmente às faltas de alguns membros às reuniões e aos longos intervalos entre elas. Como consequência, os problemas queixados pela comunidade permaneciam, a despeito das tentativas de resolução.

Por fim, concluímos que um dos os nós críticos é a falta de conhecimento da equipe a respeito do que é o acolhimento e como exercê-lo; outro nó crítico importante é a desvalorização do processo de acolhimento pela equipe de saúde; e considerou-se também como nó crítico a falta de empenho dos profissionais da equipe para mudar a situação.

7.1 Proposta de intervenção

Quadro 9 - Plano Operativo

Operações	Produtos esperados	Ações estratégicas	Responsáveis	Prazos
Projeto Educação em Saúde	Capacitação técnica da equipe para exercer o acolhimento a consequente melhoria do atendimento e satisfação dos usuários.	Projeto de Educação Permanente (PEP) em Saúde tendo como tema inicial o acolhimento na Atenção Básica, através aulas, palestras e material didático, com apoio da Secretaria de Saúde e Gestão Municipal	Pela elaboração do projeto: Rosália (médica) Pela execução: a médica Rosália e o enfermeiro Bruno. Colaboradores: a secretária de saúde, Glauce e a coordenadora da Atenção Básica, Rosana	Dois meses para a elaboração do projeto e confecção do material didático (12/2014 e 01/2015) e, a seguir, um mês para ministração das aulas e palestras (02/2015), com frequência semanal.
Projeto Acolhimento Junto	Conscientizar a equipe sobre a importância do acolhimento e os bons frutos que ele pode gerar.	Formação de duplas em que um profissional da equipe já treinado ensina o outro a acolher, praticando no dia a dia da unidade	Pela elaboração: Técnica de enfermagem Eliene, dentista leda e agentes de saúde Queila e Maria Lúcia. Pela execução: enfermeiro	15 dias para a escalação das duplas (de 01/03/2015 a 15/03/2015) e um mês e meio para o trabalho de apoio (de 16/03/2015 a 30/04/2015).

			Bruno	
Projeto + Acolhimento	Tornar o acolhimento correto parte da rotina dos profissionais da equipe	Revezamento de pequenos turnos livres de cada membro da equipe na recepção para praticar o acolhimento	<p>Pela elaboração: secretária Alessandra, agentes de Saúde Naita, Geraldo, Cherman e Débora.</p> <p>Pela execução: toda a equipe de saúde da unidade.</p>	15 dias para a elaboração da escala da equipe (de 01/05/2015 a 15/05/2015), planejando-se tornar a prática da participação de toda a equipe no processo de acolhimento rotina permanente na unidade.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acolhimento precário aos usuários foi elencado como problema de grande magnitude a ser enfrentado pela equipe da UBS Sátyro Coelho de Moraes, no município de Arceburgo, MG, após realização do diagnóstico situacional de saúde. Considerando-se a relevância desta questão com relação ao prejuízo gerado ao processo de trabalho da equipe, e ao grau de insatisfação da comunidade, percebe-se que a equipe deve estar bem capacitada para acolher o usuário da melhor forma possível. Para isso, faz-se necessário capacitar a equipe, conscientizá-la quanto à importância do acolhimento e tornar sua boa prática parte da rotina de cada funcionário. A busca de parcerias, em especial o apoio da Secretaria de saúde para suporte técnico e político, se faz necessária; a capacitação e o interesse dos membros da equipe são fundamentais para o enfrentamento deste problema.

Sendo assim, espera-se que, com o Projeto Educação em Saúde, a equipe seja bem capacitada para entender o que é o acolhimento em saúde, sua importância para a humanização do atendimento na atenção básica e como praticá-lo no dia-a-dia de trabalho. Através do Projeto Acolhimento Junto, almeja-se a união da equipe no exercício do acolhimento, para que aprendam juntos a importância desta ferramenta e compartilhem suas experiências, ajudando também na melhoria do relacionamento interpessoal dos funcionários da unidade. Por fim, o Projeto + Acolhimento visa a participação de toda a equipe no processo do acolhimento, deixando claro que ele deve ser exercido por todos e fazer parte da rotina diária no atendimento ao usuário.

9 REFERÊNCIAS

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL 2013. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/perfil/arceburgo_mg> Acesso em: 17 ago. 2014.

BARRA, S. A. R. O acolhimento no processo de trabalho em saúde. *Serv. Soc. Rev.*, Londrina, v. 13, n. 2, p. 119-142, jan./jun. 2011.

BECK, C. L. C.; MINUZI, D. O acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica. *Saúde, Santa Maria*, v. 34, n 1-2: p 37-43, 2008.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações de saúde. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010.

CORRÊA, E. J. et al. Iniciação à metodologia: textos científicos. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2013.

DAMASCENO, R. F. et al. O acolhimento no contexto da Estratégia Saúde da Família. *J Health Sci Inst.* v. 30, n. 1, p. 37-40, 2012.

FARIA, H. P. et al. Processo de trabalho em saúde. 2. ed. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2009.

FRACOLLI, L.A. et al. A visita domiciliária sob o enfoque do acolhimento e sua interface com a abordagem do desmame precoce no programa de saúde da família: um relato de experiência. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 5 n. 2 p. 68 – 72, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=310410&search=mi nas-gerais|arceburgo|infograficos:-informacoes-completas>> Acesso em: 17 ago. 2014.

PEREIRA, R. P. A. O Acolhimento e a Estratégia Saúde da Família. Grupo de Estudos em Saúde da Família. AMMFC: Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <http://www.smmfc.org.br/gesf/RPAP_acolhimento_esf.htm>. Acesso em: 02 jan. 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARCEBURGO. Unidade de Saúde da Família Sátyro Coelho de Moraes: Diagnóstico Local. Arceburgo, 2012. Disponível em: <<http://www.arceburgo.mg.gov.br/principal.asp>>. Acesso em: 17 ago. 2014.

SCHOLTZE, A. S. et al. A implantação do acolhimento no processo de trabalho de equipes de saúde da família. Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v. 8, n. 1, p. 7-12, 2006.

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, p. 71-75, 2004.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M. J. C.; SOARES, S. M. Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009.