

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

LIUDMILA MAILENE GONZALEZ RODRIGUEZ

**PROPOSTA DE AÇÃO PARA O REORDENAMENTO DA ATENÇÃO
EM SAÚDE EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO
MUNICÍPIO SÃO JOSE DA TAPERA / AL**

MACEIÓ - ALAGOAS.

2016

LIUDMILA MAILENE GONZALEZ RODRIGUEZ

**PROPOSTA DE AÇÃO PARA O REORDENAMENTO DA ATENÇÃO EM SAÚDE
EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO SÃO JOSE DA
TAPERA / AL**

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

Orientador: Prof. Dr. Jorge Luís de Souza Riscado

MACEIÓ - ALAGOAS

2016

LIUDMILA MAILENE GONZALEZ RODRIGUEZ

**PROPOSTA DE AÇÃO PARA O REORDENAMENTO DA ATENÇÃO EM SAÚDE
EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO SÃO JOSE DA
TAPERA / AL**

Banca examinadora

Prof. Dr. Jorge Luís de Souza Riscado– orientador

Profa. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 17 de janeiro de 2016

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. É tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. Objetivamos propor um plano de intervenção para reestruturar os serviços de saúde na unidade de atenção da família do PSF Caboclo I do município São Jose da Tapera /AL. A construção do plano baseou-se no Planejamento em Saúde e a sistematização da análise situacional, com a identificação dos principais problemas da comunidade e a eleição do mais prioritário: elevado número de atendimentos de demanda espontânea sem agendamento prévio. O percurso metodológico constitui em etapas que vão desde o cenário estabelecido, os atores pensados/envolver (gestores, trabalhadores de saúde, usuários), as estratégias/metodologias a serem adotadas, a criação de instrumentos para validação, monitoramento e avaliação de impacto da proposta. As metas a serem alcançadas constituem a participação de 95 % da população envolvida na proposta, lograr 100 % de agendamentos adequados das consultas para melhor assistência dos usuários.

Palavras chave: Acolhimento. Estratégia de Saúde da Família. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Summary the family health Strategy (ESF) aims at the reorganisation of primary care in the country, according to the precepts of the unified health system, is taken by the Ministry of health and State and municipal managers as a strategy of expansion, qualification and consolidation of the basic attention by promoting a reorientation the worker process with the greatest potential to deepen the principles, guidelines and fundamentals of basic care, to expand the efficaciousness and impact on the situation of health of individuals and collectivities, in addition to providing an important cost-effectiveness. Aim to propose the intervention plan to restructure health services in the unit of the family of the PSF Caboclo I of the municipality San Jose da Tapera/AL. The construction of the plan was based on the health planning and systematization of situational analysis with the identification of the main problems of the community and the election of priority: high number of more attendances of spontaneous demand without prior scheduling .The methodological path is in steps ranging from the established scenario, the actors thought/engage (managers, health workers, users), the strategies/methodologies to be adopted, the creation of instruments for validation, monitoring and impact assessment of the proposal. The goals to be achieved are the participation of 95 percent of the population involved in the proposal, achieving 90% appropriate consultation schedules for better user assistance.

Keywords: Greeting. The family health strategy. Unified health system

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	Erro! Indicador não definido.
2 JUSTIFICATIVA.....	Erro! Indicador não definido.
3 OBJETIVOS.....	Erro! Indicador não definido.
4 METODOLOGIA	Erro! Indicador não definido.
5 REVISÃO DA LITERATURA	14
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	Erro! Indicador não definido.
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	
REFERÊNCIAS.....	Erro! Indicador não definido.

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Criado em março de 1991, quase duas décadas após sua implantação e funcionamento, o Programa Saúde da Família (PSF) configura-se atualmente uma política nacional (BRASIL, 2006 *apud* SOUZA; HAMANN, 2009). Neste contexto, a organização da Atenção Básica está conceitualmente pautada na Saúde da Família, apresentando direcionamentos para a reorientação do modelo assistencial de saúde (OGATA *et al.*, 2009; BRASIL, 2013), orientando o fortalecimento da atenção primária em saúde, com base nos seguintes princípios: 1) adscrição de clientela; 2) territorialização; 3) diagnóstico da situação de saúde da população e 4) planejamento baseado na realidade local (SOUZA; HAMANN, 2009).

Conceitualmente, a atenção básica deve **coordenar** a integralidade em seus vários aspectos, como a integração de ações programáticas, a demanda espontânea e além de tudo deve fazer a gestão do cuidado integral do usuário (BRASIL, 2012), sendo capaz de abordar a maior parte dos problemas de saúde de uma comunidade (GOFIN; GOFIN, 2005) e de promover maior equidade na oferta de atenção em saúde em diferentes populações.

Uma vez que o modelo de atenção à saúde voltada à comunidade é intrinsecamente complexo, em vista a complexidade em que se inserem os diferentes contextos sociais das diferentes populações assistidas, trabalhar com este modelo não é tarefa simples, pois exige um olhar voltado para grupos sociais específicos, através do

rompimento dos antigos paradigmas dos serviços de saúde existentes no país (SOUZA; HAMANN, 2009).

Sendo a coordenação um estado de harmonia numa ação ou esforço comum (STARFIELD, 2002 *apud* SHIMAZAKI, 2009), somente através da reestruturação do serviço na unidade, tornar-se-á possível a manutenção da qualidade do serviço de saúde prestado, com base nos princípios fundamentais definidos pela Estratégia de Saúde da Família.

Assim, a proposta de supervisão objetiva “promover uma melhora contínua no desempenho dos trabalhadores de saúde” (FLAHAULT *et al.*, 1988 *apud* BOSCH-CAPBLANCH; GARNER, 2008, p.), sendo ainda necessária a identificação dos problemas de saúde da comunidade, direcionando os programas para a atenção a tais problemas, monitorando ainda a efetividade das modificações do programa (SHIMAZAKI, 2009). Por fim, a proposta de reestruturação do modelo de atenção vigente na direção de um modelo sedimentado nos princípios conceituais da Estratégia e com o apoio de atividades de supervisão conjunta se justifica, uma vez que a falta de organização no serviço tem comprometido sobremaneira a qualidade da assistência.

O processo de trabalho realizado de maneira fragmentada e sem planejamento não permite impacto positivo na saúde da população, resultando em gastos sem justificativa (FARIA *et al.* 2009).

A superação desses problemas comprometem a nova postura em que o desejável é responsabilidade de gestores e profissionais no sentido de construir um processo de trabalho diferente, planejado e implementado pela equipe (FARIA *et al.* 2008).

A Unidade Básica de Saúde Caboclo 1 fica no povoado do mesmo nome segundo maior do município São Jose da Tapera , com fácil acessibilidade da população; tem uma população adscrita de 1.495 pacientes distribuídos em 379 famílias, mais são atendidos pacientes de todo o povoado o que gera uma demanda muito alta para o equipe que não consegue realizar todas as atividades planejadas para sua área de abrangência.

São programadas, entre outras, consultas de: Pré-natal, Puericultura, Hipertensão e vacinas, que nem sempre podem ser realizadas pela demanda espontânea que sobre passa a agendada e de cuidado continuado.

A fim de estudar as limitações para oferecer um serviço de qualidade com demanda agendada que garanta uma boa relação médico-paciente ou equipe e poder entender as determinantes do processo saúde-doença da área impossibilitada por aumento da demanda espontânea com incapacidade de resposta da equipe, realizou-se este estudo que propõe uma reorganização dos serviços com base no acolhimento à demanda espontânea na Unidade Básica.

Para planejar e direcionar as ações de saúde é necessário conhecer a realidade e a forma como estão organizados os serviços de saúde e as rotinas das unidades básicas de saúde e das equipes de Programa de Saúde da Família (PSF). A organização inadequada das diversas interfases que envolvem na Unidade Básica de Saúde (UBS) tem contribuído para um ambiente desfavorável tanto para usuários quanto para os profissionais, gerando maior estresse e comprometimento da qualidade do serviço ofertado (MERHY, 1994).

2 JUSTIFICATIVA

Esta proposta justifica-se uma vez que o modelo de atenção à saúde voltada à comunidade é intrinsecamente complexo, em vista a complexidade em que se inserem os diferentes contextos sociais das diferentes populações assistidas, trabalhar com este modelo não é tarefa simples, pois exige um olhar voltado para grupos sociais específicos, através do rompimento dos antigos paradigmas dos serviços de saúde existentes no país (SOUZA; HAMANN, 2009). Sendo a coordenação um estado de harmonia numa ação ou esforço comum (STARFIELD, 2002 *apud* SHIMAZAKI, 2009), somente através da reestruturação do serviço na unidade, tornar-se-á possível a manutenção da qualidade do serviço de saúde prestado, com base nos princípios fundamentais definidos pela Estratégia de Saúde da Família.

Apesar do pouco tempo de atividade na unidade de saúde Caboclo I município São José da tapera /Al , percebe-se que existem pontos que devem ser melhorados tanto estruturalmente, como em relação à abordagem dos problemas de saúde mais prevalentes na população. Entre os vários problemas identificados no diagnóstico situacional a equipe destacou: a baixa qualidade do serviço, impossibilitando a avaliação acurada acerca do alcance de metas e definição de pontos críticos que requerem reestruturação do serviço. Como resultado desta falta de organização, a equipe tem dificuldade em direcionar o tempo de atenção para os usuários sob maior risco de adoecimento, o que em última análise impede o reconhecimento adequado das necessidades da população adscrita., Em um mesmo dia, são atendidos grávidas, crianças, hipéridia e urgências, não existindo um adequado planejamento das atividades que devem ser executadas pela equipe .

3 OBJETIVOS

Geral

Elaborar um plano de intervenção com vista à reorganização da atenção dos serviços em saúde para a Unidade de Saúde da Família Rafael Dos Anjos, Caboclo I, município São Jose da Tapera /AL, com ênfase nos princípios da Estratégia de Saúde da Família.

Específicos

- Realizar a revisão da literatura sobre o tema.
- Capacitar a equipe de saúde para a organização dos serviços.
- Detectar as ferramentas a serem utilizadas na elaboração do plano.
- Apresentar a proposta final à equipe e à comunidade, que inclui o fluxograma e cronograma de trabalho.

4 METODOLOGIA

A elaboração do plano de intervenção para a reorganização da atenção dos serviços em saúde para a Unidade Básica de Saúde (UBS) Caboclo I São José da Tapera /Al, baseou-se no Planejamento Estratégico Situacional, onde foi realizada a sistematização da análise situacional, identificando assim os principais problemas. O Cenário de execução e implementação do processo na UBS CABOCLO I , município São Jose Da Tapera, Estado de Alagoas Os passos que constituem este plano de intervenção foram elaborados de acordo com os nós críticos identificados a partir do encontro com usuários e profissionais de saúde.

A população estudada é representada por toda aquela atendida na UBS seja na área de abrangência da referida unidade de saúde ou no município. Para a coleta de dados, foram utilizadas informações disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde de São José da Tapera (SIAB), informações obtidas com os integrantes da Equipe de Saúde da Família, além de textos disponíveis na Biblioteca Virtual do Programa Ágora do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON).

Num primeiro passo o uso do método de Estimativa Rápida permitiu realizar o diagnóstico situacional de nossa área de abrangência e a identificação dos principais problemas que atingem a comunidade. Depois da análise da lista dos problemas a equipe estabeleceu a ordem de prioridades e determinou que o reordenamento dos serviços foi o problema mais prioritário. Neste passo foi fundamental determinar a capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde, do pessoal administrativo encarregado do acolhimento na unidade e do técnico de enfermagem encarregado da triagem.

Logo depois de identificado o problema prioritário a equipe de saúde programou visitas a comunidade com suas lideranças para dar a conhecer a proposta e convidar a população a fazer parte da elaboração do plano.

Um terceiro passo foi visita nessa comunidade para lhe explicar na área como seria feito o trabalho e obter deles algumas ideias.

O quarto passo foi a identificação das barreiras sobre as quais agir para a transformação positiva do problema. A equipe promoveu uma ampla discussão e no intercâmbio coletivo entre usuários e profissionais, foram detectados os “nós críticos” que dificultam a promoção de saúde.

Num quinto passo se procederá à avaliação das estratégias para a elaboração da proposta. Far-se-á necessário determinar o número de participantes no projeto, identificar os diferentes recursos necessários para a concretização das operações, assim como os possíveis gastos, e, a Validação da proposta junto a outro segmento/comunidade populacional.

A proposta final será apresentada pela equipe na comunidade com todos os envolvidos.

5 REVISÃO DA LITERATURA

Entre as funções da Atenção Primária de Saúde se destacam: resolver a grande maioria dos problemas da comunidade, organizar os fluxos e contra fluxos dos usuários nos serviços de saúde e responsabilizar-se pela saúde dos pacientes em qualquer ponto de atenção em que se encontrem. Deve ser a porta de entrada para os sistemas de serviços de saúde, tem como benefício entre outros: melhor atenção preventiva, atenção mais oportuna e adequada, menos hospitalizações e custos mais baixos (SHIMAZAKI, 2009).

Assim, a proposta de supervisão objetiva “promover uma melhora contínua no desempenho dos trabalhadores de saúde” (FLAHAULT *et al.*, 1988 apud BOSCH-CAPBLANCH; GARNER, 2008, p.), sendo ainda necessária a identificação dos problemas de saúde da comunidade, direcionando os programas para a atenção a tais problemas, monitorando ainda a efetividade das modificações do programa (SHIMAZAKI, 2009).

Por fim, a proposta de reestruturação do modelo de atenção vigente na direção de um modelo sedimentado nos princípios conceituais da Estratégia e com o apoio de atividades de supervisão conjunta se justifica, uma vez que a falta de organização no serviço tem comprometido sobremaneira a qualidade da assistência.

O acolhimento como peça chave para a organização do atendimento na UBS foi fundamental, pois todos chegavam e careciam do acolhimento foi esse processo vivenciado o que nos levou a toda a equipe a definir o reordenamento como foco para organização do processo do trabalho e das demandas espontâneas e programadas

Com o intuito de melhorar as práticas de acolhimento e humanização nos serviços de saúde, o governo federal lança as propostas de ações de mudanças nas práticas de acolhimento através das estratégias da Humanização SUS. O governo federal pretende reduzir as filas e tempo de espera, promover o conhecimento por parte dos usuários dos profissionais que cuidam da sua saúde, garantia de acesso as informações pelas unidades de saúde e a gestão participativa das unidades de saúde por parte dos trabalhadores e usuários (ARANDA, 2008).

A ESF deve ser a principal porta de entrada da população adscrita, e cabe às equipes se organizar para o efetivo atendimento à demanda espontânea y fazer valer o dispositivo acolhimento, ampliando a acesso e viabilizando a atenção integral e multidisciplinar (MINAS GERAIS, 2008).

Segundo Franco, Bueno e Merhy (1999) o acolhimento propõe inverter a lógica de organização e o funcionamento do serviço de saúde, partindo de três princípios: (a) atender a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; (b) reorganizar o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional; (c) qualificar a relação trabalhador-usuário a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania.

A proposta de Acolhimento no Brasil sugere formas de atenção à demanda espontânea que não impliquem simplesmente maior acesso à consulta médica, mas propõe-se a servir de elo entre necessidades dos usuários e várias possibilidades de cuidado. A ideia seria retirar do médico o papel de único protagonista do cuidado, ampliar a clínica realizada pelos outros profissionais e incluir outras abordagens e explicações possíveis (que não somente as biomédicas) para os adoecimentos e demandas (COELHO; JORGE, 2009)

Coelho e Jorge (2009) escrevem sobre como os usuários e trabalhadores percebem o acesso, acolhimento e vínculo como tecnologia leve na atenção básica do município de Fortaleza (CE). Como recursos tecnológicos, acesso, acolhimento e vínculo representam uma relação estabelecida entre trabalhadores e usuários, para que as ações de saúde sejam mais acolhedoras, ágeis e resolutivas. Segundo estes autores, há evidências de que a falta de comunicação entre os integrantes da equipe dificulta o processo de acolhimento ao usuário; assim como a definição errônea do que é o acolhimento impossibilita boa prática de atendimento na UBS.

Santos (2011, p.15) em seu estudo realizado na ESF da Vila Industrial em Mato Grosso do Sul, chegou à seguinte conclusão:

[...] as mudanças necessárias não são apenas de governabilidade do enfermeiro, necessitando de ações de outros profissionais ou até mesmo de outros setores, como a secretaria municipal de saúde,

tornando sua implementação ainda mais difícil por utilizar a subjetividade de cada indivíduo além dos propósitos da gestão.

O trabalho em equipe, organizando os serviços na UBS com acolhimento adequado à demanda espontânea e garantindo uma demanda agendada para os usuários da área de abrangência constitui um pilar importante para lograr mudanças no quadro de saúde da população adstrita e lograr fazer todas as atividades propostas por o SUS para Estratégia de saúde da Família (MERHY, 1994).

Para isso se faz necessário à capacitação permanente à equipe de saúde, a educação da população e organizar o fluxo confeccionando o fluxograma de acolhimento (BRASIL, 2004).

A capacitação permanente por parte de todo o equipe a população que recebe os serviços de saúde acerca da organização dos mesmos é fundamental para que cooperem com o bem funcionamento da unidade de saúde e lograr satisfação tanto dos pacientes como dos profissionais com um clima de confiança e respeito (BRASIL, 2004)

Segundo o Ministério de Saúde para programar as práticas e processos de acolhimento visando a melhorar a acessibilidade do usuário e a escuta dos profissionais, não são suficientes ações normativas, burocráticas nem discursivas. Assumir efetivamente o acolhimento como diretriz é um processo que demanda transformações intensas de maneira de funcionar a atenção básica. Isso requer um conjunto de ações articuladas, envolvendo usuários, trabalhadores e gestores, pois a implementação do acolhimento dificilmente se dá apenas a partir da vontade de um ator isolado (BRASIL, 2013).

Nesta mesma literatura consultada (BRASIL, 2013, p.27) se explica que o fluxograma busca representar um padrão de fluxo dos usuários nas Unidades Básicas de Saúde, como todo padrão não pode ser tomado em caráter absoluto para não burocratizar o acolhimento e o fluxo do usuário na unidade, bem como ampliar a resolutividade e a capacidade de cuidado da equipe. “ No que se refere á definição de intervenções segundo estratificação da necessidade do usuário (mediante avaliação de risco e vulnerabilidade) o que se pretende é que a necessidade do usuário seja estruturante do tipo e tempo das intervenções,

materializando aqui, o princípio de equidade” . Este deve ser tomado como uma oferta, um ponto de partida possível, uma estratégia de visualização e organização do trabalho coletivo na UBS, devendo sempre que necessário, ser adaptado, enriquecido, testado e ajustado com implicações organizativas e no processo de trabalho das equipes.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O Plano de ação foi desenhado de forma tal a garantir a capacitação da equipe de saúde e da população e realizar reorganização dos serviços na UBS garantido uma atenção à saúde humanizada e de qualidade.

Para definir as prioridades a equipe levou em consideração a importância do problema e a capacidade para enfrentá-lo. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). O principal problema foi a alta demanda espontânea, por a população ter visão de Centro de Saúde e não de UBS o que provoca a falta do respeito à população da área de abrangência.

O acolhimento diário é feito somente por recepcionista, triagem pela técnica de enfermagem, ficando para atendimento médico quase toda a população, sobrecarregando a este profissional e com a exceção de alguns para enfermagem, sem cumprir os protocolos.

A atenção se torna sem qualidade, impedindo a abordagem familiar e comunitária dos problemas de saúde, assim como o estabelecimento de vínculos entre os profissionais de saúde e o usuário, só realizado nas visitas domiciliares.

O acolhimento é um dispositivo importante que atende à exigência de acesso, propicia o vínculo entre equipe e população, desencadeando cuidado integral. Para isso é preciso qualificar os trabalhadores para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar e negociar (SILVIA, ALVES, 2008).

O acolhimento na atenção primária, como porta de entrada e primeiro contato dos usuários com os serviços de saúde, tem um suporte ao início e continuidade do trabalho prestado ao público, por meio das relações interpessoais, facilitando o vínculo entre equipes e usuários logrando a participação dos cidadãos em seus processos saúde doença (LUZ, 2012).

Para o êxito é preciso comprometimento e capacitação de cada profissional, com trabalho em equipe onde cada um se complementa e ajuda a cumprir os objetivos propostos com resultados satisfatórios.

Pelo tanto a equipe considerou que era preciso uma reorganização dos serviços, com base no acolhimento à demanda espontânea garantindo a demanda agendada, fazendo da longitudinalidade, atributo básico e essencial da Atenção

primaria da saúde, acolhendo de maneira eficaz a ponto de não sobrecarregar a equipe e ainda assim não fechar o acesso ao usuário.

Plano de Ação

Todo o anterior constituiu as bases para conformar o plano de ação. Confeccionou-se, também, um fluxograma de acolhimento.

Quadro 1-

Intervenção	Responsável	Estratégia	Resultado	Prazo
Reorganização da demanda espontânea.	Toda a equipe.	Capacitação de toda a equipe	A equipe tenha conhecimento das verdadeiras urgências	30 dias
Prioridade na fila de espera a os casos emergentes.	Toda a equipe.	Capacitar a equipe sobre as emergências médicas.	Garantir que equipe seja capaz de identificar as emergências	30dias 60 dias.
Realizar fluxogramas e cronograma de atendimento	Toda a equipe	Reordenar mediante o cronograma os serviços da unidade	Que a equipe poda cumprir sua função de prevenção e promoção.	

Quadro 2 - Cronograma de consultas da equipe de saúde na UBS Caboclo I São José da Tapera /AL.

Sessão do Trabalho	2ª feria	3ª feria	4ª feria	5ª feria	6ª feria
Amanhã	Palestra Atendimento a demanda espontânea Pré-natal	Palestra Atendimento a demanda espontânea. Atendimento a crianças	Palestra Atendimento a demanda espontânea Hipertensos e Diabéticos	Palestra Atendimento a demanda espontânea Saúde Idosa	Curso de Estratégia de Saúde da Família
Sessão do Trabalho	2ª feria	3ª feria	4ª feria	5ª feria	6ª feria
Tarde	Atendimento a demanda espontânea Saúde Mulher	Atendimento a demanda espontânea. Saúde Homem e adolescentes	Vista domiciliar .	Visita Domiciliar	Curso de Estratégia de Saúde da Família

Fonte: autoria própria ESF caboclo I (2015)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante para obter bons resultados na reorganização dos serviços a educação da população para aumentar os conhecimentos dos serviços prestados na UBS e a responsabilidade individual e comunitária no processo saúde – doença. E assim elevar os indicadores de saúde da área de abrangência da equipe de Estratégia de Saúde da Família.

O acolhimento com o trabalho em equipe garante aos usuários um atendimento humanizado e será mais efetivo com a capacitação permanente de todos os profissionais aumentando a possibilidade de recepcionar, escutar, atender, dialogar, tomar decisões, amparar, negociar para lograr o bem estar do paciente e satisfação dos profissionais da saúde.

Com esta proposta de intervenção a Equipe de Saúde Caboclo I poderá oferecer uma atenção de qualidade brindando todas as atividades próprias da Estratégia de Saúde da Família (promoção, prevenção, curativas e de reabilitação com um enfoque individual, familiar e da comunidade), centrada na pessoa e não na doença; além disso, modificar o processo de trabalho e a organização dos serviços direcionando o fluxo e otimizando todas as demandas dos usuários,

Espera-se lograr que ao menos 95 % da população tenha participação no nosso projeto e lograr que 100 % das consultas sejam agendadas pelos ASC.

REFERÊNCIAS

ARANDA, A. **Humanização e acolhimento nos serviços de Atenção Primária a Saúde**. TCC da Especialização em Saúde Pública. Porto Alegre: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde da Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS; acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**, 2004. p.7

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem: análise do contexto da gestão e das práticas de saúde/Brasil**. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro/Fiocruz, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde. 2012, p.13-19, ISBN 978-85-334-1939-1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Vol. 1. Brasília-DF, 2013.

CAMPOS, F.C.C; FARIA H.P; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

COELHO, M.O; JORGE, M.S.B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, Supl. 1, p.1523-1531, 2009.

FARIA, H.P *et al.* **Organização do processo de trabalho na Unidade Básica de Saúde**. Belo Horizonte. Editora UFMG, 2008.

FARIA, H.P *et al.* **Processo de trabalho em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG/COOPEMED. 2009, 67p ISBN: 978-85-7825-025-4.

FRANCO, T.B; BUENO, W.S; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.15, n.2, p. 345-53, 1999.

LUZ, J. **Práticas de acolhimento e acesso aos serviços de atenção primária de saúde no Brasil: uma análise qualitativa de 1999 a 2010**. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Saúde Pública. XIV Curso de Especialização em Saúde Pública. Florianópolis (SC), 2012.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde :os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnico –assistencial em defesa da vida .In:Cecilio LCO,organizador. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Editora HUITEC;1994.p. 117-60.

MINAS GERAIS. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Assessoria de Comunicação. **Avanços e desafios na organização de Atenção Básica á saúde em Belo Horizonte**, 2008, 432 p.

MOTTA, J.I.J; RIBEIRO, E.C.O. Educação **em saúde como estratégia na organização dos serviços de saúde**. Março de 2005. Disponível em: www.redeunida.org.br>. Acesso em Setembro 2009.

RIBEIRO, F.A. **Atenção Primária (APS) e Sistema de Saúde no Brasil: uma perspectiva histórica**. 2007. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-24102007-084507/publico/fatimaapribeir...> Acesso>. Acesso em: 3 mar. 2015.

SANTOS, E. H. **Limites e possibilidades a prática de acolhimento pela equipe multiprofissional na ESF da Vila Industrial**. TCC de Pós-graduação em nível de especialização em Atenção Básica de Saúde. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Gloria de Dourado. M S ,2011.

SHIMAZAKI, M.E. A Atenção Primária à Saúde. In: MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde**. Oficina 2 e 3. Análise da atenção primária à saúde e diagnóstico local. Guia do tutor/facilitador. Belo Horizonte: Oficina 1-Análise da atenção primária à saúde. Guia do participante. Belo Horizonte: ESPMG, 2009. p. 176.

SILVIA, L.G; ALVES, M.S. O acolhimento como ferramentas de práticas inclusivas. **Rev. APS**, v.11, n.1, p.74-84, jan/mar. 2008.

TESSER, C.D; POLI NETO, P; CAMPOS, G.W.S. Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**. v.15, n.3, p. 3615-3624, 2010.