

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

Magalys Edith Veguit Hechavarria

**IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO PARA HUMANIZAÇÃO DO
PROCESSO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS NA ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Ipatinga - Minas Gerais

2016

Magalys Edith Veguit Hechavarria

**IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO PARA HUMANIZAÇÃO DO
PROCESSO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS NA ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

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.

Orientadora: Profª Rita de Cássia Costa da Silva

Ipatinga - Minas Gerais

2016

Magalys Edith Veguit Hechavarria

**IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO PARA HUMANIZAÇÃO DO
PROCESSO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS NA ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Banca examinadora

Prof.^a Rita de Cássia Costa da Silva - orientadora

Prof.^a Kátia Ferreira Costa Campos

Aprovado em Ipatinga, em de de 2016.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha família, por me darem a força necessária para continuar trabalhando.

À minha mãe Magalys por sua dedicação e apoio incondicional.

A meu pai Eddys que sempre me guia pelo caminho correto.

A meu irmão, cunhada e sobrinhos.

E a tudo o que me inspira a continuar.

AGRADECIMENTOS

A Deus que tudo pode e faz para meu crescimento espiritual, acadêmico e profissional.

A minha família que tem dedicado toda uma vida a ser meu ponto de apoio em todos os momentos.

Ao Prof^o Heron Cesar Mello de Souza que foi o tutor durante o projeto e à Prof^a Rita de Cássia Costa da Silva, tutora do trabalho.

A minha equipe de ESF e a comunidade do território de atuação, porque sem eles não seria possível a realização deste trabalho.

Obrigada!

*“...Dê ao homem saúde e metas a atingir
e não vai parar para pensar se deve ou não ser feliz...”*

George Bernard Shaw

RESUMO

Trata-se de um trabalho de intervenção comunitária cuja principal intenção é promover uma atenção humanitária e sensibilizada com os principais problemas de saúde que afetam a comunidade. A Estratégia Saúde da Família, visa a presença de equipes de saúde conscientes e capazes de reconhecer os principais problemas que afetam a comunidade onde trabalham; isso só pode ser alcançado com um cuidado humanizado que seja tecnicamente competente e capaz de acolher ao usuário, como um foco principal do seu trabalho. Este estudo teve como objetivo implantar o Acolhimento como um processo de humanização na Estratégia de Saúde da Família, em Bela Vista de Minas, MG, Brasil. Os sujeitos foram os profissionais que compoem a equipe e a população atendida. Os dados foram coletados por meio das observações, reclamações e entrevistas, que posteriormente foram discutidas na equipe e foram resumidos na Análise da Situação de Saúde da área. O projeto mostrou que o Acolhimento anteriormente era feito em um local determinado para isso e focado em uma escuta clínica baseada nas queixas que afetavam os usuários; com uma intervenção limitada, incapaz de resolver os problemas de saúde da comunidade dificultando os vínculos entre ambas as partes. Foi necessário repensar o "acolhimento" a partir de aspectos teóricos e práticos viabilizando o modelo de cuidado humano, com a participação dos membros da equipe. Os resultados são satisfatórios, pois aumentamos a qualidade nos cuidados de saúde da comunidade da área de abrangência. Também foi importante lembrar que a Atenção Primária de Saúde é considerada a porta de entrada do usuário no sistema de saúde e sendo os Agentes Comunitários de Saúde os membros da equipe básica de saúde que mais próximos se encontram da comunidade, então, cabe a eles ter um papel fundamental na realização do Acolhimento. Foram encontradas estratégias para a implementação de um acolhimento humanizado e integral, pelos profissionais da equipe. A intervenção já está incorporada na rotina da unidade de saúde. A comunidade e os gestores municipais ficaram satisfeitos pelas ações desenvolvidas. A equipe encontra-se mais unida e capacitada. Considera-se que os princípios do Sistema Único de Saúde foram efetivados e, que, a Atenção Primária de Saúde, por meio das ações da Equipe de Saúde da Família têm a responsabilidade junto com os usuários e gestores, de planejar e realizar ações que possibilitem a qualidade de vida da população, com cuidado humanizado e integral.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Acolhimento; Humanização.

ABSTRACT

This is a community intervention work whose main intention is to promote a humanitarian and appreciative attention to the major health problems that affect the community. The Family Health Strategy, aims to present health teams aware and able to recognize the main problems that affect the community where they work; this can only be achieved with a humanized care that is technically competent and able to welcome the user as a focus of their work. This study aimed to establish the reception as a humanization process in the Family Health Strategy in Bela Vista de Minas, Minas Gerais, and Brazil. The subjects were the professionals who make up the team and the population attended. Os data were collected through observations, complaints and interviews, which were subsequently discussed in the team and were summarized in the Health Situation Analysis area. The project has shown that host was previously made in a particular location for it and focused on a clinical listening basada in complaints affecting users; with limited intervention, unable to solve community health problems hindering the ties between both parties. It was necessary to rethink the host from theoretical and practical aspects enabling the human care model, with the participation of the team members. The results are satisfactory, as we increase the quality of health care coverage area of the community. Also it was important to remember that the primary health care is considered the user's gateway to the health system and with the community health Agents members of the primary care team closest are the community, then it is up to them to have a key role in achieving the "host." strategies were found for the implementation of a "host" humanized and integral, for each professional team. the intervention is already incorporated into routine health unit. The community and municipal managers were satisfied by the actions taken. the team is more united and capable. it is considered that the principles of the Unified Health System were hired and that the Primary Health, through the actions of the Family Health team have responsibility with users and managers, to plan and carry out actions that enable the population's quality of life, humanized and comprehensive care.

Keywords: Primary Health Care; Health Strategy; Home; Humanization.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica de Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
DST	Doença Sexualmente Transmissível
eSB	Equipe de Saúde Bucal
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MG	Minas Gerais
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	15
3 OBJETIVO	16
4 METODOLOGIA	17
5 REVISÃO DA LITERATURA	18
5.1 Conceito de Acolhimento	19
5.2 Diretrizes e políticas de saúde	21
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	25
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS	39
APENDICE	40

1 INTRODUÇÃO

Bela Vista de Minas é um município brasileiro do Estado de Minas Gerais, situado às margens do Córrego do Onça. A cidade encontra-se a 100 km de Ipatinga e a 120 km da capital mineira. O acesso é feito através da BR-381. Bela Vista é resultado de um desmembramento do município de Nova Era, pertencente à Comarca de Rio Piracicaba até dezembro de 2008. Em janeiro de 2009, devido mobilização popular, Bela Vista de Minas, passou a pertencer a Comarca de Nova Era (IBGE, 2010).

Bela Vista de Minas, situada às margens da BR-381, dentre as montanhas que cercam o município, é uma pacata cidade do interior que tem como destaque o seu povo que sempre recebe bem os visitantes e que sempre luta por dias melhores. A cidade possui extensão territorial de 109.143 km² e limites geográficos com João Monlevade, Rio Piracicaba, Nova Era, São Domingos do Prata, Itabira. Está localizada na região central do Estado de Minas Gerais (IBGE, 2010).

Figura 1- Bela Vista de Minas e cidades limítrofes



Fonte: IBGE, 2010

Embora sem denominação de época, que seria a da conseqüente fundação do núcleo, sabe-se terem sido Belmiro Ferreira, Ricardo Rancheiro, e José Modesto de Ávila os primeiros proprietários rurais do lugar. A propriedade de José Modesto ficava nos limites com o Distrito de João Monlevade, passando junto a ela um córrego denominado Onça. À sua margem formou-se um aglomerado com o mesmo

nome. Alguns fatores influenciaram para a conquista rápida das terras do município, além da fertilidade marcante das mesmas. Inicialmente a escolha do local para se construir a capela, erguida em ponto bem elevado de onde se descortinava bela e agradável vista, dedicada a São Sebastião. Em face disso a povoação passou a denominar-se São Sebastião da Bela Vista. Outra razão do crescimento local foi a implantação da Companhia Siderúrgica Belgo-Mineira em João Monlevade, distante apenas 5 km do povoado. Os proprietários rurais abriram loteamentos e, fazendas como a de José Modesto de Ávila, se transformaram em ruas, praças e avenidas. Desenvolveu-se a comunidade tendo nas atividades comerciais e agropecuárias suas maiores fontes de renda (CÂMARA MUNICIPAL DE BELA VISTA DE MINAS, 2014).

A localidade foi emancipada em 29 de abril de 1964, sendo elevada a município, portanto, com administração própria. A cidade é dividida em 12 bairros: Bandeirantes, Serrinha, Senhor do Bonfim, JK, Taquaril, Capela Branca, Mato Grosso dos Anjos, Lages, Córrego Fundo, Caminho Grande, Maria Marcelina e Boa Esperança (CÂMARA MUNICIPAL DE BELA VISTA DE MINAS, 2014).

A linha de trem Belo Horizonte - Vitória, uma das únicas que ainda estão em funcionamento diariamente e que foi recentemente modernizada corta a cidade. Há também uma companhia de ônibus que transporta pessoas diariamente para os municípios próximos e bairros do próprio município. Os principais eventos de interesse cultural e turístico do município e região são a cavalgada, o congado e a cachoeira de Taquaril (Disponível em <http://www.camarabelavista.mg.gov.br>).

Indicadores municipais

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012) a cidade tem uma população de 10.028 habitantes, dos quais 5.201 são mulheres e 4.827 homens.

O quadro a seguir apresenta a distribuição da população residente, por sexo e faixa etária.

Quadro 1- População residente por sexo e faixa etária, Bela Vista de Minas

Sexo	< 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 Anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 Anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Total
Mas	75	294	403	452	430	824	690	675	454	298	184	48	4827
Fem.	80	280	383	467	408	875	757	710	522	353	258	108	5201
Total	155	574	786	919	838	1699	1447	1385	976	651	442	156	10028

Fonte: Datasus, 2012

A pirâmide etária tem um comportamento semelhante ao dos países em desenvolvimento caracterizados pelo envelhecimento progressivo da população, e com uma expectativa de vida acima de 65 anos, representado por um estreitamento na base da pirâmide. O que significa que a taxa de natalidade está caindo, assim como a mortalidade infantil e materna. Identifica-se o aumento da expectativa de vida, uma baixa incidência de doenças infectocontagiosas e uma alta prevalência e incidência de doenças crônicas não transmissíveis.

Na área da educação o município registra um total de 1.894 pessoas em idade escolar matriculados no ensino fundamental e médio, porém, apenas 87% vão regularmente para atividades de ensino. O número de moradores alfabetizados é de 8.592, o que representa 86% da população total (IBGE, 2010).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) em 2010 foi de 0.674 (IBGE, 2010). O número aproximado de domicílios/famílias é 2.987, dos quais 186 estão cadastrados em programas sociais, como por exemplo, o Programa Bolsa Família.

Cerca de 89% da população consome água da rede pública e possui acesso a redes de esgoto. A cidade conta com serviços de telefonia, eletricidade, jornal, rádio, Internet e televisão. As principais atividades econômicas são: indústria, serviços, comércio e agropecuária (IBGE, 2010).

Quanto aos aspectos demográficos, a cidade apresenta uma taxa de crescimento anual de 61%. A densidade demográfica é de 91,6 hab/Km² com uma proporção de 31% de moradores abaixo da linha de pobreza e Índice de Gini de 0,37 (IBGE, 2010).

Sistema Local de Saúde:

O sistema local de saúde é composto por cinco unidades básicas que prestam serviço na Estratégia de Saúde da Família e oferecem cobertura de 100% da população. Conta com um total de 75 profissionais que trabalham no Sistema Único de Saúde (SUS) cumprindo carga horária diária de 8 horas, totalizando 40 horas por semana de trabalho. Na cidade não há hospital, mas os moradores contam com um pronto socorro que oferece assistência às emergências durante 12h por dia. Quando necessário as emergências são encaminhadas para o município João Monlevade, que nesses casos é a referência na Região de Saúde para o município de Bela Vista de Minas. Os serviços de média e alta complexidade são executados na capital do Estado, Belo Horizonte.

Em março de 2014 foi implantada a Unidade Básica de Saúde (UBS) Rural itinerante atendendo à demanda social e a necessidade de uma equipe responsável pela saúde das comunidades mais necessitadas, de forma regular e constante. É importante destacar que esta demanda foi identificada pelo Prefeito atual em sua campanha eleitoral.

A equipe da UBS Rural é composta por sete profissionais, dos quais quatro são agentes comunitários de saúde (ACS), um técnico de enfermagem, uma enfermeira e uma médica de intercâmbio do Programa Mais Médicos para o Brasil. Esta UBS oferece atendimento às comunidades rurais do município: bairros Córrego Fundo, Boa Esperança, Capela Branca, Mato Grosso dos Anjos, Barbosa e Industrial. Esta UBS aloja a Equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Rural com registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Nº 7.427.999. A população atendida pela equipe rural corresponde a um total de 358 famílias e 1.173 pessoas.

O principal desafio da equipe que atua nas áreas rurais do município de Bela Vista de Minas foi chegar às pessoas com carências econômicas, de alto risco de vulnerabilidade social e abandono por parte das principais organizações políticas e sociais do País, Cidade e Estado. Durante este tempo em que a equipe está realizando atendimento nestas micro áreas tem encontrado problemas como o uso, abuso e tráfico de drogas, prostituição, violência doméstica, desemprego. Além disso, os centros educacionais que existiam nas comunidades foram fechados por

administrações anteriores. Atualmente é muito mais fácil encontrar um bar, pontos de tráfico e prostituição que um centro de apoio e orientação à família.

Na equipe de Saúde da Família (ESF) Rural é prestado serviços tais como: acolhimento, atendimento de enfermagem, atendimento médico, prevenção e tratamento de doenças, curativos, educação em saúde, exame cito patológico do colo do útero, pré-natal e puericultura. É realizado também atendimento médico e de enfermagem em domicílio, além das atividades e acompanhamento pelas ACS.

Na área de abrangência da ESF Rural não há instalações exclusivas para o atendimento médico; de modo que este é realizado em locais como escolas públicas, em uma capela, e em uma sala de reuniões de uma fazenda. Nesses lugares existem condições mínimas para realizar uma consulta com qualidade; materiais necessários para o atendimento médico como: esfigmomanômetro, macas, estetoscópio, otoscópios, macas ginecológicas, termômetros, dentre outros estão disponíveis.

A atual Política de Atenção Básica de Saúde proposta pelo Ministério da Saúde demonstra que o principal objetivo da Atenção Primária de Saúde não é o atendimento médico isolado, mas baseado na interação de uma equipe de saúde com sua comunidade (BRASIL, 2004). Então, entende-se que um componente importante para fornecer a assistência médica e proporcionar cuidados de saúde de qualidade é o Acolhimento que será conceituado mais adiante.

2 JUSTIFICATIVA

A finalidade para a qual foi criada a Estratégia de Saúde da Família, infelizmente não funciona na experiência vivenciada pela autora. Em sua realidade constata um sistema de saúde desarticulado e fragmentado, pois só cuida da importante função de cura esquecendo-se de ações de prevenção, educação, promoção para a saúde. Às vezes, as relações interpessoais são tensas gerando conflitos entre os profissionais da equipe. As atividades de saúde se concentram apenas no atendimento da demanda espontânea, individuais e curativas, com prioridade para o atendimento médico. A falta de infraestrutura também causa perda de qualidade no atendimento.

Como consequência das situações anteriormente descritas um grave problema no cotidiano da ESF Rural é a falta de entendimento e envolvimento de alguns trabalhadores da saúde em relação ao Acolhimento.

Diante da realidade vivida pela autora no dia-a-dia nas consultas na ESF Rural no município de Bela Vista de Minas, e com base na literatura estudada este trabalho se justifica pela necessidade de mudar a forma como os pacientes são acolhidos na Atenção Básica em Saúde (ABS), sendo necessário perceber as mudanças de paradigma no desenvolvimento do Acolhimento nas instituições de saúde.

3 OBJETIVO

Objetivo geral:

Elaborar projeto de intervenção para implantar o Acolhimento na ESF Rural de Bela Vista de Minas, como proposto pela Política Nacional de Humanização (PNH/SUS).

4 METODOLOGIA

Trata-se de projeto de intervenção com a intenção de propor um plano de ação para implantar o acolhimento na ESF Rural do Município Bela Vista de Minas. Adota como principal estratégia propiciar mudanças organizacionais para realização do acolhimento segundo as orientações do Ministério da Saúde.

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme orientação da disciplina de Planejamento e Avaliação em Saúde que permitiu identificar o problema prioritário, os nós críticos e as ações necessárias para mudar a situação identificada como problema (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Após a realização de análise da situação de saúde, comportamento dos indicadores de saúde da comunidade atendida pela equipe de saúde foi necessário fazer uma mudança na abordagem à população. A entrada e recepção dos pacientes na UBS foi um dos problemas mais destacados nas investigações e levantamentos realizados pela equipe básica de saúde, tanto com os usuários e com os membros da própria equipe.

Para a construção deste projeto foram utilizados trabalhos científicos encontrados em bases de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, PUBMED, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, SCIELO, dentre outros. Os descritores utilizados nas buscas nas bases de dados foram: Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Acolhimento; Humanização.

O trabalho contou com a participação dos profissionais de saúde da equipe e população adstrita da ESF Rural localizada no município de Bela Vista de Minas.

5 REVISÃO DA LITERATURA

A Estratégia de Saúde da Família é um dos principais cuidados de saúde primários propostos pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Tem como objetivo trazer saúde para a comunidade fazendo trabalho social de prevenção, promoção e educação para a saúde. Ajuda a melhorar o estado de saúde da comunidade atendida, com ações abrangentes e contínuas para melhorar a situação da saúde familiar, individual e comunitária. Também ensina a promoção da qualidade de vida, através de mudanças de comportamentos e conhecimento de hábitos de vida, higiênicos, sanitários, individuais e coletivos (BRASIL, 2002).

Segundo a Política Nacional de Humanização (PNH), a Estratégia Saúde da Família prevê a participação de toda a comunidade, em parceria com a equipe de saúde para identificar os problemas de saúde, priorizar e buscar possíveis soluções. Para conseguir isso, é importante enfatizar o Acolhimento como um sistema proposto pelo Programa HumanizaSUS criado pelo Ministério da Saúde do Brasil em 2003, que é uma forma de cuidados de saúde primários com humanização e organização do trabalho da equipe de saúde (BRASIL, 2010).

5.1 Conceito de Acolhimento

De acordo com a Política Nacional de Humanização, do Ministério da Saúde, o Acolhimento é assim definido:

Processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída. Ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário (Brasil, 2008, p 51).

O Acolhimento é a ação que tem lugar na equipe de saúde para definir a prioridade com que deve ser abordado o problema de saúde de cada paciente. Ele serve como ferramenta para organizar o serviço de saúde e reduzir o tempo de espera dos pacientes na unidade (STARFIELD, 2002).

De acordo com publicação do Ministério da Saúde "o acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de

aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão” (BRASIL, 2010, p 6). Isso implica uma responsabilidade por parte da equipe de saúde para os cuidados à população adscrita ao seu território de atuação.

Publicações recentes definem o Acolhimento como um ato de escuta qualificada que pode ser realizada por qualquer membro da equipe de saúde, embora geralmente seja realizado pelo auxiliar de enfermagem ou a enfermeira (BRASIL, 2011).

A Cartilha da PNH intitulada “Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde” apresenta uma das definições mais abrangentes sobre este tema, conceituando Acolhimento como uma forma de organizar processos operacionais de trabalho de saúde, com o objetivo de satisfazer as necessidades do usuário que procura os serviços de saúde, que é, então, capaz de atender os problemas que afetam a sua comunidade. É um processo de resolução, responsabilidade e orientação ao paciente e sua família sobre as atividades desenvolvidas pelos serviços de saúde, para prestar assistência e estabelecer ligações com esses serviços, para garantir a eficácia da Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2010).

O Acolhimento é um vínculo essencial para um atendimento com qualidade nos serviços de saúde humanizados, bem como a participação, autonomia de usuários e profissionais envolvidos na UBS.

Nesse sentido, a PNH, também conhecida como Humaniza SUS, tem como diretriz fundamental:

Acolhimento, orientação ética, pois o toma como base do contrato entre os sujeitos que cuidam e os que são cuidados, cuja ação é produzir um campo comum que vamos chamar de produção do cuidado compartilhado, corresponsabilização. Acolher é, pois, o que inaugura e sustenta processos de cuidar. Acolher, todavia, não significa apenas interagir a partir do aceitar aquilo que o outro traz, mas, a partir disto, produzir desvios, produzir movimentos que permitam reposicionamentos, produção de novas atitudes, de novas éticas (BRASIL, 2010, p. 66)

Encontramos também relatos na literatura sobre o processo de organização de atendimentos de saúde aos pacientes de acordo com a sua prioridade, considerando a gravidade de cada caso numa sala de espera de uma unidade de saúde que geralmente é chamado triagem ou acolhimento. Este tipo de cuidado é geralmente realizado por profissionais de enfermagem, e tem como objetivo principal determinar a ordem de atendimento dos pacientes, a partir de critérios de necessidade. Apesar desta classificação de atendimento ter características

diferentes em cada nível de atenção em saúde, para esses autores há muitas semelhanças sobre como realizar a triagem ou acolhimento entre os diferentes pontos da Rede de Atenção em Saúde. O principal é que na ABS como nos demais Níveis de Atenção em Saúde a triagem ou acolhimento é uma atividade realizada exclusivamente pela equipe de enfermagem e é realizada dentro do local onde funciona a unidade básica de saúde (SANTOS JUNIOR *et al*, 2013).

A ESF implica responsabilidade por uma população e território adstritos e exige uma boa relação de vínculo entre a população (usuários) e a equipe, que deve manter uma postura acolhedora e de disponibilidade para responder as necessidades de saúde da área de atendimento. Por isso, é de extrema importância para a comunidade atendida pela equipe ter uma boa recepção pelos profissionais de saúde. O primeiro contato entre a comunidade e os membros da equipe de saúde é conhecido como “Acolhimento”.

O acolhimento consiste em uma ação em que o trabalhador se responsabiliza pelo usuário enquanto este permanece vinculado ao serviço de saúde. Permite que o usuário tenha uma melhor orientação sobre os cuidados que ele receberá, e que o profissional preste um serviço com a qualidade exigida.

Segundo o Ministério da Saúde, o acolhimento com classificação recria uma unidade de saúde da família estruturada em princípios de: territorialização / adstrição de clientela, integralidade, hierarquização, caráter substitutivo da UBS e trabalho em equipe multiprofissional. Cabe notar, nesse ponto, que o Acolhimento, enxergado como ação de saúde, encontra subsídios importantes nos objetivos da Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2002).

O Acolhimento é assim definido em documento do Ministério da Saúde:

... O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. Essa atitude implica, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém. É exatamente nesse sentido, de ação de “estar com” ou “estar perto de”, que queremos afirmar o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do SUS: ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida; estética porque traz para as relações e os encontros do dia-a-dia invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade; política porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros (BRASIL, 2010, p. 6)

5.2 Diretrizes e políticas de saúde e atenção humanizada

Conforme descrito na Política Nacional de Promoção da Saúde a Organização Mundial de Saúde (OMS) define como diretrizes e políticas de saúde as intervenções e medidas específicas necessárias para enfrentar os problemas prioritários de saúde através de prevenção e transversal promoção da saúde (BRASIL, 2002).

Para Starfield (2002) as instituições devem prestar um serviço de saúde no processo planejado com uma política de atenção humanizada, incluindo diferentes critérios para pacientes e funcionários da instituição. Deve-se lembrar, entre outras coisas, que a privacidade e confidencialidade das informações oferecidas pelos pacientes são fundamentais para uma boa assistência aos mesmos. Para a assistência ao paciente, é necessário definir horário de visita domiciliar, de consultas, as necessidades dos pacientes de acordo com a sua vulnerabilidade e preferências, a manipulação das informações fornecidas. As condições de silêncio, hospitalidade e conforto de infraestrutura física, condições do local e tecnologias que promovam cuidados em tempo útil e reduzindo a espera e aumentando a qualidade dos serviços. O atendimento deve ser cortês e respeitoso com pacientes e familiares, para isso é importante criar estratégias de cuidado com orientação lúdica, especialmente o respeito pelo corpo do paciente e apoio emocional para as famílias, bem como o desenvolvimento de todas as competências do pessoal e da comunicação e diálogo.

A Política Nacional de Atenção Básica destaca que

No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012, p. 9).

A assistência médica, social e cíclica, deve ter um ritmo contínuo, a partir do primeiro contato do paciente em casa pela Agente Comunitária de Saúde (ACS), até receber o atendimento na unidade básica de saúde. Esse é o motivo pelo qual quando falamos de um “Acolhimento Humanizado” não só estamos falando de um

ato realizado com a exclusividade dos profissionais de enfermagem da unidade, que terminará com uma consulta médica, mas temos como referência os ACS como primeiro contato do paciente com sua equipe de saúde. Nesse primeiro contato deve ser informado sobre os serviços prestados pela unidade de saúde. Posteriormente, os ACS serão responsáveis por informar à equipe quais os problemas encontrados em suas visitas domiciliares, e que poderiam ser as principais causas da ruptura do equilíbrio no processo de saúde individual e coletiva no bairro. Então, é na visita do ACS onde ocorre o começo de um “Acolhimento Humanizado” (MOROSINI, 2007).

Logicamente, todos os membros da ESF, incluindo os ACS, profissionais de Saúde Bucal, profissionais da sala de vacina, médicos e enfermeiros devem ter uma compreensão abrangente sobre o Acolhimento. É também importante a participação das equipes do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Assim, a partir de uma visão global sobre Acolhimento a equipe multidisciplinar será capaz de cuidar da saúde do paciente como um todo.

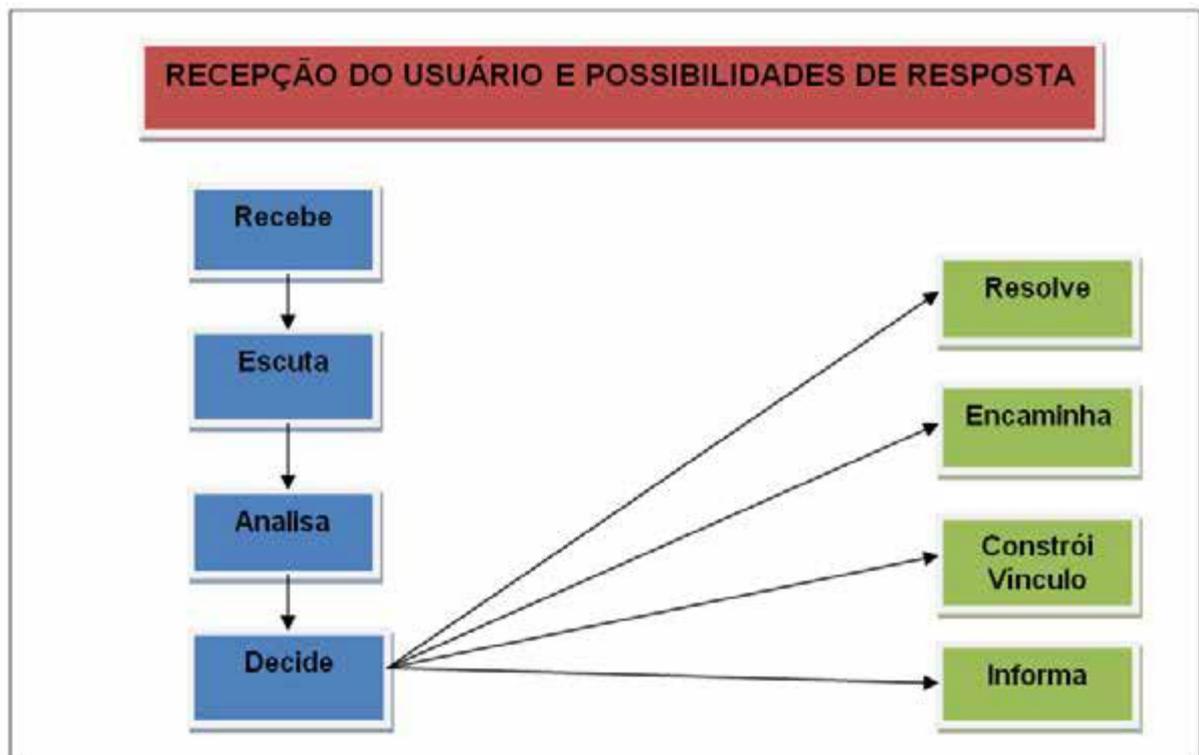
O Acolhimento caloroso e de cuidado constante vai além de fornecer tratamento médico ou encontrar uma cura para o paciente. Deve ser considerado um ato contínuo, funcionando como uma engrenagem perfeita para cuidar de um antes e um depois, ou seja, antes da presença da doença e depois que ela estiver presente.

Acolhimento interativo e em grupo, isso seria feito na unidade de saúde na chegada do paciente. As reuniões com usuários nas salas de espera, as informações à comunidade sobre o serviço prestado e como está organizado. A equipe terá a oportunidade de dialogar com os pacientes sobre questões coletivas que afetam a comunidade, como por exemplo, a presença de vetores responsáveis pela transmissão de doenças infecciosas, atenção aos grupos mais vulneráveis, participação e apoio ativo das famílias nos cuidados de saúde da comunidade, dentre outras possibilidades que a equipe básica de saúde encontre para fortalecer o vínculo com a população, nesse momento do Acolhimento.

Essa classificação do “Acolhimento Humanizado” está claramente estabelecida na PNH. Se na ABS alcançarmos estabelecer essa classificação toda a equipe, em conjunto no trabalho diário poderá oferecer “Atenção Humanizada”, através de prestação de cuidados de qualidade, com consciência, compreensão e responsabilidade pela saúde da população atendida pela ESF.

Malta (2000) se concentra no princípio básico claramente estabelecido na PNH mostrando claramente na figura a seguir os passos que se deve seguir quando o usuário entra em contato com o posto de saúde. Evidencia-se também a responsabilidade de ouvir e atender as demandas e queixas dos pacientes, por cada um dos membros da equipe de saúde básica.

Figura 1: Passos para o Acolhimento do Usuário



Fonte: Malta 2000

Com a finalidade de receber os pacientes em serviços médicos de uma forma mais humana possível o Ministério da Saúde propõe o acolhimento como uma postura de força apropriada para o cuidado e as ações realizadas nas unidades de saúde. Esta estratégia baseia-se nos objetivos de cumprir com os cuidados continuados da população em geral. Está centrada na análise dos processos de trabalho que promovam a construção de relacionamentos de confiança e compromisso entre a ESF e os usuários, tendo em vista o estabelecimento de ligação e vínculo entre ambas partes (BRASIL, 2002).

O acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de Saúde, a partir da análise dos processos de trabalho favorece a

construção de relação de confiança e compromisso entre as equipes e os serviços. Possibilita também avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial para a população brasileira (BRASIL, 2010).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

A elaboração do Plano de Ação baseou-se no PES, cujos passos serão descritos a seguir.

6.1 Primeiro Passo: Identificação dos problemas

Ao fazer a análise situacional do território da Estratégia de Saúde da Família Rural nas reuniões que são realizadas todos os meses pela equipe básica de saúde foram determinados um grupo de problemas que afetam a população e que interferem em seu estado de saúde, desde o ponto de vista objetivo e subjetivo.

Os principais problemas identificados foram os seguintes:

- A inexistência do Acolhimento;
- Alta incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS);
- Alta incidência de Diabetes Mellitus (DM);
- Alto número de indivíduos com obesidade, dislipidemias;
- Alto índice de indivíduos com hábitos tóxicos: cigarro, álcool e drogas;
- Alto índice de DST;
- Parasitismo intestinal;
- Não atendimento odontológico (saúde bucal);
- Doenças respiratórias agudas;
- Violência, prostituição e perda dos valores de normas de comportamentos sociais e familiares.

6.2 Segundo Passo: Priorização dos problemas

Para determinar a ordem de prioridade dos problemas foi utilizada a Matriz de Priorização, muito indicada para fazer análise da situação de saúde, havendo consenso nas prioridades dos problemas. A técnica consiste em selecionar um conjunto de critérios e dar o valor entre 0 e 2 para cada uma das questões discutidas.

Quadro 2- Matriz de Priorização de Problemas da área de abrangência

Principais Problemas	Tendência	Frequência	Gravidade	Disponibilidade de recursos	Vulnerabilidade
Inexistência do Acolhimento	2	2	2	2	2
Alta incidência de HAS	2	2	2	2	1
Alta incidência de DM	2	2	2	1	1
Alto número de indivíduos com obesidade, dislipidemias	2	1		1	1
Alto índice de indivíduos com hábitos tóxicos (cigarro, álcool e drogas)	1	1	1	2	1
Alto índice de DST	1	1	1	0	1
Parasitismo intestinal	1	1	2	1	0
Não atendimento odontológico (saúde bucal)	1	1	1	0	1
Doenças respiratórias agudas	1	1	0	1	1
Violência, prostituição e perda dos valores de normas de comportamentos sociais e familiares	1	1	1	0	1

Fonte: Elaborado pela autora

6.3 Terceiro Passo: Descrição do problema

Quando na reunião de equipe discutiram-se os principais problemas identificados na comunidade, todos concordaram com que a inexistência do “Acolhimento” seria um dos fatores que afetam a qualidade da consulta médica na ESF Rural do município de Bela Vista de Minas.

Um problema é um ponto ou questão discutível que requer uma solução. É necessário buscar soluções ou possíveis soluções, através de um plano de ação que oriente qual é o caminho certo.

6.4 Quarto Passo: Explicação do problema

A área de atuação na ESF Rural, Município Bela Vista de Minas, conta com uma população de 1.173 pacientes. A carga horária de trabalho é de 40 horas semanais e um total de sete profissionais.

O início do trabalho na eSF Rural recém implantada foi com a ideia de levar cuidados de saúde as áreas da cidade que são mais distantes entre si. Esta é a razão pela qual a eSF não conta com um lugar específico exclusivamente para este fim. Anteriormente, essas áreas contavam com a presença de um médico que realizava atendimento uma vez por mês ou de 15 em 15 dias e, dessa forma, não poderia cobrir 100% das necessidades de saúde da comunidade. As consultas geralmente não eram agendadas com antecedência, só se prestava atendimento a certo número de usuários, por ordem de chegada. Os demais moradores que não podiam ser atendidos pelo médico passavam por uma consulta com a enfermeira, para avaliação de sinais vitais e orientações gerais sobre o cuidado da saúde individual e coletivo. Assim, um cuidado contínuo, saúde integral e humanizada que devia se concentrar em prevenção e promoção da saúde da comunidade não se tinha.

Após análises do sistema de atendimento médico oferecido à comunidade e da baixa participação e interação que existia entre a equipe e a comunidade decidimos mudar a forma de realizar o atendimento na localidade.

Primeiramente, foi tomado como acordo dar maior autonomia para as ACS em sua atuação na comunidade. Esta decisão objetivou fazê-los compreender que a Estratégia Saúde da Família foi criada para manter a comunicação direta e próxima com a população, e conseguir o intercâmbio de informações sobre a situação de saúde entre ambos os lados, o que seria suficiente para trazer mudanças nas formas de oferecer consultas e atenção médica. As principais ações devem ser voltadas à: substituir as consultas de demanda espontânea pelas consultas agendadas, com avaliação prévia pela enfermagem e sempre deixando um espaço para demandas de urgência e emergência que possam surgir no momento da consulta; preparar a equipe para estas condições adversas de saber como lidar com a situação de emergência.

Nesta etapa identificamos que o processo de trabalho na equipe desenvolve-se da seguinte forma: a recepção dos pacientes normalmente era realizada pelos ACS. Eles eram os que informavam aos pacientes se poderiam ser atendidos ou não em consulta médica. No entanto, o Acolhimento não é um método para decidir quem será tratado pelo médico ou não. Como o próprio nome indica o objetivo é acolher o paciente, é sensibilizar aos trabalhadores da equipe sobre os problemas do usuário, e estabelecer uma ligação entre os dois lados (equipe e usuários).

6.5 Quinto Passo: Identificação dos “nós críticos” e suas justificativas

Podemos dizer que o Acolhimento é uma questão prioritária, afetando o atendimento da ESF Rural nas comunidades atendidas conforme demonstraremos:

➤ **Demanda espontânea:**

O fluxo de paciente para consulta e demanda espontânea é, em grande número, o que causava uma longa fila de espera.

➤ **Valores quantitativos de atendimento e rendimento profissional:**

Não há restrição quantitativa do atendimento. No entanto, não se pode restringir o acesso à saúde ao quantitativo, o importante é considerar a importância da qualidade do atendimento.

➤ **O Acolhimento é uma atividade exclusiva para a recepcionista:**

O Acolhimento deve ser realizado por todos os profissionais da equipe. A avaliação e escuta deve ser feitas por enfermeiros ou técnicos e não responderá unicamente a uma triagem de problemas, mas sim, a uma busca de solução.

➤ **Falha na execução do Acolhimento em grupo:**

A ideia é fazer um Acolhimento em grupo por parte dos membros da equipe, iniciando o atendimento com a fala de um profissional sobre a organização do posto e das consultas, sendo, então, um momento aberto para que os usuários expressem alguma dúvida sobre o posto ou sobre saúde/doença.

➤ **Educação Permanente do trabalho:**

Facilitação da organização no processo de trabalho da equipe, com ênfase na necessidade de Educação Permanente nos serviços de saúde. Esta ação nos permite avaliar o conhecimento permanente e competências adquiridos pelos profissionais.

6.6 Sexto Passo: Desenho de Operações

Foi também importante deixar claro que os pacientes não podiam deixar o local sem atendimento e informações que pudessem esclarecer suas dúvidas. Tendo uma ideia mais clara de nosso atendimento poderíamos deixar um espaço para consultas espontâneas que sempre exigem uma demanda menor, podendo aparecer no momento de atendimento; isso ajuda a reduzir o tempo de espera e evita a necessidade dispensar pacientes sem atendimento. Depois das consultas serem agendadas pelos ACS os pacientes seriam submetidos a uma avaliação pelos profissionais de enfermagem, e mais tarde com consulta médica quando receberão orientações sobre os cuidados de saúde.

Este ciclo de atendimento não termina aí, porque caberá aos ACS durante as visitas domiciliares oferecer um seguimento continuado em cumprimento das orientações que os pacientes receberam nas consultas. Para que este sistema de trabalho não pareça desorganizado, fragmentado serão agendadas reuniões mensais com membros da equipe para orientar as ACS sobre situações de saúde que devem ser observados com maior rigor na comunidade, que deverão ser tomadas como uma prioridade sobre marcação das consultas e orientar a família sobre a responsabilidade no cuidado da saúde de cada indivíduo.

O quadro a seguir apresenta o detalhamento das operações propostas para enfrentar o problema “Inexistência de Acolhimento” na ESR Rural.

Quadro 3-Desenho de operações para os nós críticos do problema
“Inexistência do Acolhimento”

Nó crítico	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Demanda espontânea	Organizar melhor: Aumentar o nível de comunicação e informação das ACS sobre a importância das consultas agendadas na ESF	Diminuir o fluxo de pacientes por demanda espontânea	Reprodução de material audiovisual da PNH do SUS na área de espera da UBS. Realizar pesquisas para avaliação do nível de comunicação entre as ACS e a comunidade. Fazer uma agenda de	<u>Político:</u> conseguir o espaço na área local, mobilização social e articulação com a UBS. <u>Financeiro:</u> Aquisição de recursos audiovisuais e folhetos educativos.

			visitas e consultas programadas.	
Valores quantitativos de atendimento e rendimento profissional	Saber mais: Aumentar o nível de informação e preparação do Profissional. Aumentar a confiança dos médicos diante das questões psicológicas, sociais e ambientais da comunidade. Aumentar ações de promoção e prevenção da saúde.	Diminuir as filas de esperas. Diminuir a prática centrada na doença.	Realizar provas para avaliar o nível de informação. Realizar capacitações sobre a utilização do Método Clínica.	<u>Cognitivos:</u> conhecimento sobre o tema <u>Políticos:</u> parceria, mobilização social, disponibilização de materiais. Criar vínculo entre ambos os lados (usuários e equipe) <u>Organizacionais:</u> Auxiliar a equipe na preparação dos profissionais.
O Acolhimento é uma atividade exclusiva para a recepcionista	Humanizar mais: Modificar o estilo de atendimento. O Acolhimento deve ser feito por todos os profissionais da equipe. Formar os grupos multiprofissionais para mapeamento do fluxo do usuário e orientar aos usuários como vai ser o atendimento na unidade.	Envolver todos os Médicos, Enfermeiras, Cirurgiões Dentistas, Técnicos de Enfermagem, ASB, TSB, Recepcionistas, ACS, pessoal da segurança e usuários	Realizar provas para avaliar o nível de informação dos profissionais. Entregar materiais didáticos atualizados. Abordar a questão nas reuniões da equipe.	<u>Cognitivos:</u> Conhecimento sobre o tema. <u>Políticos:</u> comprometer mais os profissionais da equipe com a saúde do usuário <u>Organizacionais:</u> Auxiliar a equipe nas divulgações dos grupos
Falha na execução do acolhimento em grupo	Cuidados coletivos: Aumentar o nível de conhecimento e compromisso. Execução pela equipe profissional do Acolhimento. Construção dos vínculos interventores, entre a equipe e os usuários.	Diminuir o número de pacientes na sala de espera sem orientações. Intercâmbio de informações coletivas. Esclarecer dúvidas coletivas.	Programas de campanhas educativas	<u>Cognitivo:</u> informação sobre o tema e estratégias de comunicação. <u>Político:</u> Salas de reuniões; criação de sala de espera para os pacientes do acolhimento <u>Financeiro:</u> Aquisição de recursos audiovisuais e folhetos educativos
Educação permanente no trabalho	Conhecimentos permanentes: Monitorar mensalmente as ações relativas ao acolhimento na gestão do cuidado.	Mudança de postura e ética de todos os profissionais envolvidos para prestar o acolhimento com uma continuidade da assistência e cuidados da saúde das comunidades	Realizar provas para avaliar o nível de informação e autopreparação dos profissionais. Programas e campanhas educativas.	<u>Cognitiva:</u> informação sobre o tema e estratégias de comunicação e educação permanente <u>Político:</u> Salas de reuniões para os profissionais. <u>Financeira:</u>

			Estabelecer um vínculo com os demais serviços para melhorar atendimento individual e coletivo.	Aquisição de recurso audiovisual e folhetos educativos e horários para autopreparação.
--	--	--	--	--

Fonte: Elaborado pela autora

6.7 Sétimo Passo: Identificação dos Recursos Críticos

Os recursos críticos necessários para os desenvolvimentos das operações estão descritos no quadro abaixo.

Quadro 4- Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos nós críticos do problema A inexistência do “ACOLHIMENTO”

Operação/Projeto	Recursos críticos
Organizar melhor	<u>Cognitivo:</u> informação sobre o tema e estratégias de comunicação. Agendar consultas. <u>Político:</u> conseguir o espaço na área local, mobilização social e articulação com a UBS. <u>Financeiro:</u> Aquisição de recursos audiovisuais e folhetos educativos.
Saber mais	<u>Cognitivos:</u> Conhecimento sobre o tema. <u>Políticos:</u> Parceria, mobilização social, disponibilização de materiais. Criar vínculo entre ambos os lados (usuários e equipe). <u>Organizacionais:</u> Auxiliar a equipe na preparação dos profissionais.
Humanizar mais	<u>Cognitivos:</u> Conhecimento sobre o tema. <u>Políticos:</u> comprometer mais os profissionais da equipe com a saúde do usuário. <u>Organizacional:</u> Auxiliar a equipe nas divulgações dos grupos.
Cuidados coletivos	<u>Cognitivo:</u> informação sobre o tema e estratégias de comunicação. <u>Político:</u> Salas de reuniões; criação de sala de espera para os pacientes do acolhimento. <u>Financeiro:</u> Aquisição de recursos audiovisuais e folhetos educativos.
Conhecimentos permanentes	<u>Cognitivo:</u> informação sobre o tema e estratégias de comunicação. Educação permanente. <u>Político:</u> Salas de reuniões para os profissionais. <u>Financeiro:</u> Aquisição de recurso audiovisual e folhetos educativos e horários para autopreparação.

Fonte: Elaborado pela autora

6.8 Oitavo Passo: Análise da Viabilidade

A análise de viabilidade do projeto de intervenção é de fundamental importância para garantir o seu acompanhamento e aplicação.

O quadro 5 apresenta as atividades descritas nesta etapa.

Quadro 5- Análise de viabilidade do plano

Operações/Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Organizar melhor: Diminuir o número de pacientes na sala de espera	<u>Político:</u> conseguir o espaço na área local, mobilização social e articulação com a UBS. <u>Financeiro:</u> Aquisição de recursos audiovisuais e folhetos educativos	Magalys Edith Veguit Hechavarria (médica da ESF) Secretaria Municipal de Saúde	Favorável	Apresentar o Projeto à coordenadora da ESF Rural
Saber mais: Melhorar a qualidade de atendimento, proporcionando maior ligação entre o médico e o paciente	<u>Cognitivos:</u> Conhecimento sobre o tema. <u>Políticos:</u> Parceria, mobilização social, disponibilização de materiais. Criar vínculo entre ambos os lados (usuários e equipe) <u>Organizacionais:</u> Auxiliar a equipe na preparação dos profissionais	Magalys Edith Veguit Hechavarria (médica da ESF) Secretaria Municipal de Saúde.	Favorável	Apresentar o Projeto à Secretaria Municipal de Saúde e Coordenadora da ABS
Humanizar mais: Estabelecer uma ligação entre os profissionais e a população em geral	<u>Cognitivos:</u> Conhecimento sobre o tema. <u>Políticos:</u> comprometer mais os profissionais da equipe com saúde do usuário <u>Organizacionais:</u> Auxiliar a equipe nas divulgações dos grupos	Magalys Edith Veguit Hechavarria (médico do ESF) Secretaria Municipal de Saúde. Prepare.	Favorável	Apresentar o Projeto para a Secretaria de Educação através de ofício. Apresentar o Projeto à Coordenadora do ESF Rural

Cuidado coletivo: Melhorar a execução do Acolhimento em grupo	<u>Cognitivo:</u> informação sobre o tema <u>Político:</u> Salas de reuniões, criação de sala de espera para os pacientes do acolhimento <u>Financeiro:</u> Aquisição de recursos audiovisuais e folhetos educativos	Magalys Edith Veguit Hechavarria (médico da ESF) em conjunto com os trabalhadores da equipe	Favorável	Apresentar o Projeto para a Secretaria de Educação através de ofício. Apresentar o Projeto à coordenadora da ESF Rural
Conhecimentos permanentes: Manter atividades de educação permanente para todos os profissionais avaliando o nível de conhecimento adquirido	<u>Cognitivo:</u> informação sobre o tema e Estratégias de Educação permanente <u>Político:</u> Salas de reuniões para os profissionais. <u>Financeiro:</u> Aquisição de recurso audiovisual e folhetos educativos; horários para autopreparação	Magalys Edith Veguit Hechavarria (médica da ESF) Secretaria Municipal de Saúde Secretaria de Educação e comunicação.	Favorável	Apresentar o projeto à coordenadora da ESF Rural, Coordenadora municipal da ABS Apresentar o Projeto à Secretaria de Educação através de ofício

Fonte: Elaborado pela autora

6.9 Nono Passo: Plano Operativo

O plano operativo foi construído juntamente com a equipe de saúde e contempla as etapas apresentadas no quadro abaixo.

Quadro 6- Elaboração do plano operativo

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Organizar melhor: Consultas agendadas	Diminuir o fluxo de pacientes por demanda espontânea	Reprodução de material audiovisual da PNH do SUS na área de espera da UBS. Realizar pesquisas para avaliação do nível de comunicação entre as ACS e a comunidade. Fazer uma agenda de visitas e	Apresentar o projeto à coordenadora da ESF Rural	Dra Magalys Edith (médica da ESF) Coordenadora da ESF Rural	Um mês para o início das atividades

		consultas programadas			
Saber mais	Diminuir as filas de esperas; Diminuir a prática centrada na doença	Realizar provas para avaliar o nível de informação dos profissionais. Realizar capacitações sobre a utilização do Método Clínico.	Apresentar o projeto para a Secretaria Municipal de Saúde e Coordenadora municipal de ABS	Dra Magalys Edith (Médica da ESF) Secretaria Municipal de Saúde.	Início: um mês
Humanizar mais	Envolver todos os médicos, enfermeiras, cirurgiã dentistas, técnicos de enfermagem, ASB, TSB, Recepcionistas, ACS, pessoal da segurança e usuários.	Realizar provas para avaliar o nível de informação dos profissionais. Entregar materiais didáticos atualizados; Abordar a questão nas reuniões da equipe.	Apresentar o projeto para a Secretaria de Educação através de ofício	Dra Magalys Edith (Médica da ESF)	Início: três meses
Cuidados coletivos	Diminuir o número de pacientes na sala de espera sem orientações. Intercâmbio de informações coletivas. Esclarecer dúvidas coletivas.	Programas de campanhas educativas	Apresentar o projeto para a Secretaria de Educação através de ofício; apresentar o projeto à coordenadora do ESF Rural	Magalys Edith Veguit Hechavarria (médica da ESF) em conjunto com os trabalhadores da equipe	Início: três meses
Conhecimentos permanentes	Mudança de postura e ética de todos os profissionais envolvidos para prestar o acolhimento como uma continuidade da assistência e cuidados da saúde das comunidades	Realizar provas para avaliar o nível de informação e autopreparação dos profissionais. Programas de campanhas educativas. Estabelecer um vínculo com os demais serviços para melhorar atendimento individual e coletivo.	Apresentar o projeto à coordenadora da ESF Rural, coordenadora municipal da ABS. Apresentar o projeto à Secretaria de Educação através de ofício.	Dra Magalys Edith (médica da ESF)	Início: doze meses

Fonte: Elaborado pela autora

Décimo passo: Gestão do plano

A gestão do plano possibilitará o acompanhamento e, quando necessário, repactuação de prazos para a adequada implantação do projeto de intervenção, conforme demonstrado no quadro 7.

Quadro 7- Planilha de acompanhamento das operações/projeto "Inexistência de ACOLHIMENTO"					
Operação "Organizar melhor"					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Avaliar o nível de comunicação entre as ACS e a comunidade. Elaborar uma agenda de visitas e consultas programadas	Dra Magalys Edith	Um mês	Projeto elaborado e submetido à discussão com os integrantes da ESF		
Operação "Saber mais"					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Capacitar os profissionais sobre a utilização do Método Clínico	Dra Magalys Edith	Um mês	Projeto ainda em discussão com a secretaria de educação		
Operação "Humanizar mais"					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Pesquisar o nível de informação dos profissionais para saber quem são os responsáveis por realizara recepção dos usuários	Dra Magalys Edith	Três meses	Projeto elaborado e submetido à discussão com os integrantes da ESF		
Operação "Cuidados coletivos"					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Programas de campanhas educativas de promoção e educação para saúde	Dra Magalys	Três meses	Projeto elaborado e submetido à discussão com os integrantes da ESF		
Operação "Conhecimentos permanentes"					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo

Programas de campanhas educativas	Dra. Magalys	12 meses	Projeto elaborado e submetido à discussão com os integrantes da EBS	Deve basear-se no processo de aprendizagem permanente	
-----------------------------------	--------------	----------	---	---	--

Fonte: Elaborado pela autora

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este projeto de intervenção teve como objetivo principal qualificar os profissionais da EBS Rural do município Bela Vista de Minas, para a implantação do Acolhimento neste serviço, como proposto pela PNH/SUS. Dessa forma, pretendeu sensibilizar os profissionais de saúde sobre a forma de enfrentar os problemas de saúde das comunidades atendidas para alcançar um atendimento eficaz nos cuidados da população. Para isso, precisou operar transformações nos processos de trabalho com impacto na comunidade, a partir das mudanças que aconteceram.

Realizou-se o plano de trabalho que permitiu rastrear e controlar o problema identificado pelos membros da equipe. Foram elaboradas propostas de atividades que podem ser realizadas em conjunto com a comunidade. A intervenção poderá também ser utilizada como precursora para uma análise da qualidade dos cuidados médicos ofertados à população.

O projeto de intervenção foi uma ferramenta capaz de criar um vínculo de responsabilidade entre o usuário e o trabalhador da equipe de saúde. É uma ferramenta de organização, de trocas de comunicação e educação em saúde que possibilitou a eliminação da organização focada na "fila de espera".

A intervenção propiciou também a ampliação da cobertura da atenção à saúde para a comunidade, a melhoria na qualidade dos atendimentos e atenção em educação em saúde para a população. Foram instituídas melhorias na qualificação clínica da médica, enfermeira e dentista da equipe, com destaque na busca de fatores de risco, através da classificação de risco que permite um acompanhamento adequado e de qualidade.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações dos protocolos do Ministério de Saúde, melhorando o planejamento das ações para serem realizadas durante o mês de atendimento, a coleta, registro e monitoramento dos dados da comunidade, organizando de forma geral o processo de trabalho da equipe da UBS/ESF.

O trabalho em equipe passou a ser realizado através da integração entre a médica, a enfermeira, os técnicos de enfermagem, as ACS e a equipe de Saúde Bucal (EBS). Isso tem propiciado que cada um dos membros da equipe tenha sua responsabilidade na hora de acolher e atender os usuários. O Acolhimento ficou estabelecido como responsabilidade de toda a equipe.

Foi elaborado um relatório (Apêndice A) que foi utilizado para apresentar para a comunidade como foi desenvolvido o projeto de intervenção relacionado à melhoria na qualidade da Atenção Básica de Saúde no território de atuação da és. Realizou-se uma conversa muito interessante e dinâmica com usuários da comunidade onde, de forma muito amável, e com uma linguagem adequada e apropriada procurou-se informar sobre as ações que foram desenvolvidas pela equipe da ESF durante os 12 meses da intervenção e sobre as outras atividades que foram desenvolvidas durante o decorrer do curso de especialização, que envolveu toda a equipe multidisciplinar da UBS/ESF.

REFERÊNCIAS

Bela Vista de Minas, o blog. Disponível em: <http://www.camarabelavista.mg.gov.br/legislacao/balanco-financeiro>. Acesso em 25 jul. 2014.

BRASIL.Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. 4ª edição, 4ª reimpressão Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília. DF 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento a Demanda Espontânea**. Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume I. Brasília. DF 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção**. Brasília 2010. 242 p.

CÂMARA MUNICIPAL DE BELA VISTA DE MINAS. **Cartilha do Cidadão Mirim**.Biênio 2013-2014.

SANTOS JÚNIOR, E. A. *et. al.* **Acolhimento com Classificação de Risco**. Prefeitura de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Março 2013.

IBGE. Censos Demográficos. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> Acesso em Ago 2014.

MALTA, D. C *et al.* Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. **Saúde em Debate**, v. 24, p.21-34 2000.

MOROSINI, M. V. G.C.; CORBO, A. M. D. (orgs.) **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**. Vol 4. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007

STARFIELD, B. Acessibilidade e primeiro contato: a porta. In: **Atenção Primária – Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da saúde, 2002. Pág. 207-246

APÊNDICE A – Registro fotográfico de intervenções junto à comunidade



Reunião da eSF Rural com a presença do Secretário de Saúde e Assistência Social (Maio, 2015)



Acolhimento em grupos - UBS Bonfim (2015)



Cuidados de Saúde Bucal nas escolas



Acolhimento individual no Barrio Boa Esperança (novembro, 2014)



Ação de saúde no bairro Boa Esperança (Julho, 2015)

APÊNDICE B - Relatório da Intervenção para a comunidade

“Realizamos uma intervenção no Programa de Saúde Integral à Família, em nossa área de abrangência, tendo em consideração que a visão do programa na comunidade e a cobertura dos grupos priorizados não estava organizada e sendo desenvolvida de acordo com o preconizado pelo MS. O primeiro passo foi criar uma boa inter-relação com os usuários que entenderam a proposta, através de ações que envolveram a equipe, a comunidade e os gestores para melhorar e qualificar o programa, assim como acolher os usuários na UBS, para serem acompanhados com qualidade e terem, assim, como melhorar a qualidade de vida.

Nesse sentido, caros usuários, nós da equipe procuramos conhecer a comunidade, por meio das características em relação ao número de pessoas da nossa área de abrangência, seus costumes sociais, as doenças mais prevalentes e as potencialidades das famílias residentes. Iniciamos o projeto com o cadastramento de todos os pacientes no programa e o início dos atendimentos clínicos, realizados pela médica, enfermeira, dentista e técnicos em saúde da UBS.

Os ACS foram muito importantes na intervenção, estando diariamente em contato com a comunidade, durante as visitas domiciliares, nas buscas ativas das ações programáticas e no acolhimento na UBS.

Toda a equipe da UBS/ESF passou a desenvolver um atendimento qualificado e planejamento para os usuários. Tendo em conta a estratificação de risco de cada usuário, o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção em saúde, mediante palestras educativas na UBS e nos diversos espaços da comunidade, como na escola do território e a realização de grupos enfatizando a importância da alimentação saudável e da realização de exercícios físicos, prevenção de doenças; onde contamos com o importante apoio dos profissionais do CRAS.

Os resultados obtidos durante a intervenção são muito eficientes e motivadores para a continuidade das ações e implantação de outras intervenções, com outras UBS. Conseguimos aumentar o número de atendimentos médicos e odontológicos ofertados e garantir acesso as ações propostas pelo Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família.

Em relação às ações educativas, os principais temas abordados foram a saúde bucal, DST's, uso de drogas e álcool, gravidez na adolescência, Doenças

Crônicas não Transmissíveis e outros temas de interesse que foram surgindo de acordo com as demandas da população. Houve interação com a ESF, Assistência Social, CRAS, Secretaria de Educação entre outros Departamentos que participaram das palestras e a educação individual, assim como os atendimentos apesar de ficar longe da UBS, mais que já logo vai ficar mais perto dos usuários e os atendimentos serão aprimorados.

É de suma importância que a comunidade continue apoiando a nossa intervenção. A participação dos líderes comunitários ativamente nas ações que continuarão sendo desenvolvidas para os cuidados da saúde comunitária e para reforçar a participação social nas transformações que visam a melhorar a qualidade do programa.

Na visão futura em relação ao programa houve incorporação das ações na rotina da UBS, efetivando os princípios do SUS de universalidade, integralidade e equidade. Somos uma equipe que está ao lado dos usuários, porque acreditamos que a saúde se faz em parceria entre usuários, trabalhadores e gestores e a nossa UBS está de portas abertas para acolher todos”.

APÊNDICE C - Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Quando surgiu a possibilidade de prestar meus serviços médicos como especialista na Atenção Primária de Saúde no Brasil, sabia que enfrentaria uma grande prova, principalmente com o idioma português, que nunca tinha falado.

Na minha experiência como médica internacionalista em outros países a estrutura na AB estava em surgimento e cooperei como médica e docente neste processo, porém, na chegada ao Brasil conheci através das aulas magistrais de professores Máster em Língua Portuguesa e Espanhola, médicos e enfermeiras brasileiras muito bem capacitadas.

Percebi que neste país já estavam estabelecidos e muito bem organizados os Protocolos que poderiam garantir uma atenção em saúde de qualidade em todos os níveis de atendimento, só que o atual Ministério de Saúde precisava de pessoal para descentralizar este tipo de atendimento de promoção e prevenção de saúde.

Durante o primeiro mês no Brasil, aprendi o português básico, o qual me permitiu interagir durante as consultas e com os companheiros de trabalho e da secretaria municipal de saúde, onde fui acolhida há mais de um ano.

Ainda com limitações na escrita, recebi o apoio da técnica de enfermagem da equipe, os digitadores da secretaria e a técnica de higiene bucal para melhorar na qualidade dos atendimentos e, sobretudo no cumprimento das tarefas e orientações do curso a distância, oferecido pela UFMG.

Desde o início do curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família sempre fiquei com certa preocupação já que nosso conhecimento sobre o desenvolvimento deste processo, assim como da APS no Brasil e as diretrizes nacionais eram um pouco desconhecidas.

Posso dizer que minhas expectativas estavam baseadas especificamente em conhecer com maior facilidade o funcionamento do SUS como porta de entrada na APS aqui no Brasil, mais foi muito mais que isso, superou minhas expectativas. As principais dificuldades foram relacionadas ao contato com as tecnologias da educação a distância e o acesso à internet.

Com o apoio dos orientadores do curso, que foram fundamentais para a adequação à metodologia e os conteúdos que foram estudados, consegui cursar todas as unidades de ensino, realizar as atividades clínicas, os diversos trabalhos e

colocar a intervenção em prática e, assim, finalizar o curso de especialização com a escrita desse Trabalho de Conclusão de Curso.