

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

MARIA ANTONIA SÁNCHEZ DIAZ

**(RE) ORGANIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO NA UNIDADE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA ANA ROSA EM BOM DESPACHO-MG**

**Bom Despacho-MG
2016**

MARIA ANTONIA SÁNCHEZ DIAZ

**(RE) ORGANIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO NA UNIDADE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA ANA ROSA EM BOM DESPACHO-MG**

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

Orientador: Prof. Ms. Maycon Sousa Pegorari.

Bom Despacho-MG

2016

MARIA ANTONIA SÁNCHEZ DIAZ

**(RE) ORGANIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO NA UNIDADE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA ANA ROSA EM BOM DESPACHO-MG**

Banca Examinadora

Examinador 1: Prof. Ms. Maycon Sousa Pegorari – UNIFAP - Orientador

Examinador 2: Prof^a. Dr^a Emiliane Silva Santiago

Aprovado em Belo Horizonte: __/__/16

DEDICATÓRIA

A Deus fonte de vida.

A minha mãe: Exemplo de sacrifício.

A meus filhos: exemplo de abnegação, compreensão, paciência, ajuda inigualável e seu grande amor.

Aos povos marginados e excluídos: razão de nosso maior esforço e capacitação diária.

A todos os que acreditam que o SUS é um sonho possível.

A todos os que cremos que um mundo melhor é possível.

AGRADECIMENTOS

A Deus: minha roça, refúgio e fortaleza.

A minha família: fonte de inspiração.

Ao curso de NESCON.

Aos Profs.: Alcimar Marcelo Couto e Maycon Sousa Pegorari, pela paciência e contribuição para elaborar este projeto.

Ao meu colega, o Dr. Gerardo.

A todos os que participaram direta e indiretamente na conclusão deste trabalho.

A todos: Obrigada.

“Há homens que lutam um dia, e são bons;
Há outros que lutam um ano, e são melhores;
Há aqueles que lutam muitos anos, e são muito bons;
Porém há os que lutam toda a vida.
Estes são os imprescindíveis”.

(Bertold Brecht)

RESUMO

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde leva à necessidade da criação de estratégias que facilitem e/ou possibilitem utilizá-lo. Atualmente com o objetivo maior de potencializar a reorientação do processo de trabalho e das ações que constituem o modelo de atenção proposto pelo SUS no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), a Estratégia Saúde da Família (ESF) é pilar fundamental de trabalho. A ESF Ana Rosa pertence à cidade de Bom Despacho e assiste uma população de aproximadamente 3478 habitantes. Ao realizar diagnóstico situacional da área de abrangência, foram identificados diversos problemas e o de maior relevância e selecionado foi à alta porcentagem de consultas por demanda espontânea. O acolhimento é uma estratégia para a reorganização do modelo técnico-assistencial, mudança do foco de trabalho da doença para o doente, com destaque na importância do trabalho de uma equipe multiprofissional, garantia do acesso universal aos serviços de saúde, alcance de resolubilidade, humanização na assistência e estímulo à postura acolhedora da equipe como um todo. Nesta perspectiva, foi elaborada uma proposta de intervenção com o objetivo de aumentar o nível de conhecimento dos membros da equipe de saúde da família sobre acolhimento, de forma que permita realizar este com competência e resolutividade. Espera-se com o desenvolvimento deste trabalho diminuir o número de consultas por demanda espontânea na área de abrangência da ESF Ana Rosa do município de Bom Despacho-MG.

Palavras-chave: Acolhimento, Acesso aos Serviços de Saúde e Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The difficulty of access to health services leads to the need to develop strategies to facilitate and / or allow it uses. Currently the ultimate goal of enhancing the reorientation of the work process and the actions that constitute the model of care proposed by SUS in the Primary Health Care (PHC), the Family Health Strategy (FHS) is a fundamental pillar of work. The ESF Ana Rosa belongs to the town of Minas Gerais and assists a population of about 3478 inhabitants. When performing situational diagnosis of the coverage area, they were identified several problems and the most relevant and selected was the high percentage of consultations by spontaneous demand. The host is a strategy for the reorganization of the technical-assistance model, change the disease's work focus to the patient, highlighting the importance of the work of a multidisciplinary team, ensuring universal access to health services, range of solvability, humanization the assistance and encouragement to the welcoming attitude of the team as a whole. In this perspective, it was drafted a proposal for intervention in order to increase the level of knowledge of the members of the healthcare team on family care, in order to allow performing this competently and resoluteness. It is hoped that the development of this work to reduce the number of queries by spontaneous demand in the area covered by the ESF Ana Rosa in the municipality of Bom Despacho-MG.

Key words: Reception, Access to Health Services and Primary Care to Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABSM – Atenção Básica de Saúde Municipal.
- APS – Atenção Primária em Saúde.
- BVS – Biblioteca Virtual em Saúde.
- BVUFMG – Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais.
- CEO – Centro Especializado em Odontologia.
- ESF – Estratégia Saúde da Família ou Equipe de Saúde da Família.
- LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde.
- NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família.
- NESCON – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva.
- OMS – Organização Mundial da Saúde.
- PNAB – Política Nacional de Atenção Básica.
- PSF – Programa de Saúde da Família.
- PNH – Política Nacional de Humanização.
- SF – Saúde da Família.
- SUS – Sistema Único de Saúde.
- SCIELO – Scientific Electronic Library Online.
- SIAB – Sistema de Informação da Atenção Primária.
- UBS – Unidade Básica de Saúde.
- ULS – Unidade Local de Saúde.
- UPA – Unidade de Pronto Atendimento.
- USF – Unidade de Saúde da Família.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	JUSTIFICATIVA.....	14
3	OBJETIVO.....	16
4	METODOLOGIA.....	17
5	REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
6	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	24
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
	REFERÊNCIAS	35

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), garantido pela Constituição Federal de 1988, com base no artigo 198 e regulamentado pelas Leis Orgânicas de Saúde 8.080 e 8.142 de 1990, constitui grande avanço na consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, em que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e configuram um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes de: - Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; - Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e - Participação da comunidade (BRASIL, 2012 e VASCONCELOS GRILLO; SOARES, 2010, p.12).

O Ministério de Saúde, na tentativa de superar o modelo hegemônico nas práticas curativas, na atenção médico-hospitalar e buscar solução desta disjuntiva, cria em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF) hoje denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) como uma proposta de organização das ações de saúde nos serviços da atenção básica, fundamentado em um novo modelo de atenção, com ênfase na promoção da saúde dos indivíduos, famílias e comunidades. (SOUZA, 2010).

Nesta perspectiva, os serviços devem desenvolver estratégias em saúde pautadas, dentre outros aspectos, no acolhimento, em todas as fases do processo de cuidado e não apenas nos momentos de crise ou de ingresso dos usuários nos serviços, pois proporciona espaços de trocas, escuta manifestação de desejos e necessidades. Sem acolhimento há dificuldade de estabelecer vínculo o processo de cuidado do usuário é prejudicado (FRANCO *et al.*, 2010).

O acolhimento, na concepção da organização de serviços, detém uma proposta, um projeto institucional que deve nortear todo o trabalho realizado pelo conjunto dos agentes e a política de gerenciamento dos trabalhadores e da equipe. A proposta de trabalho para o serviço orienta desde o padrão da composição de trabalho na equipe, o perfil dos agentes buscados no processo de seleção, de capacitação, os conteúdos programáticos e metodológicos dos treinamentos, até os conteúdos programáticos e metodológicos da supervisão e da avaliação de pessoal. Nesse contexto, tem destaque a supervisão, considerada importante no modo de organização de serviços no acompanhamento do cotidiano do trabalho. Esse quadro implica reflexão a respeito do próprio processo de trabalho e das necessidades de

saúde. Em relação à dimensão relativa ao acesso, estes autores em 2014, reforçaram o conceito e a definem como:

A entrada potencial ou real de todo grupo populacional em um sistema de prestação de cuidados de saúde, como reformulador do processo de trabalho, pontua problemas e oferece soluções e respostas pela identificação das demandas dos usuários, rearticulando o serviço em torno delas” (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2014, p. 246).

Segundo a cartilha da Atenção Básica – Diretrizes Gerais, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), o acolhimento é a escuta qualificada e a postura cidadã e humanizada dada a todo usuário que procura a Unidade Básica de Saúde. Está relacionado tanto com a atitude individual de cada profissional de saúde, como também na reorganização do processo de trabalho do serviço, de forma a facilitar a escuta dos usuários que o procuram e a resolução dos seus problemas. Pelo mesmo, segundo (PASSOS, 2006) um dos dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH) é precisamente o acolhimento, que compreende desde a recepção do usuário no sistema de saúde e a responsabilização integral de suas necessidades até a atenção resolutiva aos seus problemas, o que poderá ser garantido com a organização dos serviços ofertados e boa capacitação do pessoal que faz o acolhimento ou triagem nas unidades.

1.1 Contexto de desenvolvimento do projeto de intervenção

Bom Despacho é um município brasileiro no centro oeste do Estado de Minas Gerais, que foi fundado em 1º de junho de 1912, localizado na região do Alto de San Francisco, ha aproximadamente 156 quilômetros de Belo Horizonte e 768 m de altitude. É reconhecida como “A CIDADE SORRISO” por ser uma cidade organizada, limpa, pavimentada, iluminada e agradável, com uma área superficial de 1.223,865 km², uma população estimada de 48.350 habitantes até 2013 (segundo o censo do INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE) e uma densidade demográfica de 39,99 habitantes/Km² (CORGOCINHO, 2013).

Atualmente, o município se destaca no campo da Indústria e da Agropecuária (Pecuária Leiteira) e sua localização estratégica o faz centro regional para outros limítrofes, tendo fácil acesso a importantes mercados como Belo Horizonte-MG

(156 km), São Paulo-SP (580 km) Brasília-DF (680 km), Rio de Janeiro-RJ (576 km) entre outras; o que favorece para que novas indústrias se instalem na cidade.

Em 2007, a cidade de Bom Despacho foi contemplada com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e, há sete anos, os cidadãos contam com esse serviço que visa à orientação e prevenção de doenças. Atualmente, a cidade possui 16 clínicas de saúde pública, dois hospitais privados, quatorze ESF, contemplando quase todos os bairros com o programa. A seleção destes bairros é feita de acordo com a necessidade socioeconômica, nível de carência e distância do centro da cidade. Contempla ainda o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), uma Equipe de Saúde Bucal e uma Equipe de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). A cobertura da Atenção Primária está em torno de 72,16% e os profissionais que constituem a unidade de saúde são: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS) fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais e todas as unidades contam com um dentista e seu auxiliar. O cadastro, das pessoas na área, é realizado pelos Agentes de Saúde e é atualizado sempre que necessário. Cada equipe atende sua micro área dependendo muito da quantidade de moradores de cada região. Um requisito importante para que uma ESF funcione é que tenha mais de 2000 pessoas cadastradas e menos de 4000. A população no município ainda não está classificada entre urbana e rural e existe um número estimado de 13 500 pessoas sem cadastro (CORGOCINHO, 2013).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) “Ana Rosa” foi inaugurada há 4-5 anos, localiza-se na periferia, a 10 minutos do Centro, com uma população de 3478 habitantes, que são atendidos pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), com 1034 famílias cadastradas, distribuídas em seis microáreas; com um agente comunitário de saúde responsável e com acesso para os moradores da região. A taxa de alfabetização corresponde a 96,45%. Aproximadamente 357 pessoas (10,26%) são cobertas com plano de saúde; e a Bolsa Família representa 0,77% (81). O índice educacional compreende 71,73% (CORGOCINHO, 2013).

As doenças crônicas não transmissíveis mais frequentes na comunidade Ana Rosa são a Hipertensão Arterial Sistêmica com 546 pacientes cadastrados e a Diabetes Mellitus com 149 pacientes. Não existem pacientes com Tuberculose ou Hanseníase. E a principal causa de morte na comunidade são as Doenças Cardiovasculares.

A infraestrutura física da unidade não está totalmente adequada, sendo um local adaptado. A ventilação e a iluminação são regulares, mas carece de espaço para outro consultório médico e para uma farmácia que pela geografia do lugar necessita. É composta de: recepção, sala de espera, sala de curativos, sala de vacinas, sala de nebulizações, 1 consultório médico, 1 sala para consulta de enfermagem, sala dos ACS (e salão de reuniões) 4 sanitários, cozinha ou copa. Os usuários têm acesso a todos os serviços e encaminhamento às unidades especializadas. Funciona de segunda a sexta feira de 7:00 horas as 11: 00 na manhã e desde as 13 horas as 17:00 na tarde, e a carga horária é de 40 horas semanais.

2 JUSTIFICATIVA

A Atenção Primária (ESF e Centro de Saúde) tem papel fundamental na estrutura de Saúde que constitui a porta de entrada da população adscrita, preferencial para o SUS, e cabem às equipes se organizarem para o efetivo atendimento da demanda espontânea a fazer valer o dispositivo do acolhimento, ampliando o acesso e viabilizando a atenção integral e multidisciplinar. Além disso, é responsável pelo planejamento das ações, priorizando assim problemas de saúde mais frequentes, além de responder com resolutividade à demanda espontânea. As atividades educativas vêm contribuindo na compreensão do processo saúde-doença da população e assim, ampliando o controle social na defesa da qualidade de vida; pelo que a promoção da saúde, as ações de prevenção de doenças e reabilitação, permitem continuar valorizando assim os aspectos que influenciam a saúde das pessoas fora dos ambientes hospitalares (BRASIL, 2013).

A elaboração do Diagnóstico Situacional, a identificação e priorização dos problemas e a construção do plano de ação são etapas fundamentais nesse processo de planejamento como valiosa ferramenta para lograr os propósitos dentro do programa e é uma forma de enfrentar os problemas de maneira mais sistematizada, menos improvisada e, por isso mesmo, com mais chances de sucesso. Assim é fundamental que a equipe esteja atenta, acompanhando cada passo e os resultados das ações implementadas, para fazer as correções de rumo necessárias para garantir a qualidade do seu trabalho a favor da sua população.

A qualidade de assistência e organização do acolhimento na atenção básica tem falhas, (do que não está isenta nossa UBS), e está diretamente ligada a diversos fatores que interagem entre si e pode interferir no processo de trabalho da equipe. Nesse contexto, o acolhimento busca garantir acesso aos usuários com o objetivo de escutá-los, resolver os problemas mais simples ou referenciá-los se necessário, por isso, é indispensável que participem todos os membros da equipe e requer um bom treinamento e atualização diária.

Mesmo com a expansão da rede pública de saúde nos últimos 20 anos, a pesar dos benefícios alcançados, o SUS ainda tem uma dificuldade de efetivar o princípio constitucional da Universalidade. O aumento da demanda espontânea, a sobrecarga de trabalho dos profissionais nos PSF, e também de estrutura e a forma como o mesmo se organiza para receber os usuários que o procuram tem dificultado

o trabalho das equipes. Entendemos que todo usuário que procura a UBS deve ser bem acolhido, mas, o excesso destas, limita o desenvolvimento de ações programáticas e a ênfase na promoção de saúde e a prevenção de doenças, além que o médico se vê obrigado a atender um volume de pessoas em tempo limitado sem a qualidade estabelecida, reduzindo-se a 15 minutos o tempo da consulta médica dos 30 estipulados (ou até menos) nas tentativas de atender todos os usuários que chegam ao serviço em busca de atendimento imediato.

Busca-se por meio desta intervenção melhorar as formas de organização do processo de acolhimento em nossa unidade. Pretende-se contribuir ao mesmo tempo, com a melhoria dos referidos serviços de saúde para nossos usuários. É este o motivo pelo qual a autora deste trabalho está interessada em fazer e apresentar este projeto na ESF “Ana Rosa” da cidade de Bom Despacho-MG.

3 OBJETIVOS

Geral

Aumentar o nível de conhecimento dos membros da equipe de saúde da família sobre acolhimento, de forma que permita realizar este com competência e resolutividade.

Específicos

- Oferecer instrumentos aos profissionais da equipe para serem capazes de planejar e organizar ações que respondam as necessidades dos usuários.
- Capacitar os profissionais da equipe para desenvolver e avaliar ações para lograr práticas de atendimento humanizadas e resolutivas.
- Ampliar a qualificação técnica dos profissionais e da equipe em atributos e habilidades relacionais de escuta qualificada, de modo a estabelecer interação humanizada com usuários, família e comunidade.

4 METODOLOGIA

O presente estudo se trata de um projeto de intervenção, que será realizado no ano de 2015 pela equipe de saúde do PSF “Ana Rosa” de Bom Despacho-MG, após a realização do Diagnóstico Situacional, seguindo o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) para o desenvolvimento do Plano de ação, conforme aos textos da seção 1 do módulo de iniciação científica e seção 2 do módulo de Planejamento (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) e uma revisão narrativa da literatura sobre o tema.

O público-alvo implicado será todos os membros da equipe assim como, todos os usuários da área de abrangência.

Com a Estimativa Rápida, além de identificar os principais problemas de saúde da área, tivemos informações que permitiram conhecer as causas e as consequências dos problemas, diagnosticar é compreender o processo da causa de cada problema identificado.

O Projeto de intervenção considerará ações para melhorar a organização no acolhimento e dos serviços da saúde ofertados na Unidade Básica referida, num Primeiro momento identificaremos o nível de conhecimentos dos membros da equipe de saúde da família sobre acolhimento e as falhas atuais no processo organizativo nas ofertas e já num Segundo momento desenvolveremos ações educativas com membros da equipe e programar o acolhimento procedendo o princípio de avaliação e identificação das necessidades de intervenções do cuidado, proporcionando assim um atendimento humanizado.

Para subsidiar essa abordagem teórica na construção desse projeto, realizou-se uma revisão narrativa na literatura com os seguintes descritores: Acolhimento, Educação em Saúde e Estratégia Saúde da Família. Para tanto, foram pesquisadas bases de dados como: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON), Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, Biblioteca Virtual em Saúde, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (Lilacs), etc.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

Um dos primeiros resultados obtidos da revisão da literatura foi à apreensão das diferenças conceituais entre a triagem e o acolhimento.

A prática da triagem geralmente é composta por agendamento prévio e a realização de uma entrevista, responde a uma preocupação, de dividir e classificar sintomas e indicar rapidamente um tratamento, constituindo uma relação vertical, onde o profissional é quem decide o tipo de intervenção com base a critérios, muitas vezes aleatórios e até mesmo subjetivos, tais como: o diagnóstico, sinais e sintomas, necessidade ou não de medicação, o grau de escolaridade da pessoa, capacidade de verbalização, entre tantas outras; enquanto que, acolher significa receber bem, com atenção, tempo e disponibilidade para escutar e valorizar, as particularidades de cada caso. Segundo MANGIA *et al.* (2012), o qual foi reforçado por FRANCO, BUENO e MERHY (2010), baseando-se na sua ideia de que o acolhimento propõe, principalmente, reorganizar os serviços, no sentido da garantia do acesso universal, a resolutividade e do atendimento humanizado, ao contrário da triagem que vai desumanizar e limitar as consultas médicas.

Há alguns anos, o conceito de saúde esteve associado à ausência de doenças, logo, começou-se a perceber que as doenças estavam associadas aos hábitos de vida, aos ambientes em que as pessoas viviam, e a comportamentos e respostas dos indivíduos a situações do dia-a-dia; e a dizer, os determinantes de saúde, ampliando-se assim o conceito de saúde que passou a ser entendida como resultado de um conjunto de fatores, (saneamento básico, renda, trabalho, educação, cultura, tradições, idiosincrasia entre outros), conforme o explicitado no artigo 3º da Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 2010).

5.1 Aspectos conceituais e organizacionais do acolhimento

Segundo o Dicionário Informal em 25/7/2010, o acolhimento no SUS é um processo de trabalho de maneira atender a todos que procuram os serviços de saúde, fortalecendo o princípio da integridade e da equidade. Tem como eixo estimular e promover reflexões e ações de humanização dos serviços de saúde, fundamentada na ética e na cidadania. Existem várias definições tanto nos

dicionários como nos próprios setores, como na mesma saúde, o que revela os múltiplos sentidos e significados atribuídos a esse termo, de maneira legítima.

O mais importante não é a busca pela definição correta ou verdadeira do acolhimento, mas sim, a clareza e explicitação de sua noção que é adotada ou assumida situacionalmente por atores concretos, revelando perspectivas e intencionalidades.

Genericamente, segundo BRASIL, 2013, o Acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas (há "Acolhimentos e Acolhimentos") Ele não é a priori, algo bom ou ruim, mas sim uma prática constitutiva das relações de cuidado.

Não existe uma única ou melhor forma de acolher a demanda espontânea, para todos os contextos e é precisamente a experimentação destes diferentes possibilidades de modelagens o que propicia tanto o ajuste à realidade de cada unidade como o protagonismo dos trabalhadores na implementação do acolhimento, de uma forma compartilhada e dialogada, todo o qual é muito fundamental tanto para a sustentabilidade na sua iniciativa, aumentando os chances de autoria e pertencimento coletivos que também envolve aos usuários:

Existem varias formas de acolher: 1) Acolhimento pelo tipo de referencia do usuário. 2) Equipe de acolhimento do dia. 3) Acolhimento mesmo (equipe do referencia do usuário + equipe do acolhimento do dia) 4). Acolhimento coletivo.

Pensamos o mais apropriado é misturar elementos de diferentes modelagens porque cada uns tem suas vantagens e desvantagens ou inconvenientes, para este um critério para avaliar numa unidade o modelagem mais adequado pode ser por exemplo: o atendimento satisfatório às necessidades dos usuários que gera menos sofrimentos, sobrecarga para a equipe e que não sacrifica a atenção programada, todo o que pode ser uma equação a ser considerada em cada uma das unidades.

Uma das propostas centrais do acolhimento é a intervenção da lógica de organização e funcionamento dos serviços de saúde, que tem como base os seguintes princípios:

- a) Atendimento a todas as pessoas que buscam o serviço de saúde, o que garante o acesso universal, acolhendo, escutando e oferecendo respostas positivas aos problemas e demandas dos usuários.
- b) Reorganização do processo de trabalho, valorizando a equipe multiprofissional e

contribuindo para a ruptura do modelo centrado no médico.

- c) Qualificação da relação trabalhador-usuário, tendo por base a solidariedade e a cidadania (FRANCO; BUENO; MERHY, 2010).

Desta maneira, constitui um modo de operar os processos de trabalho em saúde, buscando o atendimento de todos os usuários que procuram os serviços, por meio da escuta qualificada e requer dos profissionais uma postura capaz de acolher, escutar, compreender as demandas e necessidades trazidas e oferecer respostas resolutivas, incluindo a continuidade do cuidado nos serviços de maior densidade tecnológica (BRASIL, 2012).

Segundo MANGIA *et al.* (2012), a equipe de saúde que assume a estratégia do acolhimento, se coloca disponível e se responsabiliza pelas necessidades apresentadas pelos usuários. Em geral, as equipes se deparam com variadas e desconhecidas situações, sendo desafiadas a oferecer respostas ágeis e flexíveis, capazes de se adaptarem a dinamicidade das subjetividades, histórias de vida e todas as questões que envolvem o adoecer.

[...] Quando o usuário é acolhido pela unidade de saúde, tendo seu atendimento garantido, conquista-se uma importante etapa na adesão do tratamento e na resolução dos problemas de saúde. Dessa forma, favorece a construção de uma relação de confiança e de respeito para com o usuário que busca nosso atendimento. (COELHO; JORGE; ARAUJO, 2010, p. 442).

Desta maneira, é importante reconhecer que o conceito de acolhimento se caracteriza no cotidiano das práticas de saúde, por meio de escuta qualificada e da capacidade de pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço, deve se traduzir em qualificação da produção de saúde (BRASIL, 2012, p.15). Dessa forma, todos os profissionais de saúde das unidades básicas fazem acolhimento.

Destaca-se que o processo de escuta favorece o estabelecimento de vínculo entre os profissionais e os usuários e também a participação ativa do usuário no processo de produção de saúde. Para isso faz-se necessário um maior tempo para a realização do atendimento dos usuários.

Entretanto, o elevado número de pessoas que procuram os serviços de saúde para atendimento acaba comprometendo o vínculo estabelecido entre os profissionais de saúde e os usuários, em especial entre os profissionais médicos e os usuários.

Em um estudo realizado por COTTA *et. al.* (2005) em que se pesquisou a satisfação dos usuários em relação as características do atendimento médico, a maioria dos entrevistados relatou que a consulta tinha duração de 15 a 30 minutos. Contudo, segundo o mesmo autor em sua pesquisa bibliográfica, grande parte dos usuários referiu que o tempo dedicado à consulta deles era só de 5 a 15 minutos, o que corresponde a metade do estabelecido pelo ministério; aspecto esse que comprometeu a qualidade do atendimento prestado, gerando insatisfação na população.

Outros autores ressaltam que no caso específico dos médicos, o processo de trabalho não foi modificado a ponto de causar impacto na assistência. O que se vê, na maioria das vezes, é que o médico realize o atendimento dos usuários encaminhados pela equipe de acolhimento. Observa-se que a implantação do acolhimento permitiu a redução dos agendamentos de consultas médicas. Entretanto, não houve inserção efetiva dos profissionais médicos no processo (MERHY; FRANCO; BUENO, 2010)

Uma tecnologia que vem sendo utilizada no acolhimento para oferecer maior agilidade no atendimento e a organização dos serviços e a avaliação com classificação de risco, que consiste na análise do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada. Assim, é possível analisar e classificar as necessidades atendendo a todos.

Algumas vantagens da utilização do acolhimento consistem em:

- a) Ampliar o acesso sem sobrecarregar as equipes, sem prejudicar a qualidade das ações, e sem transformar o serviço de saúde em excelente produtor de procedimentos.
- b) Superar a prática tradicional, centrada na exclusividade da dimensão biológica, de modo que amplie a escuta, que recoloca a perspectiva humana na interação entre profissionais de saúde e os usuários.
- c) Reconfigurar o trabalho médico no sentido de superar o papel central que ele vem ocupando e integrá-lo no trabalho da equipe, garantindo o compartilhamento de saberes para um ganho na potência das diferentes categorias.
- d) Transformar o processo de trabalho nos serviços de saúde, no sentido de aumentar a capacidade dos trabalhadores de distinguir os problemas e identificar riscos e agravos como a desorganização nos serviços e adequar respostas à

complexidade de problemas trazidos pelos usuários (BRASIL, 2014).

5.2 Limites a serem vencidos no acolhimento

A implantação do acolhimento gera dificuldades e impasses, muitas vezes relacionados aos diferentes perfis de capacitação profissional e de atendimento prestado à população. Se por um lado o acolhimento organiza, cria vínculo e otimiza o serviço, por outro lado, os conflitos gerados pela relação permanente com a demanda se evidencia, especialmente, nos momentos em que a existência de vagas para inclusão das pessoas nas práticas assistenciais aparece como uma questão insolúvel (MANGIA, 2002). Frequentemente, as equipes optam pelo “fechamento das portas” da unidade para os casos novos, não proporcionando a população esses espaços de escuta e reflexão.

No estabelecimento do diálogo entre trabalhador da saúde e usuários, as soluções para os problemas de saúde são encontradas nessa parceria, pois, as vezes, o desabafo presente numa relação de respeito pode proporcionar aquisição de soluções para dificuldades presentes (COELHO; JORGE; ARAUJO, 2009, p. 443).

De acordo com CARVALHO *et al.* (2010), ainda são muitos os desafios para que acolhimento possa ser implantado de forma efetiva, garantindo o acesso universal e a atenção qualificada das pessoas sob responsabilidades das equipes de saúde. Ainda nesta perspectiva, SOUZA *et al.* (2010) afirma que garantir o acesso dos usuários aos serviços de saúde é fundamental. Entretanto, podemos observar que ainda constitui um problema quando se trata de valores quantitativos, como o número de atendimentos e o rendimento profissional para aumentar a produtividade das unidades.

MERHY *et al.* (2010) planteiam que a pequena inserção dos médicos no acolhimento ainda é uma barreira a ser vencida no sentido de se otimizar a estratégia do acolhimento humanizado em nossos serviços e constitui outro desafio a ser superado pelo Ministério de Saúde. O resultado deste estudo demonstrou que o acolhimento também absorve muito tempo do trabalho dos profissionais, limitando a disponibilidade desses para o desenvolvimento de ações de vigilância em saúde. Algumas equipes conseguiram se organizar e retomar essas atividades, porém, de forma incipiente e assistemática.

As equipes têm encontrado dificuldades na organização de seu trabalho, pelo excesso da demanda espontânea e da difícil negociação com a população para a priorização de ações programáticas ou de prevenção e promoção, tendo em vista a expectativa de ser atendido pelo médico de forma imediata (BRASIL, 2010).

Pensamos que todavia o acolhimento não pode se restringir apenas a uma “saída” para organizar a demanda espontânea, pois segundo VASCONCELOS *et al.* (2010, p. 37) ele tem o objetivo de fazer uma escuta qualificada e buscar a melhor solução para a situação apresentada, e conjugá-las com as condições objetivas da unidade nesse momento.

É preciso ainda sensibilizar a população da área por meio de ações educativas neste sentido da objetividade e também as equipes trabalhar com as necessidades sentidas de seus usuários, fazendo um esforço contínuo de sua capacitação e da qualidade dos seus serviços oferecidos para ganhar mais confiança como profissional e mais adesão ao tratamento deles, com mais resolutividade.

Antes da implantação do acolhimento em 1995, a única forma de se conseguir atendimento na UBS era a “fila” que começava a se formar de, havendo uma procura quase exclusiva por consultas médicas; algumas pessoas até vendiam seus lugares, e inúmeras vezes havia brigas e confusões. O atendimento era por ordem de chegada. Assim, o acolhimento visa resolver estes problemas, conforme preconiza a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2010) para a organização dos serviços e o modo de receber as pessoas na porta de entrada de sua unidade, com pessoal mais sensibilizado e capacitado ou qualificado ante a primeira escuta.

Para finalizar, Carvalho (2010) destaca que para efetivar a implantação do SUS, incluindo a consolidação das práticas do acolhimento, é necessário, investir nos processos de capacitação dos recursos humanos na saúde. Reiterando também que a humanização de nossos serviços constitui um elemento essencial para obter a melhoria da qualidade dos serviços ofertados pelas equipes nas UBS.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Primeiro passo: definição dos problemas

O diagnóstico comunitário nos parece constituir um meio privilegiado, até mesmo uma condição indispensável, para colocar em prática os cuidados primários de saúde, identificar os problemas, as necessidades, os recursos de uma comunidade, processo que constitui a primeira etapa do planejamento em saúde comunitária.

Para identificar os problemas de saúde das comunidades, o primeiro passo a seguir é o cadastramento total da população do território de abrangência, favorecendo o planejamento e orientando ações de intervenção e controle dos problemas de saúde, condições ambientais e riscos a que as pessoas estão expostas. A observação mediante as visitas domiciliares, permitem à equipe o conhecimento do funcionamento familiar e suas condições básicas de vida, isso junto à análise de relatórios estatísticos e com participação ativa da comunidade, permitem determinar os problemas de saúde da população.

Nossa equipe de Saúde da Família fez o diagnóstico do território na área de abrangência para identificar as características fundamentais do indivíduo, a família e a comunidade e atuar em benefício de sua saúde, o que vai ajudar nos modificar o quadro de saúde da população conhecendo os problemas existentes na área; este é um processo organizado, contínuo (periodicidade) comparativo, levando em conta enfoque epidemiológico e social.

Com a Estimativa Rápida, além de identificar os principais problemas de saúde da área, tivemos informações que permitiram conhecer as causas e as consequências dos problemas; portanto, diagnosticar é compreender o processo da causa de cada problema identificado.

Procedeu-se com o cadastramento da comunidade, consolidação das informações, identificação das microáreas com maior dificuldade de acessibilidade à unidade, programação de atividades e acompanhamento. A observação mediante as visitas domiciliares, permitiram à equipe o conhecimento do funcionamento familiar e suas condições básicas de vida, isso junto a análise de relatórios estatísticos e com a participação ativa da comunidade, além de determinar os problemas de saúde da população. Nem sempre o que a equipe percebe e identifica como prioridade é o

que a comunidade quer e precisa.

A área de abrangência caracteriza-se por ser muito carente ao estar muito necessitada de atenção em todos os aspectos não somente em relação à saúde, mas, também relacionado aos aspectos econômicos, sociais e ambientais. Realizamos uma lista com os problemas identificados desta disciplina, elaboramos uma primeira aproximação ao diagnóstico situacional da área de abrangência. Discutimos este diagnóstico com equipe, acatando sugestões em relação à lista de problemas levantados, ficando conforme segue:

- Não está estabelecido ainda o horário ao trabalhador, o que dificulta seu controle.
- Uso indiscriminado de medicamentos nos pacientes de saúde mental.
- Alto índice de morbidade por Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, dislipidemias, doenças da Tireoide e de Saúde Mental, com pouca adesão daqueles às atividades educativas.
- Predominam os maus hábitos dietéticos na maior parte da população.
- Alta porcentagem de consultas por demanda espontânea.

6.2 Segundo passo: priorização de problemas.

Nossa equipe conseguiu identificar alguns dos problemas de saúde existentes na área de abrangência e acatando sugestões, conseguimos estabelecer uma ordem de prioridade.

A partir da definição da lista de problemas junto à equipe de saúde, torna-se necessária a priorização dos mesmos com base na sua importância, urgência e a capacidade da equipe para intervenção. É importante ressaltar que essa priorização indica uma demanda momentânea da equipe de saúde (ESF) atual e que é feita a partir da opinião dos membros da ESF, não descaracterizando cada um dos outros problemas como importantes na comunidade de abrangência.

Assim, foi feita uma padronização para classificar cada problema na importância (alta, média ou baixa) urgência (pontos de zero a 10) e capacidade de enfrentamento (se está parcialmente, dentro ou fora da capacidade da equipe). Após essa classificação, a seleção por ordem decrescente de prioridade para intervenção é feita a partir da análise das três variáveis classificadas.

Tabela 1: Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da ESF “Ana Rosa” de Bom Despacho-MG, 2015.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta porcentagem de consultas por demanda espontânea	Alta	10	Parcial	1
Predominam os hábitos dietéticos inadequados na maior parte da população	Alta	9	Parcial	2
Alto índice de morbidade por Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial com pouca adesão aos tratamentos e as atividades educativas	Alta	8	Parcial	3
Não está estabelecido ainda o horário ao trabalhador, o que dificulta seu controle.	Alta	7	Parcial	4
Uso indiscriminado de medicamentos nos pacientes de saúde mental.	Alta	6	Parcial	5

Fonte: Diagnóstico Situacional da ESF Ana Rosa.

6.3 Terceiro passo: descrição do problema selecionado

Descreveremos a seguir um dos problemas identificados: “**Alta porcentagem de consultas por demanda espontânea**”.

Escolhemos o problema prioritário e elaboramos um texto onde se registra a descrição, a explicação e a identificação dos “nós críticos” do problema escolhido. O problema identificado foi “**Alta porcentagem de consultas por demanda espontânea**”, tendo em vista que no ano anterior verificamos que o número de consultas efetuados na demanda espontânea foi aumentando ao longo dos meses em relação ao número de consultas agendadas, de acordo com dados estatísticos de nosso consolidado.

Distribuição no tempo das consultas na unidade Ana Rosa em 2014.

O pessoal da equipe deve estar absolutamente preparado para oferecer uma boa e ampliada escuta inicial e análise (poder resolutivo) e conhecer o repertório, ou seja, um escopo ampliado de ofertas para lidar com a complexidade de sofrimentos, adoecimentos, demandas e necessidades de saúde, as quais a equipe está

constantemente exposta e o acesso da população à unidade. Paradoxalmente, aqui reside o desafio e a beleza do trabalho na atenção básica e, ao mesmo tempo, algumas chaves para sua efetivação e legitimação na sociedade. Neste contexto, o acolhimento da demanda espontânea é um dos temas que se apresentam com alta relevância e centralidade (BRASIL, 2013).

Nossa equipe de saúde elabora uma agenda com as atividades diárias, contemplando a atenção à demanda espontânea (atualmente mais do 80% dos atendimentos feitos na unidade) no horário de 07:00 às 08:00 horas; logo, após deve começar a atenção programada ou consultas agendadas (atualmente um 20%) que está sendo afetada com atraso do horário por excesso de consultas por doenças agudas, ao extremo que estamos agendando poucas consultas. Isto acarreta na qualidade das consultas e os controles do trabalho preventivo-educativo do médico, conforme orientado pelo Ministério da Saúde; e aumenta a sobrecarga de trabalho dos outros profissionais da equipe.

6.4 Quarto passo: explicação do problema

O Acolhimento envolve, supõe e estimula um sentido ético individual e coletivo, assumido como fundamental para orientar a postura do profissional, envolve também questões de organização e prática do trabalho, é um processo a ser desenvolvido antes, durante e após o atendimento e deve ser realizada por todos os profissionais e com ótima qualidade na primeira escuta avaliada atualmente como uma alta tecnologia de ponta.

O seja, que quando escutamos com sabedoria e capacidade profissional, estamos permitindo um desenvolvimento adequado do acolhimento, para poder qualificar a assistência à saúde aos usuários e melhorar a prestação dos serviços ao fazê-lo em cada unidade do nosso município e ou estado, para contribuir a melhorar os indicadores de saúde na população e lograr modificar estilos e modo de vida saudáveis não somente deles, também de nossos trabalhadores todos, reorganizando nosso acolhimento que é a base de todos os procederes depois dele.

A maioria dos erros (seja por adição ou por omissão) que se cometem após dele são consequência de uma mala primeira escuta ou um mal triagem feito por pessoal incompetente ou não capacitado.

Existem várias razões por que acolher a demanda espontânea na atenção

básica. A primeira, porque não só os profissionais da saúde e a ciência são os únicos definidores das necessidades do atendimento, também, o usuário define, com formas e graus variados, quais são as verdadeiras necessidades de saúde pra ele, podendo apresenta-la em quanto demanda ao serviço, a quais deve ser acolhida, escutada, problematizada, reconhecida como legítima, (importante) para evitar as queixas, reclamações, retornos repetidos ou busca de outros serviços.

A segunda razão é que as UBS devem estar abertas, preparadas e capacitadas para acolher os imprevistos ou situações não programadas, as eventualidades (isto não quer dizer que a mesma vai-se reduzir ao pronto atendimento) e às vezes esses usuários ou pacientes imprevistos (ninguém pode decidir o dia e a hora que vai ficar doente) requerem acompanhamento continuado no seu cuidado e até inclusive poderá requerer apoio matricial e/ou encaminhamento para outros serviços.

Outra razão, (a terceira) é o vínculo e adesão do paciente e a equipe, a confiança depositada nesse profissional, a cercania da sua casa, pela proximidade física e a criação de vínculos afetivos, de sentimentos humanizados, sentido de pertinência, quando o paciente se sentir desamparado, desprotegido, ameaçado, fragilizado, vulneráveis, pelo mesmo fato de que já nos conhecemos sua história, que não só facilita a identificação do problema se não também, realizar exames e procedimentos desnecessários ou indesejáveis, como também proporcionar-lhes nosso acompanhamento e assim, quando eles apresentem exacerbações de seu problema, podem retornar precisando dum atendimento não agendado no seu momento de agudização do quadro clínico, mas para poder lograr fazer todo isto, a equipe tem que estar preparado e capacitado.

6.5 Quinto passo: seleção dos “nós críticos”

Os “nós críticos” são definidos como pontos do problema que quando alterados causam impacto direto e, além disso, está no espaço de governabilidade de quem deseja agir, ou seja, é passível de intervenção na instância do agente (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Na reunião com nossa equipe foi necessário fazer uma análise do Problema escolhido “**Alta porcentagem de consultas por demanda espontânea**” o qual, foi incrementando-se com os meses, desse modo, diante de todas as causas

possivelmente relacionadas ao problema priorizado apresentam-se como nós críticos:

- ✓ NC1: Desconhecimento da população sobre a ESF.
- ✓ NC2: Dificuldade da unidade de saúde na triagem diária.
- ✓ NC3: Falta de capacitação da equipe para fazer o acolhimento.

Além dos esforços para capacitar o pessoal da unidade e a população nas reuniões dos grupos, ainda é preciso incentivar a motivação destes e dos pacientes e sua incorporação à vontade para aderir aos tratamentos e às condutas individuais e coletivas em quanto a fatores de risco e prevenção de doenças, suas complicações e evolução.

6.6 Sexto passo: Desenho das operações

“Quadro 1 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado a “Alta porcentagem de consultas por demanda espontânea”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família “Ana Rosa” em Bom Despacho-MG.

Nó crítico 1	Desconhecimento da população sobre a ESF.
Operação	Aumentar o nível de informação sobre as mudanças e objetivos do programa Saúde da família.
Projeto	Saber +
Resultados esperados	População informada sobre os objetivos de promoção da saúde e prevenção de doenças na ESF.
Produtos esperados	Informações na Rádio local e o Jornal sobre as vantagens do acolhimento na reestruturação do processo de trabalho. Avaliação do nível de informação da população. Promoção e Prevenção nas visitas domiciliares. Dar aulas equipe saúde sobre atualização do Acolhimento e sua capacitação no trabalho de informação no salão do PSF. Educação da população, sobre funcionamento de equipe e Campanhas educativas no salão da ESF sobre o acolhimento.
Atores sociais/ responsabilidades	Dra. Marcia (Médica do PROVAB). Lic. Enfermeira Denise Gontijo (Coordenadora do ESF). Lic. Liliam (Coord. ABS municipal) Prefeitura (Rep. da Saúde).
Recursos necessários	<u>Cognitivos</u> : Informação sobre os objetivos do programa Saúde da família e atualizações. <u>Políticos</u> : Mobilização de toda equipe. Conseguir espaço na rádio local e no jornal para divulgar sobre a maior qualidade da atenção oferecida. <u>Econômicos</u> : (Financeiro) Aquisição de folhetos educativos e recursos audiovisuais. <u>Organizacionais ou Estrutural</u> : Organização da agenda de

	trabalho.
Recursos críticos	<u>Políticos</u> : Conseguir um espaço na rádio local. <u>Econômicos</u> : Aquisição de folhetos educativos e recursos audiovisuais.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Lic. Enfermeira Denise Gontijo (Coordenadora do PSF) Lic. Liliam (Coord. ABS Secretaria Municipal) Prefeitura (Rep. da Saúde) Motivação: Indiferente.
Ação estratégica de motivação	Apresentar projeto de reestruturação da rede. Reforçar para a Secretaria de Saúde a importância da organização dos serviços no acolhimento, na estruturação do processo de trabalho.
Responsáveis	Lic. Enfermeira Denise Gontijo (Coordenadora do PSF). Prefeitura Municipal (Rep. da Saúde).
Cronograma / Prazo	Início em dois meses e finalização em quatro meses (abril a agosto 2015).
Gestão, acompanhamento e avaliação	Favorável

“Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado a “Alta porcentagem de consultas por demanda espontânea”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família “Ana Rosa” em Bom Despacho-MG.

Nó crítico 2	Dificuldade da unidade de saúde na triagem diária.
Operação	Limitar a demanda espontânea só para doenças que precisam tratamento imediato, acolhendo mais humanamente e se necessário mediante o auxílio do protocolo de Manchester.
Projeto	Linhas de cuidados
Resultados esperados	Possibilidade de resolutividade das doenças que precisam de tratamento imediato sem provocar atraso as consultas programadas.
Produtos esperados	Capacitação ao pessoal para identificar as doenças que requerem tratamento imediato e as que podem-se agendar no transcurso da semana. Aumentar o trabalho com o auxílio do protocolo de Manchester. Dar aulas à Equipe de Saúde sobre atualizações de acolhimento e sua reorganização nos serviços na nossa unidade.
Atores sociais/ responsabilidades	Lic. Enfermeira Denise Gontijo (Coordenadora do PSF). Dra. Marcia (Médica do PROVAB).
Recursos necessários	<u>Cognitivos</u> : Conhecimento para elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos. <u>Políticos</u> : Adesão dos profissionais da equipe Ana Rosa. <u>Econômicos</u> : (Financeiro) para aquisição de folhetos educativos e recursos audiovisuais.

	<u>Organizacionais</u> ou <u>Estrutural</u> : Organização da Agenda de Trabalho.
Recursos críticos	<u>Políticos</u> : Conseguir um espaço na rádio local. <u>Econômicos</u> : Para aquisição de folhetos educativos e recursos audiovisuais.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria Municipal de Saúde (Coordenador de ABSM a Lic. Lilian) Lic. Enfermeira Denise Gontijo. (Coordenadora do PSF Ana Rosa) e a Prefeitura Municipal Bom Despacho (Rep. da Saúde) Motivação: Indiferente.
Ação estratégica de motivação	Apresentar projeto de reestruturação da área. Reforçar para a Secretaria de Saúde a importância da organização dos serviços no acolhimento, na estruturação do processo de trabalho.
Responsáveis:	Secretaria Municipal de Saúde Lic. Lilian (Coord. de ABSM) Lic. Enfermeira Denise Gontijo (Coord. PSF) Dra. Marcia (Médica do PROVAB)
Cronograma / Prazo	Início em dois meses e finalização em seis meses (abril-outubro 2015).
Gestão, acompanhamento e avaliação	Favorável

“Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado a “Alta porcentagem de consultas por demanda espontânea”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família “Ana Rosa” em Bom Despacho-MG.

Nó crítico 3	Falta de capacitação da equipe para fazer organização dos serviços no acolhimento.
Operação	Melhorar a capacitação dos membros de equipe sobre como organizar os serviços no acolhimento.
Projeto	Cuidar melhor
Resultados esperados	Capacitar a equipe para desenvolver e avaliar ações para lograr práticas de atendimento humanizadas e resolutivas. Cobertura do 100 % com acesso às consultas e fazendo mais medicina preventiva.
Produtos esperados	Lograr conhecer sob: Educação permanente em saúde; planejar melhor as atividades coletivas e como reorganizar o processo de trabalho, no salão da UBS “Ana Rosa”. Capacitação ao ESF “Ana Rosa” para agendar de forma organizada cada dia de atividade, oferecendo-lhe ferramentas úteis nas suas reuniões.
Atores sociais/ responsabilidades	Lic. Enfermeira Denise Gontijo (Coordenadora da ESF). Dra. Marcia (Médica do PROVAB).
Recursos necessários	<u>Cognitivos</u> : Conhecimento sobre os objetivos do projeto e estratégias da ESF e atualizações, além das informações sobre as atividades a desenvolver cada dia da semana. <u>Políticos</u> : Adesão dos membros da equipe para conseguir o espaço na rádio local ou jornal para divulgar sobre a melhor

	<p>qualidade na atenção oferecida.</p> <p><u>Econômicos</u>: (Financeiro) para aquisição de Folhetos educativos, recursos audiovisuais.</p> <p><u>Organizacionais ou de estrutura</u>: Prioridades na organização da agenda de trabalho.</p>
Recursos críticos	<p><u>Políticos</u>: Conseguir um espaço na rádio local.</p> <p><u>Econômicos</u>: Para aquisição de folhetos educativos e recursos audiovisuais.</p>
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	<p>Ator que controla: Secretaria Municipal de Saúde (Coordenador de ABSM a Lic: Lilian) Lic. Enfermeira Denise Gontijo. (Coordenadora da ESF Ana Rosa) e a Prefeitura Municipal Bom Despacho (Rep. da Saúde) representante da Saúde na Comunidade.</p> <p>Motivação: Indiferente.</p>
Ação estratégica de motivação	<p>Apresentar projeto de reestruturação da área.</p> <p>Reforçar para a Secretaria de Saúde a importância da organização dos serviços no acolhimento, na estruturação do processo de trabalho.</p>
Responsáveis	<p>Secretaria Municipal de Saúde (Coord. de ABS Lic: Lilian) Lic. Denise Gontijo (Coord. PSF). Dra. Marcia (Médica do PROVAB)</p>
Cronograma / Prazo	<p>Início em dois meses e finalização em quatro e seis meses//(abril-agosto e abril-outubro 2015), respectivamente.</p>
Gestão, acompanhamento e avaliação	<p>Favorável</p>

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o desenvolvimento deste trabalho verificou-se elevada porcentagem de consultas por demanda espontânea, na população da área de abrangência da ESF Ana Rosa. Apresentou-se como dificuldade fundamental para a reorganização dos serviços de saúde, necessitando de ações encaminhadas a sua resolutividade.

O acolhimento deve ser visto como um dispositivo potente para atender à exigência de acesso e garantir o atendimento qualificado, auxiliar na construção do vínculo entre os profissionais e a população, propiciar melhoria contínua no processo de trabalho e desencadear o cuidado integral modificando a clínica. Assim, será cada vez mais efetivo se houver capacitação dos membros das equipes para recepcionar, escutar, atender, dialogar, tomar decisões, amparar, orientar e negociar visando o bem estar do paciente e a satisfação dos profissionais da saúde na unidade.

A prática do acolhimento em todos os serviços públicos de saúde, organiza-se em modos de atendimento aos usuários com a finalidade de garantir acesso e qualidade na atenção. Aliado as outras estratégias operacionais, o acolhimento visa, sobretudo, contribuir para a construção de um SUS universal e integral, como orientam seus princípios. Além de compreender uma postura do profissional de saúde frente ao usuário, o acolhimento significa também uma ação gerencial de reorganização do processo de trabalho e uma diretriz para as políticas de saúde. Busca-se ainda, criar os pontos de atenção necessários para dar ampliação da capacidade instalada, organização de ações de regulação, controle e avaliação, trabalho junto aos profissionais com vistas a mudanças de práticas na relação com os usuários e adoção de mecanismos e fluxos de encaminhamentos de pacientes entre os serviços.

O projeto tem como missão desenvolver um plano de ação para diminuir a demanda espontânea e melhorar a resolubilidade da equipe ante esta problemática. Esperando-se com o desenvolvimento deste trabalho uma diminuição considerável do número de consultas por demanda espontânea, e oferecer instrumentos aos profissionais da equipe para serem capazes de planejar e organizar ações que respondam as necessidades dos usuários; melhorando desta forma a qualidade de vida da população e oferecendo mais saúde.

De acordo com a literatura revisada, é possível concluir que o acolhimento

tem uma grande importância na organização dos serviços da atenção básica e principalmente, na demanda espontânea que ainda é um desafio para as Unidades Básicas de Saúde a nível nacional.

Como proposta de intervenção a Equipe de Saúde de Família no PSF Ana Rosa recomenda organizar a demanda espontânea, contando com a participação integral de toda a equipe nos horários destinados ao acolhimento, não apenas para solucionar os casos agudos e sim, para sensibilizar a população e organizar o processo de trabalho. Além de fazer mudanças no aumento de tempo destinado a consulta agendada, permitindo o desenvolvimento de mais atividades programadas centradas na pessoa e não na doença e incrementando as atividades educativas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição Federal**, 1988, disponível em: <<https://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/viwTodos/509f2321d97cd2d203256b280052245a?OpenDocument&Highlight=1,constitui%C3%A7%C3%A3o&AutoFramed>>. Acesso em: 07 abr. 2012.

BRASIL. MINISTERIO DE SAÚDE. Política Nacional de Humanização. **Caderno Humaniza SUS** – Atenção Básica. v.2 Brasília: Ministério da Saúde, 2010 e 2013.

BRASIL. Lei n. 8. 080, de 19 de set. 2010. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providencias**. Diário oficial da união, Brasília, 20 set. 2010. p.1

BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**, 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DE SAÚDE. **Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de riscos nos serviços de urgências**. Brasília. Ministério de Saúde. 2010.

BREHMER, L.C.F; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica, reflexões éticas sobre a atenção a saúde dos usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p.3569-3577, nov.2010.

CARVALHO, C. A. P. et. al. Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. **Arquivos de Ciência Saúde**, v. 15, n. 2, p. 93-95, abr/jun 2010.

CAMPOS, F. C. C; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2 ed. Belo Horizonte. 2010.

COELHO, M.O; JORGE, M.S.B.; ARAUJO, M.E. O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde. **Revista Baiana**, v. 15, n. 3, p. 440-452, jul/set, 2010.

CORGOCINHO, R. C. 2013. **Estudo Socioeconômico de BOM DESPACHO-MG** (Administração 2013/2016) Secretaria de Planejamento, Orçamento e Gestão, Bom Despacho, p. 1-58, set. 2013.

COTTA, L.M.L. et. al. A satisfação dos usuários do Programa de saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. **Scientia Médica**, v. 15, n. 4, out/dez. 2005.

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,

2010.

FRANCO, T. B; BUENO, W. S; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 15, p. 345-53, 2010.

MANGIA E.F. et al. Acolhimento: uma postura. **Revista Terapia ocupacional**, v. 13, n. 1, p. 15-21, jan/abr. 2012.

MERHY E. E. **Planejamento como tecnologia de gestão; tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil**. In: GALLO, E. (Org.) Razão e planejamento; reflexões sobre política, estratégia e liberdade. São Paulo, HUCITEC, 2010. Parte 3, p.117-49.

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: CECÍLIO, L.C.O. (Org.) Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Editora HUCITEC; 2014. p. 117-60.

MERHY E. E; FRANCO, T. B; BUENO, W. S. **O acolhimento como um dispositivo de redesenhar processos de trabalho em saúde; o caso de Betim/MG**. HUCITEC, São Paulo, 2010.

PASSOS, E. Organizador. **Formação de apoiadores para a Política Nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde**. V.2. Rio de Janeiro: editora Fiocruz; 2006.

SILVA JR, A. G; MACARENHAS, M. T. M. **Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.). Cuidados: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: ABRASCO/Sao Paulo: Editora HUCITEC; 2004, p. 241-57.

SOUSA, M. F.; MERCHÁN-HAMANN, E. Saúde da Família no Brasil: estratégia de superação da desigualdade na saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 711-729, 2010.

SOUZA, E.C.F. et. al. Acesso e acolhimento na Unidade Básica: um análise da percepção dos usuarios e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, sup 1:S100-S110, 2010.

VASCONCELOS M.; GRILLO M. J. C; SOARES, S. M. **Práticas educativas em atenção básica à saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade**. Belo Horizonte: editora UFMG; NESCOM, 2010.