

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

**CARINA ISABEL LISA**

**O ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA NA UNIDADE  
BÁSICA DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO POVOADO  
DE SÃO BENTO, MARAGOGI-ALAGOAS.**

MARAGOGI - AL  
2015

**CARINA ISABEL LISA**

**O ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA NA UNIDADE  
BÁSICA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO POVOADO  
DE SÃO BENTO, MARAGOGI-ALAGOAS.**

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

Orientadora: Professora Dra. Margarete Pereira  
Cavalcante

MARAGOGI - AL  
2015

**CARINA ISABEL LISA**

**O ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA NA UNIDADE  
BÁSICA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO POVOADO  
DE SÃO BENTO, MARAGOGI-ALAGOAS.**

Data de Aprovação: \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_.

**Banca Examinadora:**

---

Margarete Pereira Cavalcante  
Presidente da Banca

Professor Ms. Ricardo Luiz Silva Tenório  
Examinador (a)

No Final: \_\_\_\_\_

MARAGOGI, AL  
2015

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a toda minha família, em especial a meu filho Francisco e meu irmão Horácio;

A meus amigos Gleice, Alan e Pablo;

A meus companheiros de trabalho e meus pacientes de São Bento, município de Maragogi-AL;

A Ione Maria dos Santos que colaborou e ajudou muito na conclusão deste trabalho;

Aos que fazem a Secretaria Municipal de Saúde pelo apoio recebido;

Em especial à Presidente Sra. Dilma Rousseff pela oportunidade concedida a nós estrangeiros em trabalhar no Brasil;

Enfim, dedico este trabalho a todo povo brasileiro.

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar a Deus por ter me dado oportunidade de trabalhar e estudar no Brasil;

Ao meu filho Francisco Angelelli pelo carinho;

À OPAS / OMS e ao Ministério da Saúde pela oportunidade que me proporcionou em trabalhar no programa Mais Médico;

Aos meus familiares que me apoiaram.

## **EPÍGRAFE**

“A felicidade consiste em três pontos: trabalho, paz e saúde”

Abílio Guerra Junqueiro

## RESUMO

O município de Maragogi está localizado no litoral norte do Estado de Alagoas, em plena Costa dos Corais, e apresenta uma população residente de 29.794 habitantes. Após reunião da equipe de saúde da família São Bento ficou definido como problema de pesquisa a grande demanda de pacientes sem agendamento e a desqualificação dos profissionais da equipe ao atendimento, acolhimento e humanização. Este projeto tem por finalidade intervir sobre a melhoria do acolhimento dispensado à população atendida pela equipe de Estratégia Saúde da Família, no povoado de São Bento, Maragogi-Al. O trabalho apresentado foi realizado através de uma revisão bibliográfica da literatura de apoio e análise de artigos, teses e dissertações que contemplem o tema acolhimento em unidades básicas de saúde. Estes estão contemplados em site de pesquisa científica e da literatura latina americana e do Caribe em Ciência de Saúde (LILACS). Foi realizada também uma pesquisa com aplicação de questionário com perguntas fechadas aplicada aos usuários na unidade. Para que o acolhimento seja realmente efetivo, a ESF elaborou um plano de intervenção com ações de saúde que serão desenvolvidas na unidade, de modo que quando as pessoas que buscarem os serviços da unidade sejam atendidas em sua totalidade. A equipe organizou o processo de trabalho, afim de que os trabalhadores da saúde ao ouvirem os usuários procurem buscar soluções para os problemas destes, fazendo da melhor maneira possível. Finalizando espera-se com esta proposta, a resolução do problema que afeta o atendimento a essa demanda fazendo com que haja a reorganização da assistência à saúde da área adscrita através da valorização das práticas de humanização propiciando a organização do SUS local.

**Palavras chave:** Humanização. Acolhimento. Planejamento. Equidade.

## ABSTRACT

The Maragogi city is located on the northern coast of the State of Alagoas, in the middle of the Coral Coast, and features a resident of 29,794 inhabitants population. After meeting St. Benedict family health team was defined as research problem the high demand of patients without appointment and disqualification of the team's professional service, commitment and humanization. This project aims to intervene on improving the care dispensed to the population served by the staff of the Family Health Strategy, in the town of St. Benedict, Maragogi-Al. The presented work was conducted through a literature review of supporting literature and review articles, theses and dissertations that address the subject host at basic health units. These are included in scientific research site and Latin literature American and Caribbean Health Sciences (LILACS). It also carried out a survey with a questionnaire with closed questions applied to users in the unit. In order for the host to be truly effective, the ESF has drawn up an action plan with health actions to be developed in the unit, so that when people who seek the unity of the services are met in full. The team organized the work process, so that health workers to hear users seek to find solutions to these problems, making the best possible way. Finishing expected with this proposal, the resolution of the problem that affects the service this demand so that there is the reorganization of health care to the enrolled area by valuing the humanization of practices providing the organization of the local SUS.

**Keywords:** Humanization. Demand. Welcome. Projection. Equity.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>INCRA</b>	Instituto Nacional de Reforma Agrária
<b>km</b>	Quilometro
<b>PSF</b>	Programa de Saúde da Família
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>SMS</b>	Secretaria Municipal de Saúde
<b>E-SUS</b>	Estratégia de Informatização da Atenção Básica

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

**Figura 1** – Localização do município de Maragogi - AL, 2011 e 2012.

**Tabela 1** – Distribuição dos serviços de saúde por bairro, Maragogi, Alagoas, 2014.

**Quadro 01** - Principais problemas elencados pela equipe

**Quadro 02** - Plano de ação para a organização do processo de trabalho sob a responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de São Bento, em Maragogi, Alagoas.

**Quadro 03** - Plano de ação voltado à organização de uma agenda para atendimentos prioritários sob a responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de São Bento, em Maragogi, Alagoas.

**Quadro 04** - Plano de ação para capacitação dos profissionais da equipe, no atendimento humanizado e acolhedor, que se encontram sob a responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de São Bento, em Maragogi, Alagoas

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>14</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>15</b>
	3.1 Gerais .....	15
	3.2 Específicos .....	15
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>16</b>
<b>5</b>	<b>REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	<b>17</b>
<b>6</b>	<b>PROPOSTA DE INTERVENÇÃO</b> .....	<b>23</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>27</b>
<b>8</b>	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>28</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Município de Maragogi era primitivamente um povoado chamado Gamela e fazia parte do Município de Porto Calvo. Em 1887, quando foi elevada à categoria de Vila, passou a ter denominação de Isabel. Foi depois chamada Maragogi, por causa do rio que banhava a localidade. A Vila foi criada em 24 de abril de 1875, sendo elevada à categoria de cidade em 1892. Gentílico: maragogiense.

O município de Maragogi está localizado no litoral norte do Estado de Alagoas, em plena Costa dos Corais, e apresenta uma população residente de 29.794 habitantes, com maior concentração populacional na zona urbana.

Encontra-se localizado a 132 km de Maceió e 130 km de Recife, tornando fácil o acesso, pela AL 101 Norte, as duas importantes capitais do nordeste brasileiro. Limita-se ao sul com Japaratinga e Porto Calvo, leste com o oceano atlântico, oeste com Jacuípe e norte com São José da Coroa Grande / PE (Figura 1).

**Figura 1** – Localização do município de Maragogi - AL, 2011 e 2012.



A rede de saúde dispõe de nove unidades de saúde da família, um centro de saúde e uma Unidade Mista 24 horas, distribuídos conforme tabela abaixo:

**Tabela 1** – Distribuição dos serviços de saúde por bairro, Maragogi, Alagoas, 2014.

BAIRRO/DISTRITO	UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA	CENTRO DE SAMUSAÚDE	UNIDADE MISTA 24 H	SAMU	CAPS
Maragogi/Centro	1	1	1	1	1
Conj. Residencial Adélia Lira	1	-	-	-	-
Largo do Carvão	1	-	-	-	-
Barra Grande	1	-	-	-	-
São Bento	1	-	-	-	-
Peroba	1	-	-	-	-
Itabaiana	1	-	-	-	-
Costa Dourada	1	-	-	-	-
São Pedro	1	-	-	-	-

Fonte: CNES- SMS/ Maragogi.

O Município de Maragogi até o ano 1995 apresentava na sua rede assistencial uma (01) unidade de saúde que atendia demanda espontânea e uma Unidade Mista 24 horas, que funcionava como atendimento em urgências e para os partos de baixo risco. No ano de 1998 foi qualificada a primeira Equipe de Saúde da Família (ESF) na área urbana, sendo observada uma melhoria no quadro de saúde do Município. Em função deste fato o Município pleiteou a habilitação de outras equipes e, em 2001, foram contempladas com a implantação de mais sete (07) equipes; compondo, assim, uma assistência municipal de oito (08) unidades de Saúde da Família, sendo duas (02) urbanas e seis (06) rurais, e uma (01) Unidade Mista 24hs.

Das seis (06) unidades rurais existentes, a SMS em parceria com o INCRA implantou três (03) Unidades de Saúde da Família na zona rural, como forma de assegurar assistência à comunidade, evitando a locomoção até a cidade.

A Estratégia Saúde da Família está consolidada como modelo assistência para atenção básica em saúde e como estratégia para a humanização da assistência no SUS. Atualmente o município conta com nove (09) equipes de saúde da família (03 urbana e 06 rural) com 81% de cobertura populacional. A saúde Bucal apresentou um grande avanço, principalmente com sua ampliação em 2005 de três (03) para oito (08) equipes.

A Equipe Saúde da Família, objeto do estudo e da proposta de intervenção, fica localizada no povoado de São Bento, zona rural de Maragogi. É uma localidade em ascensão, visto que sua população vem crescendo desordenadamente, e com isso vão surgindo os problemas que envolvem todas as áreas. Desta forma, será preciso que o município tenha um olhar mais atento, voltado para as políticas sociais, educacionais e de saúde para melhor atender a essa demanda.

Atualmente a unidade de saúde São Bento apresenta um quadro de pessoal composto por duas (02) médicas, uma para atender a demanda reprimida e que está fora da área adstrita da ESF, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, oito (08) agentes comunitários de saúde, um dentista, uma auxiliar de gabinete dentário e uma auxiliar de serviços gerais, todos desenvolvendo ações voltadas ao atendimento dessa população tão necessitada.

Em conformidade com os dados nacionais, a população é composta por 5.819 habitantes, apresentando uma média de atendimento de 330 consultas mês, 55 visitas domiciliares mês, (e-SUS Mais Médico, 2015).

Em função da realidade acima analisada, sentiu-se a necessidade de intervir sobre o problema de saúde, envolvendo os serviços disponibilizados pela ESF de tal forma a serem realizados com qualidade e resolutividade, proporcionando satisfação aos que buscam atendimento na Unidade de Saúde de São Bento.

## 2 JUSTIFICATIVA

A proposta de intervenção busca construir alternativas em torno da necessidade de proporcionar um atendimento humanizado e acolhedor na unidade de São Bento, ressaltando o quanto é difícil o desenvolvimento de ações voltadas à demanda espontânea, desta Unidade, devido ao aumento constante dessa população.

O acesso da população aos serviços de saúde tem sido uma preocupação da equipe, porque os usuários merecem ser acolhido com dignidade e equidade, o que não é fácil, visto as demandas de trabalho realizadas na unidade.

Existe na unidade de saúde São Bento uma demanda espontânea com uma média de 25 (vinte e cinco) atendimentos a pacientes. Isto gera uma insatisfação muito grande e vem causando sérios problemas para a equipe que lá trabalha, pois todos que procuram a unidade querem ser atendidos.

A espera é grande, e a forma como eles são abordados causa na maioria das vezes transtornos. A distribuição das 25 (vinte e cinco) fichas sem uma triagem mais efetiva, leva ao descontentamento dos usuários que se irritam por não conseguirem um atendimento.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral:**

- Propor um plano de intervenção com a finalidade de proporcionar a Comunidade de São Bento, um atendimento de forma acolhedora.

#### **3.2 Objetivos específicos:**

- Elaborar um cronograma para atender a demanda espontânea que procura a unidade de São Bento;
- Proporcionar um bom acolhimento a demanda de São Bento;
- Realizar o planejamento das ações para organizar o atendimento à demanda espontânea.



## 4 METODOLOGIA

O trabalho ora apresentado foi realizado através de uma revisão bibliográfica da literatura de apoio e análise de artigos, teses e dissertações que contemplem o tema acolhimento em unidades básicas de saúde. Estes estão contemplados em site de pesquisa científica e da literatura latina americana e do Caribe em Ciência de Saúde (LILACS). Foi realizada também uma pesquisa com aplicação de questionário com perguntas fechadas aplicada aos usuários na unidade.

A pesquisa foi iniciada após a identificação da situação problema da Unidade de Saúde, objeto de estudo. A ESF observou a necessidade em montar uma estratégia para atender ao grande número de usuários da demanda espontânea e que resultava em complicações no desenvolvimento das ações de saúde realizada pela equipe.

Diante da situação apresentada, foi necessária a realização de reuniões na equipe, onde foram elaboradas propostas de intervenção por meio de literaturas que auxiliaram no estabelecimento de padrões e parâmetro para intervenção na realidade apresentada.

Após realizar a leitura e estudo dos artigos e produções científicas, que subsidiaram a realização do trabalho, ficou claro que a equipe de estratégia da família tem muitas dificuldades para a elaboração e execução das atividades. O excesso do contingente populacional que buscam o atendimento dificulta até as negociações na hora em que vão ser agendados os atendimentos ou na priorização das ações que já foram programadas ou as de promoção e prevenção.

Nesse sentido, este projeto de intervenção propõe desenvolver, na Unidade de Saúde, ações estratégicas para o enfrentamento da problemática e, para isso, faz-se necessário que todos tenham conhecimento a cerca do que foi programado. Posteriormente, deverão ser realizadas oficinas, para a capacitação da equipe na execução do projeto obedecendo a uma cronologia em função da necessidade apresentada.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O modelo de assistência vigente reconhece a Atenção primária como porta de entrada do sistema, por conseguinte as equipes de Estratégia de Saúde da Família precisam ter estrutura com capacidade em atender com qualidade as demandas que surgem dentro do seu contexto.

Segundo Brasil (2006) *apud* Silva et al. (2008) a Estratégia de Saúde da Família (ESF), adotada pelo Ministério da Saúde como um modelo reorganizador da atenção básica em saúde tem como fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde, a integralidade do cuidado e relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.

Ainda de acordo com Silva et al. (2008) existem alguns autores que não compactua com essa teoria e conforme Franco e Merhy (1999) onde afirmam que a Estratégia Saúde da Família (ESF) reconhece que a mudança do modelo assistencial se dá a partir da reorganização do processo de trabalho.

De acordo com Silva et al. (2008) a Estratégia Saúde da Família apresenta um novo olhar, quando sugere que os trabalhos em saúde sejam estruturados a partir de equipes multiprofissionais. Entretanto, algumas vezes este modelo não opera de modo amplo nos microprocessos do trabalho em saúde, nos fazeres do cotidiano de cada profissional, que realmente definem o perfil da assistência.

De acordo com Silva et al. (2008) surge, desta forma, o acolhimento no seio da atenção básica para reconfigurar o processo de trabalho. Segundo Malta et al. (1998), esta reconfiguração com a presença do acolhimento possibilita: melhorar o acesso dos usuários aos serviços de saúde; humanizar as relações entre profissionais de saúde e usuários; aperfeiçoar o trabalho em equipe, com a integração e a complementaridade das atividades exercidas por cada categoria; aumentar a responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos problemas vivenciados pelos usuários em seu contexto existencial e elevar os coeficientes de vínculo e confiança entre eles. Desse modo, é o acolhimento que pode atuar na

melhoria do acesso e atendimento de demandas do usuário tornando o sistema centrado nas necessidades do usuário (SILVA ET AL., 2008).

Segundo Campos (2002), *apud* Silva et al. (2008) acolhimento leva a criação de certo vínculo às pessoas. E este, segundo o autor, é obscuro e nem sempre é percebido e sua maioria não é consciente. Na realidade não se tem consciência do tamanho do vínculo que são estabelecidos entre si, porque estes se constroem quando se estabelece algum tipo de dependência mútua: uns precisam de ajuda para resolver questões sanitárias; outros precisam ganhar a vida, exercer a própria profissão.

Merhy et al. (2003) afirma que o acolhimento é uma ação de saúde que pode ser realizada por qualquer trabalhador em saúde, e focá-lo analiticamente é criar a possibilidade de “pensar” a micropolítica do processo de trabalho e suas implicações no desenho de determinados modelos de atenção, ao permitir pensar sobre os processos institucionais por onde “circulam” o trabalho vivo em saúde, expondo o seu modo privado de agir à um debate público no interior do coletivo do trabalho. Nesse sentido, o tema do acolhimento mostra a possibilidade do questionamento sobre o processo de produção da relação usuário-serviço sob o olhar específico do acesso, diante da recepção dos usuários nos estabelecimentos de saúde (MERHY ET AL. 2003).

Ressalta-se, ainda, segundo Merhy et al. (2003), que o acolhimento como processo de produção do cuidado de acordo com o modelo de atenção a saúde, funcionará como um dispositivo a provocar rumores sobre os momentos nos quais o serviço utiliza seus mecanismos de recepção dos usuários, enquanto certas modalidades de trabalho em saúde que se centram na produção de um mútuo reconhecimento de direitos e responsabilidades. Desse modo, o acolhimento aos usuários pode confirmar as dinâmicas e os critérios de acessibilidades nas quais estes estarão submetidos, devendo estar ligada ao modelo de atenção e focando na necessidade da realização das ações para cada caso apresentado.

Cabe destacar o impacto dos processos sociais da saúde e da doença se dá à medida que nas práticas de saúde, individual e coletiva, o que se procura é a produção da responsabilização clínica e sanitária e da intervenção resolutiva, tendo em vista as “pessoas”, como caminho para defender a vida, reconhecendo que sem “acolher” e “vincular”, não há produção de responsabilização e nem “otimização

tecnológica” (MERHY ET AL., 2003). Nesse sentido, a proposta de acolhimento em uma unidade de saúde deverá servir para organizar os serviços e facilitar o acesso dos usuários ao atendimento integral, humanizado e com equidade.

Ainda Merhy et al. (2003) o acolhimento propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo dos seguintes princípios:

1. Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população. Fazendo isto, os serviços criam possibilidades para o restabelecimento de uma relação de confiança e apoio o usuário.
2. Reorganizar o processo de trabalho, de forma que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional - “equipe de Acolhimento”-, que se encarrega da escuta do usuário, se comprometendo a resolver seu problema de saúde. A consulta médica é requisitada, só para os casos em que ela se justifica. Desta forma, todos os profissionais de nível superior e ainda as auxiliares e técnicas de enfermagem, participam da assistência direta ao usuário, aumentando enormemente o potencial de serviço da Unidade.
3. Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve se dar por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania. Essa é a argamassa capaz de unir solidamente os trabalhadores e usuários, em torno de interesses comuns, quais sejam, a constituição de um serviço de saúde de qualidade, com atenção integral, que atenda a todos e esteja sob controle da comunidade (MERHY et al., 2003, p. 08).

Merhy et al. (2003), afirma que o acolhimento modifica radicalmente o processo de trabalho. O impacto da reorganização do trabalho na Unidade se dá principalmente sobre os profissionais não médicos, que fazem a assistência, visto que, ao implantar o acolhimento, os outros profissionais que compõe a equipe de saúde, passarão a ser o centro das atenções da população.

Merhy et al. (2003), assegura que a metodologia de gestão da Unidade de Saúde é compatível com o modelo tecno-assistencial. Dessa forma o acolhimento só é possível se a gestão for participativa, baseada em princípios democráticos e de interação entre a equipe. Isto, porque a inversão do modelo tecno-assistencial, com mudanças estruturais no processo de trabalho, pressupõe a adesão dos trabalhadores à nova diretriz.

Ainda para Merhy et al. (2003), este compromisso com a mudança, com a construção do devir, só é possível quando os profissionais discutem e efetivamente podem decidir sobre a organização dos serviços na Unidade de Saúde.

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”). O acolhimento se revela menos no discurso sobre ele do que nas práticas concretas. (BRASIL, 2012).

O motivo pelo qual temos que realizar um bom acolhimento de demanda das unidades básicas de saúde, é por entender que os profissionais de saúde não são os únicos responsáveis pela definição das necessidades da população. Os usuários também definem suas necessidades, e o faz das mais diversas formas, por isso é deveras importante que as demandas apresentadas pelos usuários sejam acolhidas, escutadas, problematizadas e reconhecidas como legítima, e, quando isso não ocorre desnecessariamente cria-se um clima de tensão entre as partes que se transformam em queixas, reclamações, repetição de retornos as unidades até a busca por outros serviços (BRASIL, 2012).

Ressalte-se que os vários tipos de demanda podem, em grande parte, ser acolhidos e satisfeitos na atenção básica, inclusive com as modalidades de tecnologias leve duras (conhecimentos, protocolos) e duras (materiais, equipamentos), que podem e devem estar disponíveis nesse tipo de serviço. (BRASIL, 2012).

Entende-se, ainda, ser necessário fazer uma programação do acompanhamento a ser feito com as pessoas pelos profissionais (sob pena de a atenção básica se reduzir a um pronto-atendimento). Também é fundamental que as unidades de atenção básica estejam abertas e preparadas para acolher o que não pode ser programado, as eventualidades, os imprevistos (BRASIL, 2012).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), muitas vezes, esses momentos de sofrimento dos usuários são fundamentais para a criação e fortalecimento de vínculos. São momentos em que os usuários se sentem, comumente, desamparados, desprotegidos, ameaçados, fragilizados. Nessas situações, é bastante razoável que muitos deles recorram às unidades de atenção básica quer pela proximidade física, quer pelos vínculos que possuem com os profissionais em quem eles confiam.

Não se pode deixar de levar em consideração que existem usuários que necessitam de atendimento devido ao seu quadro clínico, necessitando em certos momentos de uma atenção diferenciada.

O acolhimento também pode servir como mecanismo de ampliação do acesso surge como forma de inclusão dos usuários, na medida em que pressupõe que não apenas determinados grupos populacionais (portadores de agravos mais prevalentes e/ou recortados a partir de ciclos e vida) são objeto privilegiado do trabalho das equipes, mas também as pessoas que apresentam necessidades de saúde que não estão contempladas nesses critérios (BRASIL, 2012, p. 22).

A implantação de acolhimento da demanda espontânea “pede” e pode provocar alterações na forma das organizações e na maneira de como o profissional irá desenvolver a ação, para que isso ocorra se faz necessário que se tenha conhecimento da oferta de serviços em função da necessidade da população, portanto, é necessário que a população seja escutada, para que a demanda seja considerada, e preciso que a equipe defina a competência de cada profissional, já que todos estão inseridos no processo (BRASIL, 2012).

Ao assumir efetivamente o acolhimento como uma diretriz faz com que o processo que demanda transformações intensas na maneira de funcionar a atenção básica. Isso requer um conjunto de ações articuladas, envolvendo usuários, trabalhadores e gestores, pois a implantação do acolhimento dificilmente se dá apenas a partir da vontade de um ator isolado. A implantação de acolhimento, e que servem como exemplos, referências, fonte de diálogos, podendo ser mais ou menos pertinentes de acordo com a dinâmica de cada realidade (BRASIL, 2012).

Conforme consta Gomes; Melo; Pinto (2005) apud Brasil (2012) o envolver toda a equipe na realização do acolhimento de maneira coletiva facilitará a identificação mais precocemente dos usuários com risco e sofrimento mais evidentes, podendo melhorar o aumento da capacidade de auto-avaliação dos mesmos.

Quando disponibiliza um critério para que seja realizada a avaliação mais ajustada na eminência de tornar o atendimento satisfatório às necessidades dos usuários visando à redução de sofrimento/sobrecarga para as equipes sem sacrificar a atenção programada, para definir modelagens e realizar avaliações ao longo do

tempo, propõe algumas questões norteadoras para serem consideradas em cada realidade (BRASIL, 2012):

- Como realizamos o acolhimento em nossa unidade?
- Que profissionais estão na “linha de frente” do acolhimento? Eles mudam em diferentes horários?
- O que ofertamos no acolhimento?
- Qual a distribuição das ofertas da UBS ao longo do dia e no decorrer da semana?
- Qual o perfil da demanda espontânea?
- O que as pessoas que estão cedo na UBS estão demandando?
- Quantas são com cada grupo de demandas?
- Essa distribuição varia ao longo do dia ou certos padrões de demandas se concentram em determinados horários?
- São demandas passíveis de serem negociadas para outros horários de menor movimento?

A implantação do acolhimento deverá acabar com as filas e as cotas de atendimentos na unidade de saúde, garantindo que todos os que buscam o apoio no dia a dia sejam realmente recebidos pela equipe e tenha seus problemas solucionados.

Como direito instituído na Constituição Federal de 1988, temos a equidade, como princípio de justiça, baseia-se na premissa de que é preciso tratar diferentemente os desiguais de acordo com a sua necessidade, evitando as diferenciações injustas e negativas.

## 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Após a sistematização do conhecimento, acerca da problemática apresentada pela Equipe de Saúde da Família de São Bento em Maragogi, sobre o excesso na demanda no dia a dia da referida unidade, foi elencado pela equipe alguns problemas e os nós críticos que geravam descontentamento e insatisfação dos usuários.

Os principais problemas foram identificados e deverão ser solucionados, após a organização dos serviços e da demanda que busca diariamente o atendimento na Unidade de São Bento.

**Quadro 01** – Principais problemas elencados pela equipe

<b>Problema</b>	<b>Nó Crítico</b>	<b>Estratégia</b>
A grande demanda de pacientes sem agendamento.	Grande número de paciente sem atendimento por falta de agendamento	Organizar a agenda para atender melhor os pacientes.
Falta de organização do processo de trabalho	Inadequação do processo de trabalho	Organizar o processo de trabalho da equipe.
A desqualificação dos profissionais da equipe ao atendimento, acolhimento e humanização.	Profissionais despreparados	Realizar treinamento para a equipe.

Fonte: ESF São Bento, Maragogi/AL, 2015



**Quadro 2** – Plano de ação para a organização do processo de trabalho sob a responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de São Bento, em Maragogi, Alagoas.

<b>Nó crítico 1</b>	Grande número de paciente sem atendimento por falta de agendamento
<b>Operação</b>	Realizar o agendamento dos pacientes para atendimento
<b>Projeto</b>	Ampliação dos atendimentos a demanda de São Bento
<b>Resultados esperados</b>	Um quantitativo maior de usuários atendidos
<b>Produtos esperados</b>	Agendamento estruturado e em funcionamento na unidade
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Equipe de Estratégia de Saúde da Família
<b>Recursos necessários</b>	Político: Parceria com o NASF
<b>Recursos críticos</b>	Político: Parceria com o NASF
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: Secretaria de Saúde Motivação: Favorável
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Organizar a agenda para atender melhor os pacientes
<b>Responsáveis:</b>	Equipe ESF de São Bento
<b>Cronograma / Prazo</b>	Semestral
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Através de reuniões de serviços

**Quadro 3** – Plano de ação voltado à organização de uma agenda para atendimentos prioritários sob a responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de São Bento, em Maragogi, Alagoas.

<b>Nó crítico 1</b>	Inexistência de atendimentos prioritários
<b>Operação</b>	Incluir na rotina de trabalho as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.
<b>Projeto</b>	Desenvolvendo ações segundo as linhas de cuidado
<b>Resultados esperados</b>	Usuários melhor atendidos
<b>Produtos esperados</b>	Trabalho executado segundo as linhas de cuidado
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Equipe de Estratégia de Saúde da Família
<b>Recursos necessários</b>	Político: Parceria com o Ministério da Saúde
<b>Recursos críticos</b>	Político: Parceria com o Ministério da Saúde
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: Secretaria de Saúde Motivação: Favorável
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Organizar o processo de trabalho da equipe
<b>Responsáveis:</b>	Equipe ESF de São Bento
<b>Cronograma / Prazo</b>	Trimestral
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Através de reuniões de serviços

**Quadro 4** – Plano de ação para capacitação dos profissionais da equipe, no atendimento humanizado e acolhedor, que se encontram sob a responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de São Bento, em Maragogi, Alagoas

<b>Nó crítico 1</b>	Profissionais despreparados
<b>Operação</b>	Capacitar os profissionais visando à melhoria do atendimento
<b>Projeto</b>	Atendimento humanizado como direito de todos
<b>Resultados esperados</b>	Atendimento humanizado
<b>Produtos esperados</b>	Profissionais capacitados
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Equipe de Estratégia Saúde da Família, Secretaria Municipal de Saúde.
<b>Recursos necessários</b>	Financeiro: Recursos audiovisuais, material didático, Recursos Humanos e espaço físico. Político: Parceria com a Secretaria de Educação
<b>Recursos críticos</b>	Financeiro: Aquisição de Recursos audiovisuais, material didático, Recursos Humanos e espaço físico. Político: Articulação com a Secretaria de Educação
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: Secretaria de Saúde Motivação: Favorável
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Realizar treinamento para a equipe.
<b>Responsáveis:</b>	Equipe ESF de São Bento
<b>Cronograma / Prazo</b>	Semestral
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Secretaria Municipal de Saúde

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o desenvolvimento desse trabalho, verificamos o quanto o Sistema Único de Saúde ao longo dos seus anos vem conquistando espaço voltado para a melhoria da qualidade da assistência à saúde.

Com a implantação da Estratégia de Saúde da Família, houve mudanças de paradigma, onde as equipes se afastaram do modelo medicocêntrico e passaram para a promoção e prevenção da saúde.

A Estratégia de Saúde da Família, idealizado pelo Ministério da Saúde, vem para reorientar e reorganizar a Atenção Básica, para isso é necessário que os profissionais da saúde identifiquem os problemas que afligem a sua unidade realizem o planejamento de suas ações, traçando propostas de melhoria da intervenção para que as ações de saúde que deverão ser realizadas pela equipe, atendam realmente as necessidades da população.

Muitos problemas estão relacionados com a forma com que a população é acolhida na Unidade de Saúde. O paciente quando bem acolhido pelos profissionais capacitados em escutar terá sua demanda organizada e melhor atendida.

O acolhimento quando trabalhado com ética servirá para proteger a saúde individual e coletiva. Deste modo, o acolhimento servirá como dispositivo para facilitar o acesso dos usuários e em algumas situações poderá criar vínculo entre os profissionais e população e fazer com que a equipe reveja o processo de trabalho, que deverá ser entendido pelo grupo.

Enfim, entende-se que o acolhimento nas unidades básicas de saúde ainda é um processo em construção, que servirá para incluir o usuário dentro dos serviços, ao mesmo tempo em que potencializara os funcionários e gestores na construção de espaços democráticos com perspectiva de construção de um modelo assistencial que atenda a demanda com cuidados a saúde.

## 8 REFERÊNCIAS

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da saúde**. Brasília, [online], 2014. Disponível em: <http://decs.bvs.br>. Acesso em: 25-07-2015.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@**. Brasília, [online], 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em: 25-07-2015

BUENO, W. S. Betim: construindo um gestor único. in MERHY, E. E. e ONOCKO, R. (orgs.) - **Agir em Saúde**. Um desafio para o público. Hucitec: São Paulo, 1997.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

NESCON/UFMG. **Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento\\_e\\_avaliacao\\_das\\_acoes\\_de\\_saude\\_2/3](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3)>. Acesso em: 25-07-2015.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3>>. Acesso em: 25-07-2015.

FRANCO, Tulio Batista. Et all. Acolhimento e os processos em saúde: o caso de Betim. Minas Gerais, Brasil, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v 15, n. 2, p. 345-353, 1999.

MERHY, E. E. Em busca de ferramentas... In MERHY, E. E e ONOCKO, R. (orgs.) **Agir em Saúde**. Um desafio para o público. Hucitec: São Paulo, 1997.

PAZ, A. A. M. Et all, **Orientação para elaboração do projeto de intervenção local (PIL)**. Universidade de Brasília. Faculdade de Educação. UAB/UnB. Curso de Especialização em Educação na Diversidade e Cidadania, com ênfase em EJA. Brasília, [online], 2013. Disponível em: <[http://forumeja.org.br/sites/forumeja.org.br/files/Doc\\_Orientador\\_PIL.pdf](http://forumeja.org.br/sites/forumeja.org.br/files/Doc_Orientador_PIL.pdf)>. Acesso em: 25-07-2015.

SILVA, Assad Karlla. Et all, **Caminhos do acolhimento**: relato de experiência em uma Unidade de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro. Editora do Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 1 edição p. 95-109.