

Sala de espera como espaço para promoção da educação em saúde na atenção básica

Waiting room as a space for the promotion of health education in primary care

Gabriela Silva Araújo Dias¹, Gisela Maria Silva e Brito².

¹ Assistente Social, especializanda em Saúde da Família e Comunidade (UNASUS - UFPI). E-mail:

gabidias_sm@hotmail.com.

² Educadora Física, Mestranda em Saúde Pública (UFPI);

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo propor um projeto de intervenção para transformar a sala de espera da Estratégia de Saúde da Família Djalma Nunes, no município de São José do Peixe – PI. O acompanhamento do plano será realizado através de reuniões quinzenais com toda a equipe envolvida (gestores e profissionais), a fim de avaliar todas as etapas do plano, a execução das ações e alcance de seus objetivos, e o nível de satisfação dos usuários. Contudo, a depender da necessidade, poderão acontecer reuniões semanais. A atividade da sala de espera proporciona um trabalho educativo com impactos significativos na promoção da saúde, contribuindo para desta forma, para a melhora do atendimento no ambiente da sala de espera, evidencia-se que os profissionais que trabalham nessa ESF têm a oportunidade de utilizar esta ferramenta para prestar um atendimento mais humanizado e qualificar os serviços de saúde, neste espaço onde é permitido a este profissional o conhecimento das reais necessidades da população, bem como a busca por soluções para uma melhor qualidade de vida.

Descritores: Acolhimento; Educação em Saúde; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The present work aims to propose an intervention project to transform the waiting room of the Family Health Strategy Djalma Nunes, in the municipality of São José do Peixe - PI. The monitoring of the plan will be carried out through biweekly meetings with all and the team involved (managers and professionals) in order to evaluate all the steps of the plan, the execution of the actions and reach of its objectives, and the satisfaction level of the users. However, depending on the need, weekly meetings can take place. The activity of the waiting room provides an educational work with significant impacts on health promotion, thus contributing to the improvement of care in the waiting room environment, it is evident that the professionals working in this FHS have the opportunity to use this tool to provide a more humanized service and qualify health services, in this space where this professional is allowed to know the real needs of the population, as well as the search for solutions to a better quality of life.

Keywords: Reception; Health education; Primary Health Care.

1 - INTRODUÇÃO

O município de São José do peixe segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2010, é um município do estado do Piauí, localizado na microrregião de Floriano e

mesorregião sudoeste piauiense, faz parte do território Vale dos Rios Piauí e Itaueira (conforme divisão do estado em 11 territórios). Possui uma área de 1.287,174 km², e distancia-se a 268 km da capital do estado, limita-se com mais proximidade com os municípios de São Francisco, São Miguel do Fidalgo e Ribeira do Piauí.

De acordo com o último censo realizado em 2010 a população estimada de São José do Peixe e de 3.700 habitantes. Em relação ao sexo masculino existem aproximadamente cerca de 1.885 pessoas já do sexo feminino existem cerca de 1.815 pessoas, sendo que a população urbana representa 51% (1.889) e a rural 49% (1.811) da população. Em 2010 a população idosa detinha um percentual de 12,3% do total da população do município; Em relação ao segmento etário de 0 a 14 anos registrou 30,4% da população, totalizando 1.124 habitantes, a faixa etária de 15 a 59 anos representava 57,3% da população do município. O índice de desenvolvimento humano é (IDH) é cerca de 0, 573 (IBGE, 2010).

O povoamento teve início no final do século XIX, numa fazenda de gado. Em 1907 novas famílias chegaram estabelecendo-se com atividades agropecuárias. Com valorização da borracha de maniçoba atraiu muitas pessoas para a região, dando início às chamadas Feiras da Maniçoba, de vital importância para o desenvolvimento da localidade. A povoação ficou conhecida como Peixe. Em 1909 deu início à construção da capela de São José. E, em 1956, a localidade foi elevada à categoria de município, pela lei estadual nº 1440, de 23 de novembro de 1956, desmembrado dos municípios de Oeiras e São João do Piauí, constituído do distrito sede, instalado em 25 de dezembro de 1958, recebendo a denominação de São José do Peixe, em homenagem ao Santo Padroeiro.

A agricultura praticada no município é baseada na produção sazonal de arroz, mandioca, feijão, e milho. E principais culturas de rebanho local são: bovinos, ovinos, galos, frangos e pintos, caprinos, galinhas (IBGE, 2010).

Com relação à educação, 68,80% da população acima de 10 anos de idade é alfabetizada. A taxa de analfabetismo das pessoas de 10 anos ou mais era de 27,6%. Na área urbana, a taxa era de 22,3% e na zona rural era de 33,2%. Entre adolescentes de 10 a 14 anos, a taxa de analfabetismo era de 12,5%. A taxa de analfabetismo das pessoas de 10 anos ou mais no município é maior que a taxa do Estado. Conforme dados do Censo Demográfico (2010), no município, a taxa de extrema pobreza da população era de 41,5%.

O município está vinculado a Gerência Regional de Saúde de Floriano, com cobertura principal na prestação de serviços de atenção básica através da Unidade Básica Djalma Nunes com extensão à área rural. Sendo o município de pequeno porte I, a estratégia de saúde da família (ESF) tem como menção hospitalar no município a unidade mista de saúde Teresa Cristina. E como hospital regional de referência o Hospital Tibério Nunes, em Floriano – PI, para onde são encaminhados os casos mais complexos. Em casos de atendimento especializado a mulher e gestantes a referência é a Maternidade Evangelina Rosa na capital do Estado.

A estratégia de saúde da família Djalma Nunes está localizada na Av. Francisco Mendes, Centro, zona urbana do município de São José do Peixe – PI. O território de abrangência da ESF é dividido em 05 microáreas, e faz a cobertura de um total de 2003 pessoas referenciadas ao serviço, sendo que destas 274 são hipertensos, 56 diabéticos, 20 gestantes, e 18 crianças menores de 01 ano

de idade. Os recursos humanos da unidade são compostos de 01 coordenador, 01 médico (programa mais médico), 01 enfermeiro, 01 dentista, 05 agente comunitários de saúde (ACS), 02 técnicos de enfermagem, 02 auxiliares de serviço gerais, 01 técnico de farmácia. A unidade ainda conta com o apoio da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) 03 composta por 01 educador físico, 01 nutricionista e 01 fisioterapeuta (BRASIL, 2011).

O espaço físico da ESF obedece aos padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Possui instalação elétrica e água encanada, recepção ampla e confortável, com mobiliários novos, sistema de ar condicionado, televisão, sanitários para uso coletivos, acesso e adaptações para pessoa com mobilidade reduzida. Dispõe de salas para atendimentos individuais de cada profissional (sala para atendimento médico, de enfermagem, nutricional, odontológica), salas administrativas, farmácia básica, copa/cozinha, almoxarifado, farmácia básica, sanitários exclusivos para profissionais.

Relativo ao atendimento é predominante através de demanda espontânea, mas existe uma programação por parte da equipe quanto às atividades a serem realizadas na semana, como dia de atendimento dos hipertensos, diabéticos, pré-natal, puericultura, preventivo de câncer de mama e ginecológico, agendamento para atendimento de saúde bucal, e visitas domiciliares.

Conforme a Portaria n°. 2.488, de 21 de outubro de 2011 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, é possível observar que a unidade básica de saúde (UBS) Djalma Nunes vem atuando no geral conforme especificidades desta portaria, assim como, das demais regulações da atenção básica, o que não suprime alguns desafios a serem superados. É possível identificar algumas falhas no processo de atuação da UBS, como a fragilização na realização de ações educativas, que no geral são constituídas de ações isoladas e descontinuadas. No que trata as atividades e aos profissionais percebe-se ainda que as ações de caráter educativo ficam quase que restritivo ao enfermeiro da equipe, a quem atribuem praticamente à responsabilidade de suas realizações (BRASIL, 2011a).

Para efetivação da promoção em saúde e conseqüentemente do bem-estar da comunidade, surgiu à oportunidade de apresentar um projeto de implantação sala de espera da ESF, cuja proposta é o desenvolvimento de ações educativas de informações, orientações e troca de vivências no espaço da sala de espera para atendimentos da ESF Djalma Nunes. Com essa implementação esperamos contemplar os objetivos de desenvolvimento sustentável.

Neste contexto, a sala de espera se constitui como um espaço geralmente ocupado por uma grande quantidade e diversidade de usuários de diferentes faixas etárias, e classe social e culturais, com as mais diversas demandas e vivências, que durante a esperar por atendimento de saúde acabam em sua maioria interagindo uns com os outros trocando suas experiências e conhecimentos. Portanto, a sala de espera constitui um espaço importante para promoção da educação em saúde através da construção coletiva de saberes, troca de vivências e fortalecimento de vínculos entre usuários e profissionais.

Na literatura, vários estudos apontam o uso da sala de espera como uma relevante estratégia para educação e promoção de saúde. Entretanto, apesar de todo seu potencial, a sala de espera se configura como espaço ainda pouco aproveitado (SILVA et al., 2013).

A autora do presente trabalho está inserida na rede intersetorial do município, na política de assistência social, no exercício do cargo de assistente social-técnica de referência do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS).

1.1– OBJETIVOS

1.1.1 – OBJETIVO GERAL

Propor um projeto de intervenção para transformar a sala de espera em um local de práticas educativas regulares promovendo a promoção da saúde da população.

1.1.2 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Propiciar um ambiente de acolhimento para troca de vivências e fortalecer os vínculos entre usuários e a equipe profissional da ESF;
- Ampliar o diálogo com a população, estabelecendo um espaço de interação e de multiplicação de informações junto aos usuários;
- Fortalecer as políticas de saúde e cidadania no território de abrangência da ESF.

2 – REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Educação e Promoção em Saúde

Em 1980, acontecia no Brasil a 8ª Conferência Nacional de Saúde, um processo participativo, democrático e representativo, que contou com ampla participação das instituições atuantes no setor, representantes da sociedade civil, dos grupos profissionais e dos partidos políticos, cujo objetivo era discutir e propor melhorias na saúde pública do país (BRASIL, 1986).

O relatório final da conferência propõe um novo conceito de saúde como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde (BRASIL, 1986). Já se afirmava na ocasião a relevância da promoção da saúde por meio do desenvolvimento de ações de educação em saúde.

Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações de serviços e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade. (BRASIL, 1986, p.4).

O mesmo relatório serviu como referência para a construção do texto base da Constituição Federal de 1988. Mais conhecida como Constituição Cidadã, instituiu a política de saúde como um dos tripés da seguridade social, e foi um marco regulatório na saúde brasileira tornando seu acesso

universal e gratuito a todos os brasileiros. Desta forma, protegeu todos aqueles que, até então, não tinham acesso aos serviços de saúde da previdência social.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, p.5).

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade. (BRASIL, 1988, p.5).

A Constituição Federal Brasileira de 1988 cria no seu artigo 196 o Sistema Único de Saúde (SUS), constituído por órgãos federais, estaduais e municipais, apresenta como alguns de seus princípios e diretrizes a universalidade, integralidade e a participação comunitária. Regulamentado através da lei 8.080/90 que operacionaliza o atendimento público de saúde, suas ações e serviços estendem para além da área médica, devendo haver medidas preventivas concernentes ao bem-estar da população nas áreas nutricionais, sanitárias, educativas e ambientais como forma de evitar maiores adversidades no futuro. Desta forma, o sistema modificou a organização do serviço de saúde e ampliou o acesso a serviços de atenção primária, iniciando um processo regulado de serviços de maior complexidade, proporcionando melhorias nos indicadores básicos de saúde da população (BRASIL, 1990).

Nesta perspectiva condicionada pela evolução histórica e organização do SUS, o Ministério da Saúde cria o programa saúde da família (1994), atualmente programa de estratégia de saúde da família (ESF), que apresenta cinco princípios gerais: Caráter substitutivo; Territorialização; Planejamento e programação; Intersetorialidade, e Espaço de construção da cidadania (BRASIL, 2010). A Estratégia de Saúde da Família

Surge como uma estratégia para fortalecer a reversão da lógica assistencial, tendo como objetivo primordial a atenção integral voltada à família, considerando o ambiente em que vivem, por meio do estabelecimento de parcerias para a realização de ações intersetoriais e interdisciplinares, buscando com isso contribuir para a efetivação de práticas alicerçadas na prevenção de doenças e promoção da saúde. (GUIDOLIN; MULLER, 2013 p. 101).

Na década de 70 o termo promoção à saúde surgiu com o intuito de renovar a atenção prestada, assim, a saúde passa a significar uma luta/ação que deve envolver todos os seguimentos da sociedade, incluindo os próprios indivíduos no papel de protagonistas. A partir desse período, a saúde passou a abranger a dimensão de qualidade de vida e não simplesmente de ausência da doença, para tanto, as pessoas devem ser informadas sobre os cuidados para se ter saúde para ter a capacidade pessoal de melhorar as condições físicas e psicossociais nos espaços onde vivem. (GOMES; ALBURQUERQUE; MOURA, 2006).

De acordo com Oliveira e Santos (2011) observa-se uma mudança na estratégia para promoção da saúde, agora voltada para a disseminação de informações por meio de uma educação em saúde que disponibilize aos usuários do Sistema Único de Saúde o conhecimento necessário para que esse exerça o protagonismo no cuidado com a saúde.

Para promover saúde deve-se refletir sobre o objeto saúde, considerando-a um conceito em construção que depende de valores sociais, culturais e históricos, e que permita viver com qualidade. As ações de promoção à saúde propõem reorientar os serviços de saúde, indo à busca de atenção integral às pessoas em suas necessidades, visando construir saúde em seu sentido mais amplo, e lutando contra as desigualdades através da construção de cidadania (BRASIL, 2006).

2.2 – Sala de Espera: Espaço para educação em saúde.

De acordo com Costa et al (2009) uma educação em saúde bem sucedida é capaz de estimular os indivíduos, famílias e comunidade a buscarem conhecimentos que permitam a reflexão e conscientização, proporcionem autonomia e autocuidado, de maneira a contemplar as necessidades dos sujeitos e de suas famílias. Deve-se, ainda, de acordo com os autores, buscar um processo educativo através do diálogo e da interação entre educador e educando e, não apenas, através de um simples ato de transmitir informações.

Nessas perspectivas, a educação em saúde deve desenvolver práticas que disseminem o conhecimento, buscando sempre criar vínculos entre a ação em saúde e o pensar e fazer cotidiano da população. Portanto, esse modelo de educação deve figurar como uma ferramenta importante para os profissionais de saúde na constituição de espaços de trocas de experiências e informações com a comunidade (BRASIL, 2006).

Nos serviços de saúde a sala de espera se constitui como um espaço geralmente ocupado por uma grande quantidade e diversidade de usuários de diferentes faixas etárias, e classe social e cultural, com as mais diversas demandas e vivências, que na esperar por atendimento de saúde, acabam em sua maioria interagindo uns com os outros através das trocas de suas experiências. Seguindo esse raciocínio, podemos classificar com um espaço muito favorável para esse tipo de práticas de educação em saúde (PAIXÃO; CASTRO, 2006).

Para Rodrigues et al., (2009) a sala de espera tem o intuito de garantir um cuidado humanizado, efetivando a aproximação cada vez maior entre a comunidade e os serviços de saúde. É por meio da sala de espera os profissionais da área da saúde tem a oportunidade de estar desenvolvendo atividades que extrapolam o cuidado, como a educação em saúde, auxiliando na prevenção de doenças e na promoção da saúde; proporcionando também uma melhora na qualidade

do atendimento, garantindo maior acolhimento aos usuários, e melhorando a inter-relação usuário/sistema/trabalhador de saúde, além de constituir-se em uma forma de humanizar muitas vezes os burocratizados serviços prestados.

Ou seja, a sala de espera é, portanto, um espaço importante para promoção da educação em saúde através da construção coletiva de saberes, troca de vivências e fortalecimento de vínculos entre clientes e profissionais. Segundo Teixeira e Veloso (2006), a sala de espera pode ser considerada um espaço dinâmico, onde ocorrem vários fenômenos psíquicos, culturais, singulares e coletivos. Podemos dizer que a sala de espera ameniza o desgaste físico e emocional associado ao tempo de espera por algum atendimento, espera essa que pode gerar ansiedade, angústia, revolta, tensão, e comentários negativos entorno do atendimento dos serviços públicos de saúde.

Veríssimo e Valle (2005) mencionam que a sala de espera é caracterizada como uma forma produtiva de ocupar um tempo ocioso nas instituições, com a transformação do período de espera pelas consultas médicas em momentos de trabalho, podem ser desenvolvidos processos educativos e de troca de experiência comuns entre os usuários, possibilitando a interação do conhecimento popular com os saberes dos profissionais de saúde.

A sala de espera é onde se inicia o contato do usuário do sistema com os profissionais da saúde, podendo funcionar como uma porta de entrada para atenção básica, enquanto os usuários aguardam pelo atendimento. É no acolhimento que os profissionais da Unidade de Saúde da Família devem buscar estabelecer os primeiros vínculos com a população, utilizando um atendimento humanizado e sensível, que permita uma escuta qualificada de suas queixas e a observação das suas reais necessidades e demandas, dando o necessário apoio matricial dentro da rede de atenção à saúde e a rede intersetorial. Sendo, portanto, um espaço potencial a realização de ações educativas (MACHADO et al., 2007).

Cabe ressaltar, que existem várias formas de se organizar o acolhimento em uma ESF. E, por isso, é imprescindível que a equipe estabeleça seu modelo, que defina os instrumentos de trabalho e o papel de cada profissional prezando pela organização e avaliação do processo de acolhimento. (BRASIL, 2013).

Assim, a sala de espera é um espaço pedagógico que favorece a troca de saberes a partir de ações educativas que incentivam o cuidado integral, o autocuidado e o exercício da cidadania.

Normalmente o atendimento na sala de espera está mais direcionado ao profissional da enfermagem, mas as ações de educação em saúde devem ser pensadas e executadas por equipe interdisciplinar: médicos, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeuta, dentista entre outros, garantindo a integralidade da ação. Ou seja, todos os profissionais devem participar não apenas das escolhas das temáticas a serem abordadas da sala de espera, mas também devem colaborar com participação direta (ACIOLI, 2008).

Ressalta-se, que para atuar de forma efetiva é necessário que os profissionais de saúde conheçam seu território de atuação, as principais queixas apresentadas na UBS, e os problemas de saúde que mais acometem os usuários, e assim consigam propor ações que estejam direcionadas as reais necessidades da população (WITT, 2005).

Diante dessas considerações, podemos afirmar que a educação em saúde é uma relevante estratégia de promoção à saúde, deve ser algo construído coletivamente entre profissionais e usuários e não uma imposição. Para isso, é primordial que os profissionais devem adotar uma linguagem simples, considerando sempre suas individualidades, respeitando suas crenças e vivências, livres de qualquer preconceito (SARRETA, 2008).

A promoção da saúde é um conceito em construção por meio de ações que se completam entre a prevenção e a promoção, de tal forma que uma não venha a anular a outra e o saber técnico dialogue com o saber popular, proporcionando a criação de um “novo saber” que não tem parâmetros ou pressupostos sobre ele. (SODRÉ, 2013).

As equipes de saúde devem assumir como compromisso a busca constante do aprimoramento das ações de educação em saúde, como forma de promover saúde, prevenir doenças, e construir cidadania. O propósito não é o de ensinar, mas provocar a reflexão participativa, a criticidade e a transformação. Teixeira e Veloso (2006) reforçam “que os profissionais de saúde, não são detentores de uma verdade absoluta, mas que são facilitadores levando a promoção da saúde por meio de uma reflexão participativa.” Ressaltam, ainda, que o trabalho na sala de espera não se esgota em si mesmo, pois sua dinâmica permite aos profissionais identificar clientela para os demais serviços de saúde: consultas, grupos educativos, visitas domiciliares, e encaminhamentos a equipe interdisciplinar.

Para Zambenedetti (2012) o grupo é caracterizado por um conjunto de pessoas, reunidas em determinado tempo/espço, que compartilham algum objetivo e se colocam em interação para alcançá-lo. Nesta perspectiva, os conjuntos de pessoas que esperavam pela consulta não constituíam um grupo, mas sim um agrupamento de pessoas. Ou seja, apesar de partilharem um espaço e possuírem um objetivo comum, todos estavam ali para realizar um tratamento, não se colocavam em interação para trocar informações importantes para a sua saúde.

Dentro do âmbito grupal, uma importante estratégia de trabalho constitui-se na escuta (BRASIL, 2007), através da qual se torna possível acessar as dimensões singulares presentes nos processos de saúde e adoecimento, relacionando as doenças com a vida. Contudo, para que isso aconteça é necessário que o profissional apresente boa capacidade de comunicação, sendo sensível a expressões orais, faciais e comportamentais dos usuários, e ao estabelecimento de vínculos de confiança entre usuários e profissionais.

Nessa perspectiva, o profissional precisa ter conhecimento de dinâmica de grupo, sensibilidade em lidar com o público, trabalhar com distintas práticas e representações, não permitindo a intervenção de preconceitos em suas ações profissionais. (TEIXEIRA; VELOSO, 2006).

Para Meyer et al., (2006) a sala de espera pode apresentar vários aspectos positivos, através de uma prática acolhedora e humanizada, contribuindo para despertar na população o autocuidado como forma de prevenção de doenças e promoção da saúde individual e coletiva. Com a melhoria dos vínculos existentes entre a população e os profissionais de saúde, a tendência é que o usuário se sinta mais empoderado com relação ao dever de cuidar de si mesmo.

Assim, a sala de espera deve ser vista como um ambiente reflexivo, que promova reflexos no estilo e qualidade de vida individuais e coletivos da população, por esses motivos, pode refletir

impacto na atenção oferecida aos usuários, através da diversificação das possibilidades de diálogo e atenção visando à solução de seus problemas de saúde. Isso possibilita ao profissional, ao mesmo tempo, fazer um diagnóstico de governabilidade dentro de certos parâmetros institucionais, assim como a proposição de alternativas, planejadas em uma equipe interdisciplinar (SCHIMIDT; LIMA, 2004).

Para Santos et al., (2008) também é necessário focar na necessidade dos usuários, deslocando o predomínio das ações que remetem aos núcleos profissionais e seus recortes específicos, sempre pensando e repensando os processos de educação em saúde como forma de aprimoramento.

3 - PLANO OPERATIVO

SITUAÇÃO PROBLEMA	OBJETIVOS	METAS/PRAZOS	AÇÕES E ESTRATEGIAS	RESPONSÁVEIS
Recepção como espaço limitado a ações burocráticas.	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar e capacitar a equipe para prática do atendimento humanizado. - Fortalecer os vínculos entre usuários e a equipe profissional da UBS, contribuindo para consolidar o sistema de referência. 	<ul style="list-style-type: none"> - Duração de 2 meses. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do projeto: Envolver os gestores locais; - Realização de ciclo de capacitações profissionais com a temática de acolhimento humanizado na saúde: Capacitar 100% dos profissionais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Assistente Social - Secretário de saúde. - Coordenação da UBS.
Ausência e/ou fragilização de vínculos entre a equipe profissional e usuários.	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer os vínculos entre usuários e a equipe profissional da UBS, contribuindo para consolidar o sistema de referência. 	<ul style="list-style-type: none"> - Início em 2 meses 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação para a comunidade dos serviços de saúde ofertados na UBS, e dos profissionais que compõe as equipes: Realizar 1 encontro "bem vindo saúde" com a comunidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Coordenação da UBS. - Assistente Social
Ausência de dialogo com a população.	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer espaço de interação com os usuários. 	<ul style="list-style-type: none"> - Início em 2 meses 	<ul style="list-style-type: none"> - Implantação sistema de ouvidoria municipal: Implantar caixa de críticas, sugestão e elogios. 	<ul style="list-style-type: none"> - Coordenação da UBS. - Assistente Social
Ausência de ações regulares de educação em saúde aos usuários.	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer ações permanentes de educação em saúde aos usuários, 	<ul style="list-style-type: none"> - Início em 2 meses - Duração de 10 meses 	<ul style="list-style-type: none"> - Introdução do grupo sala de espera como espaço de interação e multiplicação de informações junto 	<ul style="list-style-type: none"> - Coordenação da UBS. - Profissionais da ESF e Nasf.

	provendo a informação, educação e prevenção; - Fortalecer as Políticas de saúde e Cidadania no território de abrangência da UBS.		aos usuários: - Realização de roda de conversa com usuários 2 vezes por semana com duração de 30 minutos. - Distribuição de material educativo: cartazes, folders, cartilhas e etc.	- Assistente Social
--	---	--	---	---------------------

4 - PROPOSTA DE ACOMPANHAMENTO DO PLANO

O acompanhamento do plano será realizado através de reuniões quinzenais com toda e a equipe envolvida (gestores e profissionais), a fim de avaliar todas as etapas do plano, a execução das ações e alcance de seus objetivos, e o nível de satisfação dos usuários. Contudo, a depender da necessidade, poderão acontecer reuniões semanais.

Ao fim de cada ação os profissionais deverão avaliar o nível de satisfação dos usuários através de um instrumento rápido que expresse o nível de satisfação pelos parâmetros: satisfeito, insatisfeito, e indiferente. Bem como, estimular a expressão oral destes, relatando todos os comentários e sugestões em um livro de uso dos profissionais que será destinado somente para este fim.

5 – CONCLUSÃO

A atividade da sala de espera proporciona um trabalho educativo com impactos significativos na promoção da saúde, contribuindo desta forma para a melhora do atendimento no ambiente da sala de espera, evidencia-se que os profissionais que trabalham nessa ESF têm a oportunidade de utilizar esta ferramenta para prestar um atendimento mais humanizado e qualificar os serviços de saúde, neste espaço onde é permitido a este profissional o conhecimento das reais necessidades da população, bem como, a busca por soluções para uma melhor qualidade de vida.

Contudo, em detrimento da realidade institucional, implementar o projeto será um desafio já esperado, pois a atuação dos profissionais de saúde, em sua maioria, está mais direcionada para ações curativas, priorizando rotineiramente o tratamento de doenças, seja por ser uma herança do sistema, ou por questões da grande demanda de atendimentos diários, incluírem ações socioeducativas como prática regular irá exigir uma reorganização do serviço e o comprometimento rotineiro dos profissionais.

Outro desafio esperado é a ansiedade dos usuários pelo atendimento. Este aspecto pode comprometer a participação à medida que dificulta a atenção dos mesmos na atividade exigindo habilidades e melhor desempenho dos profissionais na realização das atividades socioeducativas, de forma a conseguir despertar a atenção e envolvimento dos mesmos.

Cabe ressaltar que o comprometimento da gestão é fundamental para o sucesso do projeto, tanto na disposição dos insumos matérias a sua realização, quando na promoção da qualificação profissional continuada com a equipe da ESF com vista a um atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo a população acreditando e sensibilizando os profissionais de saúde que a efetivação de ações de educação pode repercutir positivamente nos hábitos de vida de uma comunidade.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 01, p. 117-121, fev. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Relatório final. Ministério da Saúde: Brasília, 1986.

_____. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2. ed. Brasília, DF, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 144 p.: il. – (Série I. História da Saúde no Brasil).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 703/SAS**, de 21 de outubro de 2011. Estabelece normas para o cadastramento, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), das novas equipes que farão parte da Estratégia Saúde da Família (ESF). Diário Oficial da União, Brasília-DF, Seção 1, n. 204, 24 out. 2011, p. 66.

_____, **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para

a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, n.204, p.55, 24 out. 2011 a. Seção 1, pt1.

CENSO POPULACIONAL 2010. **Censo Populacional 2010**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). 29 de novembro de 2010. Acesso em 20 de novembro de 2017.

GOMES, A. M. A.; ALBUQUERQUE, M. C. E.; MOURA, F. R.; SILVA, M. R. Sala de Espera como ambiente para dar informações em saúde. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14 n. 1, p. 7 - 18, 2006.

GUIDOLIN, M.; MULHER, A.R. Metodologias de assistência no SUS: a vivência da sala de espera. **Revista de Enfermagem**, v. 9, n. 9, p. 77-83, 2013.

IBGE (10 de outubro de 2010). Área territorial oficial. Resolução da Presidência do IBGE de n° 5 (R. PR-5/02). Consultado em 5 de dezembro de 2010.

MACHADO, M.F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p. 335-342, 2007.

MEYER, D. E. E. et al. "Você aprende: a gente ensina?": interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1335-1342, 2006.

PAIXÃO, N. R. A.; CASTRO, A. R. M. Grupo sala de espera: trabalho multiprofissional em unidade básica de saúde. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-78, jul./dez. 2006.

PONTE, C. M. M. et al. Projeto Sala de Espera: Uma Proposta para a Educação em Diabetes. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 19, n. 4, 2006.

RODRIGUES, A.D., et al. Sala de espera: um ambiente para efetivar a educação em saúde. **Vivências**. v.5, n.7: p.101-106, maio, 2009.

SANTOS; S. M .R. et al. A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde, juiz de fora, minas gerais. **Texto contexto enferm**, Florianópolis, v.17, n.1, p.124-30, jan-mar, 2008.

SARRETA, FO. Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS. **Cultura Acadêmica**, Editora UNESP, São Paulo, 2009.

SILVA, M. C. de O. S. et al. A sala de espera como espaço de educação e promoção de saúde à pessoa com insuficiência renal crônica em hemodiálise. *Journal of research fundamental care on Line*, v.5, n. 3, p. 253-263, jul-set, 2013.

SODRÉ, F. O serviço social entre a prevenção e a promoção da saúde: tradução, vínculo e acolhimento. **Serv. Soc**, São Paulo, n. 117, p. 69-83, jan-mar. 2014.

SCHIMIDT, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n. 6, p. 1487-1494, nov - dez. 2004.

TEIXEIRA, E. R.; VELOSO, R. C. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 320- 325, abr-jun. 2006.

VERÍSSIMO, D. S.; VALLE, E. R. M. Grupos de sala de espera no apoio ao paciente somático. **Revista SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p. 28-36, dez. 2005.

WITT; R. R. N. Competências da enfermeira na atenção básica: contribuição à construção das funções essenciais de saúde pública, **Tese de Doutorado**, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP- Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública, Ribeirão Preto-SP, 2005.

ZAMBENEDETTI, G. Sala de espera como estratégia de educação em saúde no campo da atenção às doenças sexualmente transmissíveis. **Saúde soc**. v.21, n.4, São Paulo, oct- dec, 2012.