

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

FRANCISCO NONATO DE OLIVEIRA JÚNIOR

**A IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO DOS USUÁRIOS ATENDIDOS
NA UNIDADE DE SAÚDE VANILDO DA SILVA CABRAL NO
MUNICÍPIO DE OURO BRANCO - AL**

**MACEIÓ / ALAGOAS
2019**

FRANCISCO NONATO DE OLIVEIRA JÚNIOR

**A IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO DOS USUÁRIOS ATENDIDOS
NA UNIDADE DE SAÚDE VANILDO DA SILVA CABRAL NO
MUNICÍPIO DE OURO BRANCO - AL**

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

Orientador: Professor (a): Dayseanne Costa Teixeira

MACEIÓ / ALAGOAS

2019

FRANCISCO NONATO DE OLIVEIRA JÚNIOR

**A IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO DOS USUÁRIOS ATENDIDOS
NA UNIDADE DE SAÚDE VANILDO DA SILVA CABRAL NO
MUNICÍPIO DE OURO BRANCO - AL**

Banca examinadora

Professor (a). Nome - Dayseanne Costa Teixeira

Professor (a). Nome - Instituição

Aprovado em Maceió, em ____ de _____ de 2019.

DEDICATÓRIA

À comunidade e equipe do PSF Urbano 1 Vanildo da Silva Cabral do município de Ouro Branco - AL, pelo acolhimento que sempre se colocou a disposição para interações. Aos meus amados familiares, pelo grande incentivo.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por estar sempre me iluminando e abençoando nessa jornada. A minha equipe de trabalho pela grande contribuição para realização do Trabalho de Conclusão de Curso.

Quando a alma está feliz, a prosperidade cresce, a saúde melhora, as amizades aumentam, enfim, o mundo fica de bem com você! O mundo exterior reflete o universo interior.

Mahatma Gandhi

RESUMO

O acolhimento é considerado como uma das essenciais diretrizes dos princípios do SUS. A Atenção Básica à Saúde passa por um momento bem especial por estar estruturada no eixo do SUS e sendo a prioridade do Ministério da Saúde, destacando o acolhimento, resolatividade de suas práticas, efetividade de forma ampla, ou seja, voltado para o usuário e não só para a enfermidade. O acolhimento tem que ser entendido como uma postura para buscar respostas às necessidades dos usuários, ainda que não fossem clínicas. O Objetivo Geral: Elaborar uma proposta de intervenção para a implantação de melhorias no acolhimento dos usuários atendidos na Unidade de Saúde Vanildo da Silva Cabral no município de Ouro Branco – AL. Os Objetivos Específicos: Organizar o processo de trabalho da equipe para melhor desempenho das atividades estabelecidas no cronograma; Proporcionar mecanismos que amenize a situação insatisfatória dos usuários da Unidade de Saúde; Proporcionar atividades que visam mudanças nos estilos de vida dos usuários atendidos na Unidade de Saúde. De início realizou-se um trabalho de pesquisa junto à equipe da Unidade de Saúde PSF 1 – Vanildo da Silva Cabral de Ouro Branco – AL, para a construção do diagnóstico situacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Além disso, foi realizada reunião com a equipe de saúde, observações da rotina na unidade de saúde e análise das atividades rotineiras da Unidade de Saúde. Por fim, a importância de tratar sobre este tema leva em consideração contribuir para que profissionais considerem a dimensão relacional ocupada pelo acolhimento, e que o encontro entre o profissional e o usuário seja fundamental a postura de suas responsabilidades.

Palavras-chaves: Atenção Básica à Saúde. Acolhimento. Usuários.

ABSTRACT

Reception is considered as one of the essential guidelines of the SUS principles. Primary Health Care is going through a very special moment because it is structured in the SUS axis and being the priority of the Ministry of Health, highlighting the acceptance, resoluteness of its practices, effectiveness in a broad way, ie, focused on the user and not just for the sickness. The welcoming has to be understood as a posture to seek answers to the users' needs, even if they were not clinical. The General Objective: To elaborate an intervention proposal for the implantation of improvements in the reception of the users attended at the Vanildo da Silva Cabral Health Unit in the city of Ouro Branco - AL. The Specific Objectives: To organize the team work process to better perform the activities established in the schedule; Provide mechanisms to alleviate the unsatisfactory situation of users of the Health Unit; Provide activities aimed at changes in the lifestyles of users treated at the Health Unit. Initially, a research work was carried out with the team of the Health Unit PSF 1 - Vanildo da Silva Cabral de Ouro Branco - AL, for the construction of the situational diagnosis (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). In addition, a meeting was held with the health team, routine observations in the health unit and analysis of routine activities of the Health Unit. Finally, the importance of addressing this issue takes into consideration contributing to professionals to consider the relational dimension. occupied by the host, and that the meeting between the professional and the user is fundamental to the posture of their responsibilities.

Keywords: Primary Health Care. Reception. Users

LISTAS DE QUADROS

Quadro 1 - Famílias segundo a área de abrangência da equipe Vanildo da Silva Cabral, município de Ouro Branco – AL, 2018.....	09
Quadro 2 – População segundo a faixa etária na área de abrangência da equipe Vanildo da Silva Cabral, município de Ouro Branco – AL, (01 de janeiro a 31 de dezembro de 2018).....	10
Quadro 3 – Pacientes Hipertensos, Diabéticos e Acamados segundo a área de abrangência da equipe Vanildo da Silva Cabral, município de Ouro Branco – AL, (01 de janeiro a 31 de dezembro de 2018).....	11
Quadro 04 – Indicadores de produção e organização da equipe que abrange o PSF – Urbano 1 - Vanildo da Silva Cabral.....	13
Quadro 05 – Procedimentos/Pequenas cirurgias segundo a área de abrangência da equipe Vanildo da Silva Cabral.....	14
Quadro 06 - Procedimentos/teste rápido segundo a área de abrangência da equipe Vanildo da Silva Cabral, município de Ouro Branco – AL, (01 de janeiro a 31 de dezembro de 2018).....	14
Quadro 07 - Procedimentos/administração de medicamentos segundo a área de abrangência da equipe Vanildo da Silva Cabral, município de Ouro Branco – AL, (01 de janeiro a 31 de dezembro de 2018).....	14
Quadro 08 – Procedimentos consolidados segundo a área de abrangência da equipe Vanildo da Silva Cabral, município de Ouro Branco – AL, (01 de janeiro a 31 de dezembro de 2018).....	14
Quadro 9 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade que pertence ao PSF Urbano 1- Vanildo da Silva Cabral no município de Ouro Branco.....	15
Quadro 10 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Acolhimento não qualificado”, dos usuários sob responsabilidade da Equipe da Unidade de Saúde PSF Urbano 1 – Vanildo da Silva Cabral no município de Ouro Branco – AL.....	28
Quadro 11 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Estrutura do serviço de saúde”, dos usuários sob responsabilidade da Equipe da Unidade de Saúde PSF Urbano 1 – Vanildo da Silva Cabral no município de Ouro Branco – AL.....	29
Quadro 12 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Articulação entre os setores de saúde”, dos usuários sob responsabilidade da Equipe da Unidade de Saúde PSF Urbano 1 – Vanildo da Silva Cabral no município de Ouro Branco – AL.....	30

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Aspectos gerais do município	10
1.2 Aspectos da comunidade	10
1.3 O sistema municipal de saúde	13
1.4 A Unidade Básica de Saúde Vanildo da Silva Cabral	13
1.5 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe PSF - Urbano 1	14
1.6 Dia a dia da equipe PSF – Urbano 1	15
1.7 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	16
1.8 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	17
2 JUSTIFICATIVA	19
3 OBJETIVO	20
3.1 Objetivo geral	20
3.2 Objetivos Específicos	20
4 METODOLOGIA	21
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	22
5.1 Contextualizando sobre o SUS	22
5.2 Acolhimento enquanto SUS	25
5.3 A importância do acolhimento na Unidade de Saúde	27
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	30
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	30
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	30
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	31
6.4 Desenho das operações (sexto passo)	31
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS	35

1. INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Povoado do ciclo do algodão, antigamente denominado Olho D'água do Chicão, foi teatro de lutas entre volantes policiais e cangaceiros. O povoado criado pelo mineiro Domingos Gomes em 1881, alcançou sua época áurea anos mais tarde com a cultura do algodão. Um novo morador, Antônio Jiló de Campos impressionado com as plantações batizou-se de Ouro Branco (BRASIL, 2020).

O catolicismo marca a história de Ouro Branco. Um dos pioneiros do povoamento foi Domingos Gomes, um homem de convicções religiosas que construiu de imediato uma capela, sob a proteção de Santo Antônio, padroeiro da cidade. Em 1881, o padre João Pacífico celebrou o primeiro ato religioso do lugar.

O patrimônio tem o destaque de dois pontos atrativos de Ouro Branco chamaram a atenção da comunidade científica, que tem realizado por lá alguns estudos geológicos e arqueológicos, a Pedra da Capelinha, onde há inscrições talhadas, e o Lajedo Grande.

Na sua economia a pecuária é à base da vida rural, com a criação de bovinos, ovinos e caprinos. Na agricultura, o algodão é a única cultura comercial que se projeta de forma expressiva, graças ao plantio de variedades mais resistentes. Plantam-se feijão, milho e mandioca, que sobrevive como cultura doméstica, sem presença comercial.

O município de Ouro Branco está localizado no estado de Alagoas, limitando-se a norte e a leste com o estado de Pernambuco, a sul com o município de Maravilha e a oeste com Canapi. O acesso a partir de Maceió é feito através das rodovias pavimentadas BR-316 e BR-423, com percurso em torno de 252 km.

Segundo o IBGE (2020) sua população é estimada em 11.456 habitantes, com a densidade demográfica 53,29 hab/km² (BRASIL, 2020).

1.2 Aspectos da comunidade

A população atendida pela equipe Programa de Saúde da Família - PSF – Urbano 1 totaliza em 3.221 moradores, dividido em oito microáreas com 2.574 famílias cadastradas e 647 registros não identificados. Como mostra a tabela 1 abaixo:

Quadro 1 – Famílias segundo a área de abrangência da equipe Vanildo da Silva Cabral, município de Ouro Branco – AL, 2018.

MICROÁREAS	FAMÍLIA/NÚMERO
Microárea 1	130 (313 pessoas)
Microárea 2	141 (357 pessoas)
Microárea 3	117 (313 pessoas)
Microárea 4	187 (217 pessoas)
Microárea 5	188 (525 pessoas)
Microárea 6	161 (685 pessoas)
Microárea 7	104 (405 pessoas)
Microárea 8	160 (406 pessoas)
Total	1.188 (3.221 pessoas)

Fonte: Enfermeiro (Equipe PSF – Urbano 1).

Quadro 2 – População segundo a faixa etária na área de abrangência da equipe Vanildo da Silva Cabral, município de Ouro Branco – AL, (01 de janeiro a 31 de dezembro de 2018).

Descrição	Masculino	Feminino	Total
Menos de 01 ano	449	429	878
01 ano	215	257	472
02 anos	63	60	123
03 anos	46	36	82
04 anos	66	52	118
05 a 09 anos	69	85	154
10 a 14 anos	52	54	106
15 a 19 anos	28	101	129
20 a 24 anos	40	143	183
25 a 29 anos	27	96	123
30 a 34 anos	41	93	134
35 a 39 anos	38	69	107
40 a 44 anos	41	61	102
45 a 49 anos	33	53	86
50 a 54 anos	14	66	80

55 a 59 anos	31	26	57
60 a 64 anos	24	53	77
65 a 69 anos	16	61	77
70 a 74 anos	27	34	61
75 a 79 anos	8	23	31
80 anos ou mais	12	29	41
Total	1340	1881	3221

Fonte: SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (2018).

Não houve hospitalizações (o município não dispõe de hospital)

Mortalidade (2018)

68 óbitos

Fetal: 05

Menor de 1 ano: 03

Alguns outros dados de interesse

Quadro 3 – Pacientes Hipertensos, Diabéticos e Acamados segundo a área de abrangência da equipe Vanildo da Silva Cabral, município de Ouro Branco – AL, (01 de janeiro a 31 de dezembro de 2018).

Situações	Quantidade
Hipertensos	294
Diabéticos	92
Acamados	23

Fonte: E-SUS/DAB - 2018

Caso suspeito de dengue: 08 (2018)

Casos suspeitos de Chikungunya: 01 (2018)

Em relação ao Saneamento Básico, no ano de 2019 o município de Ouro Branco concluiu a elaboração do plano de saneamento básico. Sendo que o IBGE (2010) mostra que só 3,5% da população tem o esgotamento sanitário adequado e com essa taxa subentende-se que essa estrutura deixa desejar para com a população.

Portanto, o município de Ouro Branco não possui coleta seletiva e o município possui serviços de varrição e coleta regular de resíduos sólidos de vias e

logradouros públicos. Vale mencionar que o município não cumpre o que Plano Municipal traçado de Resíduos Sólidos, documento este que tem a serventia para orientar as ações de destinação adequada dos rejeitos na cidade.

Enfim, através da Lei Federal de nº 8.666 de junho de 1993, a Companhia de Saneamento de Alagoas – CASAL e a Agência de Regulação de Gestão e operação dos sistemas Públicos de Alagoas – ARSAL, firmam contrato pelo prazo de 30 (trinta) anos, contados a partir da data de sua assinatura e podendo ser prorrogado por igual período com a Prefeitura Municipal de Santana do Ipanema para prestação de serviços públicos municipais e esgotamento sanitário exclusivo. Conforme Lei Municipal Autorizativa nº 855/2011 (CASAL, 2011).

1.3 O sistema municipal de saúde

A participação da comunidade no SUS ocorre nos municípios por meio de canais institucionalizados, ou seja, previstos por leis ou normas do SUS – Sistema Único de Saúde, como as Conferências Municipais de Saúde, os Conselhos Municipais de Saúde e os Conselhos Gestores de Serviços. O município conta com o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e postos de saúde, totalizando em 08 (oito).

Além que o Sistema Único de Saúde – SUS estrutura os níveis de atenção em básica, média e alta complexidade. Na organização a Atenção Básica é conceituada como a porta de entrada preferencial do sistema e centro ordenador das redes de atenção.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Vanildo da Silva Cabral

A Unidade de Saúde Vanildo da Silva Cabral, município de Ouro Branco – AL, inaugurada no ano de 2002, situada no centro da cidade. Sede própria e construída de acordo dos padrões para ser uma unidade de saúde.

Sua recepção é adequada e tem o dever de orientar e direcionar os usuários de acordo com suas necessidades, respeitando seus direitos e necessidades, além de assegurar o acesso para pessoas com deficiência de acordo com a legislação vigente. Como também possui sala adequada para reunião.

A agenda da Unidade de Saúde é organizada na perspectiva da atenção integral, adequada às necessidades de saúde identificadas no perfil epidemiológico do município.

A Unidade de Saúde recebe e ouve todas as pessoas que a procuram de modo universal e sem exclusões. Organizada para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta adequada e tem a capacidade de resolver a maioria dos problemas de saúde da população, fazendo com que minimize danos e sofrimentos, além de se responsabilizar pela resposta, mesmo que seja ofertada em outros pontos de atenção da rede.

Em contato direto com os serviços básicos de saúde é possível observar a falta de alguns materiais e insumos além da demora em chegar, isso são fatos que impedem o desenvolvimento de cuidados clínicos adequados. Além de atraso salarial, demanda imensa para pouco profissional, usuários insatisfeitos com o número de fichas, exames que demora a fazer, encaminhamento de especialistas que demora a ser marcado e usuários desinformados.

A equipe realizou o mapeamento da instituição com a finalidade de desenvolver projetos e ações dentro da área de abrangência colaborando na construção do planejamento estratégico. Os dados obtidos foram coletados através de entrevista com o enfermeiro.

1.5 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe PSF - Urbano 1

A equipe de saúde que abrange o PSF – Urbano 1 - Vanildo da Silva Cabral é composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 5 técnicos de enfermagem, 2 vigilantes, 1 dentista, 2 auxiliares de serviços gerais, 1 copeira, 2 arquivistas, 1 auxiliar do cirurgião dentista e 8 agentes comunitários de saúde. Seu cronograma de atividades vai de segunda a sexta nos horários matutino e vespertino. Sendo que na segunda-feira realiza um planejamento (enfermeiro) e atendimento geral nos dois horários, na terça-feira na parte da manhã são atendidos hipertensos e diabéticos e a tarde atendimento geral, na quarta-feira atendimento à criança na parte da manhã e a tarde atendimento de pré-natal, na quinta-feira na parte da manhã realiza-se visita domiciliar e a tarde atendimento geral e na sexta-feira realiza-se atendimento geral nos dois horários.

1.6 Dia a dia da equipe PSF – Urbano 1

Quadro 04 – Indicadores de produção e organização da equipe que abrange o PSF – Urbano 1 - Vanildo da Silva Cabral.

Eixo	Indicadores
Geral	Proporção de atividades de Educação Permanente realizadas.
Doença de notificação compulsória	Proporção de visitas para controle do Aedes Aegypti nas famílias cadastradas.
Saúde da criança e do adolescente	Proporção de crianças menos de 1 ano com o calendário vacinal atualizado. Proporção de gestantes menores de 20 anos.
Saúde da Mulher	Proporção de gestantes acompanhadas.
Saúde do adulto	Proporção de hipertensos acompanhados. Proporção de diabéticos acompanhados.
Acompanhamento do plano de trabalho	Proporção de pessoas cadastradas em relação ao cronograma. Proporção de consultas médicas em relação ao cronograma. Proporção de atendimento do enfermeiro em relação ao cronograma. Proporção de visitas domiciliares do médico em relação ao cronograma. Proporção de visitas domiciliares do enfermeiro em relação ao cronograma. Proporção de visitas domiciliares do auxiliar de enfermagem em relação ao previsto. Proporção de famílias visitadas pelo ACS em relação às famílias cadastradas.

Fonte: Enfermeiro (Equipe PSF – Urbano 1)

Quadro 05 – Procedimentos/Pequenas cirurgias segundo a área de abrangência da equipe Vanildo da Silva Cabral, município de Ouro Branco – AL, (01 de janeiro a 31 de dezembro de 2018).

Descrição	Quantidade
Administração de vitamina A	248
Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)	5
Sutura simples	2
Total	255

Fonte: SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (2018).

Quadro 06 - Procedimentos/teste rápido segundo a área de abrangência da equipe Vanildo da Silva Cabral, município de Ouro Branco – AL, (01 de janeiro a 31 de dezembro de 2018).

Descrição	Quantidade
Para sífilis	1
Total	1

Fonte: SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (2018).

Quadro 07 - Procedimentos/administração de medicamentos segundo a área de abrangência da equipe Vanildo da Silva Cabral, município de Ouro Branco – AL, (01 de janeiro a 31 de dezembro de 2018).

Descrição	Quantidade
Endovenosa	188
Inalação/Nebulização	20
Intramuscular	543
Oral	100
Total	851

Fonte: SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (2018).

Quadro 08 – Procedimentos consolidados segundo a área de abrangência da equipe Vanildo da Silva Cabral, município de Ouro Branco – AL, (01 de janeiro a 31 de dezembro de 2018).

Descrição	Quantidade
Aferição de PA	1805
Aferição de temperatura	288
Curativo simples	198
Glicemia capilar	102
Medição de altura	8
Medição de peso	885
Total	3286

Fonte: SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (2018).

1.7 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

O município de Ouro Branco localizado no Estado de Alagoas, na área do PSF Urbano 1 Vanildo da Silva Cabral foi realizado diagnóstico situacional, em que foi possível identificar alguns problemas sociais e de saúde pública, dentre eles vale ressaltar a falta de material e insumos e demora na entrega, salário atrasado, demanda de usuários imensa para pouco profissional, usuários insatisfeitos com número de fichas, exames que demora a fazer, encaminhamento de especialistas que demora a ser marcado e usuários desinformados.

1.8 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

Quadro 9 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade que pertence ao PSF Urbano 1- Vanildo da Silva Cabral no município de Ouro Branco.

Problema	Importância*	Urgência **	Capacidade de Enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Falta de material e insumos e demora na entrega	Alta	6	Dentro	1
Demanda de usuários imensa para pouco profissional	Alta	7	Parcial	2
Usuários insatisfeitos com número de fichas	Alta	5	Dentro	3
Exames que demora a fazer.	Alta	4	Dentro	4
Encaminhamento de especialistas que demora a ser marcado	Alta	6	Dentro	5
Usuários desinformados.	Baixa	2	Parcial	6

Fonte: Autoria própria (2019)

Legenda:

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

Muito projeto, pouca saúde: a priorização da “saúde para todos”, como mostra o Artigo 196 da Constituição Federal de 1988:

“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).

Mesmo assegurados em lei, os princípios e diretrizes do SUS enfrentam impasses quanto aos seus fins e meios especialmente no tocante financiamento

(não só de custeio, mas, principalmente, o não investimento na expansão da rede de serviços) e acesso aos seus serviços cada vez mais desfinanciados e sucateados.

Partindo desse pressuposto, a proposta deste trabalho é priorizar o acolhimento e a organização que se define em reorientação da atenção à saúde, considerados peças fundamentais na reorganização dos diversos serviços da saúde, dando direcionamento e modificações de acordo com o modelo técnico assistencial. Onde para os profissionais que têm como objetivo dar respostas às demandas postas pela maioria da população como sujeitos de direitos, a clareza e a segurança da perspectiva teórica e ética e da preparação política, objetivando compreender, descutar e se definir perante a complexidade da realidade, constituem-se em instrumento de trabalho necessário.

2 JUSTIFICATIVA

Os importantes questionamentos que se referem ao serviço de saúde que é ofertado na instituição muitas vezes não são realizados como um atendimento e sim como se fosse de favor, assim, não é visto como um direito do usuário.

O acolhimento tem que ser entendido como uma postura para buscar respostas às necessidades dos usuários, ainda que não fossem clínicas. Esse tipo de vínculo é capaz de gerar satisfação e segurança, sendo fruto de um atendimento baseado na escuta e no bom desempenho dos profissionais.

Por sua vez, o acolhimento busca maneiras adequadas de receber os distintos modos como a população busca ajuda nos serviços de saúde, respeitando o momento existencial de cada um sem abrir mão de pôr limites necessários.

De acordo com o Ministério da saúde, a Consolidação da política de Humanização do SUS foi criada em 2001, para dar suporte ao SUS através de um conjunto de ações na busca da efetivação de seus princípios, procurando minimizar as fragmentações do serviço da saúde.

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo Geral: Elaborar uma proposta de intervenção para a implantação de melhorias no acolhimento dos usuários atendidos na Unidade de Saúde Vanildo da Silva Cabral no município de Ouro Branco – AL.

3.2 Objetivos Específicos:

- Organizar o processo de trabalho da equipe para melhor desempenho das atividades estabelecidas no cronograma;
- Proporcionar mecanismos que amenize a situação insatisfatória dos usuários da Unidade de Saúde;
- Proporcionar atividades que visam mudanças nos estilos de vida dos usuários atendidos na Unidade de Saúde.

4 METODOLOGIA

De início realizou-se um trabalho de pesquisa junto à equipe da Unidade de Saúde PSF 1 – Vanildo da Silva Cabral de Ouro Branco – AL, para a construção do diagnóstico situacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Além disso, foi realizada reunião com a equipe de saúde, observações da rotina na unidade de saúde e análise das atividades rotineiras da Unidade de Saúde.

Logo após a construção do diagnóstico situacional, foi produzido o referencial teórico que deu subsídio a presente pesquisa. Onde a presente pesquisa se caracteriza Revisão de Literatura. A pesquisa teórica dar-se-á com a análise de periódicos escritos e eletrônicos, que discutam assuntos referentes ao Acolhimento do usuário na Unidade de Saúde. A pesquisa acompanha todo percurso do desenvolvimento e da conclusão futura do trabalho de Conclusão de Curso.

Realizado esses procedimentos foi desenvolvido o Plano de Intervenção na referida Unidade de Saúde no município de Ouro Branco – AL. O importante plano foi construído com os métodos descritos pelo Planejamento Estratégico Situacional (PES), proposto por CAMPOS; FARIA; SANTOS (2010).

Para esta pesquisa, adotou-se um conjunto ordenado de critérios que determinam à cientificidade de uma revisão literária, utilizando referenciais teóricos por meio de artigos científicos, localizados em sites especializados como Scielo, Google Acadêmico e Biblioteca Virtual em Saúde.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Contextualizando sobre o SUS

Os momentos referentes à definição do Sistema Único de Saúde por meio da Constituição Federal, na década de 1980 e a definição de reforma do Estado, na década de 1990.

No que se refere à implantação de políticas que se relacionam com o modelo de assistência, verificamos o fortalecimento da participação popular em diferentes segmentos, repercutindo na gestão da saúde como um todo.

A Constituição Federal de 1988 redefiniu o modelo de proteção social a partir do conceito de seguridade social, integrada pelo conjunto das ações referentes à saúde, previdência e assistência social.

No campo das políticas sociais, o Estado tem o dever de assegurar a todos o direito à saúde. Para assegurar esse direito, a Constituição Federal implantou a Sistema Único de Saúde, até então proporcionada pelo INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, para a população.

O SUS começou a ser implantado como uma estratégia que procurou dar uma visão universal à cobertura das ações e de serviços de saúde, até então oportunizada pelo INAMPS para seus beneficiários (BRASIL, 2000).

Com a proposta de descentralização e do sistema único foi proposta a lógica de um INAMPS que atendesse de forma universal, com alterações em seu sistema de financiamento e de uma nova organização.

Antes da criação do Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde, desenvolvia ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, com destaque para as campanhas de vacinação e controle de endemias. Então, essas ações eram desenvolvidas sem nenhum tipo de discriminação com relação à população beneficiária. Já na área de assistência à saúde, atuava apenas por meio de alguns poucos hospitais especializados (BRASIL, 2000).

A assistência hospitalar era prestada à parcela da população definida como indigente, por alguns municípios e estados e por instituições filantrópicas. Essa população não tinha assegurado nenhum direito de acesso a serviços assistenciais, e a assistência que recebia era uma forma de caridade.

A autora Cohn (2002, p. 226) discorre sobre as grandes e crescentes desigualdades sociais, isto é:

O recente Relatório de Desenvolvimento Humano da Organização das Nações Unidas mostra que o Brasil, um país continental, dada sua extensão geográfica, os 20% mais ricos tem condições de vida 32 vezes superior às dos 20% mais pobres. Dos 173 países pesquisados o Brasil ocupa o 63º lugar em desenvolvimento humano, estando abaixo do Chile, Costa Rica, Venezuela e México. Num país de 157 milhões de habitantes, existem 32 milhões de miseráveis (equivalente à população do Peru), sendo que 10% da população economicamente ocupada detém 48% do rendimento proveniente do trabalho. A economia informal isenta de encargos fiscais e trabalhistas prevalece no país: 31 milhões de trabalhadores que não pagam a seguridade social e os encargos trabalhistas.

A maior parte da atuação do poder público na área da saúde se dava por meio do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, que foi o resultado da fusão em 1966.

A assistência à saúde desenvolvida pelo INAMPS beneficiava apenas os trabalhadores de economia formal, com carteira assinada, e seus dependentes, não tinha caráter universal, que depois passou a ser um dos princípios fundamentais do SUS.

Dessa forma, o INAMPS aplicava nos estados, mediante suas Superintendências Regionais, recursos para a assistência à saúde de modo mais ou menos proporcional ao volume de recursos arrecadados e de beneficiários.

Até a década 50 o Modelo do Sanitarismo, que são as campanhas com objetivo de sanear as cidades e garantir exportações agrícolas.

Na década 60 o atendimento médico previdenciário, ou seja, a economia migra do polo rural para industrial, necessidade de atendimento médico previdenciário.

Na década 70 surge o modelo médico-assistencial privatista centralização da administração, época da ditadura e o modelo dicotômico entre ações curativas e preventivas. Na segunda metade da década de 70 começa a expansão dos movimentos sociais e a formulação de propostas que atendessem os excluídos.

No ano de 1980 realizou a 7ª Conferência Nacional de Saúde: Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-Saúde). Pela grave crise fiscal que o país viveu naquela época, criou-se órgãos para administrar melhor os poucos recursos. O Prev-saúde, por falta de apoio político, não é implementado. Já em

1983 as Ações Integradas de Saúde (AIS), foi a discussão entre reformistas com os setores do INAMPS tentando solucionar a crise previdenciária. Executadas pelos MS-INAMPS-Secretarias estaduais (CARVALHO, 1980).

Com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde no ano de 1986: “...saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e o acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida...” (BRASIL, 1986).

Para o cenário de discussão da saúde e sociedade, Bravo (2001) diz que:

Representou, inegavelmente, um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade. Os debates saíram dos seus fóruns específicos (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assumiram outra dimensão com a participação da população [...] A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o SUS, mas a Reforma Sanitária (BRAVO, 2001, p. 96).

Os objetivos dessa conferência foram contemplados nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal, promulgada em 1988, nela afirmou-se a importância de promover a saúde como direito fundamental de cidadania, cabendo ao Estado a obrigação de garanti-la a todos os cidadãos.

A saúde como direito à personalidade e à cidadania; “a reformulação do sistema nacional de saúde e o financiamento setorial” (BRASIL, 1986, p.10 e 11).

Em conformidade com Teixeira (1989), os principais aspectos aprovados na Constituição em relação à saúde foram:

O direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano; As ações e Serviços de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle; Constituição do Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade; A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao

Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais e proibição da comercialização de sangue e seus derivados. (TEIXEIRA, 1989, p. 50 e 51)

Quando à sua legislação o SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n. 8.080/90 e n. 8.142/90. A partir daí, vem sendo, socialmente, construído especialmente por meio de Normas Operacionais Básicas, feitas em consenso pelas três esferas de governo e materializadas em Portarias Ministeriais.

A Constituição Federal de 1988 foi considerada a “Constituição Cidadã” foi um marco fundamental na redefinição das prioridades da política do Estado na área da saúde pública. A mesma estabelece o conceito de saúde, incorporando novas dimensões; define o SUS como ação de “relevância pública”; estabelece seus princípios, diretrizes, competências e financiamento.

As Leis Orgânicas da Saúde, Lei nº 8.080 e Lei nº 8.142, de 1990, detalharam os princípios, diretrizes gerais e condições para organização e funcionamento do sistema. Ou seja, definiram as competências do SUS, como prestar assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, realizando de forma integral as ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador, assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. Com isso, a direção única do SUS é exercida pelas três esferas do governo: União, estados e municípios.

Nos dias atuais o SUS tem aprimorado o acesso à atenção básica de saúde e de emergência, contando com uma cobertura universal de vacinação e assistência pré-natal, além de investimentos na área de recursos humanos e tecnologia.

5.2 Acolhimento enquanto SUS

No ano de 2012 o SUS comemorou 24 anos de existência que traz durante esse tempo grandes avanços e evoluções, conforme Catunda (2008, p. 29 *apud* OLIVEIRA, 2006, p. 234) “apesar dos golpes da política neoliberal, o SUS transformou-se numa das políticas públicas brasileiras de maior amplitude, porque em torno de 75% da população brasileira depende deste sistema para solucionar seus problemas de saúde”.

Como sabemos que é um direito social, embora o mesmo passe por momentos inegáveis aos seus avanços, então, com isso passamos a entender que a realidade está bem longe da idealidade, assim, não podemos deixar de reconhecer que esse sistema também padece de grandes problemas para a população.

Vários são os maus tratos e desrespeito ao direito à saúde:

Filas vergonhosas para a assistência médica desde a madrugada ou o dia anterior; descortesia nos guichês dos hospitais e unidades de saúde; desatenção de seguranças, recepcionistas, auxiliares e profissionais de saúde diante de pessoas fragilizadas; corredores superlotados de macas nos serviços de pronto-socorro; disputa por fichas para exames; longas esperas em bancos desconfortáveis; via crucis (grifo do autor) do paciente em ter diferentes unidades de saúde, médicos e especialistas, [...]. (PAIM 2009, p. 89).

A partir daí se tem a questão da mercantilização dos serviços de saúde que acabam impossibilitando ao cidadão ter o seu direito violado. E essas consequências para a população não são poucas devido à mercantilização, conforme cita Paim:

Pagamentos por consultas e exames em clínicas particulares [...] 'por fora' dos serviços do SUS; mercantilização da doença e do sofrimento por planos 30 (grifo do autor) de saúde e prestadores privados; discriminação dos usuários do SUS em clínicas e laboratórios contratados ou em hospitais universitários e filantrópicos por meio de 'dupla entrada' (a melhor para clientes particulares e usuários de planos de saúde (grifo do autor) e a mais estreita, escura e desconfortável para os usuários do SUS); e o confinamento ou internamento dos pacientes do SUS nas instalações de segunda categoria. [...] pesquisas indicam que os mais pobres esperam mais que o dobro do tempo para ser atendido do que os que dispõem de seguro saúde. (PAIM, 2009, p.88-89)

No ano de 2003 o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Humanização (PNH) ou Humaniza SUS. De acordo com o Ministério da Saúde, essa política é caracterizada por alguns princípios que são:

Atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.); - Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade; - Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; - Construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS; - Co-responsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e

Comentado [DCT1]: Seria: impossibilitando ao cidadão ter o seu direito garantido.
Sim, falo no sentido do acesso desigual aos serviços como citei acima..

atenção; - Fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS; - Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente. (BRASIL, 2004)

Ainda de acordo com Paim (2009) a partir desses princípios, a PNH procura atingir quatro objetivos específicos:

1.Reduzir as filas e o tempo de espera, ampliando o acesso, e um atendimento acolhedor e resolutivo, baseado em critérios de risco; 2. Informar a todos os usuários sobre quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e quais são os serviços e saúde responsáveis por sua referência territorial (ou seja, quais os serviços que devem atender cada pessoa, preferencialmente no bairro em que reside); 3. Garantir aos usuários, através das unidades de saúde, informações gerais sobre saúde, entre elas os direitos do código dos usuários do SUS e 4. Garantir nas unidades de saúde, educação permanente aos trabalhadores e gestão participativa, incluindo trabalhadores e usuários (PAIM, 2009, p. 91).

Quando se diz a respeito de humanização é um assunto muito novo para nossa sociedade, onde traz desafios na implementação dentro dos aspectos econômicos e sociais na população em geral.

5.3 A importância do Acolhimento na Unidade de Saúde

Segundo o Ministério da Saúde no ano de 2013, o acolhimento possibilita ser considerado como uma prática atuante em todas as relações de cuidado entre trabalhadores de saúde e os usuários, a qual pode ocorrer de formas variadas, influenciando diretamente o recebimento e escuta do usuário (BRASIL, 2013).

Por sua vez, Medeiros et al (2010) relata que:

O acolher inicia-se no primeiro instante de um contato entre pessoas, é atenção, o ouvir, enfim, é uma relação de respeito mútua, necessária ao desenvolvimento do trabalho que vai aos poucos, organizando uma sociedade menos individualista e mais possível de mudanças, de acordo com a necessidade do outro (MEDEIROS et al 2010, p.405).

Ademais, o acolhimento é uma prática direcionada ao atendimento a todos os usuários que procuram os serviços de saúde e se caracteriza por acolher, orientar e

escutar os indivíduos, além de fornecer respostas adequadas a esses e/ou seus familiares, isto é, “o acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto”, ou seja, uma atitude de inclusão” (BRASIL, 2006, p.06).

Sob o mesmo ponto de vista, Abbês (2007) retrata que o acolhimento não é uma simples triagem, e sim uma ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos dos serviços de saúde, além de englobar e compartilhar saberes, necessidades, possibilidades, incertezas e reinvenções.

Guerreiro (2013) mostra que as principais ações de acolhimento realizada na Atenção Básica são: acolhimento-diálogo, acolhimento-postura e acolhimento-reorganização dos serviços, compreendidas como possíveis dimensões do acolhimento.

- Acolhimento na dimensão diálogo: O vínculo entre os profissionais e usuários favorece o diálogo reforçando a relação de confiança, agilidade no atendimento e adesão no tratamento.

- Acolhimento na dimensão postura: A postura dos profissionais caracteriza diretamente a postura que se passa para o serviço. O acolhimento resgata atitudes, como as de manter a educação e baixar o tom de voz. A rotatividade dos profissionais prejudica o vínculo e enfraquece o acolhimento postural.

-Acolhimento na dimensão reorganização do serviço de saúde: Os usuários veem este acolhimento como um aspecto a mais na qualidade do atendimento prestado, como marcação de consultas, tempo de espera, entre outros.

O mesmo autor diz que o acolhimento pode ser visto como uma boa prática na Atenção Básica à Saúde pelo fato dos profissionais possuírem uma visão homogênea. Por sua vez, na visão dos gestores a escuta, em seguida a orientação gera grau satisfatório para os usuários. Posteriormente, alcança o bom relacionamento com a comunidade passando a ser valorizada cada vez que a equipe esclarece rotinas e importantes procedimentos sobre a Unidade de Saúde e seus serviços prestados.

Camelo et al. (2000) chamam atenção de que não basta agendar a consulta, realizar um determinado procedimento técnico, perguntar sobre a queixa e orientar. É preciso mais. A qualidade do atendimento ao usuário implica em comunicar disponibilidade e interesse, demonstrar compreensão e ajudá-lo a descobrir alternativas para seu problema.

Por fim, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2011) aconselha que não seja só a estruturação de um serviço de saúde organizado para assumir sua principal função de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva capaz de resolver a maioria dos problemas de saúde da população, e/ou de minorar danos e sofrimentos, como também se responsabilizar pela resposta ao usuário, ainda que ofertada para outros pontos de atenção da rede. Pois bem, relacionamos o acolhimento com gestão do cuidado e processo de trabalho, entendendo-o como múltiplo e singular em sua dimensão de produção da saúde.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Após a realização do diagnóstico situacional identificando os problemas locais que prejudicam a comunidade do PSF Urbano 1 – Vanildo da Silva Cabral e priorizar o principal problema a Demanda de usuários imensa para pouco profissional e daí foi elaborada uma proposta de intervenção que visam à solução dessa problemática.

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Descrição do problema maior demanda de usuários para pouco profissional para atender a demanda na área do PSF Urbano 1 – Vanildo da Silva Cabral no município de Ouro Branco – AL.

Na área na área do PSF Urbano 1 – Vanildo da Silva Cabral no município de Ouro Branco – AL, contém 3.221 usuários cadastrados para uma equipe atende que é composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 5 técnicos de enfermagem, 2 vigilantes, 1 dentista, 2 auxiliares de serviços gerais, 1 copeira, 2 arquivistas, 1 auxiliar do cirurgião dentista e 8 agentes comunitários de saúde.

6.2 Explicação do problema (quarto passo)

No município de Ouro Branco – AL, 409 usuários onde 294 são hipertensos, 92 diabéticos e 23 acamados e os outros usuários que realizam os demais procedimentos. Um numero elevado para uma equipe reduzida de 1 médico, 1 enfermeiro e 5 técnicos de enfermagem, esses direcionados aos problemas citados acima. Dessa forma, os profissionais enfrentam grandes dificuldades em relação à formação de uma equipe completa com abordagem quantitativa, como também, às condições de trabalho e à conduta do modelo biomédico que prevalece na rede de serviços ofertados pelo PSF. Então, sabe-se que o trabalho de uma equipe que adeque a essa quantidade de usuários é bastante resolutivo, ou seja, um médico e um enfermeiro, sozinhos, não irão resolver o problema da área.

6.3 Seleções dos nós críticos (quinto passo)

Nesse quinto passo do plano de intervenção tem a importância de identificar as principais causas e origem do problema apresentado, “nós críticos”:

- Acolhimento não qualificado.
- Estrutura do serviço de saúde.
- Articulação entre os setores de saúde.

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

Quadro 10 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Acolhimento não qualificado”, dos usuários sob responsabilidade da Equipe da Unidade de Saúde PSF Urbano 1 – Vanildo da Silva Cabral no município de Ouro Branco – AL.

Nó Crítico 1	Acolhimento não qualificado
Operação	Novo protocolo de atendimento.
Projeto	Acolher é Vida
Resultados esperados	Organização da demanda e do processo de trabalho no PSF, com melhora dos níveis de saúde da população.
Produtos esperados	Implantação de novo protocolo de acolhimento, a produção da saúde.
Recursos necessários	Estrutural - produção do novo protocolo. Cognitivo - informação sobre estratégias para elaboração do novo protocolo. Político - autorização do gestor local para implantação do novo protocolo.
Recursos críticos	Político- Articulação de parceria com o setor de saúde. Financeiro- financiamento do projeto. Cognitivo- conhecimento da temática. Estrutural- Adequada organização da agenda.
Controle dos recursos críticos (atores / motivação)	Equipe de saúde (favorável), secretaria municipal de saúde (favorável).
Ações estratégicas	Reuniões entre equipes
Prazo	90 dias

Responsáveis pelo acompanhamento das operações das ações	Médico e enfermeiro
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Grau de informação sobre os benefícios do Acolhimento.

Quadro 11 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Estrutura do serviço de saúde”, dos usuários sob responsabilidade da Equipe da Unidade de Saúde PSF Urbano 1 – Vanildo da Silva Cabral no município de Ouro Branco – AL.

Nó Crítico 2	Estrutura do serviço de saúde
Operação	Assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira.
Projeto	Acolhe Saúde
Resultados esperados	Os serviços organizados pela equipe.
Produtos esperados	Estrutura do serviço de saúde na organização dos serviços e na saúde da população. Como o atendimento sistematizado do paciente. Equipamentos para a promoção do acolhimento.
Recursos necessários	Estrutural - Equipe de saúde e Secretaria de Saúde. Cognitivo - informação sobre estratégias para elaboração do novo protocolo. Político - autorização do gestor local para implantação do novo protocolo.
Recursos críticos	Político- Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais Cognitivo- Conhecimento sobre as estratégias a serem realizadas. Estrutural- cronograma das atividades Financeiro- Gastos administrativos
Controle dos recursos críticos (atores / motivação)	Equipe de saúde (favorável)
Ações estratégicas	Reunião com a equipe para a implantação de um Livro de reflexões, para que a equipe anote os problemas, dificuldades, sugestões, facilidades e o que está bem. Terá a finalidade de ser utilizado como instrumento de diagnóstico da situação para facilitar a reflexão da equipe e eleição de prioridade quanto à organização dos processos de trabalho.
Prazo	90 dias
Responsáveis pelo acompanhamento das operações das ações	Médico e enfermeiro

Processo de monitoramento e avaliação das ações	Equipe da saúde.
--	------------------

Quadro 12 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Articulação entre os setores de saúde”, dos usuários sob responsabilidade da Equipe da Unidade de Saúde PSF Urbano 1 – Vanildo da Silva Cabral no município de Ouro Branco – AL.

Nó Crítico 3	Articulação entre os setores de saúde
Operação	Aumentar a efetividade das ações.
Projeto	Promovendo Saúde
Resultados esperados	Mais atendimento da população com a de especialistas. Minimizar o sofrimento da espera e de filas nos atendimentos e procedimentos necessários.
Produtos esperados	Estrutura do serviço de saúde para oferecer aos cidadãos uma vida com qualidade.
Recursos necessários	Estrutural – implantar o protocolo de acordo com as diretrizes do SUS. Cognitivo - exigir compromisso e vontade política do gestor para mudar suas práticas e oferecer aos cidadãos uma vida com qualidade. Político - autorização do gestor local para implantação do novo protocolo contratando mais profissionais.
Recursos críticos	Político- Articulação intersetorial com rede de saúde. Cognitivo- Conhecimento sobre o tema Financeiros- Gastos administrativos.
Controle dos recursos críticos (atores / motivação)	Equipe de saúde (favorável).
Ações estratégicas	Reuniões e formação do grupo operativo.
Prazo	90 dias
Responsáveis pelo acompanhamento das operações das ações	Médico e Enfermeiro
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Através de reuniões quinzenais com a equipe multiprofissional envolvida no projeto.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No município de Ouro Branco - AL observou-se que através da estimativa rápida a população local necessita com caráter de urgência ter um acolhimento adequado, um problema elencado de grande proporção e através dos projetos facilitará o acolhimento tornando uma boa prática por parte de cada profissional que compõe essa equipe de Saúde – PSF Vanildo da Silva Cabral.

A literatura consultada aponta a importância do SUS – Sistema Único de Saúde um dos maiores sistemas público de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. São claros esses avanços, por outro lado, não tenham sido suficientes para transformar o modelo de atenção voltado na prática curativa e centrada nas consultas médicas e na enfermidade. Que ao optar pela humanização por meio do acolhimento trata-se de uma proposta possível, desejável e necessária para construir esse modelo coerente das diretrizes do SUS.

Desse modo, o plano de intervenção contribui para aumentar a conscientização da equipe de saúde, do gestor municipal principalmente, bem como, da população da área de abrangente, tendo em vista a importância de se tratar os problemas de saúde como um todo sistêmico, capaz de devolver não só a qualidade de saúde, como também a qualidade de vida e dignidade da população.

Espera-se que esta pesquisa que aponta algumas questões importantes que nos remetem sobre o acolhimento e os profissionais entendam como estratégia e tecnologia leve para ampliação da escuta e diminuição da fragmentação do cuidado. Presente diariamente nas tarefas e ações de cada profissional que prestam serviços à Saúde criando vínculo até que o usuário volte a buscar e confie no seu serviço ofertado.

A importância de tratar sobre este tema leva em consideração contribuir para que profissionais considerem a dimensão relacional ocupada pelo acolhimento, e que o encontro entre o profissional e o usuário seja fundamental a postura de suas responsabilidades.

REFERÊNCIAS

- ABBÊS, C. O Acolhimento como Rede de Conversações. 2007. Disponível em: http://teleduc.cinted.ufrgs.br/cursos/aplic/index.php?cod_curso=608, acessado em julho de 2019.
- ANDRADE, E.; COTTA, R.; MITRE, S. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: Um resgate da produção bibliográfica do Brasil. 17 ed. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Editora Abrasco, 2012.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS) princípios e conquista*. Brasília, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. *Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*. Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização (PNH): HumanizaSUS - Documento-Base*. 3. ed. Brasília, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2ª. Ed. Brasília: Distrito Federal, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, 2011.
- BRASIL. As Leis Orgânicas da Saúde, Lei nº 8.080 e Lei nº 8.142, de 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Acolhimento à demanda espontânea*. Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/al/ouro-branco/historico>. Acesso em outubro 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB, 2018. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/> Acesso em outubro de 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Cronograma de envio do SISAB - 2018. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/4914>. Acesso em outubro de 2019.
- BRASIL. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, Brasília. Relatório final. Brasília, 1986.

BRAVO, Maria Inês Souza. Capacitação para Conselheiros de Saúde. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S.; SILVA, E. M.,; MISHIMA, S. M. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. **Rev.latino-am.enfermagem**, 2000; 8(4):30-37.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, A. M. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

CASAL. Companhia de Saneamento de Alagoas. 2011. Disponível em: <https://www.casal.al.gov.br/wpcontent/uploads/2018/05/ContratodeProgramaPIRANHAS.pdf>, acessado em outubro de 2019.

CARVALHO, J. F. A VII Conferência Nacional de Saúde. **Rev. Bras. Enferm.** vol.33. n.3. Brasília, 1980.

CASAL. Companhia de Saneamento de Alagoas. 2011. Disponível em: <https://www.casal.al.gov.br/wpcontent/uploads/2018/05/ContratodeProgramaPIRANHAS.pdf>, acessado em outubro de 2019.

CATUNDA, R. A. S. O significado do acompanhante para pacientes internos e profissionais de saúde: construindo o atendimento humanizado. Artigo da Universidade Estadual do Ceará, Centro de Estudos Sociais Aplicados. Fortaleza/CE, 2008.

COHN, A.; NUNES, E.; JACOB, P. R et al. A saúde como direito e como serviço. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

GUERREIRO, P., et al. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. **Revista texto contexto enfermagem**. 22 ed. Florianópolis: Editora UFSC, 2013.

MEDEIROS, F. A. et al. Acolhimento em uma unidade básica de saúde: a satisfação do usuário em foco. **Revista Saúde Pública**. 12 ed. Natal, 2010.

PAIM, J. S. Gestão da atenção básica nas cidades. In: OS DESAFIOS PARA A SAÚDE COLETIVA NO SÉCULO XXI. EDUFBA: Salvador, 2009.

PAIM, J. S. Saúde, Política e Reforma Sanitária. Salvador: CEPS-ISC, 2009.

TEIXEIRA, Fleury Sônia. Reflexões Teóricas sobre democracia e reforma Sanitária. in: REFORMA SANITÁRIA EM BUSCA DE UMA TEORIA. (org.). São Paulo: Cortez, 1989.

