

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MARIANA BORINI ALVES

O VÍNCULO ENTRE A TRÍADE EQUIPE-FAMÍLIA-CLIENTE
COLABORANDO PARA DIMINUIR A DEMANDA ESPONTÂNEA

Uberaba-MG
2014

MARIANA BORINI ALVES

**O VÍNCULO ENTRE A TRÍADE EQUIPE-FAMÍLIA-CLIENTE COLABORANDO
PARA DIMINUIR A DEMANDA ESPONTÂNEA**

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

Orientadora: Profa. Dra. Helena Ornelas S. Pereira

Uberaba - MG
2014

MARIANA BORINI ALVES

**O VÍNCULO ENTRE A TRÍADE EQUIPE-FAMÍLIA-CLIENTE
COLABORANDO PARA DIMINUIR A DEMANDA ESPONTÂNEA**

Banca Examinadora

Orientadora Profa. Dra. Helena Ornelas S. Pereira

Examinador: Natália Silva Gomes

Aprovado em Belo Horizonte, em 8 de abril de 2014.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me dado esta chance de concluir mais uma etapa da minha vida, por ter me acalmado nas horas de desespero, amparado toda minha ansiedade e minhas noites em claro. Sou agradecida pelas minhas vivências que me fizeram conhecer este tema.

Considero importante não citar nomes para equipe de todos os ESF, de São Sebastião do Paraíso, pois poderia esquecer-se de algum e seria um erro imperdoável, mas sou grata à atenção que todos me deram. Tenho apreço por todos os funcionários, e me faltam palavras para descrever o que vocês fizeram e contribuíram para meu aprendizado e para minha vida;

Aos meus pais, meu irmão, namorado e amigos pelos momentos de distração.

A professora orientadora deste trabalho, pelo suporte no tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos;

A esta universidade, o corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada.

RESUMO

O objetivo do trabalho é elaborar proposta de intervenção para a melhoria do vínculo entre a tríade equipe-família-cliente, no município de São Sebastião do Paraíso-MG, visando diminuir a demanda espontânea. A efetivação da gestão do cuidado é um grande desafio para os profissionais da saúde, que precisam romper com práticas instituídas e solidificadas nos serviços de saúde. Desta forma, a pesquisa se justifica com a premissa de que fortalecendo o vínculo haverá mais participação popular, mais confiança da população na equipe, a unidade se torna referência na comunidade e assim agravos podem ser diminuídos. Se o vínculo aumenta a população pode aderir mais ao tratamento realizando mudanças no estilo de vida, levando, assim, a menos agravos à saúde, resultando na possível diminuição da demanda espontânea. A metodologia utilizada foi a revisão de literatura para embasamento do conteúdo teórico. A partir do Diagnóstico Situacional, procurou-se conhecer a população na qual há a necessidade de se conquistar a confiança, estabelecer um vínculo e ter a estratégia e a metodologia correta para lidar com o perfil populacional.

Palavras-chave: Gestão em saúde, Atenção primária à saúde, Acolhimento, Adesão, Saúde, Acolhimento e Atenção básica.

ABSTRACT

The objective is to develop an intervention measure to improve the bond between the triad team-family-patient, in São Sebastião do Paraíso, Minas Gerais, to decrease the spontaneous demand. The effectiveness of care management is a major challenge for healthcare professionals who need to break with established practices and solidified in the health services in this way, the research is justified on the premise that strengthening the bond will be more popular participation, more confidence in the team, the unit becomes a reference in the community and so injuries can be reduced. If the bond increases the population can adhere to treatment over making changes in lifestyle, thus leading to fewer health problems and may decrease the spontaneous demand. The methodology used was the literature review of the theoretical basis for content. From the Situational Diagnosis, seeks to recognize the population in which there is a need to gain the confidence, establish a bond and have the right strategy and methodology for dealing with the population profile

Keywords: health management, primary health care, hospitality, membership, health, shelter and basic health care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 JUSTIFICATIVA	15
3 OBJETIVOS	16
3.1 OBJETIVO GERAL	16
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
4 MÉTODOLOGIA	17
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	19
5.1 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	22
5.2 O VÍNCULO E A DEMANDA ESPONTÂNEA.....	24
5.3 RESULTADOS	25
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS	28
ANEXO A	31
ANEXO B	32

1 INTRODUÇÃO

Na Constituição Federal de outubro de 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual determina que “[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado” (art. 196). A Constituição prevê o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, com regionalização e hierarquização, descentralização com direção única em cada esfera de governo, participação da comunidade e atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (BRASIL, 2006a).

O SUS pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais consagradas na Constituição de 1988. É formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público (BRASIL, 2000).

O sistema deve atender a todos, de acordo com as suas necessidades; atuar de maneira integral, com as atuações de saúde voltadas para o indivíduo e a comunidade com ações de promoção, prevenção e tratamento; ser descentralizado, com o poder de decisão pertencendo aos responsáveis pela execução das ações; ser racional, devendo se organizar de maneira que sejam oferecidas ações e serviços conforme necessidades da população; ser eficiente e eficaz produzindo resultados com qualidade; ser democrático, assegurando o direito de participação de todos os seguimentos envolvidos com o sistema. Ser equânime, considerando que todas as pessoas têm direito ao atendimento de suas necessidades, porém deve-se estar atento às desigualdades (BRASIL, 2000).

Nos anos (coloque a dat, anos 70? 80?)anteriores à criação do SUS, o MS, com o apoio dos estados e municípios, desenvolvia quase que exclusivamente ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. No que se refere à assistência à saúde, o MS atuava apenas por meio de alguns poucos hospitais especializados, nas áreas de psiquiatria e tuberculose, além da ação da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP). Essa ação era prestada à parcela da população definida como indigente, por alguns municípios e estados e, principalmente, por instituições de caráter filantrópico (SOUZA, 2002).

A grande atuação do poder público nessa área se dava através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que depois passou a ser denominado

Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Este último tinha a responsabilidade de prestar assistência à saúde de seus associados, o que justificava a construção de grandes unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar, como também da contratação de serviços privados nos grandes centros urbanos, onde estava a maioria dos seus beneficiários (SOUZA, 2002).

No final da década de 80, o INAMPS adotou uma série de medidas que o aproximaram ainda mais de uma cobertura universal de clientela, dentre as quais se destaca o fim da exigência da Carteira de Segurado do INAMPS para o atendimento nos hospitais próprios e conveniados da rede pública. Esse processo culminou com a instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), implementado por meio da celebração de convênios entre o INAMPS e os governos estaduais (SOUZA, 2002).

Em 1994, o Ministério da Saúde (MS) criou, o Programa Saúde da Família (PSF) como principal propósito: reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros.

O PSF tem seu foco na família e na comunidade, estabelecendo uma nova relação entre os profissionais de saúde e os usuários de seus serviços. Para isto um novo perfil para os profissionais é exigido, como: [...] atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada competente e resolutiva, que envolva ações de promoção, prevenção recuperação e de reabilitação. Para isto, é preciso uma permanente interação com a comunidade, no sentido de mobiliza-la e estimular sua participação (BRASIL, 2000, p. 9).

Atualmente, o PSF é definido como Estratégia Saúde da Família (ESF), ao invés de programa, visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. O PSF é uma estratégia de reorganização da atenção primária e não prevê um tempo para finalizar esta reorganização.

A equipe de saúde da ESF atua na promoção, na prevenção, na recuperação e na reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais. Participa, como integrante da equipe, das ações que visam satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas e ambientais. Garantindo a universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-

administrativa dos serviços de saúde. Exerce também suas atividades com competência para a promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os princípios da ética e da bioética (BRASIL, 2000).

Considerada com potencial para alavancar a transformação do sistema de saúde como um todo, através de mudanças nas práticas da atenção à saúde e no processo de trabalho, a ESF tem como finalidade centrar a atenção na saúde, além de dar ênfase à integralidade das ações e focalizar o indivíduo como sujeito integrado à família e à comunidade. O domicílio passou a ser um cenário de assistência, de promoção à saúde e de prevenção de doenças, através da gestão do cuidado (SOUZA, 2000). Assim, considera-se uma nova dinâmica de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção, introduzindo uma nova visão no processo de intervenção em saúde.

Para Alencar (2006), a ESF vem para romper com o modelo assistencial clínico, centrado na consulta médica, na supervalorização da rede hospitalar, na cultura da medicalização, na pré-consulta e na pós-consulta e, sobretudo no descompromisso e na falta de humanização nas ações de promoção, de prevenção, de recuperação e de reabilitação da saúde dos indivíduos em determinada área de abrangência.

A ESF é entendida como uma forma de reorganização do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades de Saúde da Família. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de, no mínimo, 2.400 e no máximo 4.500 pessoas, localizado em uma área geográfica delimitada, podendo solucionar 80% dos casos em saúde das pessoas sob sua responsabilidade (BRASIL, 2004; BRASIL, 2006a).

A Política de Humanização da Atenção e da Gestão (PNH) ou HumanizaSUS é uma iniciativa inovadora no SUS. Criada em 2003, a PNH tem por objetivo qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários. Tal sistema preconiza o fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade, ressaltando o apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos (BRASIL, 2010).

Portanto, o humanizaSUS visa, então, ampliar o diálogo entre os sujeitos implicados no processo de produção da saúde, promovendo gestão participativa,

estimulando práticas resolutivas, reforçando o conceito de clínica ampliada. A PNH busca, fundamentalmente, fomentar autonomia e protagonismo de trabalhadores, usuários e gestores, aumentar o grau de co-responsabilidade na produção de saúde e sujeitos, estabelecer vínculos solidários e participação coletiva na gestão. Enfim, mudança nos modelos de atenção e de gestão dos processos de trabalho em saúde e compromisso com melhoria das condições de trabalho e atendimento (ARCHANJO; BARROS,).

No ESF, o planejamento em saúde é utilizado como instrumento para a gestão, avaliando, monitorando e implementando, por meio de relatórios e programações, que contribuem para a resolubilidade e qualidade da gestão da saúde e dos serviços prestados a população (BRASIL, 2006b).

Neste sentido propicia a maior participação possível dos trabalhadores dos serviços de saúde, de representantes da população e de técnicos de nível regional e central que estivessem apoiando o processo de planejamento local. Enfim, viabilizar um instrumento que facilitasse um processo de gestão mais democrático e participativo, respeitando a visão que as pessoas têm dos problemas, buscando soluções de forma compartilhada entre os que vivem e/ou querem resolvê-los, criando elos e promovendo compromissos. É essa ética de compromisso que alavanca a mudança (BRASIL, 2006B).

Assim, a convivência da população com a equipe multidisciplinar do ESF torna-se um suporte emocional para o paciente e seus familiares. A formação de vínculos traz o paciente para perto do profissional, que tem como orientação manter uma distância ampliada do sujeito. Entretanto, sendo inevitável que ocorra o vínculo emocional entre paciente e seus familiares com a equipe de saúde, a humanização e o apoio terapêutico para os profissionais se faz fundamental, devido à carga de sentimentos que eles recebem e vivenciam diariamente.

Sendo assim, é importante considerar questões tais como: o acolhimento e o vínculo a ser estabelecido com os usuários do sistema público de saúde, pois estas são metas que embasam, ou deveriam embasar a atuação dos profissionais na área.

De acordo com especialistas, o acolhimento contribui para a satisfação dos usuários e o vínculo entre estes e os profissionais. É um estímulo à autonomia e à cidadania, que requer a participação dos mesmos na promoção e prevenção da saúde (SCHIMITH; LIMA, 2004).

Ao abordar o tema sobre acolhimento, considera-se que o mesmo constitui-se um arranjo que garante o acesso dos usuários, objetivando a “escuta” desses clientes, numa abertura dos serviços, a fim de atender à demanda, o que exige uma plasticidade na adaptação de técnicas que se adaptem aos aspectos sociais, culturais e econômicos da realidade concreta na qual se encontra (SCHIMITH; LIMA, 2004).

Para que os princípios do SUS consigam ser visto pela comunidade, é preciso uma equipe integrada, motivada a entender e fazer entender que as pessoas são sujeitos da própria vida e somente com uma escuta ampliada do sujeito poderá chegar a este ponto.

Estabelecer o cuidado requer o relacionamento que se configura com o convívio, que de tão intenso se torna de difícil definição. O tempo de permanência pode ser favorecido pelo desenvolvimento de empatia, proporcionando aprendizagem mútua entre a equipe e a família. O cuidado solidário é percebido pelo vínculo, interesse, contato, diálogo, suporte, apoio, ter presença, ouvir, pela empatia, transmissão de confiança e esperança. O cuidado solidário se estabelece pelo trabalho multiprofissional, preparo da equipe, conhecimento, disponibilidade, respeito pelo outro.

[...] o valor afetivo do cuidado solidário está nas relações de afeto efetivadas, nas aproximações, estar disponível, envolvimento, trocas, amizades, carinhos e atenções, manifestação de interesse, de calma e paciência, de confiança e respeito, de serenidade, de gentileza, presteza e cordialidade de presença efetiva do enfermeiro. (BETTINELI; ERDMANN, 1998, p. 31).

A importância da construção de um enfoque interdisciplinar no trabalho de uma equipe de saúde traz a intenção de todos os envolvidos no processo de cuidar, realizar um trabalho sério, alicerçado na certeza da necessidade singular e individual de cada pessoa, compreender novos paradigmas, vislumbrar novos horizontes e perspectivas, cultivarem a sensibilidade e empatia, assumir novas atitudes frente às necessidades do cliente e praticar o cuidado com intensidade, satisfação, ética e solidariedade.

A proposta é cuidar da família onde ela vive, definindo linhas de tratamento e cuidado e não na rede de especialidade realizado no modelo tradicional clínico. Para tanto, é realizado a identificação dos fatores condicionantes e determinantes de

saúde promovendo a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção e recuperação a saúde.

Concordando sobre a importância da formação do profissional crítico, com capacidade de refletir sobre suas ações no mundo e cada vez mais poder intervir de forma consciente, gostaria de compartilhar das reflexões trazidas por Freire (2000, p. 33), o qual defende:

Que a nossa presença no mundo, implicando escolha e decisão, não seja uma presença neutra. A capacidade de observar, de comparar, de avaliar para, decidindo, escolher, com o que, intervindo na vida da cidade, exercemos nossa cidadania, se exige então como uma competência fundamental. Se a minha não é uma presença neutra na história, devo assumir tão criticamente quanto possível sua politicidade. Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas para participar de práticas com ela coerentes.

É pautado nessa política que se desenvolveu um diagnóstico situacional, de uma determinada área de São Sebastião do Paraíso-MG, no qual, se encontra com vários problemas que podem ser agravados se permanecerem como estão ou poderão ser amenizados se houver maior vínculo entre profissional de saúde, equipe e população.

Para planejar e direcionar as ações de saúde é necessário conhecer a realidade, a dinâmica e os riscos que a população/comunidade está inserida e também a forma como estão organizados os serviços e as rotinas das unidades básicas de saúde e das equipes de PSF.

O Município de São Sebastião do Paraíso está localizado na Região Sul de Minas Gerais. Possui 64.980 habitantes sendo 58.340, localizados na área urbana, o que equivale a 89,7% da população e 6.6.40 habitantes localizados na área rural, sendo 10,3% da população (IBGE, 2010). A cidade é ligada ao campo, mas nos últimos anos a economia do município tem se diversificado também no setor de serviços, comércio e indústria.

O Serviço de Saúde do município de São Sebastião do Paraíso (MG) é formado por dois hospitais, sendo um para Clínica Geral (Santa Casa de Misericórdia de São Sebastião do Paraíso) e o outro especializado em Clínica Psiquiátrica (Hospital Gedor Silveira). A Rede Pública Municipal compreende: PAM,

Posto de Puericultura, PSF, Vigilância Epidemiológica, NAPS (Núcleo de Assistência Psicossocial), CEO (Centro Especializado de Odontologia).

Dos 14 UBS existentes no Município, trabalhamos nesta pesquisa com apenas uma delas. A UBS “João Grau Brigagão”, que está localizada a sudoeste do município de São Sebastião do Paraíso, no bairro do Jardim Planalto e atende 1.100 famílias que estão cadastradas, as quais podem contar com atendimento médico, de enfermagem, de fisioterapeuta, dentista, psicólogo, nutricionista e agente comunitário de saúde. O horário de funcionamento é das 7:00h às 17:00hs de segunda a sexta-feira.

A estrutura física da UBS conta com sala de atendimento médico, sala de vacinação, consultório odontológico, sala de reuniões, copa/cozinha, sala de curativos e de inalação, farmácia, recepção, sala de esterilização e banheiros.

Os problemas de saúde mais comuns relatados nos atendimentos são hipertensão arterial, diabetes melitus, distúrbios respiratórios, doenças sexualmente transmissíveis (DST), cáries e doenças periodontais.

2 JUSTIFICATIVA

O trabalho se justifica no intuito de melhorar o acesso dos usuários aos serviços da UBS “João Grau Brigagão”, procurando resolver seus problemas e garantir um cuidado integral às suas demandas, estreitando o vínculo com os profissionais de saúde.

Os usuários da UBS não tem conhecimento da equipe de saúde e como funciona o atendimento humanizado e por isso, a demanda atendida é quase que totalmente espontânea. Portanto, a proposta de criação e implantação de um diagnóstico situacional de acolhimento no serviço de saúde trará um impacto positivo no processo de trabalho da equipe e na organização do serviço.

O acolhimento promove maior organização dos serviços de saúde, uma vez que permite a classificação dos indivíduos conforme o risco e viabiliza a utilização da agenda, com conseqüente organização da demanda espontânea e programada. Contudo, a implantação do acolhimento não é tarefa fácil, pois requer uma mudança organizacional dos serviços e uma quebra cultural das formas de acesso aos mesmos.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar proposta de intervenção para a melhoria do vínculo entre a tríade equipe-família-cliente, no município de São Sebastião do Paraíso-MG, visando diminuir a demanda espontânea.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Compreender o nível de informação sobre o funcionamento e proposta do ESF, entre a equipe e a população atendida;

Realizar grupos operacionais como: Grupo de sala de espera; Cartazes informativos;

Orientar os grupos já existentes na unidade e nas reuniões de comunidade;

Apresentar vídeo educativo, para melhor conscientização da população sobre o funcionamento do ESF;

Capacitar os profissionais da USF para que este grupo operacional funcione na mesma linguagem em todas as áreas;

Avaliar semanalmente o SIAB, em equipe objetivando verificar se a demanda espontânea diminuiu e traçar novos planos de intervenção.

4 METODOLOGIA

A metodologia do trabalho está centrada em um projeto de intervenção que se propõe à exploração do universo de significados e sentidos, de valores, de atitudes, e de crenças (MINAYO, 2007).

Para tanto, foi realizada uma revisão de literatura para embasamento do conteúdo teórico. A partir do Diagnóstico Situacional, procurou-se conhecer a população assistida e garantir um cuidado integral às suas demandas, estreitando o vínculo com os profissionais de saúde.

O diagnóstico situacional é de fundamental importância para o levantamento de problemas, uma ferramenta que auxilia conhecer os problemas e as necessidades sociais como: necessidade de saúde, educação, saneamento, segurança, transporte, habitação, bem como permite conhecer como é a organização dos serviços de saúde, assim permitindo desenvolvimento das ações mais focais e efetivas, em relação aos problemas encontrados.

A organização inadequada das diversas interfaces que envolvem uma UBS contribui para um ambiente desfavorável, tanto para os usuários quanto para os profissionais, contribuindo assim para maior estresse e comprometimento da qualidade do serviço ofertado. É necessário conhecer a realidade de trabalho e a comunidade à qual o trabalho é destinado, a fim de poder implementar estratégias e programas capazes de corrigir essa desorganização e contribuir para melhoria das condições de trabalho e de atendimento.

Primeiramente realizou-se uma observação participante quanto ao ambiente de trabalho e a área de abrangência a ser caracterizada. O fato de a pesquisadora trabalhar na UBS e estar familiarizada com a equipe e a estrutura funcional da unidade, influenciou no sucesso das anotações dos dados. Para tanto, juntamente com as respostas dos questionários e com as observações do cotidiano da UBS, optou-se por utilizá-las como técnica principal da coleta de dados.

Em seguida, foi realizada uma busca de dados na própria Unidade de Saúde, como: total de pessoas atendidas, divisão das áreas de abrangências, busca das fichas dos Agentes Comunitários de Saúde (Ficha A, B, C e D), depois foi realizada uma pesquisa ao Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e, por fim, efetuou-se uma entrevista junto aos informantes chaves, como: donos de pontos comerciais, presidentes de associações, líderes religiosos, entre outros.

Este diagnóstico situacional foi realizado em 2011, onde se observou que houve muitas mudanças no sistema, e alguns dados foram perdidos ou estão discrepantes. Com a aprovação da equipe, solicitou-se que fossem considerados apenas os dados das agentes comunitárias de saúde do período de 2012. Aproveitou-se esta situação para abordar a importância de dados fidedignos, da digitação correta do SIAB e a importância do trabalho dos ACS, bem como o preenchimento das fichas A, B, C e D.

Buscou-se na literatura metodologias que pudessem indicar uma postura capaz de acolher, escutar e dar resposta mais adequada a cada usuário, procurando trazer a comunidade até a UBS. O objetivo é fazer da UBS a porta de entrada aos problemas, sintomas iniciais, evitando agravos futuros de várias patologias, elaborando assim, uma proposta de intervenção junto à equipe de saúde que poderá ser expandido a todo o município.

A proposta é modificar a maneira de lidar com os clientes, procurando realizar uma escuta qualificada. Para tanto, o profissional deverá compreendê-los, ter empatia, para que consigam estreitar os vínculos com os usuários. Pode-se dizer que o vínculo estabelecido na relação é o que permite a eficácia das ações em saúde, e é ele que propicia e estimula a participação do usuário. Desta forma, o acolhimento aos grupos e a produção de vínculo com os mesmos, foram às molas propulsoras para a efetividade do trabalho realizado.

Realizou-se uma consulta a periódicos e artigos científicos selecionados nos bancos de dados do Scielo e Bireme, a partir das fontes Medline e Lilacs. A busca nos bancos de dados foi realizada utilizando às terminologias cadastradas nos Descritores em Ciências da Saúde criados pela Biblioteca Virtual em Saúde desenvolvido a partir do *Medical Subject Headings da U.S. National Library of Medicine*, que permite o uso da terminologia comum em português, inglês e espanhol. As palavras-chave utilizadas na busca foram: gestão em saúde, atenção primária à saúde, acolhimento, adesão, saúde, acolhimento e atenção básica.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O acolhimento deve estar incluso na assistência ao usuário, pois é uma ferramenta importante na integração destes à comunidade, como também contribui na valorização dos seus direitos de obter uma assistência que promova qualidade de vida. Partindo deste entendimento, o acolhimento propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, baseando-se em três princípios: atendimento a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; reorganização do processo de trabalho descentralizando a atenção do médico, para formação de uma equipe multiprofissional; qualificar a relação profissional-usuário a partir de métodos humanitários de solidariedade e cidadania (PINHEIRO; GOMES, 2005).

O acolhimento é primordial nas USF, pois, partindo de um atendimento humanizado e integral aos usuários é que se pode intervir de maneira eficaz na prevenção de doenças, o que tem se tornado um grande desafio nas Unidades de Saúde da Família. É nesse contexto que as mudanças estão ocorrendo, com a implementação de medidas que visem melhorar a qualidade de vida do usuário, através de um acolhimento adequado.

Para Carvalho e Campos (2000), acolhimento é um arranjo tecnológico que busca garantir acessos aos usuários com objetivo de escutar todos os pacientes, resolver os problemas mais simples e/ou referenciá-los se necessário.

Cecílio (2001) reconhece quatro conjuntos de necessidades de saúde. O primeiro são as boas condições de vida, entendendo-se que o modo como se vive se traduz em diferentes necessidades. O segundo conjunto, diz respeito ao acesso às tecnologias que melhoram ou prolongam a vida. É importante destacar, nesse caso, que o valor de uso de cada tecnologia é determinado pela necessidade de cada pessoa, em cada momento. O terceiro bloco refere-se à criação de vínculos efetivos entre o usuário e o profissional ou equipe dos sistemas de saúde. Vínculo deve ser entendido, nesse contexto, como uma relação contínua, pessoal e calorosa. Por fim, necessidades de saúde estão ligadas também aos graus crescentes de autonomia que cada pessoa tem no seu modo de conduzir a vida, o que vai além da informação e da educação.

Espera-se que a partir dessa definição, pode-se pensar a ideia de integralidade em diferentes dimensões. A integralidade focalizada é aquela que se

nos dá diversos serviços de saúde, fruto do esforço de equipes multiprofissionais. Nesse espaço, ela acontece pelo compromisso dos profissionais de escutar atenta e cuidadosamente os usuários para identificar suas necessidades de saúde. Uma segunda dimensão dessa ideia é a integralidade ampliada, resultado da articulação de cada serviço com uma rede complexa, composta por outros serviços e instituições. A integralidade ampliada seria a máxima integralidade no cuidado de cada profissional, de cada equipe e da rede serviços de saúde e outros. Uma não sendo possível sem a outra.

O cuidado individual, em qualquer serviço de saúde, não importando sua complexidade, deverá estar sempre atento à possibilidade e a potencialidade de agregação de outros saberes, disponíveis ou não na equipe (CECÍLIO, 2001).

A integralidade é objetivo da rede e, portanto, nunca se realiza totalmente, apenas no esforço individual. Por isso, é preciso não só repensar a estrutura piramidal dos serviços de saúde, como preocupação de cada profissional e da equipe de cada serviço, deva estar presente em todos os serviços, mesmo nos serviços superespecializados. Isso requer radicalizar a ideia de que cada pessoa, com suas múltiplas e singulares necessidades, deve ser sempre o foco, a razão de ser de cada serviço e do sistema como um todo (CECÍLIO, 2001).

Machado et al. (2007) explicam que a promoção, a prevenção, a recuperação da saúde e a reabilitação de doenças e agravos não podem ser compartimentalizadas, mas se trabalhadas em todos os seus aspectos de forma dinâmica, na perspectiva de uma abordagem integral, autônoma e resolutiva, podem modificar o processo de saúde e doença de um indivíduo, família e da comunidade.

Embora as atitudes de acolhimento e atenção em relação ao paciente tenha grande influência sobre o trabalho do profissional da saúde, a atitude em relação a ele mesmo também é muito importante. Só se conseguirá incutir anseio, segurança ou quaisquer outras boas tendências, na comunidade, quando demonstrar possuir, em si mesmo, essas qualidades. É importante praticar o que prega, seja qual for a função, a maneira pela qual se desempenha as funções, influenciará muito sobre os pacientes (MACHADO et al., 2007).

O perfil de profissional exigido requer habilidades cognitivas (saber) e operacionais (saber fazer), sustentadas pela ética e comprometimento (saber ser). Como bem afirma Urbano (2006, p. 52):

Se de um lado não se pode dizer que gestão em si é responsável pela política, seria ingênuo acreditar que a gestão é apenas instrumento, um mero processo.

Este é inclusive, um dos desafios mais atuais do campo da gestão, qual seja o de considerar e incorporar racionalidades advindas das diversas dimensões intervenientes no funcionamento das organizações e que estão bastante além dos clássicos processos administrativos, passíveis de normatização e funcionamento burocratizado.

Diante disso, uma das propostas de intervenção do governo federal, com o objetivo da valorização do profissional de saúde, com melhores vínculos empregatícios, segurança para permanecer na mesma USF e assim conseguir estabelecer vínculos com sua área de abrangência, foi lançado o programa Mais Médicos, trazendo profissionais do exterior para trabalhar no Brasil, com objetivo de suprir as necessidades na área do atendimento médico. A questão emergencial é assegurar que o país conte com maior número de profissionais, uma vez que teria ficado provado no processo de recrutamento lançado pelo governo que não há médicos dispostos a trabalhar nas cidades onde há carência de profissionais.

A pergunta que se faz é a seguinte, será que o governo está investindo em prevenção e promoção da saúde ou está incentivando o pensamento curativo na população, agindo contra sua própria política quando lançou a rede básica. Que incentivo os profissionais que foram lançados em uma edição do Programa de Valorização dos Profissionais na Atenção Básica (PROVAB) tiveram para permanecer na rede básica para os municípios que foram dirigidos?

A intenção não é de desvalorizar a função de nenhum membro de uma equipe multidisciplinar que são: um médico clínico geral, uma enfermeira, uma ou duas técnica de enfermagem, oito agentes comunitárias de saúde, uma dentista, uma auxiliar de consultório dentário e uma auxiliar de limpeza. Na USF contam com o apoio do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), que possui fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutico, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga, psicóloga e assistente social. Os profissionais do NASF atende na própria USF, de acordo com sua agenda e a demanda da mesma. Apenas acredita-se que os profissionais, de todas as categorias devem ter condição trabalhistas adequadas para desenvolver suas atividades, locais e mecanismos de trabalho e plano de carreira.

5.1 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O atendimento à demanda espontânea e, em especial, às urgências e emergências envolvem ações que devem ser realizadas em todos os pontos de atenção à saúde, entre eles, os serviços de atenção básica. Essas ações incluem aspectos organizativos da equipe e seu processo de trabalho como também aspectos resolutivos de cuidado e de condutas.

Os usuários da ESF “João Grau Brigagão” do município de São Sebastião do Paraíso-MG, reclamam constantemente das dificuldades em agendar consultas, implicando na formação de filas em diversos horários, causando prejuízo ao bem-estar da população. O atendimento é realizado por ordem de chegada e muitas vezes os usuários são atendidos de forma não humanizada, e acabam por não valorizar as ações de promoção de saúde e a demanda atendida é quase que exclusivamente espontânea.

Para que os princípios da universalidade, equidade e integralidade do SUS sejam efetivados e as funções básicas da atenção primária cumpridas é importante facilitar o acesso das pessoas aos serviços, resolver os problemas dos usuários e garantir um cuidado integral às suas demandas.

Desta forma, torna-se indispensável buscar soluções para o acesso da população aos serviços de saúde de atenção básica e os possíveis fatores que possam favorecer ou dificultar a entrada do usuário no sistema de saúde, como: número de usuários por equipe, organização da demanda espontânea, localização do estabelecimento, horários e dias de atendimento, infraestrutura adequada para o atendimento, entre outros. Em alguns serviços ainda é possível identificar práticas que resultam em restrição do acesso da população, com filas para o atendimento, distribuição de senhas, atendimento por ordem de chegada sem avaliação de risco e vulnerabilidades e o não acolhimento das urgências nas unidades de saúde.

Diante disso, o acolhimento insere-se como uma intervenção decisiva na reorganização e realização da promoção de saúde em rede, executando-se a partir da análise, problematização e proposição da própria equipe em relação ao usuário.

Para MS acolhimento implica em compartilhamento de saberes, angústias e invenções através da escuta e deve estar presente em todos os locais e momentos do serviço. Se bem realizado, garante o acesso dos usuários e possibilita um atendimento mais resolutivo e equânime (BRASIL, 2006).

Outras diferentes definições de acolhimento convergem em torno da comunicação, sendo que para Costa (2004), “[...] um modo de escuta no qual se estabelece empatia, demonstrando interesse pela fala do outro”.

Acolhimento na proposta de intervenção para a USB “João Grau Brigagão” é centrada na possibilidade de mudança do processo de trabalho a fim de prestar a todos que procuram o serviço de saúde um atendimento humanizado.

Os profissionais da USB em questão são ativos e participativos e para tanto, a proposta de intervenção girará em torno da capacitação, treinamento, trabalho em equipe.

A equipe da USF é formada por médico, enfermeiro, dentista, auxiliar de enfermagem, assistente de consultório dentário (ACS), auxiliar de dentista, recepcionista, auxiliar de serviços gerais, psicóloga, fisioterapeuta; nutricionista, terapeuta ocupacional e assistente social, que deverão ser capacitados para informar aos usuários da UBS sobre os atendimentos oferecidos tentando construir um vínculo e assim diminuir a demanda espontânea.

As reuniões que ocorrem todas as quartas-feiras servirão para capacitar os profissionais. A enfermeira será a responsável pela definição das tarefas que deverão implantadas na rotina da unidade, como colocação de cartazes e apresentação de vídeo educativo para incentivar a participação da comunidade nas reuniões.

Cada dia, um profissional da equipe será escalado para informar aos usuários sobre o funcionamento da USF, enquanto aguardam seus atendimentos na sala de espera.

Os vídeos educativos sobre diversos temas serão exibidos no período tarde, ficando na responsabilidade da recepcionista, a auxiliar de dentista e o agente comunitário.

Os agendamentos dos grupos da unidade, que ocorrem dois encontros por mês serão de responsabilidade do médico, do dentista e da enfermeira. As reuniões de comunidade, realizadas uma vez no mês, onde são debatidos temas pela sociedade e as informações da USF, terão como responsável, a técnica em enfermagem.

A proposta de intervenção deverá ser realizada no prazo de 30 dias. Caso apresente resultados positivos o prazo poderá ser estendido. A proposta de intervenção será avaliada mensalmente sempre quando a unidade é fechada para

realização do fechamento do SIAB, onde teremos dados dos meses para comparar o número de pessoas para a demanda espontânea.

5.2 O VÍNCULO E A DEMANDA ESPONTÂNEA

Realizou-se uma reunião com toda equipe de saúde para discutir detalhes do plano intervenção. A partir do diagnóstico situacional com o levantamento dos problemas, foram propostas na reunião, discutir a possibilidade da realização de uma enquete com os usuários. Foi utilizado o mesmo questionário com os membros da equipe, para compreender o nível de informação sobre o funcionamento e a proposta do ESF entre os profissionais (anexo A). A proposta foi aceita por todos, e ao analisar as respostas, obtiveram-se três temas principais:

- Não compreende a proposta do PSF;
- Não compreende o fluxo de atendimento;
- Não compreende o papel dos membros da equipe.

Esses resultados foram apresentados para todos da equipe, onde foram discutidas formas de intervenções que buscassem solucionar o problema levantado, além de delegar funções a cada participante da equipe:

Grupo de sala de espera;

Cartazes informativos;

Orientações durante os grupos já existentes na unidade;

Orientações nas reuniões de comunidade;

Apresentação de um vídeo educativo.

Plano de intervenção

Atividades	Med	Enf.	Dent.	Aux. Enf.	ACS	Aux. Dent.	Recep.	Aux. Serv. Ger.	NASF	Avaliação
Grupo de sala de espera	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Avaliação do SIAB
Cartazes informativos						X				Avaliação do SIAB
Orientações durante os grupos já existentes na unidade	X	X	X					X	X	Avaliação do SIAB
Orientações nas reuniões de	X	X	X							Avaliação do SIAB

comunidade										
Apresentação de um vídeo educativo					X	X	X			Avaliação do SIAB

Para a realização do grupo de sala de espera, primeiramente elaborou-se um roteiro contendo informações básicas a serem repassadas verbalmente para os usuários (Anexo B). Em seguida, foi organizada uma escala que definiu o dia em quem cada integrante da equipe coordenaria a atividade, o qual acontece todos os dias no horário do acolhimento. Neste período, após as orientações, é aberto um espaço para o esclarecimento de dúvidas e agendamento de grupos. No espaço utilizado para a realização da atividade deverá ser anexado um cartaz educativo contendo informações sobre o papel de cada um.

A equipe tem buscado, durante a realização de alguns grupos já existentes (hipertensos e diabéticos e gestantes) e durante a reunião de comunidade, manter as orientações pré-estabelecidas no roteiro elaborado. O vídeo educativo sobre temas de saúde é exibido na sala de espera para as consultas, sendo que todos os dias, a ACS explica o mesmo tema, e a toda semana são trocados os vídeos.

Durante a reunião de equipe, concluiu-se que a forma mais adequada de analisar os resultados obtidos seria através da verificação do SIAB, já que, com a possível conscientização da população em relação à proposta do PSF e de seu funcionamento, o número de pessoas que não se adaptavam ao atendimento, poderiam habituar-se com a proposta oferecida e como resultado seria a diminuição da demanda.

A diminuição da demanda espontânea e a reavaliação do projeto devem acontecer mensalmente para novas propostas de intervenção com readequação do plano de intervenção.

5.3 RESULTADOS

Houve mudanças com o Programa de Melhoria ao Acesso e Qualidade da Saúde (PMAQ), e com isso ocorreram algumas alterações em relação ao número de atendimentos e as formas de agendamento da demanda espontânea dos clientes. Como resultado houve a melhora e o aumento do número de tratamentos e cobertura da população da nossa área.

Os problemas encontrados foram: 1) Elevado número de encaixes; 2) Número alto de uso de medicação antidepressivo e calmante; 3) Alto índice de alcoolismo; 4) Alto risco de DST; 5) Risco cardiovascular aumentado; 6) Falta de participação popular; 7) Risco de proliferação do *Aedes aegypt* em todas as micro áreas. Desta forma, revestem-se de importância fundamental para o controle dessa situação e o alcance de melhores resultados, as ações específicas do setor saúde, como organização da rede de atenção e desenvolvimento das estratégias de diagnóstico e tratamentos oportunos, bem como no esclarecimento da população em geral, quanto aos sinais de apresentação inicial da doença.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o objetivo definido para este estudo, tendo como sujeitos a tríade equipe-família-cliente foi de elaborar uma proposta de intervenção para a melhoria do vínculo entre a tríade no município de São Sebastião do Paraíso, para diminuir a demanda espontânea.

Muitas dificuldades que são enfrentadas pelos usuários da saúde poderiam ser evitadas e a educação em saúde (como prática de fortalecimento, participação e autonomia de indivíduos) e o acolhimento (escuta, compromisso, atenção, respeito), ao contrário do que tem sido feito em alguns serviços de saúde, nos quais os usuários são, basicamente, impedidos de se manifestar e de participar dos procedimentos necessários a eles próprios.

Humanizar é também investir em melhorias nas condições de trabalho dos profissionais da área, é alcançar benefícios para a saúde e qualidade de vida dos usuários, dos profissionais e da comunidade.

Assim, a proposta de intervenção girou em torno de capacitação, treinamento, trabalho em equipe e a transmissão das informações sobre os atendimentos da UBS para a população, de modo que cada um possa se manifestar e sugerir ideias para a melhora do atendimento.

Um projeto operacional deverá ser avaliado constantemente, para que sempre haja resultados positivos, este é o início, mas, o meio (o desenvolvimento) depende de cada um da tríade da equipe com seus projetos e um bom acolhimento, a família e o cliente, participando, colocando seus pontos de vista e colaborando com a proposta do ESF, de prevenção e de promoção da saúde, assim a demanda espontânea poderá diminuir e conseqüentemente haverá um atendimento mais efetivo e direcionado ao biopsicossocial do cliente.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, R. C. V. **A Vivência da ação educativa do enfermeiro no PSF 2006.** Disponível em: <<http://dspace.lcc.ufmg.br>>. Acesso em: 28 mar. 2008.
- BETTINELLI, L. A; ERDMANN, A. L. Cuidado solidário: um compromisso social da enfermagem em unidades de terapia intensiva. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v.3, n.2, p.23-43, jul./dez.1998.
- BRASIL. **Programa de saúde da família: saúde dentro de casa.** Brasília-DF: Ministério da Saúde, 1994.
- _____. **Sistema Único de Saúde: princípios e conquistas.** Brasília,DF: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf>. Acesso em: 20 set. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. **Política nacional de gestão estratégica e participativa no SUS: participa SUS.** Brasília, 2006a.
- _____. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de planejamento do SUS (Planeja SUS): instrumentos básicos.** Brasília, 2006b. (Série B: textos básicos de saúde; Cadernos de planejamento, v. 2).
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.** Gestão participativa e cogestão. Brasília, 2009.
- _____. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- _____. Departamento de Atenção Básica. **Atenção básica e saúde da família.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaoBasica.php>>. Acesso em: 20 set. 2013.
- CAMPOS, F. E.; BELISARIO, S. A. O programa de saúde da família e os desafios para uma formação profissional e a educação continuada. **Revista Interface**, Botucatu, n. 9, v. 5, p. 133-142, 2001.
- CARVALHO, S. R.; CAMPOS, G. W. S. Modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 507-515, abr./jun. 2000.
- CECÍLIO, Luís C. de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2001.

FREIRE, P. **Pedagogia da indignação**: cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: UNESP. 2000.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: v. 22, n. 06, jun., p. 1171-1181, 2006.

GY, V. B.; ANDRADE, C.; NUNES, M. **Câncer de mama**: prevenir só depende de você. São Paulo: Instituto Arte de Viver Bem, 2010.

LEITE, R. F. B.; VELOSO, T. M. G. Trabalho em equipe: representações sociais de profissionais do PSF. **Revista Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, DF, n.28, v.2, p. 374-389, 2008.

LEVY, F. M et al. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 1, v. 20, p. 197-203, 2004.

LUZ, M. T. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas em saúde no Brasil atual. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ; IMS: ABRASCO, 2001.

MACHADO, M. F. A. S; MONTEIRO, E. M. L. M.; QUEIROZ, D. T.; et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 335-342, mar./abr. 2007.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões a cerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ; IMS: ABRASCO, 2001.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1996.

MELAMED, C. Programa de Agentes Comunitários de Saúde. In: FUJIWARA, L. M. et al. (Orgs.). **20 Experiências de gestão pública e cidadania**. São Paulo: Programa Gestão Pública e Cidadania, 1998.

MELLEIRO, M. M; TRONCHIM, D.M.R; CIAMPONE, M.H.T. O planejamento estratégico situacional no ensino do gerenciamento em enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 18, n.2, abr/jun. 2005.

MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R (Orgs.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 25 ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

PINHEIRO, R.; GOMES, A.P.C.M. **Acolhimento e vínculo**: práticas de Integridade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em:

<http://www.isc.ufba.br/arquivos/pdf/Texto%20C4%20v9n17%20Interface.pdf> Acesso em: 16 jan. 2014.

SCHIMITH, M. D; LIMA, M.A.D. Acolhimento e vínculo em uma equipe do programa da saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, nov./dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/05.pdf>> Acesso em: 16 jan. 2014.

SOUSA, M. F. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 53, n. esp., p. 25-30, 2000.

SOUZA, R. R. O Sistema Público de Saúde Brasileiro. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2002. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Destaque828.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2013.

TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S. R. L.; FERREIRA, J. H.G. Fazendo um diagnóstico da situação de saúde da população e dos serviços de saúde. In: _____. **Planejamento em saúde**. São Paulo: Cortez, 1998.

URBANO, L. A. As reformulações na saúde e o novo perfil do profissional requerido. **Revista da Escola de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p.142-5, 2002.

Você não acrescentou referências mais recentes como sugerido pelo examinador

ANEXO A

Questionário:

- 1) Idade: _____
- 2) Escolaridade: _____
- 3) Há quanto tempo frequenta a unidade? _____
- 4) Esta Unidade faz parte do Programa Saúde da Família, que foi criado em 1994. Você sabe por que o governo criou esse programa (ESF)?

- 5) Como funciona o atendimento no posto? Você sabe os horários de atendimento? Compreende quais profissionais poderão te atender e qual o papel de cada um?

ANEXO B

Material para orientação sobre a ESF – Grupo de Sala de Espera

História e Proposta da ESF

Antigamente o direito gratuito à saúde era apenas dos trabalhadores registrados. Com isso o restante da população tinha pouco acesso aos serviços. Nessa época, não se buscava prevenir doenças, mas apenas curá-las e, por isso, o sistema mais utilizado era o hospital.

A partir da Criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, a saúde passou a ser direito de todos e dever do governo. Em 1994 foi criada a Estratégia de Saúde da Família (ESF), com o objetivo de mudar essa situação.

Com a criação dos Postos de Saúde, que são chamados de Unidades de Saúde da Família (USFs), a população tem acesso mais fácil aos sistemas de saúde. Aqui no posto, nosso objetivo maior é prevenir doenças e fazer com que as pessoas sejam mais saudáveis, com uma qualidade de vida melhor. A atenção não é voltada apenas para a pessoa doente, mas para toda a sua família. Por isso são realizadas consultas agendadas, onde é realizado o acompanhamento do paciente.

Antigamente os postos de saúde tinham médicos especialistas (ginecologistas e pediatras), mas hoje, com as mudanças do sistema de saúde e valorizando a prevenção das doenças, temos apenas um médico, que é capacitado para atender a todos os membros da família. Nos postos de antigamente, não existia uma relação mais próxima entre a população e a equipe, além de serem poucas unidades e, muitas vezes longe das residências. Agora vocês têm postos de saúde perto das suas casas, onde todos conhecem a equipe e podem contar com ela.

Funcionamento da unidade

Demanda e acolhimento: Em relação ao funcionamento do posto, temos o horário de **demanda**, que preferencialmente é das 7 às 8 horas. Esse período é destinado ao atendimento de pessoas que estão precisando de assistência imediata (exemplo: dores NO MOMENTO, febre, vômito e diarreia recentes). Neste caso, primeiramente ocorre o **acolhimento**, que é o momento em que as auxiliares de

enfermagem ou alunas de enfermagem abrigam a população, escutando e investigando as queixas. Em seguida ocorre uma discussão com o médico para avaliação dos casos.

Consultas agendadas: Para situações não urgentes existe o **agendamento de consultas**, onde o tempo de atendimento é maior, o de espera é bem menor e podem ser pedidos exames, se necessário.

Grupos: Existem também os **grupos** (hipertensos e diabéticos, gestantes, caminhada, espaço familiar, nutricionista, saúde bucal infantil, dores crônicas), que são muito importantes para que todos aprendam mais sobre como cuidar da sua saúde, além de ser um momento de descontração, para conhecer a equipe e outras pessoas.

Coleta de sangue: As segundas-feiras e quintas-feiras são dias de **coleta de sangue** e demais exames, que devem ser previamente agendados na recepção.

Reunião de comunidade: Na última quarta-feira do mês é realizada a **reunião de comunidade**, que é o espaço para que vocês conheçam o andamento da unidade e possam fazer sugestões e reivindicações.

Reunião de equipe: Todas as quartas-feiras o posto fica fechado das 14 horas às 16:30hs para a **reunião de equipe**. É um momento muito importante onde todos os membros da equipe se encontram para discutir assuntos relacionados ao funcionamento da unidade e problemas de pacientes da comunidade, que requerem intervenção de toda a equipe.

Atendimento noturno: Todas as quartas-feiras existem o **atendimento noturno** que é voltado aos pacientes que trabalham. Por isso só são atendidos pacientes agendados.

Visitas domiciliares: Nós também realizamos **visitas domiciliares** para atender aqueles pacientes que não conseguem vir até o posto, para criar um bom relacionamento entre a população e a equipe e também para que possamos conhecer um pouco mais da realidade de cada um.

Equipe multiprofissional: A equipe do posto é chamada de equipe multiprofissional e é composta por: Um **médico**: que realiza as consultas de demanda e as agendadas; visitas domiciliares; solicitação de exames; encaminhamentos para outras especialidades, quando necessário; gerencia e coordena a unidade.

Uma **enfermeira**: realiza consultas de enfermagem; visitas domiciliares; grupos; coleta de Papanicolau; solicita exames complementares e prescreve medicações, conforme protocolos; coordena a equipe de enfermagem; gerencia e coordena a unidade.

Uma **dentista**: realiza procedimentos; grupos de saúde bucal; prescreve medicações; capacita a equipe; supervisiona o trabalho da Assistente de consultório dentário (ACD); encaminha usuários para especialidades; realiza visitas domiciliares; gerencia e coordena a unidade.

Uma **auxiliar de enfermagem**: realizam procedimentos (coleta de sangue, verificação de pressão arterial, administração de medicações e vacinas, dentre outros); acolhimento; visitas domiciliares; participam de grupos.

Uma **assistente de consultório dentário (ACD)**: realiza a desinfecção e esterilização dos materiais utilizados; procedimentos educativos e preventivos; prepara e organiza os materiais; instrumentaliza o dentista durante os procedimentos; cuida da manutenção e conservação dos materiais odontológicos; agenda as consultas dos pacientes e orientam para o retorno.

Oito **agentes comunitárias de saúde (ACS)**: realizam visita domiciliar; mapeamento da área; cadastramento das famílias; orientam as famílias para a utilização adequada do serviço de saúde; entrega de encaminhamentos e cartas.

Uma **ACS que realiza a função de recepcionista**: atendimento na recepção; telefone; digitação no sistema; organização do arquivo; entre outros.

Uma **auxiliar de serviços gerais**: responsável pela limpeza e organização da unidade; ajuda no atendimento da recepção.

Núcleo de Assistência a Saúde da Família (NASF), composto por psicóloga, fisioterapeuta; nutricionista, terapeuta ocupacional e assistente social: dão apoio a população e a equipe; realizam de grupos e atendimento individual, quando necessário.

Considerações finais

Agora que todos compreenderam melhor o funcionamento do posto, pede-se a colaboração de todos em relação aos horários de atendimento, priorização de casos urgentes na demanda, manutenção da unidade limpa e organizada, participação nas reuniões de comunidade, já que dentro da Estratégia de Saúde da

Família a população tem voz! Sabe-se que todo o sistema de saúde tem falhas, no entanto, tem-se trabalhado em busca de um melhor atendimento e de uma melhor relação entre a população e a equipe.

FIQUE INFORMADO!

Sabia que este posto se chama Unidade de Saúde da Família? E o que é isso? Aqui no posto, nosso objetivo maior é prevenir doenças e fazer com que as pessoas sejam mais saudáveis, com uma qualidade de vida melhor.

Qual o funcionamento do posto? Quando você estiver com um problema de saúde urgente, venha às 7 horas. Quando puder esperar, agende uma consulta.

Quem é da equipe do posto? A Bárbara (enfermeira), Marcela (dentista), Alexandre (médico), Gabi (auxiliar de escritório), Rita (auxiliar de serviços gerais), Márcia, Vandi e Sueli (auxiliares de enfermagem), Sandra, Bel e Sol (agentes comunitárias), Márcia (agente de endemias) e Fran (assistente de consultório dentário).

Pra que servem os grupos? Eles são muito importantes para que vocês aprendam mais sobre como cuidar da sua saúde, além de ser um momento de descontração, para conhecer a equipe e outras pessoas. Temos os seguintes grupos:

- Gestante;
- Saúde Bucal;
- Hipertensos e diabéticos;
- Nutrição (para perder peso);
- Caminhada;
- Espaço familiar.

Qualquer dúvida converse com alguém da equipe!