

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ACOLHIMENTO:

Uma estratégia necessária para a ESF Bom Jesus

ANA FLÁVIA DE PAULA

CORINTO/MINAS GERAIS

2010

ANA FLÁVIA DE PAULA

ACOLHIMENTO:

Uma estratégia necessária para a ESF Bom Jesus

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

Orientador: Rodrigo Pastor

CORINTO/MINAS GERAIS

2010

ANA FLÁVIA DE PAULA

ACOLHIMENTO:

Uma estratégia necessária para a ESF Bom Jesus

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

Orientador: Rodrigo Pastor

Banca Examinadora

Prof. _____

Prof. _____

Prof. _____

Aprovada em Belo Horizonte ____/____/____

RESUMO

O acolhimento é uma das diretrizes da Política de Humanização do Sistema Único de Saúde. O objetivo do estudo foi propor a implantação da avaliação de satisfação dos usuários com o atendimento prestado pela ESF Bom Jesus, de Curvelo. Para conhecimento da unidade recorreu-se a um diagnóstico baseado em observação e pesquisa documental. Recorreu-se também a pesquisa bibliográfica para entendimento da atual situação de outros PSF e ESF que têm tentado implantar essa estratégia nos seus serviços. A partir das informações de outros autores foi possível elaborar uma proposta de intervenção direcionada a ESF Bom Jesus. A intervenção proposta incluiu um trabalho prévio junto a equipe para a sua integração e padronização da conduta junto aos usuários. Em seguida deverá ser implantada a avaliação, contemplando os aspectos já implantados e praticados pela ESF Bom Jesus, oferecendo espaço também para a apresentação de sugestões de melhorias. A primeira avaliação deverá ocorrer após dois meses da implantação do acolhimento. Após a análise da primeira avaliação dos usuários e os ajustes necessários poderá ser elaborado um protocolo que oriente a ESF Bom Jesus. Esse protocolo deverá ser atualizado periodicamente, de acordo com qualquer alteração introduzida nas práticas da ESF Bom Jesus. Considera-se que essa iniciativa servirá para ampliar e fortalecer a comunicação entre esses atores em direção à consolidação de uma assistência mais humanizada e efetiva.

Palavras-chave: acolhimento, usuários, Equipe de Saúde da Família.

ABSTRACT

The host is one of the guidelines of the Humanization of the Unified Health System. The objective was to propose the establishment of the assessment of user satisfaction with the care provided by the ESF Bom Jesus, Curvelo. To the knowledge of unit turned to a diagnosis based on observation and documentary research. Also were a literature search to understand the current situation of other PSF and ESF that have tried to deploy this strategy in their services. Based on information from other authors could develop a proposal for intervention aimed at ESF Bom Jesus. The proposed intervention included a work with the team prior to their integration and standardization of conduct involving users. Next should be implemented to evaluate, considering the aspects have already been introduced and practiced by the FHS Bom Jesus, also providing space for the presentation of suggestions for improvements. The first evaluation will occur two months after the implantation of the host. After examination of the first assessment of users and the necessary adjustments can be prepared a protocol to guide the ESF Bom Jesus. This protocol should be updated periodically in accordance with any changes in practices ESF Bom Jesus. It is considered that this initiative will serve to broaden and strengthen the communication between these actors towards the consolidation of a more humane care and effective.

Keywords: host, user, Team Health Family.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ESF	Equipe de Saúde da Família
PA	Pronto-Atendimento
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
1.1 Justificativa	8
2 OBJETIVOS	10
2.1 Objetivo geral	10
2.2 Objetivos específicos	10
3 REVISÃO DE LITERATURA	11
4 METODOLOGIA	15
5 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	16
5.1 Perfil da unidade em estudo	16
5.2 Intervenção.....	20
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
REFERÊNCIAS.....	25
ANEXOS	27
Anexo 1 – Percepção dos profissionais sobre o acolhimento	28
Anexo 2 – Sugestão de instrumento para avaliação do atendimento pelos usuários	29
Anexo 3 – Sugestão de instrumento para autoavaliação dos profissionais	30

1 INTRODUÇÃO

O acolhimento é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006). O acolhimento, nesse contexto, torna-se uma postura estratégica a ser adotada na prática diária dos serviços de saúde, configurando “[...] *uma forma diferenciada e singular de receber, compreender e relacionar-se com a clientela*” (MÂNGIA et al., 2002, p. 16).

O acolhimento é definido em dicionário como: “1. *Ato ou efeito de acolher; recepção [...]. 2. Atenção, consideração. 3. Refúgio, abrigo, agasalho*” (FERREIRA, 1999, p. 38).

O Ministério da Saúde amplia essa conceituação, afirmando que:

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética: não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções, tomando para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade sinalizada pelo caso em questão. Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde (BRASIL, 2006, p. 19).

Nos serviços de saúde, o acolhimento deve ser pautado na atenção, com tempo e disponibilidade dos profissionais para escutar e valorizar o usuário como indivíduo único que ele é, na boa acolhida e na empatia. Essa disposição possibilita a geração de confiança entre as partes, com a formação de um relacionamento saudável, mediante o qual o usuário se sente seguro e amparado na fragilidade vivenciada diante da necessidade imposta pelos seus problemas de saúde (MÂNGIA et al., 2002).

O acolhimento altera substancialmente o modelo tecno-assistencial ainda vigente em diversas regiões e serviços, uma vez que adota como centro da atenção o usuário dos serviços. A função assistencialista dos serviços perde espaço para uma prática mais ampla e generosa, na qual o usuário dos serviços passa a ser

entendido e respeitado como cidadão que tem assegurado constitucionalmente o acesso à saúde (HENNINGTON, 2005).

O Programa Saúde da Família (PSF) configurou um avanço notável na reorganização da atenção básica, levando a diferentes regiões e populações o acesso aos serviços de assistência à saúde, de forma a atender as demandas específicas de cada localidade (SOLLA, 2005).

O PSF tem assumido relevância no ambiente político, institucional e social não só do Ministério da Saúde, mas também junto aos municípios e população. O PSF tem contribuído para expandir os sistemas locais de saúde, porém, algumas dificuldades ainda permanecem para seu total êxito (GOMES; PINHEIRO, 2005).

Entre essas dificuldades pode-se assinalar a grande rotatividade de profissionais, especialmente médicos e agentes comunitários de saúde, e o preparo deficiente desses profissionais para atuar no PSF. Ao longo do tempo os serviços de saúde e a formação dos seus profissionais foi voltada para um modelo centrado na doença e nos procedimentos médicos, sendo bastante excludente, pois, a maior parte da população não tinha acesso a esses serviços que eram destinados a casos agudos e emergenciais, além de precisar se deslocar e esperar por muito tempo para ser atendida. Por outro lado, a estrutura física, os recursos e a quantidade de profissionais era, freqüentemente, insuficiente para atender a demanda.

Atualmente, o PSF tem sido solicitado a responder a essa demanda reprimida. Contudo, para a maior parte dos profissionais, o número e o tamanho das equipes ainda é insuficiente para esse atendimento e exige que todo o tempo das equipes já constituídas seja dedicado ao atendimento do maior número possível de usuários. Isso se traduz em um atendimento frio e impessoal, distanciando profissionais e usuários e dificultando a sua interação (GOMES; PINHEIRO, 2005).

Os usuários, não raro, se manifestavam insatisfeitos e reclamavam do atendimento, sentindo-se “[...] jogados à própria sorte” (SOUZA et al., 2008, p. S105). O reflexo em seu estado de saúde ocorria, em geral, pela adoção de medidas alternativas, como, por exemplo, a automedicação, para suprir a falta de acesso aos serviços.

Outras vezes, o quadro clínico se agravava a ponto de não haver mais tratamento que propiciasse a cura (SOUZA et al., 2008). Essa situação foi motivo de campanhas públicas, fartamente divulgadas pela imprensa e que provocaram o repúdio e a indignação da sociedade.

O governo, após a Constituição de 1988, tomou medidas para efetivação do Sistema Único de Saúde, levando iniciativas de expansão da rede assistencial e uma nova configuração dos serviços aos municípios brasileiros. Uma das iniciativas mais promissoras nesse contexto foi a criação do Programa Saúde da Família, que se encontra em estruturação, sendo especialmente tratado nos últimos anos os aspectos relativos a humanização da assistência, com ênfase no usuário, seu acesso e satisfação com os serviços recebidos (BRASIL, 2006; MÂNGIA et al., 2002; SCHIMITH; LIMA, 2004; SOUZA et al., 2008; SOUZA; LOPES, 2003).

Diante do exposto, a questão que orientou o desenvolvimento do trabalho foi: como avaliar a satisfação dos usuários com o atendimento prestado pela ESF Bom Jesus, de Curvelo?

1.1 Justificativa

A percepção da situação descrita anteriormente e o reconhecimento de que na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Bom Jesus, de Curvelo, onde atua a autora deste trabalho, não se tem registro e/ou conhecimento do nível de satisfação dos usuários influenciaram a escolha do tema para estudo.

Além disso, o acolhimento, como importante ferramenta para a humanização da assistência à saúde, não ocorre de maneira uniforme, não sendo também uma prática constante nas ações da ESF. Admite-se ainda, não ter sido estabelecido um campo de discussão no âmbito da ESF Bom Jesus para a discussão do assunto ou mesmo para a elaboração e o consenso para sua introdução na rotina dos atendimentos.

Dessa forma, a abordagem ao tema acolhimento e sua prática no contexto da ESF contribuirá para induzir os profissionais a reflexões sobre a sua prática diária, evidenciando a necessidade de adotar o acolhimento como estratégia para a qualificação do atendimento ao usuário dos serviços.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Propor a implantação da avaliação de satisfação dos usuários com o atendimento prestado pela ESF Bom Jesus, de Curvelo.

2.2 Objetivos específicos

- a) Conceituar acolhimento;
- b) demonstrar a implantação do acolhimento em outras unidades de assistência à saúde.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A prática do acolhimento em unidades de saúde tem sido bastante discutida nos últimos anos, com relatos de sucessos e dificuldades.

Camilo et al. (2000) avaliaram o relacionamento entre os usuários e os profissionais que trabalham em duas unidades básicas de saúde de Ribeirão Preto, São Paulo. Durante 20 dias foram observados sete auxiliares de enfermagem, que prestavam atendimento nas salas de pré e pós-consulta. Os autores observaram que houve variação no tempo dedicado ao atendimento e que os profissionais tinham posturas e maneiras diferentes na comunicação com os usuários. A conclusão foi de que parecia não haver uma orientação para o acolhimento nas unidades observadas, dada a falta de padronização encontrada.

Em outro estudo, Souza e Lopes (2003) discutiram o acolhimento de usuários no atendimento de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Porto Alegre, à luz de experiências na Residência Integrada de Saúde Coletiva. O programa de Residência Integrada em Saúde Coletiva era dirigido pela Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul. O atendimento aos usuários era realizado por ordem de chegada e com uma quantidade restrita de consultas médicas, gerando ansiedade nos profissionais e contrariedade nos usuários. Formava-se também grande demanda reprimida, uma vez que nem todos os usuários conseguiam ter acesso aos serviços. Os próprios residentes propuseram aos seus supervisores a mudança na forma de atendimento. Foi organizada, então, uma escala com a participação de três residentes de medicina e um de enfermagem, os quais ficaram responsáveis pelo acolhimento. Essa nova prática resultou em maior agilidade e melhor aproveitamento do tempo de atendimento, pois, os usuários já eram orientados, nessa etapa, quanto ao atendimento necessário, inclusive em relação a exames laboratoriais. Os autores identificaram também que o enfermeiro parecia ser o profissional mais indicado para acolher os usuários, devido a sua autonomia e a formação voltada para a atenção direta aos usuários.

Ramos e Lima (2003) avaliaram, sob a ótica dos usuários, o acesso e acolhimento em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul. Foram realizadas 17 entrevistas semi-estruturadas e observação participante. Em relação ao acesso aos serviços de saúde foi constatado que os usuários optavam por procurar unidades em que se sentiam mais bem acolhidos e com maior resolutividade, mesmo que este estivesse localizado em região mais distante de sua residência. Em relação ao acolhimento foram constatadas algumas facilidades e dificuldades, denotando a falta de padronização dos serviços. Contudo, houve observação de que uma série de medidas gerenciais buscavam a melhoria desses aspectos.

Fracolli e Zoboli (2004) identificaram o processo do acolhimento em dez Unidades de Saúde da Família (USF) de São Paulo. Para tanto, foram observadas as ações desenvolvidas pelos profissionais durante um período de quatro horas e, após esse tempo, realizada uma entrevista com o trabalhador observado. Os resultados da pesquisa demonstraram que o acolhimento era realizado com maior frequência por enfermeiros e auxiliares de enfermagem. A maior parte dos profissionais registrava o acolhimento como um atendimento, nos prontuários dos pacientes. A análise do processo de trabalho demonstrou que o acolhimento nas unidades estudadas se baseava no modelo queixa-conduta, revelando uma forma de triagem dos pacientes. A percepção dos trabalhadores entrevistados demonstrou que havia bom conhecimento dos conceitos sobre acolhimento, porém, sua operacionalização ainda era falha. Essa percepção foi enfatizada quando os entrevistados sugeriram a necessidade de modificações no acolhimento praticado, mas não conseguiram apresentar propostas concretas para a reformulação da atividade. Outros entrevistados sugeriram a normalização do acolhimento, evidenciando a expectativa de os usuários se enquadrarem nas normas institucionais, inclusive em relação à limitação do número de atendimentos. Os autores estenderam que os trabalhadores ainda se encontravam presos a concepções mais tradicionais e pouco adequadas a atuação junto a comunidades, as quais também são inconsistentes com as propostas do SUS.

Outro estudo realizado por Schimith e Lima (2004) contemplou a observação de uma ESF, de um município do Rio Grande do Sul, por, aproximadamente, 54 horas. O

objetivo do estudo foi analisar o trabalho da ESF em relação ao acolhimento dos usuários e as concepções dos trabalhadores acerca dos usuários dos serviços. Na maior parte, as atividades de recepção dos usuários eram realizadas pelos auxiliares de enfermagem, que adotavam critérios preestabelecidos e excludentes de atendimento. O acesso era negado com frequência e os usuários encaminhados para o serviço de Pronto-Atendimento (PA). Isso denotou que a necessidade do usuário não era considerada critério básico para o acesso ao serviço. Além disso, foram encontradas diferenças no acolhimento prestado pelos auxiliares de enfermagem. Essas diferenças poderiam ser explicadas pelas representações apresentadas pelos trabalhadores dos usuários dos serviços, que foram caracterizados como insistentes, teimosos e desobedientes. Ao passo que os trabalhadores se posicionaram como espectadores da situação dos usuários, com evidente indiferença pelas suas necessidades e dificuldades. A conclusão do estudo foi de que se mantinha o atendimento centrado no médico e nas filas, como também, a idéia equivocada de que se o PSF se destinava ao atendimento dos excluídos e, portanto, não precisava de investimentos para melhorias.

Scholze et al. (2006) relataram a implantação do acolhimento como forma de organização do trabalho em saúde desenvolvido por duas equipes do PSF em Balneário Camboriú, Santa Catarina. Posteriormente, ocorreu a inclusão de mais uma equipe. A proposta de acolhimento envolveu discussões realizadas em conjunto por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) das três equipes. As discussões foram orientadas por um coordenador e culminaram com o estabelecimento de um período de uma hora e meia no início da manhã, para atendimento dos usuários, por médicos e enfermeiros. Depois desse período, o acolhimento era realizado pelos enfermeiros e auxiliares de enfermagem. A comunicação aos usuários da implantação do acolhimento era realizada pelos ACS nas visitas domiciliares e pelos enfermeiros na sala de espera da unidade. O grupo envolvido na implantação do acolhimento reconheceu a necessidade de que todos os trabalhadores tivessem conhecimento do processo de trabalho na unidade para promover uma orientação padronizada aos usuários. A atuação multiprofissional permitiu que fossem valorizadas as especificidades de cada membro da equipe, favorecendo também sua integração nos aspectos relativos a responsabilização pelos usuários. Foi pactuado, à época, que em seis meses seria

feita uma reavaliação do acolhimento com a finalidade de identificar e promover ajustes e/ou adaptações, “[...] de modo a manter a coerência do serviço de saúde em relação ao contexto da comunidade por ele assistida” (SCHOLZE et al., 2006, p. 11).

Takemoto e Silva (2007) relataram as transformações no trabalho da enfermagem com a incorporação do acolhimento, realizando observação e entrevistas em cinco centros de saúde do município de Campinas, São Paulo. Em quatro desses centros, o acolhimento

[...] era considerado uma atividade oferecida à população, um tipo supostamente novo de atendimento no cardápio de opções do centro de saúde para atender às necessidades da população. Apenas [em uma] unidade [...] o acolhimento era considerado não uma atividade, mas uma forma diferente de fazer em todos os setores da unidade, uma postura ou atitude diante do usuário e de suas necessidades (TAKEMOTO; SILVA, 2007, p. 334).

Ao mesmo tempo, nas quatro unidades foram relatadas a redução das filas e a ampliação do acesso dos usuários aos serviços. Isso foi decorrente da atuação pautada na norma de que nenhum usuário poderia voltar sem receber atendimento, ainda que não fosse o adequado e/ou necessário naquele momento. Nessas unidades o acolhimento era prestado, predominantemente, pelos auxiliares de enfermagem. Para esses profissionais houve maior diversificação de atividades e uma percepção de valorização. Porém, para o usuário “[...] *configurou-se mais como um pronto-atendimento para as queixas agudas*” (TAKEMOTO; SILVA, 2007, p. 339). A conclusão dos autores foi de que a implantação do acolhimento, na forma adotada, levou a uma reorganização das atividades da enfermagem, trazendo satisfação para os auxiliares que diversificaram sua rotina, mas também, uma sobrecarga de trabalho, exacerbada pela falta de integração da equipe e de recursos para atender às necessidades reais dos usuários.

4 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa aplicada, devido a sua finalidade prática, ou seja, ser voltada para a solução de um problema, representado pela necessidade de medir o grau de satisfação dos usuários com o atendimento recebido pela ESF Bom Jesus, de Curvelo.

Para conhecimento da unidade em estudo recorreu-se a um diagnóstico baseado em observação e pesquisa documental nos registros da UBS, visando construir um perfil da unidade e da população adscrita, de forma a possibilitar a identificação dos principais problemas enfrentados por ambos os grupos.

O acolhimento é um importante pilar para a reorganização dos serviços de assistência à saúde no âmbito da Estratégia de Saúde da Família, porém, ainda não está devida e adequadamente incorporado pelos profissionais da ESF. Essa situação também foi salientada na revisão de literatura, demonstrando que sua implantação tem sido, muitas vezes, equivocada ou parcial, sem atender plenamente aos princípios norteadores da Política Nacional de Humanização do SUS.

Diante do objetivo proposto neste estudo recorreu-se também a pesquisa bibliográfica para entendimento da atual situação de outros PSF e ESF que têm tentado implantar essa estratégia na reorganização dos seus serviços. A partir das informações já compiladas por outros autores foi possível elaborar uma proposta de intervenção direcionada à equipe em que atua a autora deste estudo, composta por um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e seis ACS.

5 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

5.1 Perfil da unidade em estudo

A comunidade da ESF Bom Jesus está localizada na periferia do município de Curvelo e o PSF fica no Bairro Santa Maria, tendo sob sua responsabilidade os bairros: Bom Jesus, Santa Maria, Eldorado, uma parte do Serra Verde, Alto dos Pinheiros e Denise II. Esses bairros estão afastados do centro da cidade aproximadamente 10km, sendo o bairro Denise II o mais carente e afastado 12km da UBS e, aproximadamente, 22km do centro da cidade.

A ESF Bom Jesus possui uma equipe de saúde da família composta por um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem e seis ACS, não possuindo equipe de saúde bucal e nem servidores de apoio administrativo, porém, conta com um auxiliar de serviços gerais uma vez por semana. A unidade funciona de 7:00h às 17:00h, ininterruptamente, e todos os profissionais têm jornada de trabalho de 40h semanais.

O PSF Bom Jesus foi inaugurado há aproximadamente 11 anos, está instalado na rua principal do bairro Santa Maria, em uma casa alugada e adaptada para ser uma unidade de saúde. Sua área não é adequada, ao se considerar a localização, demanda, população atendida, espaço físico, razão pela qual, nos horários de pico de atendimento (manhã) cria-se certo tumulto na unidade.

A unidade é relativamente bem equipada e conta com recursos básicos adequados para o trabalho da equipe. Há um computador disponível na unidade, mas não há ainda acesso à *Internet*. A unidade conta com um aparelho de televisão, através do qual se tem acesso ao canal Minas Saúde. No momento de elaboração deste estudo, a equipe trabalhava com falta de alguns medicamentos e materiais básicos, o que representava um foco de tensão importante entre a equipe de saúde e população.

A equipe tem encontrado dificuldades com a referência para os demais níveis assistenciais e a contra-referência não existe. Existem, também, dificuldades com a assistência farmacêutica e apoio diagnóstico.

Segundo os dados do cadastro familiar e do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), vive neste território uma população de 4.149 habitantes, num total de 1.102 domicílios, sendo três destes na zona rural (sítios localizados na BR-135) (BRASIL, 2009).

Nesse território o relevo é plano, aproximadamente, 40% das ruas são de terra batida, sem pavimentação, não há rede pluvial e quando chove a movimentação da população dentro do bairro fica dificultada. Os córregos Santo Antônio e Santa Maria, que cortam a região, recebem os resíduos industriais e sanitários da cidade de Curvelo. Os bairros Denise II, Eldorado e parte do bairro Bom Jesus não possuem rede de esgoto e muitas residências não possuem sequer fossas. Algumas ruas, onde se localizam cortiços e favelas, estão sendo favorecidas com a implantação de rede de esgoto que foi iniciada no segundo semestre de 2009.

No Bairro Bom Jesus existe uma nascente de água, sendo que mais de 50% da população do PSF utiliza essa água para consumo próprio, sem nenhum tratamento prévio. Essa água sofre contaminação pela presença de grande número de fossas “secas”, rasas na região.

Em relação a coleta de lixo, nos bairros do PSF existe coleta em 91,73% das ruas, com frequência de uma vez por semana, o que exige dos moradores o acondicionamento do lixo acumulado até a coleta. Assim, parte do lixo que não é coletado é jogada em terrenos baldios, enterrada ou queimada, o que atinge, aproximadamente, 90 residências.

Os bairros da UBS são servidos por apenas uma linha de ônibus, com intervalos de hora em hora, o seu percurso só liga o bairro Denise II ao Bom Jesus e ao centro da cidade. Os demais bairros são desprovidos de transporte interno, a comunidade que necessita deambula a ruas próximas aos bairros aonde há passagem de ônibus. No bairro em que se localiza a UBS não há passagem de nenhuma linha de ônibus.

Não há na área de abrangência, áreas de lazer, praças ou outros. Todos os bairros possuem lotes vagos, matos, lixões, áreas de risco, inclusive há um trecho de linha férrea que corta os bairros Bom Jesus e Santa Maria.

A maioria dos domicílios desse território é de alvenaria (99,55%), com acesso a energia elétrica (99,54%). De acordo com dados do SIAB, quanto ao abastecimento de água, 98,53% têm água tratada chegando até o domicílio (rede pública), porém, apenas 51,47% utilizam filtração. Quanto ao saneamento básico, apenas 64,43% têm rede de esgoto ligada aos domicílios, 34,56% fossa e 1,01% céu aberto (BRASIL, 2009).

Devido a UBS não possuir ainda atendimento odontológico, não se tem dados sobre o estado de saúde bucal da população.

O perfil da população segundo a faixa etária e sexo é apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 – Faixa etária e sexo da população na área de abrangência da ESF Bom Jesus – set. 2009

Faixa etária	Masculino	Feminino	Total
Menos de 1 ano	31	26	57
1 a 4 anos	124	148	272
5 a 9 anos	213	188	401
10 a 14 anos	223	218	441
15 a 19 anos	182	217	399
20 a 49 anos	951	1.013	1.964
50 a 59 anos	149	145	294
60 e mais anos	135	186	321
Total	2.008	2.141	4.149

Fonte: Brasil, 2009.

Quase metade (47,34%) da população se encontra em idade produtiva, ou seja, na faixa etária entre 20 e 49 anos, 37,84% nas faixas etárias entre menos de um ano e 19 anos e os demais 14,82% em idades acima de 50 anos. A população de 60 anos e mais de idade representa 7,74% do total.

A Tabela 2 apresenta o nível de risco a que a população se encontra exposta na região.

Tabela 2 – Nível de risco da população local - 2009

ACS	Sem Risco (0)	Risco baixo (1)	Risco médio (2)	Risco médio (3)	Risco alto (4)	Risco alto (6)
1	42,6 %	23,0%	4,4%	21,9%	8,2%	-
2	44,7%	18,6%	10,1%	21,8%	4,8%	-
3	34,5%	23,0%	13,3%	20,0%	8,5%	0,6%
4	27,3%	31,2%	11,7%	20,8%	9,1%	-
5	38,1%	26,8%	13,7%	13,1%	8,3%	-
6	45,1%	26,7%	4,6%	16,9%	6,7%	-
Média	38,72%	24,9%	9,63%	19,1%	7,6%	0,1%

Fonte: Brasil, 2009.

Em média, 7,7% da população convive com elevado nível de risco, sendo que 20 dessas famílias vivem com uma renda per capita inferior a R\$60,00, 147 chefes de família são analfabetos e 3.820 pessoas dependem exclusivamente do SUS para assistência à saúde. Contudo, 5,81% desses indivíduos possuem planos de saúde.

Na Tabela 3 são apresentadas algumas características epidemiológicas e assistenciais dessa população.

Tabela 3 - Características epidemiológicas da população adscrita à ESF Bom Jesus

Item	Quant.	Percentual
Crianças nascidas com baixo peso	5	7,94% das crianças nascidas
Crianças nascidas com prematuridade	4	7,00% das crianças nascidas
Crianças <5 anos com desnutrição moderada ou grave	2	4,26% das crianças <5 anos
Crianças <5 anos com doença respiratória moderada ou grave	27	6,00% das crianças <5 anos
Adolescentes grávidas	27	40,91% do total de gestantes
Adultos e idosos com hipertensão	412	16,49% da população >20 anos
Adultos e idosos com diabetes	84	3,40% da população >20 anos
Adultos e idosos com transtornos mentais	549	22,00% da população >20 anos
Gestantes identificadas	66	Nº nascidos vivos + 10%
Gestantes de risco habitual	59	89,4% total gestantes
Gestantes de alto risco identificadas	07	10,6% total gestantes
Número de idosos/percentual sobre a população total	310	7,44% população total
Número de pessoas com necessidades especiais	83	2,04% população total
Nº pessoas com tuberculose	4	0,10% população total
Nº pessoas com hanseníase	2	0,05% população total

Fonte: Brasil, 2009; dados da UBS, 2009.

Os dados epidemiológicos são consistentes com as condições vida geral da população analisada, porém, chama a atenção a ocorrência de transtornos mentais entre adultos e idosos (22,00% da população com mais de 20 anos) e a quantidade de adolescentes grávidas, representando 40,91% do total de gestantes. Ressalta-se que não foram identificados casos de HIV positivo em nenhum dos ciclos de vida dessa população.

Os principais problemas existentes na área de abrangência da ESF Bom Jesus são: presença de famílias que vivem em áreas com risco (linha de trem de ferro); casas sem sanitários (utilizam a natureza ou latas, baldes com areia); famílias que utilizam água da “bica” para consumo diário; esgoto a céu aberto; lixo acumulado em lotes vagos; animais soltos, mal cuidados e maltratados; fossas mal planejadas e mal feitas; ociosidade da população jovem, com falta de perspectiva e baixo nível de escolaridade; acúmulo de lixo nos lotes; lotes vagos, muito mato, risco de proliferação de animais; violência; desemprego; falta de opções de lazer. Além disso, a equipe enfrenta uma sobrecarga de serviços, que conduz a falta de tempo para o desenvolvimento de trabalhos preventivos e de promoção de saúde, demanda espontânea alta, dificultando o agendamento de atendimentos, falta de profissionais para serviços burocráticos e ausência de equipe odontológica.

5.2 Intervenção

Considerando-se que os principais aspectos identificados pelos autores pesquisados como dificultadores da implantação e prática do acolhimento residem na falta de integração dos profissionais que compõem as ESF e na ausência de padronização da conduta junto aos usuários dos serviços sugere-se que esses itens sejam trabalhados junto à ESF Bom Jesus antes de se promover uma avaliação do atendimento pelos usuários.

Para tanto, deverá ser identificada a concepção que os profissionais da ESF Bom Jesus têm do acolhimento, de como este deve ser realizado e quais os benefícios que poderá trazer sua implantação para os usuários e para a própria equipe. Essa etapa pode ser cumprida mediante a aplicação de um questionário simples, com questões abertas, propiciando a oportunidade para o profissional se expressar livremente (ANEXO 1).

Na fase seguinte será necessária a definição de um coordenador e a realização de uma reunião, incluindo todos os profissionais da ESF Bom Jesus, para discutir os conceitos e opiniões apresentadas. Dessa reunião deverá resultar um conceito

comum e consistente com os princípios do SUS - universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação popular – que orientará a prática e as ações da ESF Bom Jesus. A partir de então, deverá ser pactuado entre os profissionais da ESF Bom Jesus a prática do acolhimento em sua integralidade, orientando os usuários sobre essa nova forma de atuação e esclarecendo também a importância de sua participação.

Isso se torna necessário para permitir a implantação da avaliação pelos usuários dos serviços recebidos, pois, oferecerá parâmetros que orientarão de forma clara os aspectos a serem considerados.

A avaliação dos usuários deverá contemplar os aspectos de fato implantados e praticados pela ESF Bom Jesus, oferecendo espaço também para a apresentação de sugestões de melhorias. Para essa avaliação deverá ser elaborado um questionário simples e objetivo, com poucas questões (para ser respondido rapidamente), contendo questões fechadas e em linguagem clara (ANEXO 2).

A primeira avaliação dos usuários poderá ocorrer após dois meses da implantação do acolhimento e seu resultado indicará os primeiros ajustes e adequações a serem realizados pela ESF Bom Jesus para aprimorar seu trabalho junto à comunidade.

Os profissionais da ESF Bom Jesus deverão ser treinados e capacitados para a prática do acolhimento, além de, periodicamente, revisarem sua atuação e os critérios utilizados. Essa revisão pode ser feita por meio de um instrumento de autoavaliação (ANEXO 3).

Após a análise da primeira avaliação dos usuários e os ajustes necessários poderá ser elaborado um protocolo que oriente a ESF Bom Jesus. Esse protocolo deverá ser atualizado periodicamente, de acordo com qualquer alteração introduzida nas práticas da ESF Bom Jesus.

A seguir é apresentado um cronograma para a execução das intervenções propostas (QUAD. 1).

Cronograma das intervenções						
Ações	Meses 2010					
	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago
Identificação da percepção dos profissionais sobre o acolhimento	X					
Reunião dos profissionais para discussão dos conceitos e opiniões apresentados	X					
Definição de um conceito que orientará a prática da ESF Bom Jesus no acolhimento aos usuários	X					
Orientações aos usuários sobre a nova forma de atuação	X	X				
Primeira avaliação dos usuários			X			
Análise da avaliação dos usuários			X			
Treinamento/capacitação da equipe				X		
Autoavaliação dos profissionais da ESF Bom Jesus				X		
Elaboração de protocolo de acolhimento					X	
Revisão das práticas de acolhimento						X

Quadro 1 – Cronograma para execução das intervenções.

Fonte: Elaborado pela autora.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acolhimento é uma estratégia para a reorganização dos serviços de assistência à saúde, que busca tornar o usuário o centro das ações, permitindo, dessa forma, que se formalizem os princípios do SUS.

Nessa proposta, o indivíduo usuário dos serviços é reconhecido como sujeito autônomo e participante das ações direcionadas a sua saúde. A responsabilidade pela solução dos seus problemas passa a ser compartilhada entre os profissionais de saúde e o usuário.

O indivíduo passa a ser reconhecido em sua integralidade e sua saúde como resultante de bem-estar físico, mental, psicológico e social, agregando ainda, elementos culturais e econômicos. A visão parcial de um corpo ou um membro doente é banida, cedendo lugar ao ser humano, que merece ser ouvido, amparado e auxiliado nas suas dificuldades.

O acolhimento não é uma prática simples, é complexo e exige uma disposição interna para auxiliar, sem julgamentos ou preconceitos. Essa postura não é disciplina comum em escolas, mas pode ser aprendida e exercitada pela prática constante, pelo diálogo e pela vontade de compartilhar.

A implantação do acolhimento e sua prática na rotina da ESF Bom Jesus demandam atenção constante e avaliação periódica para se manter ajustado às necessidades da comunidade que atende. Dessa forma, a intervenção proposta visa uniformizar a prática da ESF Bom Jesus em relação ao acolhimento e, posteriormente, submetê-la à avaliação dos usuários dos serviços.

Ressalta-se que esta é uma proposta elaborada em âmbito acadêmico e sua execução dependerá de ajustes à realidade local e aos recursos disponíveis, porém, o primeiro passo foi dado, com a elaboração de critérios iniciais para sua aplicação.

Considera-se que essa iniciativa, além de proporcionar o conhecimento da percepção que os usuários têm das práticas da equipe, servirá também para ampliar e fortalecer a comunicação entre esses atores em direção à consolidação de uma assistência mais humanizada e efetiva.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. **Sistemas de Informação da Atenção Básica**: Curvelo, 2009. Disponível em: <<http://portalsaude.gov.br>>. Acesso em: 1 nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMELO, Sílvia H. Henriques; ANGERAMI, Emília Luigia S.; SILVA, Eliete Maria; MISHIMA, Silvana Martins. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 8, n. 4, p. 30-37, ago. 2000.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Aurélio Século XXI**: o dicionário da língua portuguesa. E. ed. total. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FRACOLLI, Lislaine Aparecida; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 38, n. 2, p. 143-151, 2004.

GOMES, Márcia Constância Pinto Adune; PINHEIRO, Roseni. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 17, p. 287-301, mar./ago. 2005.

HENNINGTON, Elida Azevedo. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 256-265, jan./fev. 2005.

MÂNGIA, Elisabete Ferreira; SOUZA, Damaris Cecchetti de; MATTOS, Márcia Fernandes de; HIDALGO, Valéria Camanho. Acolhimento: uma postura, uma estratégia. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, v. 13, n. 1, p. 15-21, jan./abr. 2002.

SCHIMITH, Maria Denise; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, nov./dez. 2004.

SCHOLZE, Alessandro da silva; ÁVILA, Laila Henrique de; SILVA, Manuela Menezes da; DACOREGGIO, Simone Tozetto Kaveski. A implantação do acolhimento no processo de trabalho de Equipes de Saúde da Família. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 8, n. 1, p. 7-12, dez. 2006.

SOLLA, Jorge José Santos Pereira. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 5, n. 4, p. 493-503, out./dez. 2005.

SOUZA, Alice Corrêa de; LOPES, Marta Júlia Marques. Acolhimento: responsabilidade de quem? Um relato de experiência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 8-13, abr. 2003.

SOUZA, Elizabete Cristina Fagundes de; VILAR, Rosana Lúcia Alves de; ROCHA, Nadja de Sá Pinto Dantas; UCHOA, Alice da Costa; ROCHA, Paulo de Medeiros. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, supl. 1, p. S100-S110, 2008.

RAMOS, Donatela Dourado; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 1, p. 27-34, jan./fev. 2003.

TAKEMOTO, Maíra Libertad Soligo; SILVA, Eliete Maria. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 331-340, fev. 2007.

ANEXOS

Anexo 1 – Percepção dos profissionais sobre o acolhimento

Prezado colega, estou trabalhando o tema acolhimento e sua implantação na ESF Bom Jesus, portanto, solicito sua opinião acerca do assunto.
Obrigada pela sua colaboração!

O que é acolhimento para você?

Como você acha que o acolhimento deve ser realizado pela ESF Bom Jesus?

Na sua opinião, quais são os benefícios que a prática do acolhimento poderá trazer para o usuário e para a ESF Bom Jesus?

Anexo 2 – Sugestão de instrumento para avaliação do atendimento pelos usuários

<p>A sua opinião é muito importante para aprimorarmos cada vez mais nossos serviços. Por isso, elaboramos um questionário para conhecer sua opinião e suas sugestões. Não é necessária a identificação, portanto, fique à vontade para se manifestar.</p> <p>A ESF Bom Jesus agradece a sua participação.</p>	
1	<p>Como você considera o atendimento da ESF Bom Jesus?</p> <p><input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim</p>
2	<p>Como você avalia os seguintes aspectos do atendimento:</p> <p>a) Atenção dos profissionais <input type="checkbox"/> Ótima <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim</p> <p>b) Interesse dos profissionais pelas suas condições <input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim</p> <p>c) Orientações recebidas <input type="checkbox"/> Ótimas <input type="checkbox"/> Boas <input type="checkbox"/> Regulares <input type="checkbox"/> Ruins</p> <p>d) Encaminhamento para outras especialidades <input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim</p> <p>e) Solicitação de exames <input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim</p> <p>f) Solução dos problemas <input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim</p>
3	<p>Você tem alguma sugestão que possa melhorar o nosso serviço? Qual?</p>

Anexo 3 – Sugestão de instrumento para autoavaliação dos profissionais

1	<p>Postura do profissional diante do usuário:</p> <p>a) Atenção () Ótimo () Bom () Regular () Ruim</p> <p>b) Prestação de serviços () Ótimo () Bom () Regular () Ruim</p> <p>c) Interesse pela condição do usuário () Ótimo () Bom () Regular () Ruim</p>
2	<p>Tempo despendido no atendimento</p> <p>a) Suficiente para ouvir o cliente e avaliar suas queixas e necessidades () sim () não</p> <p>b) Conhece as reais necessidades do usuário? () sim () não</p>
3	<p>O que poderia ser melhorado na sua atuação junto aos usuários?</p>