

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ELAINE CRISTINA NOLETO MENDONÇA OLIVEIRA

**A IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA – ILYUSKA ARAÚJO REGO NO MUNICÍPIO DE
CONCEIÇÃO DO ARAGUAIA-PA**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ELAINE CRISTINA NOLETO MENDONÇA OLIVEIRA

**A IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA – ILYUSKA ARAÚJO REGO NO MUNICÍPIO DE
CONCEIÇÃO DO ARAGUAIA-PA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Urgência e Emergência do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Fabiana Bolela de Souza

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **A IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA – ILYUSKA ARAÚJO REGO NO MUNICÍPIO DE CONCEIÇÃO DO ARAGUAIA-PA** de autoria do aluno **ELAINE CRISTINA NOLETO MENDONÇA OLIVEIRA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência.

Profa. Dra. Fabiana Bolela de Souza
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a meu pai Jordão Teixeira de Mendonça (In Memória), o qual foi motivo para eu realizar esta pós-graduação, devido ao seu atendimento na Urgência e Emergência de um Hospital do município.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus que iluminou o meu caminho durante esta caminhada, a quem eu rogo todas as noites pela minha existência. Agradeço também a minha mãe (Rosita Noleto Mendonça), que de forma especial e carinhosa me deu força e coragem, me apoiando nos momentos de dificuldades, quero agradecer também aos meus filhos, (Gustavo Noleto Mendonça) e (João Pedro Mendonça Oliveira), que embora não tivessem conhecimento disto, mas iluminaram de maneira especial os meus pensamentos me levando a buscar mais conhecimentos.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	14
3 MÉTODO.....	18
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	20
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	21
REFERÊNCIAS.....	22
APÊNDICES E ANEXOS.....	24

RESUMO

O acolhimento vem se mostrando cada vez mais necessário num serviço que objetiva a transformação de um modelo assistencial tradicional biomédico para um modelo que prioriza a promoção da saúde e prevenção de agravos. Isso reflete na conduta dos profissionais que atuam nas unidades de ESF que devem adotar o acolhimento como princípio de suas atividades. Contudo, percebo que há grandes dificuldades em relação à comunidade que, impregnada pelo modelo tradicional, muitas vezes apresenta resistência às mudanças. Ao mesmo tempo, os profissionais com a sobrecarga de trabalho e a deficiência nas estruturas onde funcionam as unidades também apresentam dificuldades para uma escuta qualificada na busca da melhor solução para a situação apresentada pelo usuário, objetivo do acolhimento.

No município de Conceição do Araguaia - PA, a implantação do acolhimento terá início em julho de 2014, por ocasião do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS). A partir de oficinas que serão realizadas, no mesmo ano, a qual propõe a implantação do Acolhimento e Classificação de Risco, os funcionários de todas da unidade serão treinados e a Coordenação da Atenção Primária e Secretaria de Saúde do município passará a cobrar dessa unidade a realização do Acolhimento com Classificação de Risco.

As principais queixas e mais comuns entre os profissionais das equipes são: sobrecarga de trabalho devido ao contingente de tarefas a serem realizadas em curto espaço de tempo, ausência de capacitação profissional para uma escuta qualificada e resolutiva e a resistência da população que não está acostumada com o tipo de atendimento proporcionado pelo Acolhimento. Também há o problema da estrutura das unidades nas quais não há espaços para que o usuário seja ouvido com privacidade ocorrendo muitas vezes à exposição de problemas na recepção, na frente de outros usuários.

Diante do exposto definiu-se como tema para o Trabalho de Conclusão de Curso “A implantação do Acolhimento com classificação de risco na Unidade de Saúde da Família – Ilyuska Araújo Rego no Município de Conceição do Araguaia”. A questão norteadora deste estudo é: Quais os desafios e potencialidades enfrentados pelos profissionais na implantação do Acolhimento com classificação de risco na Atenção Primária à Saúde?

Com a implantação das ações propostas nesse trabalho, objetiva-se: Organizar o serviço da Unidade Básica de Saúde “Equipe de Saúde da Família Ilyuska Araújo Rego”, no município de Conceição do Araguaia-PA; Humanizar o atendimento, atender de forma personalizada, ouvindo e identificando as necessidades e dando respostas necessárias para a resolução dos problemas apresentados pelos usuários; Oferecer profissionais capacitados, sensibilizados e envolvidos com a implantação do acolhimento, o que contribuirá para elevar o nível de satisfação da comunidade; Elevar o nível de satisfação dos usuários e profissionais a partir da organização e humanização do atendimento.

Nesse sentido, é necessário que a equipe conheça a sua realidade, seus contextos familiares, bem como a vida comunitária, pois isso facilita o planejamento de ações e sua execução, além de criar uma relação de confiança com a comunidade. Além disso, é importante que cada profissional tenha claro suas atribuições junto à equipe e que as coloque em prática, pois isso faz com que o atendimento aconteça de forma integral, o que é fundamental no processo de cuidar.

A educação permanente é compreendida como um processo educativo contínuo, de revitalização e superação pessoal e profissional, de modo individual e coletivo, com objetivo de qualificação, reafirmação ou reformulação de valores, construindo relações integradoras entre os sujeitos envolvidos para uma práxis crítica e criativa. A educação permanente visa articular conhecimentos específicos com o de toda a rede de saberes envolvidos no sistema de saúde.

A avaliação do trabalho será feita através da observação e registro diário, da utilização de questionário com perguntas objetivas e subjetivas voltadas para os usuários, após a implantação desta intervenção, analisando a satisfação, o acolhimento, o atendimento e a resolutividade dos problemas. Quanto aos profissionais, estes serão avaliados com uma pergunta norteadora – Quais a mudança percebida por você (profissional) após a implantação do acolhimento nesta UB ESF – Ilyuska Araújo Rego?

Após a análise dos questionários com os registros das falas na perspectiva dos usuários, serão eleitos os indicadores que avaliarão a intervenção sugerida.

Dessa forma, é imprescindível que se oriente e informe aos profissionais de enfermagem e ACS sobre urgência e emergência, bem como a classificação de risco dos casos, de forma a qualificar e reorganizar o serviço prestado, ofertando ao usuário um encaminhamento correto e diminuindo, assim, o número de atendimentos ambulatoriais nos serviços de emergência.

1 INTRODUÇÃO

A Saúde da Família é uma estratégia de reorganização do modelo assistencial, com a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. As equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) trabalham com área definida, sendo responsável por um número de famílias também definido, residentes e cadastradas na área. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde desta comunidade.

A ESF é um projeto dinamizador do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi iniciado em 1994 e apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos. A consolidação dessa estratégia depende de um processo que permita a substituição efetiva da rede básica de serviços tradicionais pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida através de ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, sendo o usuário um cidadão participativo nas ações da unidade que influenciam na sua saúde e na saúde da comunidade.

A equipe de ESF é responsável também por estabelecer vínculos de compromisso e de corresponsabilidade com a população; deve estimular a organização e a participação da comunidade nas ações e serviços de saúde; deve atuar de forma intersetorial, através do estabelecimento de parcerias com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade (BRASIL, 2007).

Um desafio que tem se apresentado às equipes de Saúde da Família é a implantação do Acolhimento nos serviços de saúde, uma ação de extrema importância para estabelecer vínculo entre usuários e equipe, para organizar os serviços de forma a permitir acesso e resolubilidade. No Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa (2010), Acolher significa: dar acolhida ou agasalho a; hospedar; receber; atender; dar crédito a; dar ouvidos a; admitir, aceitar; tomar em consideração; atender a. Percebem-se, a partir dessa definição, que há uma proposta de mudança na forma de recepcionar o usuário que chega a unidade, dando mais atenção as suas necessidades, ouvindo o que ele tem a dizer e valorizar suas queixas ou dúvidas e não somente ouvir enquanto realiza outra atividade e dar uma resposta, muitas vezes, evasiva.

Conforme a Lei 8080 do SUS, no capítulo II, que dispõe sobre seus Princípios e Diretrizes, em seu Art. 7º, afirma-se que as ações e serviços públicos de saúde e os serviços

privados contratados ou conveniados que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo aos princípios de: universalidade de acesso aos serviços de saúde; integralidade de assistência; igualdade da assistência à saúde; direito à informação sobre sua saúde; participação da comunidade; descentralização político-administrativa; regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência e organização dos serviços públicos (BRASIL, 1990).

É responsabilidade da ESF garantir o acesso a todo usuário cadastrado em sua área de abrangência, ouvir e dar crédito ao usuário que procura a unidade e resolver ou encaminhar para o nível de competência para a resolução do problema desse usuário.

O acolhimento é um arranjo tecnológico que busca garantir acesso aos usuários com o objetivo de escutar todos os pacientes, resolver os problemas mais simples e/ou referenciá-los se necessário. A acolhida consiste na abertura dos serviços para a demanda e a responsabilização por todos os problemas de saúde de uma região (CARVALHO; CAMPOS, 2000).

Uma vez garantido o acesso aos usuários, à equipe deve pensar no acolhimento desses e, para isso, deve estar preparada para trabalhar com diferenças culturais, sociais e comportamentais. Cada cidadão que chega deve ser acolhido, ouvido, deve ser atendido com respeito à particularidade que apresenta. Ao falar com o usuário, quem o acolhe deve também utilizar comunicação adequada ao nível de compreensão que este cidadão possui, estabelecendo um vínculo efetivo e de confiança entre profissionais que atuam na unidade e usuário.

O acolhimento na saúde deve construir uma nova ética, da diversidade e da tolerância aos diferentes, da inclusão social com escuta clínica solidária, comprometendo-se com a construção da cidadania. O acolhimento deve resultar das relações no processo de atendimento, o que ocorre depois de ultrapassada a etapa do acesso. Nesse encontro entre profissionais e usuário, dá-se uma negociação visando à identificação de suas necessidades, uma busca de produção de vínculo, com o objetivo de lhe estimular a autonomia quanto à sua saúde (BUENO; MERHY, 1997).

Segundo a Política Nacional de Humanização (PNH), o Acolhimento não tem local nem hora certa para acontecer, deve ser realizado com o usuário que chega a unidade em busca de atendimento, no domicílio através da visita domiciliar pelos profissionais da ESF, nas reuniões realizadas, nos grupos operativos, ou seja, em qualquer lugar ou momento que o profissional entra em contato com o usuário. O acolhimento não tem que ser realizado por um profissional

específico, pois não é função exclusiva do enfermeiro ou técnico de enfermagem, podendo ser realizado por qualquer profissional que atua na equipe de ESF.

Logo no primeiro contato com o usuário o profissional que o acolhe deve tentar resolver o problema se for de sua competência ou encaminhar a quem possa resolver (BRASIL, 2008).

Ainda, segundo a PNH, o acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, em que o profissional deve reconhecer o usuário como protagonista no processo de saúde e doença e que, através da troca de saberes, deve mostrar ao usuário que ele também é responsável pela resolução do seu problema. A ESF deve ver no Acolhimento um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde (BRASIL, 2008).

O acolhimento vem se mostrando cada vez mais necessário num serviço que objetiva a transformação de um modelo assistencial tradicional biomédico para um modelo que prioriza a promoção da saúde e prevenção de agravos. Isso reflete na conduta dos profissionais que atuam nas unidades de ESF que devem adotar o acolhimento como princípio de suas atividades. Contudo, percebo que há grandes dificuldades em relação à comunidade que, impregnada pelo modelo tradicional, muitas vezes apresenta resistência às mudanças. Ao mesmo tempo, os profissionais com a sobrecarga de trabalho e a deficiência nas estruturas onde funcionam as unidades também apresentam dificuldades para uma escuta qualificada na busca da melhor solução para a situação apresentada pelo usuário, objetivo do acolhimento.

No município de Conceição do Araguaia - PA, a implantação do acolhimento terá início em julho de 2014, por ocasião do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS). A partir de oficinas que serão realizadas, no mesmo ano, a qual propõe a implantação do Acolhimento e Classificação de Risco, os funcionários de todas da unidade serão treinados e a Coordenação da Atenção Primária e Secretaria de Saúde do município passará a cobrar dessa unidade a realização do Acolhimento com Classificação de Risco.

O município de Conceição do Araguaia possui uma população de 45.885 habitantes, com uma área territorial de 5.829,482 Km². Localiza-se a uma latitude 08°15'28" sul e a uma longitude 49°15'53" oeste, estando a uma altitude de 165 metros. Situada à margem esquerda do Rio Araguaia, foi fundada pelo frade dominicano Frei Gil Vilanova. Possui comunidades rurais e conta com 11 (onze) equipes de Saúde da Família que abrange 85% da população, sendo três equipes de atendimento rural e oito urbanos. No município, o acolhimento será objeto de grandes

discussões uma vez que sua implantação trará benefícios e revela dificuldades e deficiências profissionais e estruturais que vem sendo apresentadas na tentativa de encontrar possíveis soluções.

As ESF, durante o processo de planificação devido ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica / Auto avaliação da Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica, por ocasião da realização do diagnóstico situacional realizado em 2012, identificaram os seguintes problemas:

- Dificuldade em realizar o acolhimento devido à estrutura física inadequada onde funciona a unidade de saúde dificultando o atendimento com excelência aos usuários;
- Falta de treinamentos para os profissionais;
- Sobrecarga de tarefas para os profissionais da unidade de ESF;
- O acesso dos usuários das microáreas rurais é dificultado pela ausência de unidades de apoio nessas microáreas;
- Falta de responsabilidade da população com a própria saúde;
- Baixa adesão da população aos grupos operativos;

Dentre todos os problemas listados, o que mais chama atenção da equipe está relacionado ao Acolhimento. Os profissionais reconhecem a dificuldade em realizar o acolhimento devido ao espaço e a estrutura inadequados, a falta de capacitação e a sobrecarga de trabalho. Esse não é um problema apenas de uma das unidades, mas de todas as ESF no município de Conceição do Araguaia.

As principais queixas e mais comuns entre os profissionais das equipes são: sobrecarga de trabalho devido ao contingente de tarefas a serem realizadas em curto espaço de tempo, ausência de capacitação profissional para uma escuta qualificada e resolutiva e a resistência da população que não está acostumada com o tipo de atendimento proporcionado pelo Acolhimento. Também há o problema da estrutura das unidades nas quais não há espaços para que o usuário seja ouvido com privacidade ocorrendo muitas vezes à exposição de problemas na recepção, na frente de outros usuários.

Diante do exposto definiu-se como tema para o Trabalho de Conclusão de Curso “A implantação do Acolhimento com classificação de risco na Unidade de Saúde da Família – Ilyuska Araújo Rego no Município de Conceição do Araguaia”. A questão norteadora deste

estudo é: Quais os desafios e potencialidades enfrentados pelos profissionais na implantação do Acolhimento com classificação de risco na Atenção Primária à Saúde?

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. Importância do acolhimento

Acolher significa, entre outras coisas, dar crédito a; dar ouvidos a; tomar em considerações. Em última análise, tomando-se o sistema de saúde como pano de fundo, o Acolhimento pode significar a facilitação do acesso da população aos serviços de saúde e também o oferecimento de assistência adequada (DIMITROV, 2002).

O acolhimento se dá na melhoria do cuidado e da resolutividade da assistência e quanto aos familiares, traduz-se de modo fundamental na escuta, na orientação, na informação e no encaminhamento adequado.

O acolhimento pretende que os profissionais da saúde que atenderão por suas diferentes ações o município em distintos locais escutem, analisem, orientem, identifiquem o problema e o encaminhem de modo adequado. Para que isso ocorra satisfatoriamente, serão necessárias as conscientizações e o envolvimento dos profissionais em todos os âmbitos para os quais serão capacitados.

Dada a natureza intersetorial do tema, entende-se que é imprescindível para o trabalho a interação com outros, incluindo os sociais e com outras Secretarias e Autarquias, pois, ao interagir, enriquecem o trabalho conjunto e propiciam alcançar o êxito.

A dificuldade de compreensão é uma das maiores limitações. É fácil entender as coisas divididas, aos pedaços, os acontecimentos isolados, os objetos fragmentados, as pessoas separadas umas das outras. Lidamos bem com fragmentos. Mas não compreendemos com facilidade que tudo o que nos cerca existe em relação, em conjunto, que tudo tem a ver com tudo, tudo depende de tudo.

Eis, portanto, uma boa definição de Acolhimento:

“É a arte de interagir, construir algo em comum, descobrir nossa humanidade mais profunda na relação com os outros e com o mundo natural. É dizer que os outros descubram em nós sua humanidade mais profunda na relação e o mundo nos mostre sua amplitude.” (MARIOTTI, 2002, p.14).

Na saúde, acolhimento consiste:

Na mudança do processo de trabalho em saúde de forma a atender a todos os que procuram os serviços de saúde. Assume-se então nos serviços, uma postura capaz de acolher, escutar e dar a resposta mais adequada a cada usuário, restabelecendo a responsabilização com a saúde dos indivíduos e a conseqüente constituição de vínculos entre os profissionais e a população (MALTA et al, 2000, p.21).

Para o Ministério da Saúde, o acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto”, ou seja, uma atitude de inclusão, implicando, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém. Por isso, destaca o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância ética / estética / política da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2008).

Desta forma, entendo, que por meio dos autores apresentados nesta etapa do estudo, contribuindo sobre processo de trabalho em saúde e os conceitos relacionados à humanização, poderão me ajudar no aprofundamento das discussões sobre a compreensão da relação existente entre os profissionais e usuários.

2.2. Humanização em saúde e a qualidade no atendimento

A temática humanização envolve questões amplas que vão desde a operacionalização de um projeto político de saúde calcado em valores como a cidadania, o compromisso social e a saúde como qualidade de vida, passando pela revisão das práticas de gestão tradicionais até os microespaços de atuação profissional nos quais saberes, poderes e relações interpessoais se fazem presentes. Assim, é necessário compreender a humanização como temática complexa que permeia o fazer de distintos sujeitos (CAPONI, 2000).

Então, o que é humanizar? Entendido assim, humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, o sofrimento humano, as percepções de dor ou de prazer no corpo, para serem humanizadas, precisam tanto que as palavras com que o sujeito as expressa sejam reconhecidas pelo outro, quanto esse sujeito precisa ouvir do outro palavras de seu reconhecimento. Pela linguagem fazemos as descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro, sem o que nos desumanizamos reciprocamente.

A humanização depende de nossa capacidade de falar e ouvir, pois as coisas do mundo só se tornam humanas quando passam pelo diálogo com nossos semelhantes.

O compromisso com a pessoa que sofre pode ter basicamente três, ou quatro, tipos de motivação. Pode resultar do sentimento de compaixão piedosa por quem sofre, ou da idéia de que assim contribuimos para o bem comum e para o bem-estar em geral. Pode resultar também da paixão pela investigação científica, que se funda sobre o ideal de uma pura “objetividade”, com a exclusão de tudo quanto lembre a subjetividade. Um quarto tipo de motivação de compromisso pode resultar da solidariedade genuína (CAPONI, 2000).

No processo de humanização do atendimento em saúde/enfermagem, compreendemos que, diferentemente da perspectiva caritativa que aponta o trabalhador como possuidor de determinadas características previamente definidas e até idealizadas, é fundamental a sua participação como sujeito que, sendo também humano, pode ser capaz de atitudes humanas e "desumanas" construídas nas relações com o outro no cotidiano.

Quando se pretende promover a humanização dos serviços de saúde, a necessidade de inclusão de todas as dimensões da subjetividade do usuário – psíquicas, familiares, culturais e sociais – já é razoavelmente reconhecida e discutida pelo conhecimento médico.

Chamo atenção, é para a necessidade de uma segunda inclusão, menos observada, mas tão importante quanto à primeira, das mesmas dimensões da subjetividade do profissional de saúde. Do ponto de vista do profissional, a consideração dessas dimensões permite a ele melhores condições de enfrentamento do desgaste provocado pelo constante contato com a dor, com o sofrimento e com os limites e dificuldades na realização de seu trabalho.

O respeito aos aspectos subjetivos do profissional constitui uma proteção à sua saúde porque lhe permite um agir menos defensivo, mais espontâneo e próximo às suas necessidades e às necessidades do usuário (MERHY; ONOCKO, 1997).

A humanização dos serviços de saúde envolve, ainda, três outros aspectos fundamentais:

1) a capacitação permanente dos profissionais de saúde e a criação de condições para sua efetiva participação na identificação das melhorias que considerem necessárias às suas condições de trabalho;

2) a criação de condições para uma participação ativa dos usuários na avaliação da qualidade dos serviços que lhe são oferecidos;

3) o envolvimento da comunidade organizada e sua efetiva participação como parceira dos agentes públicos de saúde, em ações de apoio e acompanhamento dos serviços.

A falta de compromisso dos trabalhadores de saúde com o sofrimento dos usuários, a baixa capacidade resolutiva das ações de saúde, a intensa desigualdade ao atendimento dos diferentes estratos econômico-sociais e a vantagem dos cidadãos que podem pagar altos preços pelos serviços, no acesso ao melhor que se tem no setor, demonstra a desumanização do serviço na área de saúde. “O usuário, qualquer que ele seja, espera que a relação trabalhadora de saúde e usuário seja capaz de gerar acolhimento que permita uma atuação sobre seu sofrimento, o seu problema” (MERHY; ONOCKO, 1997).

3 MÉTODO

3.1. Cenário da Intervenção

O município de Conceição do Araguaia, fundado em 03 de Novembro de 1908, através da Lei Estadual nº 1.091, situada ao Sul do Pará a 1.000 Km de Belém (Capital do Estado do Pará), possuindo uma área de 5.829,482 Km². Dispõe hoje de 11 equipes de Estratégias de Saúde da Família, sendo 8 na zona urbana e 3 na zona rural. Das famílias assistidas, 70% residem em área urbana e 30% em área rural distando aproximadamente entre xx a xx KM da sede com atividade econômica predominando a agricultura direcionada ao cultivo de hortaliças, entre outros cultivos.

Quadro 1- Distribuição das Equipes de Saúde da família

Nº	Localidade	Nº de Famílias
1	ESF José Carlos Farias Lamenza - Centro	1.518
2	ESF Setor I	1.194
3	ESF Setor II	1.100
4	ESF João Batista Carvalho - Joncon	907
5	ESF José Gomes Soares - Alacilândia	717
6	ESF Hosana Botelho da Silva – São Luis II	838
7	ESF Maria Pereira da Silva - Capelinha	869
8	ESF Nívea Padim	1.000
9	ESF Arenaldo Pinheiro de Miranda - Vila Cruzeiro	1.339
10	ESF Padre Josino Tavares - Bradesco	743
11	ESF Ilyuska Araújo Rego - Emerêncio	857
	TOTAL GERAL	11.082

3.2. Sujeitos da Intervenção

Os sujeitos da intervenção serão todos os usuários e profissionais que atuam na Equipe de Saúde da Família Ilyuska Araújo Rego, do município de Conceição do Araguaia – PA, tais como médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, Agente Comunitário de Saúde, recepcionistas, auxiliar de serviços gerais e motorista.

3.3. Procedimentos

PASSO 1- Identificar o cronograma semanal da equipe da UB ESF – Ilyuska Araújo Rego através da observação e registro da demanda espontânea e fluxo já estabelecido;

PASSO 2- Realizar o planejamento do acolhimento seguindo o cronograma da unidade, identificando o tema a ser trabalhado, de acordo com a necessidade do grupo de usuários e diagnóstico situacional;

PASSO 3- Mobilizar, sensibilizar e capacitar toda a equipe de saúde para a implantação do acolhimento nesta Unidade Básica de Saúde;

PASSO 4- Planejar ações educativas para todo o mês com os profissionais de saúde, objetivando facilitar a compreensão do atendimento junto ao usuário;

PASSO 5- Selecionar um profissional de saúde da equipe de saúde da família (enfermeiro, médico, odontólogo, técnico de enfermagem, atendente de consultório dentário e agente comunitário de saúde) para o acolhimento de cada dia obedecendo ao protocolo de classificação de risco (anexo).

4 RESULTADO E ANÁLISE

Com a implantação das ações propostas nesse trabalho, espera-se:

1. Organização do serviço da Unidade Básica de Saúde “Equipe de Saúde da Família Ilyuska Araújo Rego”, no município de Conceição do Araguaia-PA;
2. Humanizar o atendimento, atender de forma personalizada, ouvindo e identificando as necessidades e dando respostas necessárias para a resolução dos problemas apresentados pelos usuários;
3. Oferecer profissionais capacitados, sensibilizados e envolvidos com a implantação do acolhimento, o que contribuirá para elevar o nível de satisfação da comunidade;
4. Elevar o nível de satisfação dos usuários e profissionais a partir da organização e humanização do atendimento.

Nesse sentido, é necessário que a equipe conheça a sua realidade, seus contextos familiares, bem como a vida comunitária, pois isso facilita o planejamento de ações e sua execução, além de criar uma relação de confiança com a comunidade. Além disso, é importante que cada profissional tenha claro suas atribuições junto à equipe e que as coloque em prática, pois isso faz com que o atendimento aconteça de forma integral, o que é fundamental no processo de cuidar.

A educação permanente é compreendida como um processo educativo contínuo, de revitalização e superação pessoal e profissional, de modo individual e coletivo, com objetivo de qualificação, reafirmação ou reformulação de valores, construindo relações integradoras entre os sujeitos envolvidos para uma práxis crítica e criativa. A educação permanente visa articular conhecimentos específicos com o de toda a rede de saberes envolvidos no sistema de saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação do trabalho será feita através da observação e registro diário, da utilização de questionário com perguntas objetivas e subjetivas voltadas para os usuários, após a implantação desta intervenção, analisando a satisfação, o acolhimento, o atendimento e a resolutividade dos problemas. Quanto aos profissionais, estes serão avaliados com uma pergunta norteadora – Quais a mudança percebida por você (profissional) após a implantação do acolhimento nesta UB ESF – Ilyuska Araújo Rego?

Após a análise dos questionários com os registros das falas na perspectiva dos usuários, serão eleitos os indicadores que avaliarão a intervenção sugerida.

Dessa forma, é imprescindível que se oriente e informe aos profissionais de enfermagem e ACS sobre urgência e emergência, bem como a classificação de risco dos casos, de forma a qualificar e reorganizar o serviço prestado, ofertando ao usuário um encaminhamento correto e diminuindo, assim, o número de atendimentos ambulatoriais nos serviços de emergência.

REFERÊNCIAS

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 3ª ed. Brasília, DF, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **O Programa Saúde da Família e os Observatórios de Recursos Humanos**. Brasília, DF, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: política nacional de humanização: relatório de atividades 2003**. Brasília, 2004c.

CAPONI, S. **Da Compaixão à Solidariedade** – uma genealogia da assistência médica. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2000.

DIMITROV, Pedro. A Importância do Acolhimento no Projeto Cabeça Feita. **Acolhimento – o pensar, o fazer, o viver**. São Paulo: Sistema único de Saúde, Secretaria Municipal da Saúde Prefeitura de São Paulo, 2002.

DUNCAN, Bruce B. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências/** Bruce B. Duncan, Maria Inês Shinidt, Elsa. R. J. Giugliane [ET AL]-4 ed-Porto Alegre: Artmed, 2004.

FERRARI, Sandra de Paula e PRADO, Sueli Martins Alves do. In: Mariotti: O Acolhimento do Servidor. **Acolhimento – o pensar, o fazer, o viver**. São Paulo: Sistema único de Saúde, Secretaria Municipal da Saúde Prefeitura de São Paulo, 2002.

Franco T. B, Bueno W. S, Merhy E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 1999; 15: 345-53.

MALTA D. C; et al. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. **Saúde Debate**, 2000; 24: 21-34.

MARIOTTI, Humberto. Ciência e Saúde. In: **Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver**. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde 2002.

MERHY, E. E; ONOCKO, R. (ORG.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec: Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.

NÓBREGA-TERRIEN, Maria Irismar de Almeida. **Temas em saúde da família: diversidades de saberes e práticas profissionais fundamentadas na pesquisa**. Fortaleza: EdUECE, 2006.

PEREIRA, RPA. **O Acolhimento e a Estratégia Saúde da Família.** *Grupo de Estudos em Saúde da Família.* AMMFC: Belo Horizonte, 2006. Disponível em http://www.smmfc.org.br/gesf/RPAP_acolhimento_esf.htm [acesso em 27/02/2014].

TEIXEIRA R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R; Mattos R. A. (Org.) **Construção da Integralidade:** cotidianos saberes e práticas em saúde. IMS-UERJ/ABRASCO: Rio de Janeiro, 2003.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família.** São Paulo: Hucitec, 1999.

APÊNDICES E ANEXOS

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

ANEXO – I

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO (emergência)	Será atendido imediatamente e receber cuidados médicos e de enfermagem;
AMARELO (urgência)	Será atendido com prioridade sobre os pacientes classificados como verde, na UBASF ou leito de sala de observação;
VERDE (sem risco de morte imediato)	Aguardam atendimento em sala de espera, tendo sido orientados que serão atendidos após os pacientes classificados como vermelho ou amarelo. Deverão ser reavaliados em caso de alteração do quadro clínico;
AZUL (quadro crônico sem sofrimento agudo ou caso social)	Deverá ser preferencialmente atendido na Unidade Básica de Saúde ou pelo Serviço Social.

· Nenhum paciente poderá ser dispensado sem ser atendido, ou seja, sem ser acolhido, classificado e encaminhado de forma responsável na Unidade Básica de Saúde.

ANEXO – II

ESCALA DE DOR

ESCALA VERBAL NUMÉRICA: O paciente deve ser informado sobre a necessidade de classificar sua dor em notas que variam de 0 a 10, de acordo com a intensidade da sensação. Nota zero corresponderia à ausência de dor, enquanto nota 10 a maior intensidade imaginável.



ANEXO – III

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

VARIÁVEIS		ESCORE
ABERTURA OCULAR	ESPONTÂNEA	4
	À VOZ	3
	À DOR	2
	NENHUMA	1
RESPOSTA VERBAL	ORIENTADA	5
	CONFUSA	4
	PALAVRAS INAPROPRIADAS	3
	PALAVRAS INCOMPREENSIVAS	2
	NENHUMA	1
RESPOSTA MOTORA	OBEDECE COMANDOS	6
	LOCALIZA DOR	5
	MOVIMENTO DE RETIRADA	4
	FLEXÃO ANORMAL	3
	EXTENSÃO ANORMAL	2
	NENHUMA	1

TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	INTUBAÇÃO
15	3	8

Critérios para Estratificação de Risco Familiar (Modelo)

A. Fatores sócio-econômicos:

1) Alfabetização do chefe da família:

É considerada de risco a família cujo chefe não é alfabetizado, ou seja, não sabe ler e não sabe escrever nem mesmo um bilhete simples.

2) Renda familiar:

É considerada de risco a família em situação de extrema pobreza, ou seja, que têm renda per capita mensal de até R\$ 60,00 (sessenta reais), tendo elas filhos ou não[1].

Cálculo da renda familiar per capita: somar o rendimento mensal de todas as fontes (salário, bolsa família, aposentadoria, etc.) recebido por todos os membros da família e dividir pelo número total de integrantes.

3) Abastecimento de água:

Risco: domicílio não tem abastecimento de água adequado, ou seja, não existe rede pública de abastecimento e a água é proveniente de poços, cisternas, nascentes naturais ou outras.

1) Presença de condições ou patologias crônicas prioritárias: é considerada de risco a família em que um ou mais de seus integrantes apresentarem uma das seguintes condições ou patologias por ciclo de vida[1]:

A) Crianças com situações de risco do Grupo II:

- Baixo peso ao nascer;
- Prematuridade;
- Desnutrição grave;
- Triagem neonatal positiva para hipotireoidismo, fenilcetonúria, anemia falciforme ou fibrose cística;
- Doenças de transmissão vertical: toxoplasmose, sífilis, Aids;
- Intercorrências importantes, no período neonatal, notificadas na alta hospitalar;
- Crescimento e/ou desenvolvimento inadequados;
- Evolução desfavorável de qualquer doença (internação)

B) Adolescentes de Alto Risco:

- Adolescentes com doenças sexualmente transmissíveis ou Aids;
- Adolescentes com gravidez precoce não planejada;
- Adolescentes com transtornos alimentares: bulimia e anorexia;
- Estejam fazendo uso/abuso de substâncias lícitas ou ilícitas (com destaque ao uso do tabaco e do álcool);
- Sejam vítimas de exploração sexual ou que tenham sofrido abuso sexual;
- Com quadros de depressão;
- Tenham transtornos mentais e/ou risco de suicídio;
- Fogem com frequência de casa ou se encontrem morando nas ruas.

C) Adultos com Risco Cardiovascular Alto ou Muito Alto:

- Grupo de risco alto: portadores de hipertensão arterial (HA) grau 1 ou 2, com 3 mais fatores de risco; ou portadores de HA grau 3, sem fatores de risco;
- Grupo de risco muito alto: portadores de HA grau 3, que possuem 1 ou mais fatores de risco; ou portadores de HA com doença cardiovascular ou renal manifesta.

D) Adultos com Diabéticos com Risco:

- Não usuários de insulina, com hipertensão;
- Usuários de insulina.

E) Adultos com Alto Risco para Tuberculose:

- Usuários com antecedentes ou evidências clínicas de hepatopatia aguda ou crônica;
- Doente de aids ou soro positivo para o HIV;
- Antecedentes ou evidências clínicas de nefropatias;
- Suspeita de tuberculose multidrogarresistente;
- Tuberculose extrapulmonar (principalmente meningite tuberculose);
- Pacientes em retratamento por abandono, recidiva e falência.

F) Adulto com Alto Risco para Hanseníase:

- Surtos reacionais repetitivos;
- Relato de reações adversas aos medicamentos;
- Presença de seqüelas nos olhos, nariz, mãos e pés.

G) Adultos com Risco Grave para Saúde Mental:

- Usuários com transtornos mentais graves e persistentes;
- Uso prejudicial de álcool e outras drogas;
- Egressos de serviços de saúde mental.

H) Gestantes de Alto Risco:

- Dependência de drogas lícitas e ilícitas;
- Morte perinatal anterior;
- Abortamento habitual;
- Esterilidade/ infertilidade;

I) Gestantes de Alto Risco:

- Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico;
- Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada;
- Pré-eclâmpsia e eclâmpsia;
- Diabetes gestacional;
- Amniorrexe prematura;
- Hemorragias da gestação;
- Isoimunização;
- Óbito fetal;
- Hipertensão arterial;
- Cardiopatias;
- Pneumopatias;
- Nefropatias;
- Endocrinopatias;
- Hemopatias;
- Epilepsia;

- Doenças infecciosas;
- Doenças auto-imunes;
- Ginecopatias.

J) Idoso com Alto Risco / Idoso Frágil:

- Idosos com ≥ 80 anos
- Idosos com ≥ 60 anos apresentando:
 - Polipatologias (≥ 5 diagnósticos);
 - Polifarmácia (≥ 5 drogas/dia);
 - Imobilidade parcial ou total;
 - Incontinência urinária ou fecal;
 - Instabilidade postural (quedas de repetição);
 - Incapacidade cognitiva (declínio cognitivo, síndrome demencial, depressão, delirium);
 - Idosos com história de internações frequentes e/ou no período de pós-alta hospitalar;
 - Idosos dependentes nas atividades de vida diária básica - AVD;
 - Insuficiência familiar: idosos que moram sós ou estão institucionalizados.

L) Outras condições ou patologias crônicas definidas como prioritárias pela equipe de saúde.

PONTUAÇÃO	
Nenhum dos componentes tem alguma condição ou patologia crônica	0
Apenas 1 dos componentes tem 1 patologia ou condição crônica	1
2 ou mais componentes têm 1 patologia ou condição crônica	2
1 ou mais componentes têm concomitantemente 2 ou mais condições ou patologias crônicas	3

PONTUAÇÃO FINAL PARA CLASSIFICAÇÃO POR GRAU DE RISCO		CRITÉRIOS SÓCIO-ECONÔMICOS				
		Nenhum dos fatores de risco	Presença de um dos fatores de risco	Presença de dois fatores de risco	Presença de três fatores de risco	
		P	0	1	2	3
CRITÉRIOS CLÍNICOS	Nenhum dos componentes tem alguma condição ou patologia crônica	0	0	1	2	3
	Apenas 1 dos componentes tem 1 patologia ou condição crônica	1	1	2	3	4
	2 ou mais componentes têm 1 patologia ou condição crônica	2	2	3	4	5
	1 ou mais componentes têm concomitantemente 2 ou mais condições ou patologias crônicas	3	3	4	5	6

PONTUAÇÃO TOTAL
0
1
2 – 3
≥ 4

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO QUESTIONÁRIO

1 - USUÁRIO

1. Sentiu-se acolhido por todos?

SIM NÃO

2. Quando você procura esta UB ESF sempre é atendido?

SIM NÃO

3. Você está satisfeito com seu atendimento nesta UB ESF?

SIM NÃO

4. Você tem encontrado soluções para os seus problemas de saúde nesta UB ESF?

SIM NÃO

5. Você foi atendido com educação e respeito?

SIM NÃO

6. Como você pode contribuir para melhorar o atendimento na UB ESF?

2 - PROFISSIONAL

PERGUNTA NORTEADORA

1- Qual a mudança percebida por você (profissional) após a implantação do acolhimento nesta UB ESF?