

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

MÔNICA LOPES FERREIRA

ACOLHIMENTO

Uma revisão da literatura

Virgolândia/Minas Gerais
2009

MÔNICA LOPES FERREIRA

ACOLHIMENTO

Uma revisão da literatura

Virgolândia/Minas Gerais
2009

MÔNICA LOPES FERREIRA

ACOLHIMENTO

Uma revisão da literatura

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.

Orientadora: Maria Teresa Marques Amaral

Virgolândia/Minas Gerais
2009

MÔNICA LOPES FERREIRA

ACOLHIMENTO

Uma revisão da literatura

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.

Orientadora: Maria Teresa Marques Amaral

Banca Examinadora

1 _____
2 _____
3 _____

Aprovada em Belo Horizonte _____/_____/_____

Dedico esse trabalho à minha família por todo
O apoio, carinho e ajuda ao longo de toda a minha formação,
Principalmente à minha mãe pela garra,
Ao meu cunhado Marcelo e à minha irmã Anamaria
Por tudo!

Agradeço a Deus pela minha vida, minha saúde
E minha profissão, odontologia, que tanto amo,
Ao Geraldo Ferreira dos Santos
Pelo apoio a esse projeto,
À Marcela Pereira de Souza Leite por me ajudar nas
Atividades que não eram específicas da minha área,
À Maria Aparecida, minha auxiliar de consultório dentário,
Pelo apoio incondicional.
À Charline de Freitas Alvarenga, grande amiga,
Que me ajudou na confecção, análise e correção
De muitas atividades desse curso de especialização, mas
Principalmente pela paciência e boa vontade em ajudar.
Meu agradecimento especial vai para o amigo
Rubens Gama Renan pelo carinho, pelo empenho
Em me apresentar a possibilidade de fazer
Esta especialização, pela confiança em mim depositada e pelo
Total apoio no decorrer dos meses de dedicação a ela, que eu não estaria fazendo se não
Fosse por ele (Rubens, a você meu sincero carinho e respeito).

A todos minha eterna gratidão.

Nada que acontece na vida da gente é por acaso,
Nenhum acontecimento é sem propósito.
Todas as pessoas que cruzam nosso caminho
Vêm para que se possa aprender algo, para crescer e amadurecer.
Toda a minha ação, uma palavra, um gesto, um olhar,
Tudo que sai de mim reflete em quem convive comigo ou passa por mim.
Não estou só no mundo! O que eu faço, por pouco ou pequeno que seja,
Muda tudo à minha volta. Eu me torno responsável pelo universo
Ao meu redor. Proponho que nos respeitemos mais,
Que possamos ouvir mais, falar menos, mas quando falarmos,
Que sejam palavras positivas, carregadas de paz e boas intenções.
Vamos viver em harmonia.

Mônica Lopes Ferreira

RESUMO

O acolhimento veio para estruturar o serviço, que ainda é médico centralista. Pretende-se com a implantação do acolhimento eliminar ou diminuir as filas de espera e a demanda reprimida sempre crescente, e com isso melhorar a satisfação dos usuários e da equipe de saúde. Acolher é fazer uma escuta inteligente ao usuário, oferecer cuidado, respeito, e principalmente a resolução dos seus problemas. O acolhimento não é uma sala de espera, uma recepção, é a atitude de ouvir o paciente, responder seus questionamentos, ajudá-lo em todos os pontos de atenção. O acesso à Unidade Básica de Saúde é fundamental. Sem acesso não há acolhimento. O Estado deve garantir ao usuário o fácil acesso às unidades de saúde, com segurança e conforto a todos, bem como trabalhadores capacitados e tecnologia avançada. O profissional deve ser valorizado nessa função de acolher o usuário através de reconhecimento profissional, capacitação e melhores salários, uma vez que acolher gera desgaste e cansaço profissional ao longo do dia-a-dia de trabalho.

DESCRITORES: acolhimento, integralidade, acesso, vínculo, classificação de risco.

ABSTRACT

The host came supposed to structure the service, that is still a centralized medical one. It's intended, with the implantation to cut out or decrease the waiting lines and the ever-increasing pent-up demand, and then improve the satisfaction of the user and the health team. Hosting is making an intelligent listening to the user, offering some care, respect, and specially a resolution of their problems. The host is not a waiting room, a reception, it's the act of listening to the patient, answering his/her questions, supporting him/her at all points of attention. The access to the Basic Unit of Health (Unidade Básica de Saúde – UBS) is fundamental. Without access there is no hosting. The state is supposed to ensure to the user an easy access to the Health Units, safely and comfortably to all, as well as skilled workers and advanced technology. The professional must be valued in this function of hosting the user through professional recognition, training and better salaries, once the hosting generates professional wasting and fatigue throughout the whole day-by-day work.

DESCRIPTORS: host, completeness, access, link, risk rating.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
JUSTIFICATIVA.....	13
OBJETIVO.....	15
METODOLOGIA	16
REVISÃO DA LITERATURA	17
VIRGOLÂNDIA E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	17
<i>Itens críticos relacionados à Atenção Primária em Virgolândia.....</i>	21
OS PRINCÍPIOS DO SUS.....	22
ACOLHIMENTO	23
<i>Acolhimento por classificação de risco</i>	28
<i>Desafios da implantação do acolhimento e do processo de trabalho.....</i>	30
CONCLUSÃO.....	36
ANEXO	38
REFERENCIAS	46

INTRODUÇÃO

O município de Virgolândia possui um serviço de saúde em conformidade com os parâmetros do SUS, com duas Equipes de Saúde da Família (ESF) cuja população adscrita atinge cerca de 3.000 pessoas para cada equipe, em conjunto com também duas Equipes de Saúde Bucal (ESB) – vide anexo. Apesar das nossas ESF e ESB atingirem 100 % de cobertura da população adscrita, percebemos que isso não significa eficiência e eficácia em suas ações. Vivenciamos uma política pública onde o modelo assistencial é centrado no médico e as ESFs enfrentam dificuldades em contribuir para a efetivação do SUS. A cultura da população de Virgolândia e também dos funcionários da “saúde” enxergam os serviços de saúde apenas como o meio de se obter consulta médica e de dentista, desconhecendo muitas vezes outros tipos de atendimento como o de enfermagem, como a assistência farmacêutica e ainda desconhecendo a real importância de outros profissionais no serviço de saúde como a fisioterapia e a psicologia leva as pessoas a procurarem e a indicarem os serviços de saúde apenas à procura de “fichas de consulta” e troca de receitas. A maioria desconhece palavras como humanização do atendimento, protocolos, acolhimento e até mesmo SUS. Toda essa cultura institucionalizada, esse modelo médico centralista provoca uma procura espontânea de pessoas aos postos de saúde, gerando tumulto e desorganização do serviço.

Essa desorganização resulta em baixa equidade e resolutividade no cuidado ao paciente, além de provocar uma não adesão aos grupos operacionais e não aderência ao tratamento proposto. Nota-se que é grande o número de usuários descontentes e insatisfeitos, e é grande a sobrecarga de trabalho dos profissionais que acabam por ficar desgastados, angustiados e desmotivados.

Uma eficiente forma de se resolver essa questão seria através da organização da demanda. Seria transformar demanda espontânea em demanda programada, e isso é possível com a implantação do acolhimento.

O acolhimento é uma das principais diretrizes ética/estética/política da Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS. O acolhimento é um novo método, um novo processo de trabalho que foi criado para se garantir ao usuário o direito ao acesso universal, sem exclusão social, com equidade, onde cada sujeito é entendido como único, diferente, dotado de desejo, de cultura e de voz, com necessidades diferenciadas, garantir também a integralidade, onde cada usuário deve receber um cuidado direcionado para

todas as suas necessidades, tudo isso com uma dose de humanização e respeito ao usuário que procura os serviços de saúde. Essa nova proposta vem mudar a forma de o serviço de saúde ofertar saúde. Sabe-se que o serviço de saúde, hoje, é direcionado para a queixa do usuário, para sua doença, e não para este usuário no seu contexto único, individual, pertencente a uma determinada família, morador de uma determinada comunidade, com seus próprios valores, ideais e conceitos de saúde. O acolhimento pretende direcionar o cuidado para o usuário e não para a sua doença, vem ainda para mudar o foco da atenção, hoje centrada no médico, para o foco em uma equipe multiprofissional. Exige dos profissionais capacitação técnica, mudança na abordagem ao usuário e mais comprometimento com o processo saúde/doença da população.

Acolher é uma tarefa difícil, pois exige uma mudança de cultura e de valores, exige mais agilidade e qualidade no atendimento, mais boa vontade, generosidade e respeito, e principalmente exige que o profissional se coloque no lugar do outro, com um grau a mais de responsabilização de todos da equipe para com o usuário.

O município de Virgolândia não possui a demanda de usuários organizada através do acolhimento. Esta é uma necessidade urgente. Daí a importância de se conhecer mais sobre o tema, suas facetas, suas propostas, as facilidades ou dificuldades ao implantá-lo, além de se conhecer lugares onde o acolhimento foi implantado e que possam servir de exemplo para outras cidades.

Esta revisão da literatura será de grande utilidade para levar o acolhimento ao conhecimento de todos, população, gestores e equipe de saúde. Servirá também para substanciar a implantação do acolhimento como estratégia para a organização da demanda, que pretende melhorar o acesso da população aos serviços de saúde e aumentar a satisfação dos usuários e dos profissionais em relação à Atenção Primária de Virgolândia.

JUSTIFICATIVA

Virgolândia é um município de pequeno porte, onde o serviço de saúde oferece a Atenção Primária através de duas Equipes de Saúde da Família e duas equipes de Saúde Bucal. A demanda principal para o atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) é a demanda espontânea. A demanda programada acontece apenas para alguns ciclos de vida como gestantes e bebês. Isso gera grande desorganização do serviço. Essa desorganização resulta em baixa equidade e resolutividade e a não aderência ao tratamento proposto (vide anexo). Percebemos que é grande o número de reclamações e de usuários descontentes e insatisfeitos, e é grande o tumulto na porta dos postos de saúde pelos usuários à procura de ‘ficha’, tudo isso levando a uma grande sobrecarga de trabalho e profissionais desgastados, desanimados e infelizes com seu trabalho.

Através do estudo minucioso do portfólio, produzido a partir do curso de especialização em Atenção Básica em Saúde da família, e através das oficinas de Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde, do governo do Estado de Minas Gerais, percebi que em Virgolândia há uma necessidade urgente em se implantar o acolhimento, sendo esta uma excelente proposta para a organização da demanda e organização de todo o processo de trabalho em saúde.

O acolhimento vem para organizar a demanda espontânea, através da humanização do serviço e do respeito ao usuário. Para tal faz-se necessário seu estudo cuidadoso e detalhado. Essa revisão da literatura será de grande valia para todas as equipes de saúde que desejam implantar o acolhimento nos serviços de saúde de sua cidade e população adscrita. Em Virgolândia, todo o estudo a cerca do acolhimento já começou a ser difundido aos profissionais que trabalham na “saúde” bem como a outros setores interligados através das reuniões do conselho municipal de saúde que representa toda a população virgolandense e com as oficinas do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde, que acontecem simultaneamente em vários municípios mineiros e que servem, dentre outras finalidades, para nortear a forma de oferecer “saúde” à população. A divulgação desse tema no conselho de saúde, nessas oficinas e também nas oficinas que acontecem de 2 em 2 meses a nível microrregional está servindo para que aconteçam grandes discussões em

torno do assunto, o que gera enriquecimento e crescimento de todos que se envolvem com o tema.

Objetivo

O objetivo deste trabalho é levar o tema acolhimento ao conhecimento de todos, população, gestores e equipe de saúde.

Após seu estudo detalhado, pretende-se propor a implantação do acolhimento como estratégia para a organização da demanda da atenção primária no município de Virgolândia – MG, com isso melhorar o acesso da população aos serviços de saúde garantindo o máximo de satisfação dos usuários e dos profissionais do setor da saúde.

Metodologia

Esse trabalho baseia-se em pesquisas em bases de dados bibliográficos como a MEDLINE e o LILACS, através da visita ao site Centro Latino-Americano e do Caribe de informações em Ciências da saúde, o Bireme, acessado através do www.bireme.com, com pesquisas em artigos e periódicos, usando como filtro para todos os artigos relacionados, descritores como Equipe Saúde da Família, Acesso e Integralidade, além do estudo de linhas-guias da Secretaria de Saúde de Minas Gerais, bem como o estudo das oficinas para a implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde, da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, e outros textos e periódicos, num total de 26 publicações lidas, com coleta de informações entre os anos de 1999 e 2009, que serviram como base de pesquisa e estudo onde cada um dos textos lidos foi analisado para que pudesse ser usado como base concreta para uma boa avaliação qualitativa sobre o tema acolhimento. O estudo sobre a atenção primária à saúde no município de Virgolândia foi feita durante a segunda e terceira oficinas do PDAPS, pelos participantes/trabalhadores da equipe de saúde do município (vide anexo).

REVISÃO DA LITERATURA

Virgolândia e a atenção primária à saúde

O município de Virgolândia é pequeno, com uma população de 5.815 habitantes, dividida em zona urbana e rural, onde a maioria é moradora da zona rural, totalizando 52,08% do total da população. Está situada a cerca de 100 km de Governador Valadares e a aproximadamente 400 km da capital mineira Belo Horizonte. A principal atividade econômica do município é a pecuária de corte. Não há incentivo ao morador da zona rural para permanecer no campo. Ele vive em condições insalubres; a maioria das habitações são de taipa, revestidas ou não. Não há coleta de lixo nem rede de esgoto na zona rural. Não há transporte coletivo. As estradas que dão acesso à zona urbana são de péssimas condições, ficando intransitáveis em períodos de chuva, dificultando muito o acesso ao centro da cidade, onde se localizam o comércio, a prefeitura, as escolas e a Unidade Básica de Saúde (UBS).

Através do cadastro feitos pelos agentes comunitários de saúde usando a ficha A, observou-se que 95% da população de Virgolândia é SUS dependente, já que apenas 5% possuem plano de saúde. Quase 16% da população são de idosos, e a Atenção Primária à Saúde (APS) em Virgolândia não está preparada para atender essa demanda, bem como não está preparada para atender condições crônicas, uma vez que foca sua atenção nas condições agudas. É preciso transformar a APS em Virgolândia, mudando o foco da sua atenção e preparando-a para atender condições crônicas, agudas, fazer prevenção de doenças e promoção de saúde, bem como reorganizar o atendimento de urgência/emergência, para tal contamos com a implantação do acolhimento.

Virgolândia é um município de pequeno porte, onde apenas a atenção primária à saúde é ofertada aos usuários através das unidades básicas de saúde, uma central que é a matriz e duas unidades rurais que são filiadas à primeira. Existem pontos de apoio secundário à atenção primária no município, que são os serviços de laboratório para apoio diagnóstico, os serviços de fisioterapia e de psicologia. Os outros pontos de apoio à

atenção primária e que devem ser revistos são os níveis secundários e terciários de atenção à saúde, que são ofertados, de forma não muito sistemática, pela microrregião e macrorregião de Virgolândia, respectivamente. Os planos municipais de saúde e as pactuações devem ser revistas.

A Atenção Primária à Saúde em Virgolândia é realizada em uma unidade matriz situada no centro da cidade – zona urbana, e em duas unidades filiais, uma no Distrito do Divino, onde moram em média 800 pessoas, e outra na comunidade do Empoçado, uma comunidade pequena, de poucos moradores, em média 160 pessoas – as duas filiais são consideradas da zona rural. Na unidade do Divino o atendimento é semanal, com a presença do médico, enfermeira, dentista e fisioterapeuta; algumas pessoas atendidas moram nas imediações do posto de saúde, outras moram na zona rural do Divino, uma comunidade chamada 49, já que os moradores dessa comunidade afirmam que para chegarem em suas residências têm de passar por uma estrada que possui 49 curvas acima. O acesso dos moradores do Divino ao posto de saúde fica bastante comprometido para os da comunidade 49, principalmente em dias de chuva, para os outros que moram no centro do Divino o acesso é bem mais fácil. O que acaba por dificultar muito o acesso das pessoas ao posto de saúde do distrito é a forma como as fichas de consulta para médico e dentista é ofertada. Quem faz a ação de oferecer fichas à comunidade é a técnica de enfermagem que trabalha nesse posto de saúde quatro horas diárias. Essa distribuição acontece por ordem de chegada, porém há relatos de muitas pessoas que só uma parcela da população consegue fichas para médico e dentista, sugerindo que há abuso de poder por parte do profissional designado para cumprir a tarefa de distribuir fichas. Na unidade de saúde do Empoçado o atendimento é quinzenal, com a presença do médico e da enfermeira; o acesso de todos ao posto de saúde é fácil, salvo algumas poucas exceções onde os moradores precisam caminhar muito por trilhas precárias para chegarem ao Empoçado. O atendimento de dentista para os residentes no Empoçado é feito apenas na matriz em Virgolândia; todas as pessoas da zona rural de Virgolândia (menos do Divino) procuram ficha para dentista todo início de mês para o agendamento, e os residentes na zona urbana formam filas diárias para conseguir esse atendimento.

Na unidade central, na zona urbana, o atendimento é diário, somando 8 horas por dia. Essa unidade matriz atende não só a zona urbana de Virgolândia, mas também a maioria dos moradores da zona rural, que moram em mais de 20 comunidades distintas, algumas bem próximas do centro da cidade, outras tão distantes que chegam a fazer divisa

com outros municípios mineiros como Peçanha e Santa Maria do Suaçui. A recepção desta unidade é ampla, mas não é confortável. O tempo de espera para o atendimento é de uma a quatro horas. Os profissionais da recepção são destreinados e desqualificados para desempenharem essa função, o que conta pontos a favor são a boa vontade e o bom humor deles, que faz com que essa árdua tarefa de bem recepcionar se torne mais leve. O atendimento odontológico, de médico e de enfermagem acontece através da demanda espontânea, para a maioria dos casos. A demanda programada é realizada para apenas alguns ciclos de vida.

A estratégia de funcionamento das unidades básicas de saúde de Virgolândia se dá através das estratégias saúde da família (ESF) e estratégia saúde bucal (ESB), cada equipe fica responsável por uma área adscrita, sendo uma zona urbana e outra zona rural. Em nenhuma dessas unidades básicas de saúde (UBS), a demanda programada é organizada plenamente por ciclos de vida, apenas os bebês, as gestantes e os adultos que tem alguma condição crônica, como Hipertensão e Diabetes, são atendidos através de agendamento. Para os demais ciclos de vida, criança, adolescente, adultos e idosos sem nenhuma condição referida o atendimento acontece através da demanda espontânea. O tumulto na porta das unidades de atenção primária à saúde (UAPS) é grande e as reclamações são constantes devido às dificuldades que os usuários enfrentam para conseguir um atendimento, seja para médico ou dentista. Há grande queixa dos usuários por não conseguirem atendimento no momento que precisam, principalmente para o atendimento odontológico. Os moradores das comunidades rurais precisam se deslocar de suas casas todo o início de mês apenas para marcar 'ficha', sendo grande a fila para essa marcação, e muitos voltam para casa sem consegui-la. Há apenas duas fichas diárias reservadas para aqueles casos de extrema urgência odontológica, os demais esperam pelo atendimento no dia em que conseguirem marcar atendimento. São tantos os que reclamam de dor ou desconforto que o atendimento odontológico não consegue resolver os problemas de todos no momento exato que eles necessitam. O atendimento para médico, através da demanda espontânea, acontece no período da manhã para os moradores da zona rural. O período da tarde fica reservado para os residentes na zona urbana. A prioridade de atendimento acontece apenas para os casos iminentes de urgência/emergência que são detectados pela recepcionista, que encaminha o paciente para o pronto atendimento. Nesses casos, o médico sai imediatamente do seu consultório para atender a essa demanda, o que gera grande transtorno na unidade de atenção primária, uma vez que os pacientes que

conseguiram seu lugar no atendimento ficam esperando por tempos longos a volta do médico para a continuação das consultas marcadas. Os casos que não são identificados para atendimento imediato são atendidos por ordem de chegada, não há priorização através da equidade. Há grande insatisfação dos usuários e grande sofrimento dos profissionais que estão na linha de frente com esses usuários. O acolhimento tem, entre outras finalidades, organizar essa demanda e organizar o fluxo dos usuários no sistema.

Um grande ganho para o município de Virgolândia é ter três de seus funcionários fazendo o curso de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, pelo NESCON/UFMG, sendo que duas funcionárias, a enfermeira Marcela Pereira de Souza Leite e a dentista Mônica Lopes Ferreira, estão em fase de conclusão de curso. Essas duas funcionárias são também facilitadoras do processo de Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde do estado de Minas Gerais. Essa especialização nos capacita para assumirmos papel importante na consolidação da estratégia da Saúde da Família e no desenvolvimento de um Sistema Único de Saúde. O Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS) vem para agregar qualidades às ações de saúde que beneficiam a população. Está sendo implantado através de uma cooperação técnico-educacional entre a Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG), e universidades federais e regionais. 484 municípios de nove macrorregiões do Estado estão sendo contemplados com a implantação do PDAPS, um desses municípios é Virgolândia. Acontecerão 10 oficinas de implantação, que serão realizadas nos municípios e microrregiões e tem como público alvo os profissionais que atuam na Atenção Primária à saúde e gestores de saúde. As oficinas se constituem em períodos de concentração, onde os municípios enviam profissionais para estudarem os temas propostos, e estes serão facilitadores para a replicação dos temas nos municípios de trabalho caracterizando o período de dispersão. Virgolândia já passou por 5 dessas oficinas no período de concentração e também no período de dispersão.

Tanto a especialização quanto o Plano diretor foram fundamentais para que essas dificuldades enfrentadas por Virgolândia pudessem ser percebidas e identificadas, bem como a solução para se resolver essas questões pudesse ser escolhida. Apesar da abordagem acontecer de maneira bastante singular, o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde e a especialização em Atenção Básica em Saúde da Família se complementam na medida em que ambas trabalham a Atenção Primária. São temas diferentes e maneiras diferentes de se diagnosticar a APS, mas que se somam para que o resultado final seja um

processo de trabalho mais eficiente e eficaz para os trabalhadores e usuários do sistema de saúde.

Itens críticos relacionados à Atenção Primária em Virgolândia

Aqui estão os principais itens críticos percebidos na Atenção Primária em Virgolândia após observação ativa e após o diagnóstico realizado pelos profissionais da saúde durante as oficinas dois e três do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (vide anexo), e que devem ser modificados para que Virgolândia possa oferecer uma ótima APS para seus moradores.

- O acesso dos moradores do Divino para os que vivem na zona rural, conhecida como comunidade 49, ao posto de saúde fica bastante comprometido em dias de chuva forte;
- O abuso de poder por parte dos profissionais designados para cumprir a tarefa de distribuir fichas;
- O tempo de espera para o atendimento pode ser longo, já que os usuários esperam de uma a quatro horas para o atendimento;
- O tumulto na porta das unidades de atenção primária à saúde (UAPS) é grande devido à quantidade também grande de pessoas esperando por atendimento;
- As reclamações por parte dos usuários são constantes devido às dificuldades que enfrentam para conseguir um atendimento, seja para médico ou dentista;
- Muitos usuários voltam para casa sem sua consulta ou a resolução do seu problema;
- Os usuários são atendidos por ordem de chegada e o princípio da equidade não é respeitado na maioria das vezes, salvo algumas exceções onde as urgências/emergências são facilmente identificadas.

Os princípios do SUS

O SUS foi criado na Constituição Federal de 1988. Em 1990 foram criadas duas leis de regulamentação do SUS, as leis 8.080 e 8.142, conhecidas como Lei Orgânica da Saúde. Na lei 8.080 foram criados os princípios do SUS.

Como princípios doutrinários têm-se a Universalidade, a Equidade e a Integralidade. Como princípios organizacionais têm-se a participação popular, a descentralização, a resolubilidade, a regionalização e a hierarquização.

É possível observar que o acesso ao usuário deve ser universal, ou seja para todos – é a garantia de atenção à saúde a todo e qualquer cidadão. Deve-se também obedecer à equidade, que diz que devemos investir mais onde há maior carência, sem exclusão, que devemos tratar de forma desigual os desiguais – dar prioridade a quem dela necessita até que todos possam estar no mesmo patamar – é a garantia de que todo cidadão é igual perante o SUS. A atenção deve ser de forma integral, suprimindo todas as necessidades dos usuários, seja através da atenção primária, secundária ou terciária. (MILITÃO, 2004).

A participação popular vem garantir às comunidades a oportunidade de definirem, junto com a equipe de saúde, as ações a serem realizadas para eles, através dos conselhos de saúde e conferência municipal de saúde – é a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da execução destas em todos os níveis de governo, desde o federal até o local. Pela descentralização compreende-se como a redistribuição de responsabilidades em toda a rede de serviços, em todas as esferas de governo (municipal, estadual e federal). A resolubilidade vem para propor que o sistema de saúde possa garantir ao usuário um serviço de qualidade, onde todas as suas queixas sejam ouvidas e seus problemas resolvidos. A regionalização e a hierarquização vem falar de território, onde cada equipe de saúde da família deve ter sua população alvo, sua área de atuação bem delimitada, para que o vínculo e a responsabilização sejam proporcionados; os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida.

O acolhimento vem para garantir ao usuário que se cumpram esses princípios. O acolhimento é o ato de acolher de modo que demonstre preocupação com o outro, a disponibilidade para cuidar, para fazer o melhor possível. (VASCONCELOS, 2009, P 36).

Os princípios, diretrizes e a composição do SUS não são compreendidos e tampouco defendidos por toda a equipe de saúde, segundo SCHIMITH e LIMA (2004). Para que o acolhimento possa interferir na realidade de saúde que observamos, é preciso que todos entendam e respeitem as leis que são criadas para o bem de todos, para assegurar o nosso direito à saúde e à cidadania.

Acolhimento

O acolhimento não deve ser confundido com triagem. O acolhimento deve acontecer não apenas na porta de entrada da unidade básica de saúde (UBS), distinguindo casos de urgência/emergência dos demais casos e priorizando atendimento segundo a quantidade de “fichas” disponíveis, como acontece na triagem, mas deve oferecer escuta inteligente dos usuários, com garantia do cuidado, independente de qual seja sua queixa ou dificuldade. O profissional cuidador, prestador do acolhimento, deve estar atento ao grau de sofrimento do usuário que procura o atendimento, não apenas o sofrimento físico, mas também o sofrimento psíquico. O acolhimento propõe organizar a demanda de atendimento do sistema de saúde.

As nossas UBS, as unidades de atenção primária à saúde (UAPS) e os demais postos de atendimento se acostumaram a oferecer aos usuários atendimento através de quantidade de ficha, usando o critério de ordem de chegada para solucionar o problema de quem será atendido primeiro, nunca se importando com a queixa do paciente, sem avaliar questões como classificação de risco e casos mais urgentes. Apenas aqueles casos em que fica evidente a necessidade de tratamento imediato é que tinham seu atendimento garantido. Essa condição sempre gerou grandes conflitos nos postos de saúde, muitas reclamações por parte dos usuários e grande desconforto por parte dos profissionais que precisavam dar a má notícia de que não havia mais ficha. Os usuários, para garantir que seriam atendidos naquele dia, começaram a madrugar nas filas, que se tornavam cada vez maiores, enfrentando o medo de passar a noite nas ruas, sempre tão perigosas devido à criminalidade, enfrentando chuva, sereno e outras situações adversas. Situação essa de total desrespeito com o indivíduo e com toda a comunidade. Pensando em mudar a forma de se

atender e de abordar o usuário no sistema de saúde é que se criou o acolhimento, para que todo aquele que procurar os serviços de saúde possa ser atendido em suas necessidades.

O acolhimento vem qualificar o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, transformando-o num momento de generosidade, atenção e humanidade. Sabemos que a Atenção Primária é o primeiro contato do indivíduo com os serviços de saúde. Para o sucesso de todo o tratamento que será proposto para esse indivíduo, o primeiro contato é fundamental e deve ser feito da melhor maneira possível. Todo o usuário deve ser ouvido e acolhido para que o profissional possa ofertar a esse usuário a solução dos seus problemas, quer seja através do atendimento imediato, quer seja pelo agendamento ou mesmo pelo bom encaminhamento do usuário para outros níveis de atenção dentro do sistema.

“É preciso qualificar os trabalhadores para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar, negociar”. (SOUZA et al, 2008). O que o serviço de saúde deve garantir, bem como os outros setores inter-relacionados, é o direito e a defesa da vida, ofertando serviços qualificados, profissionais capacitados e equipe humanizada, realmente empenhada em proporcionar melhor qualidade de vida aos usuários. Para RAMOS e LIMA (2003), acesso, acolhimento, vínculo e resolutividade são eixos centrais do modelo tecno-assistencial em defesa da vida.

Quando o usuário procura a UBS sempre tem uma queixa, uma situação que compromete a sua saúde. Ele quer a resolução do seu problema. Os profissionais da UBS devem proporcionar a resolução desse problema, sendo para isso necessária a criação de vínculo com ele, transformando essa relação de profissional/paciente numa relação de confiança e responsabilização. Para essa criação de vínculo, a estratégia saúde da família (ESF) é de suma importância, pois através do processo de territorialização a equipe passa a conhecer cada comunidade da sua área de abrangência, cada família ali residente, os problemas de saúde mais evidentes naquela região, seus costumes, seus valores. Esse conhecimento gerado pela ESF nos proporciona a criação de vínculo, não só com o indivíduo separadamente, mas com sua família e a comunidade na qual está inserido. Esses dados são importantíssimos para corrigir e otimizar todo o processo do acolhimento. FRANCO et al (1999) diziam que o que buscamos é a produção da responsabilização clínica e sanitária e da intervenção resolutiva, e que sem acolher e vincular, não há produção desta responsabilização.

Mais importante que o profissional responsabilizar-se pelo usuário, é dar a ele condições de ser co-responsável pelo sucesso do seu tratamento. E o espaço ideal para que

o profissional insira no usuário a necessidade de se auto-conhecer e se auto-defender é a UBS através da proposta do acolhimento. RAMOS e LIMA (2003) dizem que esse espaço permite que o trabalhador da área da saúde use de sua principal tecnologia, o saber, tratando o usuário como sujeito portador de direitos. O espaço de trabalho é um meio de transformação e de construção muito importante, e deve ser plenamente usado para esses fins. Através do acolhimento, acontece a relação de confiança do usuário com o profissional, tão importante para se ter um bom prognóstico. A equipe de saúde da família deve usar do acolhimento para a construção do saber, para a mudança e transformação de hábitos, para a adaptação inteligente de formas que garantam ao usuário as rédeas da sua saúde e da sua qualidade de vida. A unidade de atenção primária, através do acolhimento, deve ser utilizada para a construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais como pacientes, que devem ser reconhecidos como sujeitos que falam, julgam e desejam, segundo SCHIMITH e LIMA (2004). Nesta lógica do acolhimento, deve-se perceber que fazem parte diversos saberes, dos vários profissionais que irão acolher o usuário e dele próprio, carregado de crenças, de ideais, sonhos e com sua própria voz e sua própria cultura. Como falaram GOMES e PINHEIRO (2005),

O maior desafio dos profissionais da estratégia da saúde da família é concretizar, na prática cotidiana, a superação do monopólio do diagnóstico de necessidades e de se integrar a “voz do outro” que é mais que a construção de um vínculo/responsabilização.

TEIXEIRA (2003) diz que existe uma dificuldade em lidar com a alteridade, ou seja com aquilo que é qualidade própria do outro, e que essa dificuldade não acontece apenas nos serviços públicos. O ser humano tem dificuldade de aceitar o que é diferente, o que é do outro, suas qualidades, suas manias, seu modo próprio de agir e sentir. Com isso o ser humano tem dificuldade na conversa, na escuta, na abordagem do sujeito. Mas a conversa é que move nossa vida pessoal, nosso trabalho e nossas relações diárias, para isso é preciso descobrir mecanismos de conversa para que essa dificuldade iminente do ser humano seja vencida. TEIXEIRA(2003) chama o acolhimento de acolhimento-diálogo, que seria uma técnica especial de conversar e define o acolhimento como uma rede de conversações. Ele coloca que é preciso deixar que o outro fale, que não parece ser mais o momento de formular novas teorias sobre esse outro, mas de criar as condições para que esse outro fale em viva voz. Para GOMES e PINHEIRO (2005), acolhimento pode ser entendido como uma rede de relações, onde é importante observar o que é trocado

(vínculo) entre as partes, com quem é trocado e o quanto é trocado. A ruptura entre essa rede de trocas pode comprometer todo o serviço oferecido e o prognóstico final.

Para SCHIMITH e LIMA (2004), o acolhimento tem como objetivo resolver o que é de competência da rede básica, independente da hora de chegada na unidade. Se a queixa do usuário puder ser solucionada na unidade básica, ou se deve ser encaminhada para outros níveis de atenção do sistema de saúde, a Atenção Primária deve coordenar, gerenciar esse fluxo do usuário. O profissional que trabalha na unidade de atenção primária deve conhecer bem o sistema de saúde para melhor coordená-lo, já que essa coordenação é de responsabilidade da atenção primária, para também melhor encaminhar o paciente e garantir seu atendimento de forma integral. O acolhimento veio para estruturar e organizar esse fluxo, com cuidado, atenção e responsabilização do usuário pelo profissional. “ A integralidade está presente no encontro, na conversa, na atitude do médico que busca prudentemente reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades dos cidadãos no que diz respeito à saúde”. (GOMES e PINHEIRO, 2005). O médico e todos os outros profissionais de saúde devem reconhecer seu papel nesse processo, e perceber que, sendo funcionários da equipe de saúde, devem proporcionar aos usuários a resolução de todos os seus problemas, seja através do atendimento de urgência/emergência, seja através do agendamento de uma consulta ou ainda do correto encaminhamento para os outros níveis de atenção do sistema de saúde. A integralidade, um dos princípios do SUS e um dever da Atenção Primária à Saúde, fica prejudicada quando não se considera o usuário, portador de direitos e de opções de vida, para SCHIMITH e LIMA (2004). A postura do trabalhador de colocar-se no lugar do outro, para atendê-los ou direcioná-los para o ponto do sistema que seja capaz de responder àquelas demandas acontece no ato de acolher, para RAMOS e LIMA (2003).

Não há como pensar em acolhimento sem antes falar de acesso. O usuário, para ser acolhido em uma Unidade Básica de Saúde, precisa ter acesso a ela. O tempo que uma pessoa gasta para chegar à UBS não deve passar de meia a uma hora, para isso ele deve fazer esse percurso da melhor maneira possível, seja caminhando, seja usando um meio de transporte. É dever do Estado garantir o acesso às unidades básicas de saúde, para isso a pavimentação das vias é de suma importância, já que uma rua calçada ou sem calçamento faz muita diferença em épocas de chuva intensa. Sendo da zona rural, além de pensar no pavimento da estrada, quer asfaltada ou não, é preciso pensar no meio de transporte para esses moradores, para que eles não tenham de percorrer longas distâncias à pé. O

transporte coletivo seria uma boa opção aos moradores desses lugares. Garantir o direito à cidadania poderia ser traduzido em garantir o direito ao cidadão de ir e vir, garantir o direito ao cuidado integral, direito à voz, direito à justiça. Todo cidadão, ciente dos seus direitos, consegue cobrar mais das autoridades e dos diversos setores da sociedade o seu direito constitucional de educação, infra-estrutura, lazer, transporte, moradia, acesso, etc.

Muito influencia o acesso do usuário ao posto de saúde a sua localização; o ideal é que ele seja de fácil acesso a todos, senão à grande maioria. Porém, falar de acesso não é falar de quantidade de portas de entrada, mas sim falar da qualidade dessas portas, como relatou TEIXEIRA (2003). Não devemos falar apenas em quantidades ou sua localização, mas da qualidade do atendimento prestado ali, e do conforto às pessoas que vão buscar atendimento. Deve-se levar em conta não apenas a capacitação do profissional que irá atender o usuário, mas a forma como esse profissional recebe e acolhe o usuário, e das condições oferecidas a este no momento de espera para o atendimento. Reflete-se em acolher bem oferecer uma boa recepção, um bom desempenho profissional, uma recepção limpa e confortável e bem organizada, com direito à informação por parte dos funcionários e o cuidado sem exclusão social, como foi bem relatado por RAMOS e LIMA (2003). Ainda, segundo eles,

Embora existam facilidades decorrentes da disponibilização de serviços de saúde próximos da casa do cidadão, identificam-se fatores determinantes da escolha que passam pela forma como o usuário é recebido e a resolutividade desses serviços.

RAMOS e LIMA (2003) citam ainda que o usuário está disposto a deslocar-se para ser atendido em um local em que, apesar de mais distante de sua casa, é bem recebido por uma equipe multiprofissional. “O problema do acesso não depende apenas da expansão do número de unidades prestadoras, mas, cada vez mais depende intimamente do tipo de modelo de atenção operante nessas unidades”. (TEIXEIRA, 2003).

Existem vários mecanismos disponíveis para ofertar ao usuário do sistema de saúde um melhor atendimento com eficiência e eficácia. Os profissionais da saúde têm à sua disposição acesso a várias tecnologias para melhor desempenharem suas tarefas diárias, e para melhor atenderem o paciente. Entre essas tecnologias podemos citar o prontuário da família, o cadastro familiar com a utilização da ficha A, que dispõe de mecanismos para a classificação de risco familiar, como baixo, médio e alto risco ou até sem risco. Tem-se ainda a classificação de risco odontológico que pode ser R1, R2 ou R3, dependendo da necessidade de tratamento de cada indivíduo. Há várias linhas guias que norteiam e

padronizam todo o atendimento do sistema de saúde e ainda os protocolos, que como as linhas guias, geram padronização no atendimento e garante qualidade ao serviço prestado. O ideal é que para cada procedimento a ser realizado/ofertado pudessem ser criados protocolos, onde fosse levado em consideração não apenas a clínica, mas a rotina de trabalho da equipe e o nível cultural da população adscrita. Todos esses instrumentos, e outros mais, podem e devem ser usados na atividade diária do acolhimento. FRANCO et al (1999) citam a utilização de protocolos, elaborados pela equipe técnica da UBS, os quais indicam a conduta a ser adotada diante dos problemas de saúde que mais se apresentam no acolhimento. A criação desses protocolos é prevista pela Secretaria de Saúde do Estado (SES) de Minas Gerais a qual pretende incentivá-la através da implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde, que visa adotar medidas, incluindo a construção desses protocolos, para aperfeiçoar a situação de saúde dos usuários do SUS no estado de Minas Gerais. Há também a gestão de casos, de patologias e da clínica como tecnologias para auxiliar no bom atendimento ao usuário. Toda a tecnologia envolvida nos cuidados com o paciente define o processo em saúde, da qual faz parte o acolhimento. Outras formas de classificação de tecnologias foram descritas por MERHY et al (apud COELHO e JORGE, 2009), onde o acolhimento se classifica como tecnologia leve. Existem três tipos de tecnologia na classificação de MERHY, também citadas por ROSSI e LIMA (2005) e HENNINGTON (2005), sendo elas – tecnologias leves: são as tecnologias das relações, como produção de vínculo, responsabilização e acolhimento, leve-duras: como os saberes estruturados, normas e rotinas como a clínica médica e a epidemiologia, e duras: são as tecnologias dos recursos materiais, como máquinas, equipamentos, normas e estruturas organizacionais.

Acolhimento por classificação de risco

A secretaria de saúde de Minas Gerais (SES-MG), com a implantação do plano diretor, vem propor que o acolhimento aconteça utilizando a classificação do indivíduo segundo o risco à saúde, através de protocolos padronizados, priorizando os casos mais urgentes, com isso organizando as portas de entrada das unidades de saúde. O protocolo

adotado pela SES-MG é o de Manchester, utilizado em vários países da Europa e Austrália, bem como no Reino Unido para o qual ele foi criado. Ele classifica cada indivíduo com cores, sendo elas: VERMELHO – com risco iminente de morte, casos de ressuscitação, será atendido imediatamente; LARANJA – emergência que deverá ser atendida dentro de no máximo 10 minutos, risco de morte; AMARELO – deverá aguardar atendimento médico dentro de 60 minutos, no máximo, traumas, sinais vitais alterados; VERDE – menor urgência, será atendido dentro de uma hora e vinte minutos, mas estará sempre sendo reavaliado até o momento do atendimento e AZUL – poderá ser agendado ou encaminhado para outros pontos de atenção, dor leve, feridas.

Tabela 1: protocolo de Manchester (relação de cores, risco e tempo para o atendimento).



VERMELHO	Emergência	0 minutos
LARANJA	Muito urgente	10 minutos
AMARELO	Urgente	60 minutos
VERDE	Pouco urgente	120 minutos
AZUL	Não urgente	240 minutos

Esse novo modo de se acolher será implantado em todo o estado mineiro. Essa classificação de risco já vem sendo adotada em várias partes do Brasil, nos vários pontos de atenção à saúde dos nossos municípios.

A proposta dessa classificação de risco é que cada usuário que entrar nas unidades de saúde seja acolhido por equipe treinada, composta por um enfermeiro e/ou médico, que fará uma breve avaliação, anotará seus dados, sua queixa, o início e a evolução da queixa e, utilizando o protocolo, irá classificá-lo para a definição da priorização de atendimento. O objetivo do acolhimento com a classificação de risco, dentre outros, é diminuir o tumulto nas portas de entrada de urgência/emergência. É preciso que se tome cuidado para que o acolhimento com classificação de risco, através de sistema informatizado ou não, não volte a ser triagem, onde o paciente não é ouvido de fato, o paciente é apenas mais um usuário procurando atendimento, um objeto. A humanização é posta de lado. A produção de indiferença diante do outro pode ser detectada durante esse tipo de acolhimento e isso deve

se evitado. Faz-se necessário uma constante vigilância e monitoramento para que essa nova rotina não se transforme na velha e fracassada rotina de triagem.

Desafios da implantação do acolhimento e do processo de trabalho

FRANCO et al (1999) descrevem Betim, um município mineiro, e o processo de implantação do acolhimento nessa cidade. Neste estudo foi colocado que se comparando o rendimento antes e depois do acolhimento, houve um aumento de 600% após a sua implantação. Este é um grande desafio a ser alcançado por todos e um grande alento. Eles expõem que a maior dificuldade encontrada na sua implantação diz respeito ao temor próprio da condição humana de encarar o novo, por excelência o desconhecido. Esta realidade é visível, todo o ser humano, ou sua maioria, tem medo do desconhecido, e a tendência natural é impedir que as mudanças aconteçam devido a esses medos, e também pela comodidade, pela inércia que nos atinge a todos. Por isso, a implantação do acolhimento sofre tantas barreiras, tantos questionamentos. É preciso conscientizar a todos que o acolhimento vem para organizar o serviço, diminuir fila de espera, eliminar ou neutralizar as tensões provocadas pela relação profissional/usuário, e como consequência diminuir o desgaste pessoal e as queixas das pessoas dependentes dos serviços de saúde, os trabalhadores e o paciente.

Uma grande reclamação dos usuários em relação ao acolhimento é o fato de a decisão de ser atendido pelo médico ser de responsabilidade de outro profissional e não dele próprio, segundo SOUZA et al (2008), que também relatam que a pressão dos usuários pelo atendimento imediato e o fato de só aceitarem ser acolhidos pelo médico gera grande estresse e cansaço por parte dos outros profissionais; mas apesar de ser difícil colocar o acolhimento em prática, esses profissionais relatam que ele ajuda a organizar o processo de trabalho e a demanda. TAKEMOTO e SILVA (2007) relatam em suas pesquisas que os profissionais perceberam que o acolhimento fez aumentar a demanda de trabalho, uma vez que todo usuário não pode sair da recepção sem ser atendido. Colocam ainda que a grande angústia que acompanha o acolhimento é o fato de os profissionais não conseguirem “dar saída” a todas as queixas dos usuários, já que muitos problemas, para terem solução, deveriam ser encaminhados para os centros de referência e esses nem sempre estão disponíveis. HENNINGTON (2005) descreve em seu estudo que as

principais reclamações dos profissionais entrevistados foram a sobrecarga de trabalho que veio com o acolhimento, a inadequada área física que não contribuiu para essa nova prática e o pouco apoio institucional para a implantação do acolhimento.

Uma das principais queixas dos pacientes é em relação ao tempo de espera, à má recepção deles nas unidades de saúde e ao atraso dos profissionais, principalmente a falta de pontualidade dos médicos.

FRANCO et al (1999) perceberam que após a implantação do acolhimento, os demais profissionais interagiram bem em equipe, mas os médicos continuaram fechados e sem abertura aos demais profissionais. Para SOUZA et al (2008), não apenas o médico, mas também o dentista cuja baixa adesão ao acolhimento ficou evidente, geraram conflitos internos com toda a equipe. É preciso que toda a equipe se empenhe em fazer o acolhimento dar certo, que não seja função deste ou daquele profissional, mas de todos, já que acolher não depende de local nem de cargo, mas da boa vontade, do vínculo e do respeito entre trabalhadores e usuários. Se há uma equipe designada para desempenhar o acolhimento, é preciso tomar cuidado para que não haja um descomprometimento dos outros profissionais acerca de também desempenharem o acolhimento, já que essa é uma tarefa de todos.

Uma questão interessante colocada por muitos entrevistados no estudo de RAMOS e LIMA (2003), é que um dos critérios utilizados pelos usuários para medirem o grau de acolhimento se dá pelo exame físico. Um bom exame físico, criterioso e detalhado, realizado pelo médico mostra o interesse do profissional pelo cliente. Não só a recepção do usuário no serviço caracteriza acolhimento, mas o bom serviço ofertado, com a melhor qualidade, com técnicas apuradas e tecnologia de ponta. O usuário percebe o respeito da equipe a si através de vários fatores, como a garantia do acesso, da integralidade, e da resolutividade. Um dos principais fatores de manifestação de respeito ao usuário é a pontualidade dos médicos, citado por eles próprios, segundo RAMOS e LIMA (2003).

Para o bom funcionamento desse novo modo de garantir “saúde”, é necessário que o acolhimento seja oferecido em um ambiente informal e aconchegante, onde os profissionais chamem os pacientes pelo nome, individualizando-os, como bem colocou CAMELO et al (2000), que diz que esses pequenos detalhes mostram ao usuário o quanto são importantes para o serviço. O acolhimento precisa acontecer todas as vezes que o usuário entrar pelas portas dos postos de saúde, para cada consulta agendada para ele, e

que toda a equipe, da faxineira ao médico, esteja empenhada em fazer dar certo. Para TEIXEIRA (2003),

o funcionamento ótimo dessa rede depende sobretudo do desempenho da chamada atividade de recepção do usuário no serviço, entendida como espaço primordial de investigação/elaboração/negociação das necessidades que podem vir a ser satisfeitas. Contudo, é mais do que evidente que o conteúdo que caracteriza essa atividade não se restringe apenas ao espaço e ao momento formais da recepção. Prolifera por todos os encontros assistenciais que marcam a passagem de um usuário pelo serviço, pois nunca se cessa efetivamente de investigar/elaborar/negociar as necessidades que podem vir a ser satisfeitas pelo serviço.

Um grande desafio a ser vencido é a questão de priorização de atendimentos. A lei orgânica do SUS diz que devemos tratar de forma desigual os desiguais, segundo o princípio da equidade, ou seja dar mais atenção àqueles que mais dela necessitam, oferecer atendimento imediato àqueles cuja a situação exige uma maior agilidade no atendimento, dar prioridade àqueles cuja espera para o atendimento pode significar uma não adesão ao tratamento indicado, como idosos e crianças que tem dificuldade em esperar o seu momento de ser consultado. Essa situação é grande geradora de conflitos, já que uma grande parcela dos usuários que espera por atendimento não concorda com essa priorização, principalmente se essa priorização acontecer através de sistema eletrônico, como o computador. No estudo desenvolvido por SOUZA et al (2008), foram relatadas entrevistas com profissionais e usuários, e uma das conclusões a que chegaram é que a priorização dos casos passa a ser motivo de conflito de interesses entre o individual e o coletivo e entre gerações, já que idosos e crianças têm lugar prioritário no cuidado.

As novas formas de organização através do sistema computadorizado também foram grandes geradoras de conflito na relação serviço/usuário. Nos estudos de LIMA (2004), ele percebeu que tanto usuários quanto profissionais da saúde acreditam que o sistema computadorizado distancia os profissionais dos usuários, e que o computador na mesa dos médicos funciona como uma barreira tecnológica entre eles impedindo um bom vínculo e uma boa interação; uma funcionária da equipe de saúde estudada chamou o acolhimento solidário de atropelamento solidário, já que o sistema informatizado vem atropelar a relação dos profissionais de saúde com os usuários.

Todos esses desafios da Atenção Primária à Saúde, de garantir acesso, integralidade, universalidade, equidade, sempre com uma dose de cuidado e gentileza com

o usuário fez aumentar sobremaneira o desgaste profissional, uma vez que aumenta a carga de trabalho e o nível de exigência do usuário. A demanda sempre crescente, a organização pelo acolhimento tornando o trabalho mais “puxado” são fatores que vem contribuir para a tensão vivenciada diariamente pelos profissionais da saúde, esse estresse e cansaço foram percebidos por SOUZA et al (2008), que colocaram que os profissionais carecem também de uma boa acolhida através de capacitações, melhores salários, incentivos, espaço de escuta pela gestão e autonomia no seu trabalho, tudo isso caracterizando cuidado ao cuidador. LIMA (2004) coloca que uma grande dificuldade dos profissionais diretamente ligados ao acolhimento é a tensão e pressões a que estão sujeitos, uma vez que a exigência de atender mais sem deixar formar fila aumentou consideravelmente, tornando o trabalho desgastante e angustiante.

Uma grande dificuldade é encontrada pelas equipes de saúde bucal no que diz respeito ao modelo de atenção vigente e à implantação do acolhimento. A demanda odontológica parece ser sempre crescente, o número de usuários com dor procurando por tratamento dentário é imenso, o número de usuários carentes de atenção especializada é também alto, o que faz com que as condições apresentadas por eles comecem a não ser plenamente resolvidas pela Atenção Primária à Saúde, uma vez que ela não é capaz de fornecer o acesso à atenção especializada por não haver unidades de referência suficientes; tudo isso gera um colapso no serviço odontológico e as unidades que trabalham na atenção primária não se sentem preparadas para garantir o retorno e a conclusão do tratamento aos usuários, como relataram SANTOS et al (2007), que ainda citaram um documento do ministério da saúde, do ano de 2004, chamado Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, onde fala que a oferta para as consultas especializadas para a demanda odontológica não chega a 3,5%. Situação caótica, cada vez mais desesperadora para aqueles que precisam ser atendidos pelo nível secundário de atenção à saúde bucal. Essa situação atrapalha a equipe de saúde bucal de aderir à proposta do acolhimento, já que tudo isso gera grande angústia e sofrimento aos profissionais que são impossibilitados de garantir cuidado integral ao usuário do sistema. Dentro dessa visão da equipe odontológica é possível perceber que mais uma vez a odontologia vira um apêndice do sistema de saúde quando, ao pensar no acolhimento e em protocolos para a classificação de risco, a saúde bucal não é sequer relatada como item classificatório, e os usuários que procuram atendimento odontológico precisam ser acolhidos por outra equipe de

acolhimento – uma equipe própria, já que esse processo de trabalho parece não ter sido pensado para atender a demanda de saúde bucal.

No município de Virgolândia, as facilitadoras do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde repassaram a oficina 5 que fala do acolhimento com classificação de risco e também sobre processos de trabalho em saúde. No momento dessa oficina, a equipe propôs protocolo e fluxos para a implantação do acolhimento no município, que está prevista para acontecer no início do ano de 2010, com a volta dos profissionais da saúde que saíram de férias. A equipe de saúde bucal de Virgolândia reuniu-se para planejar seu fluxograma para o acolhimento e percebemos que realizar o acolhimento será uma tarefa complicada por diversos motivos. Um deles é que os usuários que entrarem na unidade básica de saúde deverão passar por duas equipes de acolhimento, uma que será a equipe de acolhimento propriamente dita – onde eles manifestarão o desejo de serem atendidos por um dentista, e uma específica – onde o dentista irá fazer a classificação de risco odontológico, sendo que para essa segunda não haverá local apropriado para a sua realização, acontecendo então no escovário, já que os consultórios não são indicados para essa ação. Baseado nessa questão notamos que, como foi relatado acima, mais uma vez ficamos de lado nesse novo processo de trabalho, quando percebemos que o acolhimento não foi pensado para atender a demanda de saúde bucal. Outro fato bastante angustiante é saber que na microrregião de Virgolândia não há o Centro de Especialidades Odontológicas – o CEO, não sendo possível encaminhar os pacientes que necessitam de atendimento especializado. Como os usuários classificados como R2 na classificação odontológica terão suas necessidades solucionadas se para tal seria necessário o seu encaminhamento para o CEO? Como a equipe de saúde bucal de Virgolândia conseguirá ofertar o cuidado integral aos usuários do sistema? E por fim, uma última situação observada e julgada como grande geradora de angústia para a equipe de saúde bucal de Virgolândia é o fato de só haver um dentista para cada ESF, ou seja no momento em que cada dentista estará desenvolvendo o acolhimento, não haverá nenhum atendimento acontecendo, como é observado na equipe médica e de enfermagem, onde enquanto um estiver acolhendo, o outro estará consultando e diminuindo assim a fila. A demanda da odontologia, que já é reprimida no município, conseguirá ser organizada com a implantação do acolhimento?

Apesar de serem muitas as dificuldades, apesar de o acolhimento ter se mostrado uma tarefa árdua, é possível reconhecer que esse seja o melhor caminho, a melhor solução

para organizar todo o processo de trabalho, organizar o fluxo do usuário dentro do sistema de saúde e parece ser a melhor solução para a plena efetivação do SUS.

CONCLUSÃO

O acolhimento é uma nova forma de estruturar o serviço, que ainda é centrado na figura do médico e se caracteriza por intermináveis filas de espera e uma demanda reprimida sempre crescente.

Virgolândia, município mineiro de pequeno porte, a 400 km da capital Belo Horizonte, possui a Atenção Primária à Saúde desorganizada e ineficiente, gerando grandes transtornos como os citados anteriormente (vide anexo). Esse foi o principal fator que levou ao desenvolvimento desse trabalho, por acreditar que o acolhimento seria uma excelente forma de por um fim ou pelo menos minimizar questões como insatisfação do usuário e profissionais, filas imensas e desrespeito à cidadania.

Acolher significa ouvir o usuário, dar atenção a ele, cuidar, oferecer a resolução dos seus problemas, sempre com uma dose de gentileza e respeito. O acolhimento não é uma sala de espera, uma recepção, não é um local pré-determinado, mas é a atitude de ouvir o paciente, conversar, responder seus questionamentos, garantir a resolução do seu problema, quer seja na Atenção Primária à Saúde quer seja em outros pontos de atenção. O acesso do usuário à Unidade Básica de Saúde é fundamental para que ele tenha o seu direito garantido à saúde e à qualidade de vida, não adianta montar uma boa equipe multiprofissional para melhor atender esse usuário, com boas tecnologias aplicadas se não lhe é garantido o acesso. Essa é uma questão de gestão e de intersetorialidade. O Estado deve garantir ao usuário o fácil acesso às unidades de saúde, não só pensando em ruas calçadas ou estradas asfaltadas ou cascalhadas, mas também levando em consideração rampas de acesso e vias sinalizadas, com segurança e conforto a todos. A integralidade é outro ponto crucial. O usuário tem o direito garantido em lei de ter um sistema de saúde capaz de garantir o seu cuidado de maneira integral, de forma que todas as suas necessidades sejam sanadas. Para isso, a atenção primária precisa ser apoiada pelos níveis secundário e terciário de saúde, com a oferta de serviços não encontrados na atenção primária. Como garantir ao usuário, através do acolhimento, o cuidado integral se a atenção primária à saúde depende de referenciação para os outros níveis de atenção? Não há centros especializados capazes de suprir toda a demanda reprimida dos usuários do sistema, é preciso primeiro adequar a quantidade da oferta de serviços de saúde em relação

à procura. Organizar a atenção primária pelo acolhimento sem passar pela organização das microrregiões e das macrorregiões sanitárias torna-se inviável e impraticável. O acolhimento pode ser freado e desmantelado se essas questões não forem resolvidas devidamente.

Apesar de todas as dificuldades encontradas com a implantação do acolhimento, o processo de trabalho ganhou reforços com ele, mas é preciso que cada profissional se empenhe em fazer o acolhimento dar certo em seu local de trabalho, independentemente do cargo ou função, ou da infra-estrutura disponível, pois assim ele terá um ambiente mais humano e mais leve para desempenhar com louvor sua profissão, com a satisfação e respeito a todos que dele necessita. A gestão municipal, o Estado e a União precisam unir forças para que a luta desses profissionais não seja em vão, há que se dar incentivo, melhorar salários e garantir melhores condições de trabalho para que essa nova tarefa seja desempenhada em plenas condições e em igualdade por todos.

ANEXO

DIAGNÓSTICO MUNICIPAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM VIRGOLÂNDIA

Realizado durante as oficinas II e III do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde, consolidado pelas facilitadoras e encaminhado à Gerencia Regional de Saúde (GRS) em Governador Valadares – MG.

Virgolândia possui, segundo dados do IBGE, estimativa, cerca de 5.815 habitantes. Está situada a cerca de 100 km de Governador Valadares e há aproximadamente 400 km da capital Belo Horizonte.

A principal atividade econômica do município é a pecuária – gado para corte. Possui uma área rural consideravelmente maior – em extensão – do que a urbana.

Politicamente foi administrada por muitos anos por um determinado partido. Desde 2000, outro partido assumiu o poder executivo do município, sendo o prefeito reeleito em 2003. Em 2008, a eleição foi conquistada pelo mesmo partido. A cidade vem sofrendo bruscas transformações com as obras, a contratação de recursos humanos e a implantação de projetos no setor da educação, saúde e assistência social.

A segurança pública tem preocupado a população. Crimes vêm acontecendo e ninguém é punido. Estes, muitas vezes estão ligados ao tráfico de drogas. Tradicionalmente, duas comemorações têm movimentado Virgolândia: a semana Santa, com festas religiosas, e em setembro, no feriado da independência do Brasil, a tradicional festa do peão boiadeiro.

Histórico da saúde

Segundo alguns documentos da década de 50, havia na cidade o funcionamento de uma Associação de Caridade denominada São Gonçalo de Virgolândia, mais conhecida pelas pessoas da cidade como hospital. Foi construído e equipado com verba doada pelos moradores do Município. Há ainda um documento escrito a mão que, segundo relato do tesoureiro da época (hoje com 90 anos), mostra o que era necessário para regulamentar o “Hospital”: registro em cartório; atestado de funcionamento pela Coletoria Federal de

Peçanha; registro no ministério da saúde no departamento hospitalar; registro no conselho nacional de serviço social; registro na secretaria de saúde estadual. Esse morador informa que apesar de ter conseguido o atestado de que a associação estava em pleno funcionamento, o documento era mentiroso. Alega que quando não conseguiram colocar o “Hospital” em funcionamento, os atendimentos médicos passaram a acontecer num imóvel junto ao prédio da prefeitura, num andar acima – aproximadamente em 1958/1960.

Dá em diante e durante a década de 70, não havia um modelo assistencial definido. O atendimento médico continuou acontecendo, esporadicamente, aos sábados, e não havia equipe ou outro profissional atendendo no município. Ao final desta década, foram contratados alguns auxiliares da saúde e pela primeira vez a equipe de saúde começa a se formar. Em 04/04/1979 foi feito o primeiro prontuário. Um dado interessante é que estes prontuários funcionaram como uma ficha de cadastro. Assim, ao abrir um prontuário este continha dados sócio-econômicos e pessoais da família.

Já na década de 80, e mais especificamente em 1981, foi contratado um médico para atender durante toda a semana. Pela primeira vez a cidade teve um médico como morador e este reside no município até os dias atuais. Além desse profissional, a equipe de saúde continuava com os auxiliares da saúde – nenhum membro profissionalizado. Assim, o médico era o chefe de todo o serviço: esterilização, vacina, curativo, estoque de medicamentos, etc. Em 1986 houve um concurso publico para Auxiliares da Saúde. O modelo assistencial era hospitalocêntrico, centrado nas ações de diagnóstico e tratamento da queixa do sujeito. Não havia ações de promoção da saúde e prevenção de agravos – relato de um técnico de enfermagem que trabalhou na época como auxiliar da saúde. Em agosto de 1988 foi criada a Associação de Desenvolvimento Comunitário de Virgolândia com o objetivo de promover o desenvolvimento da comunidade e representá-la junto aos órgãos públicos e privados no atendimento de suas reivindicações. Em conversa com o presidente da associação na época, ele colocou que essa associação tinha o objetivo primordial de conseguir apoio, principalmente financeiro, para a construção de um Hospital no município. Contudo, depois de muito estudo e discussão, concluiu-se ser inviável a construção de um hospital em Virgolândia – a planta não foi aprovada pela SES e não possuía um responsável técnico. Enquanto isso, através da leitura da ata das reuniões desta associação, percebe-se que em 1988 já havia sido iniciada a construção da atual unidade de saúde. É importante refletirmos aqui, dois pontos importantes: nestas atas já verificamos o interesse da associação na elaboração de um diagnóstico sócio-econômico da

população e o município, mesmo antes da lei 8142/90, já trazia a participação popular na saúde.

Em 1991, com a lei 8080/90 e 8142/90, foi criado o conselho municipal de saúde – segundo informações de um morador. Não encontramos registros oficiais. Sabe-se que esse conselho teve seu poder vetado devido a perseguições. Portanto, não há relatos de ações deste órgão colegiado. Por volta de 1997, concluiu-se a construção da primeira UBS do município – que é a atual. Ocorreu então a transferência das ações da atenção básica para essa unidade e no imóvel acima da prefeitura permaneceram as ações de nível terciário: internações, partos, suturas, etc.

Segundo relatos, em 1998 foi criada uma Equipe de PSF que era completa apenas no papel. Havia uma técnica de enfermagem, uma enfermeira, um médico e alguns ACS (inicialmente 4 para todo o município). Apenas a enfermeira e ACS eram realmente atuantes no PSF. Pela primeira vez na história o município conta com o profissional enfermeiro. Realizou-se um treinamento dos profissionais para que realmente acontecesse a mudança do modelo de saúde. Sabe-se que os ACS levavam 3 meses para conseguirem cobrir toda sua área de atuação. O PSF enfrentou muitos problemas principalmente com a rotatividade de profissionais. Em 2001, aproximadamente, criou-se um PACS e novos profissionais foram contratados. Contudo, com o tempo percebeu-se que o município poderia comportar mais um PSF: sua população demandava e o território era muito extenso. Assim, em 2002 uma nova ESF foi implantada, juntamente com as ESB. Desta vez, segundo informações, o conselho municipal participou da implantação. Este, em 2002, estruturou-se e passou a funcionar, depois de muita luta de seus idealizadores. Neste mesmo ano foi inaugurado o Hospital Municipal Edson Lopes – sem aprovação da vigilância sanitária. Este se encontra em pleno funcionamento. Assim, os atendimentos que ocorriam no prédio da prefeitura passaram a acontecer naquele local. Para efeitos legais, este Hospital é cadastrado como UBS 2 e é mantido exclusivamente com verbas municipais. Os investimentos em estrutura continuaram ao longo dos anos. No ano de 2004 foi inaugurada uma unidade de saúde no Distrito de Virgolândia – Divino, sem que, no entanto, houvesse contratação de pessoal. Nesta UBS acontecem atendimentos das ESF e ESB rurais semanalmente.

A farmácia, até o ano de 2001, funcionava no prédio da prefeitura, tendo os usuários de sair do posto onde eram consultados para ir a uma certa distância de uns quatro

quarteirões, para buscar seus remédios; mas com a chegada da farmacêutica, a farmácia foi transferida para o estabelecimento do posto, junto aos consultórios médico e odontológico.

Apenas no ano de 2005, no segundo mandato do ex-prefeito, é que o PSF entrou pra valer em vigor (saindo do papel), com a contratação de diversos profissionais, e posterior concurso para a efetivação dos mesmos e de outros que não compunham o quadro da saúde até então. Temos, hoje, vários profissionais concursados – e alguns contratados, que estão inseridos ou não no Programa Saúde da Família: psicólogo, fisioterapeuta, bioquímica, farmacêutica, ESF e ESB com seus profissionais mínimos exigidos, auxiliares administrativos, etc. Em 2007 foi inaugurada uma segunda unidade de apoio na zona rural. Os atendimentos são quinzenais e não acontecem atendimentos odontológicos. Já no ano de 2008, a UBS 2, mais conhecida como hospital Edson Lopes, sofreu uma reforma e em 2009 passou a ser a unidade de saúde de Virgolândia, onde acontecem todos os atendimentos da atenção primária à saúde: consultas médicas e de enfermagem, atendimento odontológico, fisioterápico e psicológico, laboratório de análises clínicas, farmácia, sala de vacina, etc.

Pode-se afirmar que houve brusca mudança no modelo assistencial de Virgolândia. Busca-se hoje, através da estratégia da saúde da família, atender aos usuários dentro das perspectivas do SUS, garantindo-lhes três princípios básicos: universalidade, equidade e integralidade.

A saúde hoje

Virgolândia, segundo dados do SIAB – sistema de informação da atenção básica possui uma população de 5968 habitantes, sendo 52,08% residentes na zona rural. Apesar desta porcentagem, o município não possui estrutura adequada para manter a qualidade de vida destes moradores na zona rural. Não está preparado para garantir transporte coletivo e nem para incentivar e manter essa população no campo. Portanto, vivenciamos um processo de êxodo rural acompanhado de desemprego, baixos salários e má condições de vida. Daí o baixo percentual de usuários de plano de saúde, 5,36%. As pessoas dependem quase que exclusivamente da Atenção Primária à Saúde (APS) de Virgolândia. Além disso, 15,87% da população é constituída por idosos e a atenção primária não está preparada para fazer um acompanhamento adequado destes usuários, principalmente, daqueles que não

possuem alguma condição referida. Precisamos mudar o foco de nossa atenção, da condição aguda para a condição crônica, e assumir o nosso papel de coordenação da rede, para garantir um atendimento focado na promoção da saúde e prevenção de doenças e complicações.

De acordo com o fator de alocação, Virgolândia encontra-se no grupo 4, recebendo a quantidade máxima de recursos disponibilizados pelo Estado à saúde. Esse fator é definido pelos índices de necessidade em saúde (INS) e porte econômico que se encontram elevados: 1,54 e 1,78, respectivamente. Embora ruim, nossa situação é mais confortável que a de outros municípios da microrregião, como por exemplo, Peçanha com INS de 1,65 e Santa Maria do Suaçuí 1,78. Isto demonstra uma fragilidade do sistema de saúde vigente e o quanto teremos que trabalhar para reorganizarmos as redes de atenção do Estado, uma vez que uma sede de micro – Santa Maria do Suaçuí, possui INS maior que o de um município pertencente à região. As Equipes de Saúde da Família (ESF) da cidade têm recebido o incentivo do saúde em casa e o PAB variável e fixo regularmente. O PACS recebe R\$ 8.715,00, o Programa de Saúde Bucal R\$ 6.000, o PSF R\$ 19.200,00, PAB fixo R\$ 8.288,92. Infelizmente, nem todo incentivo recebido pelo programa de agentes comunitários de saúde é repassado a estes profissionais. Em Virgolândia o gasto público com saúde em relação ao PIB municipal em 2008 foi de 21,25%. A meta é um gasto mínimo de 15%. Contudo, sabemos que grande parte destes 21,25% foi gasta com assistencialismo, ficando a área da saúde prejudicada.

O sistema de saúde de Virgolândia é composto por uma UBS que funciona das 07:00h às 17:00h, com duas ESF, sendo que a primeira adesão ao programa ocorreu em 1998. À noite a unidade funciona com o médico em plantão de sobreaviso e uma técnica de enfermagem em plantão noturno por 12 horas. Há ainda duas unidades de apoio na zona rural que não funcionam diariamente – comunidade do divino e empoçado. Vale dizer que as UBS possuem prédio próprio, com estrutura mínima para o funcionamento do PSF. As ESF cobrem 100% da população e possuem uma média de 397,86 habitantes/ACS. Cada uma delas conta com uma ESB. Apesar de estarmos dimensionados conforme os parâmetros do Ministério da Saúde, a territorialização do município seguiu a concepção de território-solo, levando em consideração apenas os aspectos geográficos e, às vezes, populacionais. As equipes são responsáveis por uma população adscrita, que está subdividida em 15 microáreas e não realizam a classificação de risco e nem possuem algum instrumento de abordagem familiar. Apesar disso, a UAPS de Virgolândia está

organizada para acompanhar os portadores de patologias crônicas, mesmo não utilizando os protocolos clínicos da secretaria de estado rotineiramente.

Um problema que temos enfrentado é a rotatividade do profissional médico. De acordo com os dados de 2008 o número de consultas médicas por habitantes neste ano foi de 1,48, sendo preconizado de 2 a 3 consultas. Isso é justificado pela falta de atendimento das especialidades básicas no município (pediatria e ginecologia), falta de produção (não preenchimento do impresso de atendimento médico), e, às vezes, ausência do clínico. A odontologia não possui dados em relação às primeiras consultas programáticas, mas elas têm acontecido para as crianças em idade escolar. Segundo as cirurgiãs dentistas, tem prioridade no atendimento as que possuem maior número de dentes cariados.

A atenção primária tem que mudar sua forma de fazer saúde e realmente cumprir seus princípios: ser o primeiro contato do usuário com o sistema – garantindo acesso; atender com excelência a todos os ciclos de vida – desde o nascimento até a velhice; viabilizar o cuidado integral do sujeito, possibilitando a continuidade do cuidado; coordenar a rede de atenção, sendo responsável pelo indivíduo em todos os níveis; centralizar suas ações na família, considerando o contexto onde ela se insere; e desenvolver atividades voltadas à promoção da saúde e prevenção de doenças para a comunidade, contando com o apoio popular do conselho municipal de saúde. Ao analisarmos estes princípios, concluímos que em Virgolândia cumprimos com apenas 50% do que deveríamos. Mas devemos levar em consideração que muita coisa não depende apenas da ação da APS. Envolve questões extramunicípio e questões políticas. Portanto, os princípios da coordenação e orientação comunitária são os que menos cumprem com seu dever dentro da APS: 36,36% e 37,5%, respectivamente. A atenção primária não exerce seu papel de coordenação da rede, porque o sistema ainda é fragmentado e a participação popular do conselho municipal de saúde não existe, pois este possui ações bastante reprimidas e aquém das suas funções.

Não temos mecanismos de consulta especializada, pois não há protocolo para esse procedimento, e quando esta consulta é agendada, o tempo médio de espera é de aproximadamente um mês.

Também não há critérios definidos para a solicitação de exames de apoio diagnóstico. E no que diz respeito aos que são feitos no laboratório de análises clínicas do

município, temos a marca de 61% de exames sem alterações, número esse que deveria ser maior se investíssemos mais em prevenção de doenças e promoção de saúde.

A relação de medicamentos do município de Virgolândia é ótima, já que é melhor que a do próprio estado, e os remédios de uso contínuo para portadores de doenças crônicas são disponibilizados de forma regular, não faltando aos que deles necessitam.

O número de consultas/habitante/ano de urgências/emergências odontológicas é irreal, pois mascara algumas situações. Uma delas é o fato de que muitos usuários que entram no sistema como urgência/emergência não são de fato urgência/emergência. O que é considerado na odontologia como esse tipo de consulta seria paciente com dor intensa, exacerbada e contínua, fratura coronária, lesão de tecido mole devido a queda, abscesso extraoral com ou sem fistula. Na maioria das vezes não são pacientes com esses sinais e sintomas que consultamos, mas sim aqueles que conseguiram vaga sem ser com agendamento prévio ou sem ter entrado na fila.

Não há protocolo para solicitar internamentos hospitalares. Em relação às internações próprias é preciso esclarecer que não temos hospital, mas sim uma UBS que chamamos de Centro de Saúde II, que funciona 24 h, tendo um técnico de enfermagem durante todo o tempo e os médicos que trabalham nos PSFs ficam de sobreaviso para o atendimento nessa unidade. Os usuários ficam internados para observação, mas não há um sistema de informação para registros deles no SUS.

O Conselho de Saúde municipal não é atuante, havendo reuniões apenas quando estas são extraordinárias, isso significa que ele não participa do planejamento e monitoramento das ações. A Conferência de Saúde, que antes acontecia de 2 em 2 anos, já foi por duas vezes realizada em Virgolândia, a terceira conferência acontecerá no final desse ano, após 4 anos da última.

A UBS do município possui prédio próprio e está adequada às mais diversas atividades realizadas. O mesmo não se pode falar dos equipamentos e transporte sanitário, já que são obsoletos, inadequados e insuficientes para o serviço.

Temos uma UBS central e duas de apoio nas maiores comunidades da região (Empoçado e Distrito do Divino). Apenas a central disponibiliza medicamentos de uso contínuo para os usuários portadores de patologias crônicas. Isso gera transtornos para o serviço, uma vez que os usuários que consultam nas unidades de apoio precisam buscar seus remédios na UBS central, longe de suas casas. Faltam recursos humanos para equipar essas UBS.

Não temos AP Convencional, pois nossa AP possui ESF. Temos duas ESF completas. Infelizmente os profissionais que trabalham nessas equipes e que são pós-graduados em Saúde da Família são a grande minoria. Outra situação desfavorável é a enorme rotatividade dos médicos, não acontecendo o mesmo com os demais profissionais já são quase todos concursados. O curso básico de Saúde da Família não foi feito por nenhum profissional do PSF.

São poucos os que são beneficiados com a educação permanente, o que tende a melhorar com essas oficinas para a implantação do Plano Diretor, onde todos participam, e com a instalação da antena para se ter acesso ao Tele-Saúde, com programação que deve favorecer a todos da equipe.

De acordo com os dados existentes, a assistência ao pré-natal demonstra valores excelentes. O percentual de nascidos vivos de baixo peso, a incidência de tétano neonatal e sífilis congênita foi de 0% em 2008. Isso é o reflexo de um pré-natal de qualidade que garante à gestante cuidado integral, desde uma simples vacinação até a realização de exames mínimos preconizados. A assistência odontológica também tem dado ótimos resultados. 78% das crianças de 5 anos estão livres de cárie, segundo o levantamento epidemiológico feito nesse ano de 2009 - em 2007 esta porcentagem foi de 39,7% e em 2005 apenas 14,7%. Os adolescentes de 12 anos estão com CPOD de 2,42, dados também do levantamento epidemiológico desse ano, o que é um excelente índice já que o preconizado pela OMS é de no máximo 3,0. Nos anos de 2007 e 2005, respectivamente, tivemos valores de 3,64 e 3,5. Infelizmente a equipe de Saúde Bucal não possui dados em relação ao atendimento dos outros ciclos de vida porque não são programados. Isso precisa ser mudado para que a odontologia garanta um atendimento longitudinal de qualidade.

Não temos dados em relação às condições sensíveis à atenção ambulatorial voltadas ao adulto, ao idoso e às crianças, porque não há na UBS nenhum instrumento de coleta de dados das taxas de internação destas condições. Precisamos, portanto, criar mecanismos de registro destas informações.

É necessário uma política de saúde realmente voltada para a saúde e não para a enfermidade. A saúde precisa ser uma política pública. Para tal é fundamental a boa vontade dos dirigentes e funcionários envolvidos na Atenção Primária para que a promoção de saúde e prevenção de doenças sejam levados a sério.

REFERENCIAS

Atenção em Saúde Bucal. Saúde em Casa. 2ª ed. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007. 286 p.

CAMELO, S. H. H., ANGERAMI, E. L.S., SILVIA, E. M., MISHIMA, S. M. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. Revista Latino-Am. Enfermagem, v.8, n. 4. Ribeirão Preto, ago. 2000.

COELHO, M. O., JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado da atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. Ciênc. Saúde Coletiva, vol. 14, supl. 1. Rio de Janeiro, set./out., 2009.

CORRÊA, E. J., VASCONCELOS, M., SOUZA, M. S. de L. Iniciação à metodologia científica: participação em eventos e elaboração de textos científicos. Nescon UFMG, Belo Horizonte, Ed Coopmed, 2009. 95 p.

FRACOLLI, L. A., ZOBOLI, E. L. C. P. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. Rev. Esc. Enferm., USP, v. 38, n. 2. São Paulo, jun. 2004.

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, vol. 15, n. 2. Rio de Janeiro, abr./jun., 1999.

GOMES, M. C. F. A., PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: Práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. Interface. Comunic., Saúde, Educ., v.9, n. 17, p. 287-301, mar/ago 2005.

GONÇALVES, J. E. L. As empresas são grandes coleções de processos. RAE- Revista de Administração de Empresas, v.40, no. 1, p. 6-19. São Paulo, jan./mar. 2000.

HENNINGTON, E. A. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. Cad. Saúde Pública, v. 21, n. 1. Rio de Janeiro, jan./fev. 2005.

Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde, oficina 1. Redes de atenção à Saúde. ESPMG, 118 p. Belo Horizonte, 2009.

Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde, oficinas 2 e 3. Análise da Atenção Primária à Saúde e Diagnóstico Local . ESPMG, 86 p. Belo Horizonte, 2009.

Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde, oficina 5. Acolhimento e Classificação de risco. ESPMG, 56 p. Belo Horizonte, 2009.

LIMA, S. M. M. Acolhimento solidário ou atropelamento? A qualidade na relação profissional de saúde e paciente face à tecnologia informacional. Cad. Saúde Pública, v. 20, n. 2. Rio de Janeiro, mar./abr. 2004.

MILITÃO, M. Textos sobre o SUS. 2004. 55 p.

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de atenção básica. Saúde Bucal. Cadernos de Atenção Básica, nº 17. Brasília – DF, 2006. 92 p.

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Série B. Textos Básicos de Saúde. Acolhimento nas práticas de Produção de Saúde. 2ª ed. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2006, 44P.

RAMOS, D. D., LIMA, M. A. D. da S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública, vol. 19, no 1. Rio de Janeiro, jan./Fev..., 2003.

ROMANO, V. F. As travestis no programa saúde da família da Lapa. Saúde Soc., vol 17, no 2. São Paulo, abr./jun., 2008.

ROSSI, F. R., LIMA, M. A. D. da S. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. Revisa. Brás. Enferm., v. 58, n. 3. Brasília, maio/jun. 2005.

SANTOS, A. M. dos, ASSIS, M. M. A., RODRIGUES, A. A. A. de O., NASCIMENTO, M. A. A. do, JORGE, M. S. B. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do programa saúde da família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública, v. 23, no. 1. Rio de Janeiro, jan. 2007.

SCHIMITH, M. D., LIMA, M. A. D. da S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública, vol. 20, n. 6, Rio de Janeiro, Nov/dez., 2004.

SCHMIDT, M. B., FIGUEIREDO, A. C. acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. Vol. 12, no 1. São Paulo, mar. 2009.

SOUZA, E. C. F. de, VITAR, R. L. A. de, ROCHA, N. de S. D., UCHOA, A. da C., ROCHA P. de M. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais da saúde. Caderno de Saúde Pública, V. 24, supl. 1. Rio de Janeiro, 2008.

TAKEMOTO, M. L. S., SIVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, v. 23, n. 2. Rio de Janeiro, fev., 2007.

TEIXEIRA, R. R. O Acolhimento num Serviço de Saúde Entendido como uma Rede de Conversações. Construção da Integralidade: Cotidiano, Saberes e Práticas em Saúde, IMS-UERJ/ABRASCO. Rio de Janeiro, 2003, PP 89-111.

VASCONCELOS, M., GRILLO, M. J. C., SOARES, S. M. Práticas pedagógicas em atenção básica à saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Nescon UFMG, Belo Horizonte, ed Coopmed. 68p.