

Fabiana Soares Rodrigues

Acolher com acolhida: o desafio da equipe Aimmé Cançado Couto

FORMIGA/ MG
2011

FABIANA SOARES RODRIGUES

Acolher com acolhida: o desafio da equipe Aimmé Cançado Couto

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

Orientadora: Professora Sônia Maria Nunes Viana

FORMIGA – MG
2011

FABIANA SOARES RODRIGUES

ACOLHER COM ACOLHIDA

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

Orientadora: Professora Sônia Maria Nunes Viana

Banca Examinadora

Prof.(a) _____

Prof.(a) _____

Prof.(a) _____

Aprovada em Belo Horizonte ____/____/____

AGRADECIMENTOS

A Deus por ser minha fortaleza e abençoar minha caminhada;

Aos meus familiares que são os maiores estímulos na busca de todas as conquistas;

Aos meus amigos, em especial Sílvio e Helenice, que me acolheram como filha, acreditaram e me incentivaram;

Ao Lucas, pela sua presença tornando tudo mais leve;

À comunidade de Barão de Cocais, que despertou o desejo de trabalhar para a concretização da Estratégia Saúde da Família;

Aos profissionais da equipe Aimeé Cançado Couto, que me fizeram acreditar em mudança do modelo quando se tem a coragem de agir;

Ao Prefeito Abade e sua esposa Vera que confiaram a mim o cargo de coordenação;

Ao Secretário de Saúde, Geovani, que me deu autonomia para desenvolver meu trabalho;

A tutora Maria Isabel pela simpatia, disponibilidade e possibilidade de adquirir novos conhecimentos;

A orientadora Sonia Maria pela paciência, palavras de estímulo, apoio e por partilhar seu conhecimento.

“Ai daqueles que pararem com sua capacidade de sonhar, de invejar sua coragem de anunciar e denunciar. Ai daqueles que, em lugar de visitar de vez em quando o amanhã pelo profundo engajamento com o hoje, com o aqui e o agora, se atrelarem a um passado de exploração e de rotina.”

PAULO FREIRE

RESUMO

Este trabalho relata a experiência de uma equipe, ESF Aimmé Cançado Couto, do município de Barão de Cocais, Minas Gerais, onde utilizaram da ferramenta do acolhimento para acolher melhor a necessidade da comunidade de sua área adstrita, sendo que as mudanças ocorridas chamaram a atenção da Secretaria Municipal de Saúde, onde a autora enquanto Coordenadora da Atenção Básica, decidiu avaliar o trabalho desta equipe com aprofundamento na literatura pertinente e avaliação quantitativa dos resultados, para propiciar as outras equipes ferramentas para mudar o processo de trabalho, garantindo o acesso da população aos serviços de saúde e concretização dos princípios do SUS.

Palavras-chaves: SUS – Estratégia Saúde da Família - Acolhimento

ABSTRACT

This paper describes the experience of a team, ESF Aimmé Cançado Couto, the city of Baron Cocais, Minas Gerais, where the host used the tool to better accommodate the needs of the community in your area enrolled, and that changes the attention of the Municipal Health, where the author as a Coordinator of Primary Care, decided to evaluate the work of this team with further readings in literature and quantitative assessment of results, other teams to provide tools to change the work process, ensuring people's access to health services and achieving the principles of the NHS.

Keywords: SUS - Family Health Strategy - Home

Sumário

1. INTRODUÇÃO	08
2. OBJETIVO GERAL	12
3. METODOLOGIA DE ESTUDO	
4. REVISÃO DE LITERATURA	13
4.1 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	13
4.2 ACOLHIMENTO	14
5. DESENVOLVIMENTO	19
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
7. REFERÊNCIAS	34
8. TABELA I – DADOS DEMOGRÁFICOS – ESF AIMEÉ CANÇADO COUTO ...	19
9. GRÁFICO I – DADOS ATENDIMENTO MÉDICO – SIAB DE BARÃO DE COCAIS - ESF AIMEÉ CANÇADO COUTO	21
10. GRÁFICO II – VISITA DOMICILIAR DO MÉDICO – SIAB - ESF AIMEÉ CANÇADO COUTO	22
11. GRÁFICO III– VISITA DOMICILIAR DO ENFERMEIRO- SIAB DE BARÃO DE COCAIS - ESF AIMEÉ CANÇADO COUTO	23
12. GRÁFICO IV - NATUREZA PROCURA ATENDIMENTO- SIGAB DE BARÃO DE COCAIS – ESF AIMEE CANÇADO COUTO	24
13. GRÁFICO V - ATENDIMENTO INDIVIDUAL ENFERMEIRO – DADOS SIAB DE BARÃO DE COCAIS – ESF AIMEE CANÇADO COUTO	25
14. GRÁFICO VI – NÚMERO DE GRUPOS REALIZADOS – DADOS SIGAB DE BARÃO DE COCAIS – ESF AIMEE CANÇADO COUTO	27
15. GRÁFICO VII – MÉDIA DE PARTICIPANTES POR GRUPO - – DADOS SIGAB DE BARÃO DE COCAIS – ESF AIMEE CANÇADO COUTO.....	27

1. INTRODUÇÃO

O SUS (Sistema Único de Saúde) foi uma conquista da população para garantir uma assistência de saúde com qualidade, redirecionando o trabalho através dos princípios de universalidade, equidade e integralidade, sendo um desafio instituir estes princípios na produção do trabalho, visto que é necessário vencer uma cultura imposta pelo modelo biomédico.

Como política de mudança do modelo biomédico, o Ministério da Saúde propôs aos municípios em 1994, a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), para organizar a atenção primária, reestruturando os serviços e orientando as práticas profissionais para promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. Atualmente o PSF assume um papel de Estratégia Saúde da Família e não mais de programa, pois não pressupõe um fim, é contínuo.

Para a concretização dos objetivos da Estratégia Saúde da Família a criação de vínculo entre a comunidade e os profissionais, facilita a identificação e desenvolvimento de ações que garantem acesso conforme as necessidades da área adscrita, em sintonia com os princípios do SUS, de universalidade do acesso, integralidade nas ações e equidade, onde a comunidade sinta-se acolhida, respeitada e confie no serviço de saúde.

Segundo Souza *et al.* (2008) para a construção do SUS a prática do acolhimento é uma diretriz operacional, pois através do mesmo garantimos a acessibilidade de todos, valoriza-se o trabalho multiprofissional deslocando a centralização da figura do médico e propiciando vínculo devido uma relação trabalhador - usuário mais humana.

O acolhimento é uma forma de garantir o acesso de todo usuário, propiciando vínculo entre comunidade e equipe, com a possibilidade de refletir sobre o processo de trabalho para realizar um cuidado de forma integral. (SOUZA *et al.*,2008)

Contudo os profissionais da Estratégia Saúde da Família em geral, não têm se apoderado de ações para concretizar este vínculo e os resultados almejados ficam cada vez mais distantes e difíceis de serem alcançados, pois na maioria das vezes os profissionais utilizam do argumento “*não tem ficha*”, como orientações aos usuários, sem ouvir suas queixas e dar o encaminhamento devido. Este argumento conduz a uma inferência que os profissionais, especialmente os da enfermagem tentam se esquivar da responsabilização pelo problema do usuário.

Franco *et al.* (1999) afirma que “é essencial que fique perceptível, no comportamento da equipe, a compreensão de que vínculo significa a responsabilização pelo problema de saúde do usuário, individual e coletivo”.

Neste contexto, a autora deste estudo, na sua vivência profissional questiona como um programa que veio para mudar o modelo assistencial ainda preserva as filas como porta de entrada para o serviço, onde são distribuídas “fichas” para atendimento médico, por ordem de chegada e não de necessidade, desrespeitando o princípio da equidade, sem se preocupar em ter uma escuta do problema.

Castro (2006) afirma que o acolhimento modifica a prática do atendimento por ordem de chegada nas filas de espera por um processo de identificação do problema, voltado para a situação de cada usuário, onde quem está com maior risco têm prioridade, além de viabilizar o atendimento através da atenção agendada e programada.

Uma das dificuldades para que ocorra o acolhimento são os profissionais compreenderem o verdadeiro sentido do mesmo, pois muitos têm como interpretação do acolhimento apenas a ação de recepção, fornecimento de um ambiente confortável e triagem, não valorizando o processo de escuta do problema.

Para Solla, (2005), o acolhimento deve garantir a resolutividade, que é o objetivo final do trabalho em saúde, buscando resolver efetivamente o problema do usuário, sendo necessário reorganizar as práticas de trabalho para aumentar a capacidade de identificar e solucionar os problemas dos usuários.

Acredita-se que com este relato de experiência fortaleça os argumentos que as práticas de acolhimento é uma ferramenta importante e possível de ser concretizada, para intervir no cenário da organização do serviço de saúde, numa cidade do interior do estado de Minas Gerais, em Barão de Cocais.

Barão de Cocais cidade conhecida como Portal do Caraça, localizada no Centro-Leste de Minas Gerais, possui 28.074 habitantes conforme censo 2010. Em 1996 foi implantada a primeira equipe de PSF, porém somente em 2006 a cobertura da Estratégia Saúde da Família passou a ser de 100%, com 10 equipes de saúde da família, com área adstrita não superior a 3.000 habitantes. (FONTE DESTES DADOS IBGE- SMS)

As equipes de Estratégia Saúde da Família de Barão de Cocais têm como gerentes administrativas as enfermeiras supervisoras que estão subordinadas a uma Coordenação Geral, com uma experiência de 07 anos na Estratégia de Saúde da Família no município foi possível vivenciar processos de transição da valorização da gestão no modelo hospitalocêntrico para um investimento na atenção básica.

Porém mesmo com a cobertura da ESF em 100% do município e a redução do número de habitantes por área adstrita e com o acesso facilitado pela redução da distância das unidades dos seus domicílios, a população tem procurado a Secretaria Municipal de Saúde constantemente com queixas por não ter conseguido o atendimento médico que precisavam.

Um dos possíveis obstáculos para o atendimento às demandas da população é cada equipe ter uma forma de trabalhar sua agenda, onde na maioria das vezes ainda são distribuídas fichas de atendimento médico, com horários para demanda programada apenas para pré-natal, gerando filas que iniciam nas madrugadas na porta das unidades. Cabe salientar também que poucas unidades priorizam atividades de prevenção à doença e de promoção à saúde estando focadas em atendimentos individuais e curativistas.

Em contraponto os profissionais queixam da demanda espontânea cada vez mais crescente e que a população valoriza o modelo biomédico não participando das atividades preventivas e de promoção da saúde ofertadas pelos serviços.

Com a experiência e conhecimento adquirido ao participar da Pós Graduação Saúde da Família, pela NESCON (Núcleo de Educação em Saúde Coletiva – UFMG), após estudo do módulo 4: “Práticas Educativas em Atenção Básica à Saúde: Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade”, ao compreender o capítulo de acolhimento, surgiu a possibilidade de aprofundar melhor o tema no município de Barão de Cocais através de uma revisão da literatura e análise das experiências vividas na Equipe do PSF Aimeé Cançado Couto, equipe que tem se destacado na sua proposta diferenciada e assertiva de atendimento.

Esta unidade de saúde é situada em um dos bairros críticos do município, com alto índice de violência e a presença de usuários e do tráfico de drogas, funcionou como posto de saúde por 26 anos, sendo referência para atendimento do município. A mesma, em 1999 foi cadastrada como Programa Saúde da Família.

A unidade manteve nos seus primeiros anos de mudança de modelo assistencial, atendimentos de outras especialidades, onde a comunidade de toda a cidade era referenciada, dificultando o entendimento de área adstrita e a própria equipe enfrentava dificuldades em incorporar as práticas de trabalho do programa, desenvolvendo atividades apenas em âmbito individual e os profissionais atuavam de maneira isolada trabalhando para reverterem o modelo sem consolidarem um trabalho em equipe.

Com o passar dos anos foram agregados profissionais com experiências exitosas, fortalecendo a relação da equipe, com objetivos em comum o que originou um processo de mudanças para concretizar o verdadeiro modelo da ESF.

Sabe-se que foram anos de valorização do modelo biomédico e sem dúvida a propostas da Estratégia de Saúde da Família foi um grande avanço para a mudança de modelo, porém é necessário um preparo melhor dos profissionais na vida acadêmica e em serviço para uma compreensão, valorização e responsabilização pelas propostas e princípios do SUS no que se refere ao atendimento ao usuário.

Este estudo, um relato de experiência tem a proposta de apresentar a viabilidade de acolhimento como ferramenta no processo de trabalho, vivenciado na unidade Aimeé Cançado Couto, uma equipe de Estratégia Saúde da Família de Barão de Cocais, uma cidade do interior do Estado de Minas Gerais.

2. OBJETIVO GERAL:

- Identificar a prática do acolhimento como ferramenta no processo de trabalho das equipes de Estratégia Saúde da Família, através do impacto quantitativo no serviço e a concretização dos princípios do SUS, na Equipe de Saúde da Família Aimeé Cançado Couto em Barão de Cocais, Minas Gerais.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar a prática aplicada pela equipe Aimeé Cançado Couto dentro da política de acolhimento.
2. Avaliar o impacto quantitativo nos atendimentos da equipe Aimeé Cançado Couto com a proposta de acolhimento adotada no serviço.

3. Metodologia de Estudo

Este estudo foi realizado através de um relato de experiência analisando as vivências sobre a prática de acolhimento incorporada e implementada pela equipe da Estratégia Saúde da Família Aimeé Cançado Couto em Barão de Cocais, Minas Gerais.

A natureza desse trabalho é a metodologia qualitativa, descritiva, onde tem por objetivo interpretar as observações feitas em uma dada realidade e o impacto quantitativo no serviço com a mudança do processo de trabalho.

Segundo Neves (1996) a pesquisa qualitativa compreende um conjunto de técnicas interpretativas, que visam descrever e decodificar os componentes de um sistema complexo de significados, interpretando fenômenos do nosso dia-a-dia.

Para a análise e compreensão dos resultados de forma quantitativa, utilizou-se de dados do SIAB (Sistema de Informação Atenção Básica) e SIGAB (Sistema de Gerenciamento de Unidade Ambulatorial Básica), tendo como fonte os arquivos da Secretaria Municipal de Saúde de Barão de Cocais, além de dados dos diagnósticos situacionais realizados pela ESF Aimeé Cançado Couto.

Para melhor compreensão e avaliação destes resultados, foi realizado uma revisão de literatura através de publicações de livros, artigos e materiais disponibilizados pela internet nos bancos de dados da Biblioteca Virtual do NESCON, **SciELO**, *A Scientific Electronic Library Online*, no sítio do Professor Emerson Elias Merhy, na LILACS, na BIRENE e na Biblioteca Virtual em Saúde.

4. REVISÃO DA LITERATURA

4.1 - A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Embora criado como Programa Saúde da Família (PSF), após uma década de experiências vividas, verificou-se que, o programa era de fato uma grande estratégia de atenção à saúde, passando a ser orientado como uma Estratégia Saúde da Família, e de uma forma especial busca reverter a prestação de assistência à saúde no Brasil.

Durante anos o Brasil passou por diversas tentativas de estruturar um serviço de saúde que garantisse melhores condições de vida para a população. Sendo que a Declaração de ALMA-ATA, formulada na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978, no Casaquistão, salientava a necessidade dos governos estruturarem os sistemas de saúde através do cuidado primário, promoção da saúde, garantindo a equidade na assistência, controle social com participação da população, resultando em uma Carta de Intenções, Carta de Otawa que passou a nortear os países em busca de um serviço que garantisse Saúde para todos.

Mas foram necessários mais 10 anos de luta para o Brasil firmar na Constituição Brasileira de 1998 o direito a saúde como um direito de todos. Sob o impulso da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, definiu-se na Constituição, em seu artigo 196 que “saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (Brasil, 2000)

Para garantir a saúde como um direito de todos e também o acesso igualitário foi constituído o SUS, Sistema Único de Saúde, pela Lei 8.080 em 1990, tendo como princípios doutrinários a universalidade do acesso, a integralidade das ações e a equidade e como princípios organizativos a descentralização e comando único, regionalização, hierarquização e participação popular. Em seguida a Lei 8.142/90 veio legitimar a participação popular, através das Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde no acompanhamento das ações e políticas de saúde.

Em 1994 surge no Brasil o PSF, Programa Saúde da Família, após o sucesso do PACS, Programa Agente Comunitário de Saúde, em 1991, como uma proposta de reorganização do modelo de assistência a saúde através da atenção básica, com ações de

promoção, proteção, diagnóstico, tratamento e recuperação da saúde em sintonia com os princípios do SUS.

A equipe do PSF é multiprofissional, composta no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde, podendo incorporar uma equipe de Saúde Bucal. Atuando em uma área delimitada geograficamente, com cobertura de no máximo 4.000 habitantes.

A Portaria Nº 648/2006 determina alguns princípios do processo de Trabalho das Equipes de Estratégia Saúde da Família, entre elas: realizar o cadastramento de todas as famílias do território adstrito, mantendo o mesmo atualizado; realizar diagnóstico situacional e programar as ações para solução dos problemas de saúde mais frequentes tendo como foco a família e a comunidade; desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população; indentificar parcerias e integrar-se aos projetos sociais e setores afins; estimular à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações. (BRASIL, 2006)

A Saúde da Família tem se configurado como uma das intervenções mais amplas realizada no Brasil para reorganização do modelo de atenção à saúde no âmbito do SUS, modificando o modelo biomédico, com um grande potencial de fortalecer a implantação do acolhimento na rede básica, na criação do vínculo entre equipe e usuário e a humanização do atendimento. (SOLLA, 2005)

Souza (2008) afirma que a Estratégia Saúde da Família busca romper com paradigmas e incorpora novo pensar e agir na perspectiva de mudança e conversão do modelo assistencial. Possibilita a entrada de novos sujeitos e linguagens no âmbito da atenção, com modificações das práticas sendo o cuidado norteado pelos princípios da integralidade, com presença ativa do usuário como protagonista.

4.2 – ACOLHIMENTO

Os princípios do SUS fazem com que o sistema seja acolhedor, pois foram criados para garantia do acesso ao serviço de saúde e melhoria da qualidade da assistência, mas na prática concretizar o processo de trabalho segundo esta linha é um desafio.

Em 2006, o Ministério da Saúde implementou a Política Nacional de Humanização (PNH), para superar alguns desafios que impedem o SUS evoluir e se legitimar, trazendo o tema de acolhimento para discussão e reflexão das práticas e postura das ações de saúde, visando uma melhor relação de confiança e compromisso entre usuário e profissionais da saúde. (BRASIL, 2006)

Para Solla, (2005) “acolhimento” significa humanizar o atendimento em saúde, garantindo o acesso a todas as pessoas. Escutar os problemas e responsabilizar por soluções, comprometer-se com a dor alheia. Portanto não é ato apenas de triagem.

É mais do que uma triagem qualificada, pressupõe um conjunto formado por atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções resolutivas para seu enfrentamento, uma atitude da equipe de saúde que permita receber bem os usuários e escutar de forma adequada e humanizada as suas demandas, solidarizando-se com o sofrimento. (SOLLA, 2005)

Muitos profissionais viciaram seus ouvidos a não escutar os problemas relatados pelos usuários, menosprezando dados relevantes que interferem na conduta clínica adotada, o que talvez justifique o motivo dos usuários retornarem várias vezes ao serviço, gerando um problema de demanda espontânea cada vez mais crescente.

Takemoto (2007) afirma que o acolhimento não é apenas uma atividade em si, mas conteúdo de toda atividade assistencial e consiste na busca de um reconhecimento das necessidades de saúde dos usuários e das formas possíveis de satisfazê-las.

Conforme a afirmação acima, acolhimento enquanto postura e prática requerem muito mais que um espaço ou profissionais para receber o usuário, precisa de uma visão mais ampla da equipe, da gestão e até mesmo dos usuários. Todos devem comprometer se em buscar melhores condições de vida, afinal trabalhadores e gestores também usufruirão dos resultados alcançados, visto que convivem nas comunidades estando expostos aos problemas da área adstrita.

De acordo com Silva Jr. & Mascarenhas (2004), o acolhimento, como reformulador do processo de trabalho, pontua problemas e oferece soluções e respostas pela identificação das demandas dos usuários, rearticulando o serviço em torno delas.

Como o acolhimento engloba todas as atividades assistenciais, passam a reformular todo o processo de trabalho, as ações devem ser planejadas em cima dos problemas da área adstrita, para intervir conforme a realidade das demandas, sendo fundamental a elaboração do diagnóstico de saúde e atualização do mesmo.

Para Takemoto (2007), o acolhimento traz duas possibilidades: uma como postura diante do usuário e suas necessidades, de contínua investigação e negociação e modos de satisfazê-las e outra, como reorganizador do trabalho na unidade, com o objetivo de atender à demanda espontânea, aumentando o acesso e humanizando as ações.

Mas para Ribeiro & Shimazaki (2006) a organização do acolhimento inicia-se num processo de territorialização, conhecendo as demandas programadas para garantir uma abordagem diferenciada nas condições crônicas, com agendamento de consultas, tendo como instrumento orientador as diretrizes das Linhas-Guias do Estado de Minas Gerais, que são protocolos que orientam gestores e profissionais de saúde sobre a execução de ações em condições específicas (Hipertensos, Diabéticos, Gestantes, Crianças, entre outras) e dimensionando o acesso do usuário pela demanda espontânea, através da avaliação dos sinais de alerta para uma intervenção imediata.

O acolhimento deve ser visto, portanto, como uma ferramenta para atender a exigência de acesso, propiciar vínculo entre equipe e população, refletir o processo de trabalho, modificando o mesmo para propiciar um cuidado integral.

O que sustenta a viabilidade à proposta do acolhimento é a maneira como se estabelecem as relações entre os diversos atores envolvidos. “Essa proposta de acolhimento se apóia no reconhecimento das relações entre as pessoas no momento do atendimento como uma das questões-chave, e em especial a relação trabalhador-usuário”(MATUMOTO, 2002).

O autor também aponta que “na construção das relações entre o serviço e usuários, entre trabalhadores e usuários, a comunicação é um dos aspectos fundamentais para este entendimento de acolhimento” (MATUMOTO, 2002).

Sendo fundamental a comunicação neste processo, a garantia de espaço para que trabalhadores e usuários a exercitem, onde possam discutir as necessidades de saúde e negociar as ações, evitando conflitos na relação diária, estes espaços na prática acontecem a cada 4 (quatro) anos na Conferência de Saúde ou mensalmente por um grupo menor nos Conselhos Municipais, a fomentação de Conselhos Locais na área adstrita contribui para efetivar a participação popular.

Franco *et al.*, (2009) afirma que o acolhimento busca inverter a organização e funcionamento do serviço, onde a equipe tenha como princípios atender a todos que procuram o serviço (universalidade). Busca também reorganizar o processo de trabalho utilizando da contribuição de todos os profissionais inseridos na equipe, tirando o foco do trabalho na figura médica, e, também melhorar a relação entre trabalhadores e usuários, com questões éticas, de solidariedade e cidadania (participação popular).

Para Tesser (2010), o acolhimento “implica avaliação de riscos e vulnerabilidades, eleição de prioridades, percepção de necessidades clínico-biológicas, epidemiológicas e psicossociais, que precisam ser consideradas”, conforme recomenda o princípio da equidade. Porém para tal prática é importante como se dá o processo de escuta, a comunicação deve ser boa, para estreitar as relações, consolidar o vínculo, diminuindo as ansiedades do usuário com ações resolutivas.

O autor também afirma que

“ quanto mais flexíveis e versáteis os profissionais, quanto mais diversificadas e pouco ritualizadas forem suas ações, quanto mais misturadas e trabalhando juntas as pessoas, quanto mais aberto e acessível o serviço a todos os tipos de demanda, maior a possibilidade da equipe imergir no mundo sociocultural de sua área de abrangência, de trocar saberes pessoais e profissionais, de realizar melhor o Acolhimento e garantir o acesso.”(TESSER, 2010).

Os processos de mudança geram uma resistência tanto por parte dos profissionais quanto por parte dos usuários, o novo por ser desconhecido, traz certa insegurança, medo de não funcionar. Sendo fundamental um preparo dos profissionais, através de capacitações e educação permanente para incorporar novas práticas e educação em saúde com a comunidade, para entenderem, comprometerem e auxiliar na construção de uma nova prática de trabalho.

5. DESENVOLVIMENTO

5.1 – SOB A ÓTICA DA COORDENAÇÃO: O PROCESSO DE ACOLHIMENTO DA ESF AIMEÉ CANÇADO COUTO

O cenário Aimeé Cançado Couto, corresponde a uma das dez equipes da Estratégia Saúde da Família, no município de Barão de Cocais, Minas Gerais, que foi implantada inicialmente como posto de saúde do INAMPS em 1976, onde além do atendimento a comunidade do entorno, absorvia os atendimentos médicos e serviços de imunização, curativo e distribuição de medicamentos para o restante da cidade. Esta situação perdurou até o ano 1999, quando foi alterada sua proposta de atuação, passando a assumir uma equipe do Programa Saúde da Família.

A área adstrita onde a ESF AIMEÉ CANÇADO COUTO esta implantada, fica localizada na periferia da cidade, e a unidade abrange um total de 06 bairros. É cortada por um rio de leito poluído, tem 02 nascentes de água, sendo que 21% da população utilizam de água sem tratamento, 98,7% possui rede elétrica e 97% o lixo é coletado.

As condições econômicas e culturais são precárias, prevalecendo alto índice de morbidade por violência, além dos problemas sociais com os usuários de drogas e a presença de traficantes. De acordo com o diagnóstico situacional realizado pela ESF, a área adstrita possui 12 bares e 03 igrejas e 01 escola, com precariedade em infraestrutura para atividades culturais de lazer.

A distribuição demográfica da população da área de abrangência da ESF Aimeé Cançado Couto, conforme apresentada na TABELA I abaixo tem um predomínio de adultos jovens na sua composição e que são usuários freqüentes do sistema de saúde.

TABELA I – DADOS DEMOGRÁFICOS – ESF AIMEÉ CANÇADO COUTO

IDADE	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
> 1 ANO	14	19	33
1-4	77	95	172
5-6	49	39	88
7-9	61	59	120
10-14	113	118	231
15-19	129	103	232
20-39	450	484	934
40-49	147	169	316

50 -59	120	143	263
Acima 60 anos	90	125	215
TOTAL	1250	1354	2604

Fonte: SIAB- DADOS DEMOGRAFICOS ESF AIMEE CANÇADO COUTO

Inicialmente, na implantação da ESF, com apenas uma equipe cadastrada como saúde da família, com uma prática de trabalho ainda voltada para o modelo curativista, e mantendo o atendimento das especialidades para as demais regiões da cidade enfrentou-se inúmeras dificuldades para a mudança de modelo que se preconizava à partir de 1994. Os profissionais apresentavam dificuldade em compreender a nova forma de trabalho e a comunidade aceitarem a mudança do modelo. Cabe aqui salientar a importância que ambos, profissionais e comunidade, reconheçam nas estratégias propostas pelo SUS um caminho para exercer o direito ao acesso universal e conquistar a integralidade e a equidade da assistência à saúde. (BREHMER & VERDI, 2010)

A Secretaria Municipal de Saúde ampliou o número de equipes, mas percebeu que os resultados com a ESF da família não estavam sendo eficientes, pois as 04 equipes existentes não conseguiam atuar com população de área adstrita, muito menos executar ações de promoção e prevenção, como grupos operativos e visitas domiciliares, pois estavam ocupados em atender os casos agudos, tendo que absorver toda a demanda reprimida das áreas descobertas do município.

Em 2005 surgiu a proposta de reorganizar os serviços através do fortalecimento da Atenção Básica, como as 04 equipes ESF não estavam absorvendo a demanda, implantou-se 03 e em 2007 outras 03, totalizando 10 equipes e 100% de cobertura da população. A Secretaria Municipal de Saúde, tinha agora como desafio que a equipe da unidade referida entendesse a filosofia da ESF e para auxiliar nesta compreensão, o primeiro passo era deslocar os atendimentos das especialidades não pertencentes a equipe para outro local

Logo que a equipe Aimeé Cançado Couto, entendeu o funcionamento do programa observou-se mudanças ocorridas no processo de trabalho. Uma das ações que demonstrou esta nova visão da equipe foi a consolidação de todos os prontuários individuais em um prontuário para a família, com os profissionais envolvidos se responsabilizando pela lógica do trabalho voltado ao cuidado da família e comunidade e não mais ao atendimento individual.

Mas outro problema a ser superado, era que nem toda a equipe estava envolvida, pois os profissionais não tinham a mesma linha de trabalho, uns acreditavam e buscavam a mudança do modelo, atuando na prevenção, promoção e reabilitação e outros centrados

apenas no cuidado individualizado e curativo, e o reflexo eram filas na porta da unidade para busca de ficha de atendimento médico, iniciando nas madrugadas, onde a ordem de chegada é que determinava a prioridade do atendimento. Além das dificuldades inerentes a um momento de mudanças, a grande rotatividade do profissional médico complicava o cenário vigente, pois as atividades se iniciavam e paravam para se adequar ao novo profissional que chegava.

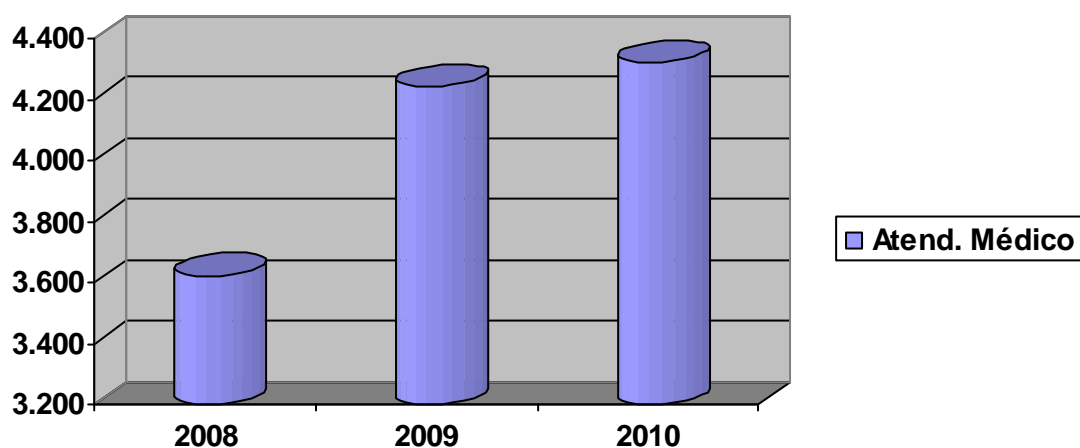
Em 2008, com mais uma mudança do profissional médico, desta vez um profissional articulado com o perfil e linha de trabalho da enfermeira e odontóloga da equipe, começaram a aparecer sinais de fortalecimento nas modificações da linha de trabalho para concretização da Estratégia Saúde da Família, vale ressaltar que a enfermeira e odontóloga fizeram especialização em saúde da família e o médico esta cursando, dando uma formação diferenciada para a atuação.

Passou-se a adotar o agendamento das consultas e não mais a distribuição de fichas no dia, sendo que a enfermeira ficou responsável em fazer uma avaliação das demandas espontâneas, o que no princípio gerou certo stress para a equipe e comunidade, mas persistiram com o agendamento, pois se visualizava mudanças nítidas no acolhimento.

Souza (2008) afirma que a pressão do usuário pelo atendimento imediato e a recusa de ser acolhido por outro profissional, faz o trabalho se tornar-se difícil, mas o acolhimento tem ajudado a organização do processo de trabalho, produzindo na equipe uma compreensão mais ampliada das necessidades de saúde dos usuários que vão além da identificação apenas das enfermidades, muitas vezes imperceptíveis numa abordagem fria restrita a sinais e sintomas.

Em relação ao atendimento médico, no primeiro momento, a sensação que fica para a comunidade é que o agendamento diminui a quantidade de consultas, pois não visualiza a forma de entrada do usuário, porém como já verificado por outros autores “os dados comparados de acessibilidade aos serviços demonstram o aumento extraordinário do atendimento geral” (FRANCO, 1999), o que é possível visualizar no Gráfico I, onde uma vez implantado a nova proposta, apresentou-se um crescimento de 16,3 %, no atendimento individual do médico da equipe.

GRÁFICO I – DADOS ATENDIMENTO MÉDICO – SIAB DE BARÃO DE COCAIS - ESF AIMEÉ CANÇADO COUTO

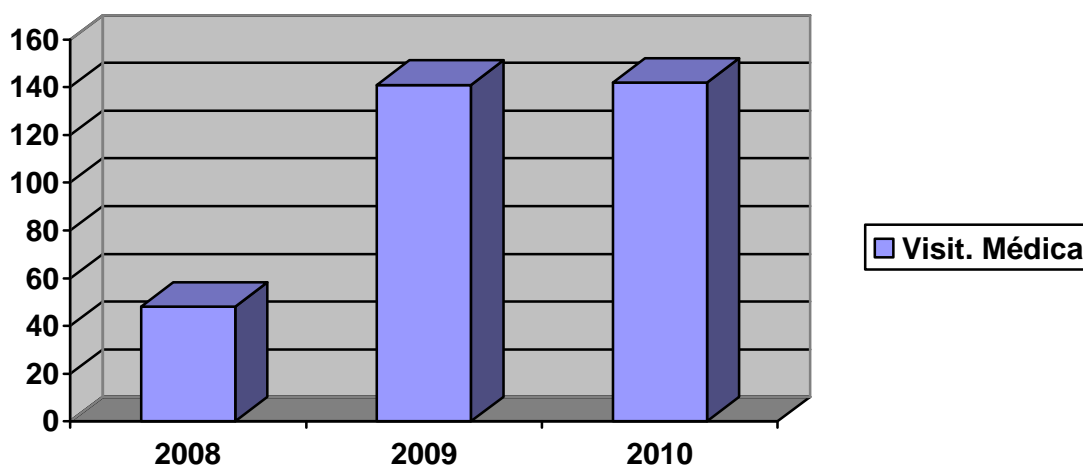


Fonte: SIAB DE BARÃO DE COCAIS - ESF AIMEÉ CANÇADO COUTO

Mesmo modificando a forma de trabalho, incluindo na agenda de atendimentos horários para trabalhar os grupos e visita domiciliar, o atendimento individual não reduziu e sim aumentou com o passar dos anos, e principalmente com a compreensão da comunidade da nova proposta.

A visita domiciliar do médico foi outro ponto fundamental para melhorar o acolhimento da equipe, era algo sempre cobrado pela comunidade e também pelo gestor do município, por reconhecer os benefícios para uma clínica pautada na realidade de cada usuário bem como uma ferramenta para criação de vínculo entre o serviço e os usuários. O crescimento do número de atendimentos domiciliares pelo médico da equipe cresceu significativamente, em torno de 195%, como mostra o Gráfico II.

GRÁFICO II – VISITA DOMICILIAR DO MÉDICO – SIAB - ESF AIMEÉ CANÇADO COUTO

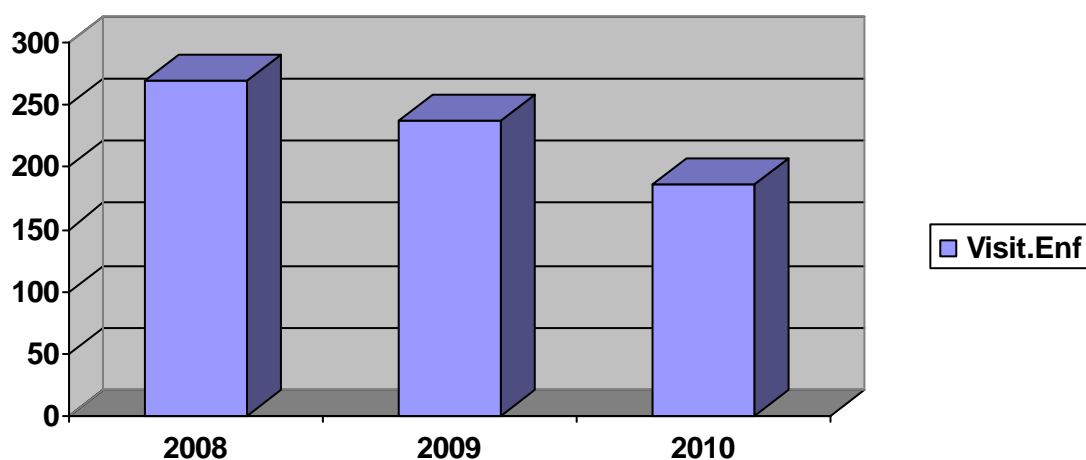


Fonte: SIAB DE BARÃO DE COCAIS ESF AIMEÉ CANÇADO COUTO

Em contrapartida, como mostra o Gráfico III, inicialmente a visita domiciliar do enfermeiro estava em valores muito alto, devido à alta demanda, visto que a mesma

anteriormente assumia as visitas sozinho por não ter suporte do outro profissional, até que organizaram o trabalho de visita, tendo uma redução, devido a redistribuição de responsabilidades, e atualmente na reunião de equipe que antecede o dia da visita o agente comunitário trás um impresso preparado pela equipe, para discussão dos problemas das famílias identificadas e definição de estratégias para intervenção, definido o profissional responsável em realizar a visita domiciliar, por este mesmo impresso a equipe acompanha as ações realizadas e os resultados obtidos.

GRÁFICO III- VISITA DOMICILIAR DO ENFERMEIRO- SIAB DE BARÃO DE COCAIS - ESF AIMEÉ CANÇADO COUTO



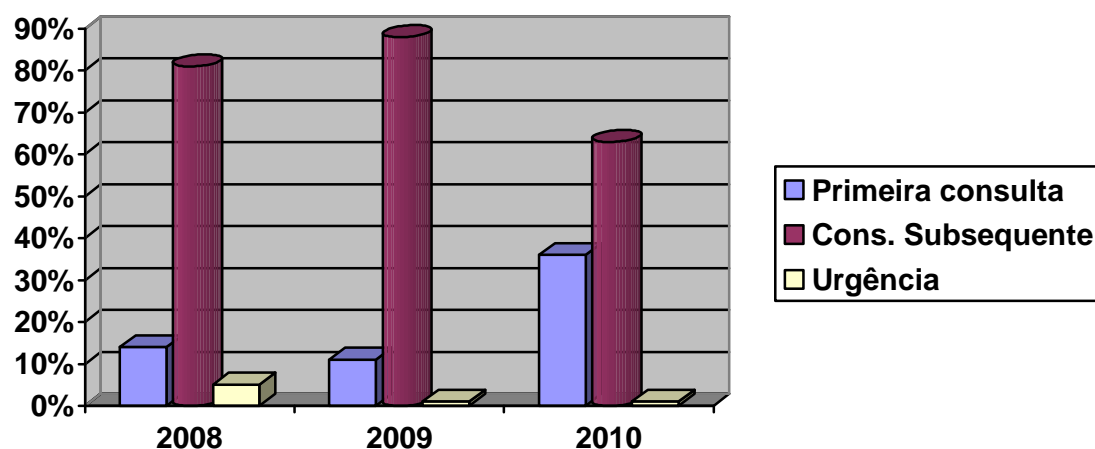
Fonte: SIAB DE BARÃO DE COCAIS - ESF AIMEÉ CANÇADO COUTO

Outro ponto importante da Estratégia Saúde da Família é garantir acesso para aqueles usuários que não procuram atendimento de saúde e muitas vezes estão com patologias sem diagnóstico.

Para Takemoto (2007) além do aumento da demanda em termos da quantidade de usuários chegando ao serviço, com o acolhimento há um aumento do trabalho de outra ordem – um aumento “qualitativo”.

Pelo Gráfico IV, observa-se que houve um aumento no acesso dos usuários ao serviço da ordem de 22% no primeiro atendimento com o agendamento o que viabilizou a equipe trazer para o serviço aqueles usuários que tem resistência para o cuidado ou que não conseguem chegar muito cedo para pegar ficha, já que com o sistema de distribuição das fichas, as pessoas que moram próxima a unidade tinham maior facilidade e na prática acabam sendo mais favorecidas.

GRÁFICO IV - NATUREZA PROCURA ATENDIMENTO- SIGAB DE BARÃO DE COCAIS – ESF AIMEE CANÇADO COUTO



Fonte: SIGAB DE BARÃO DE COCAIS - ESF AIMEÉ CANÇADO COUTO

Outras conquistas foram surgindo como a realização de pequenas cirurgias que passam a ser feitas uma vez por mês na própria unidade, aumentando a resolutividade do serviço e evitando encaminhamentos desnecessários, pois espera-se da Atenção Básica resolver grande parte dos problemas da comunidade. “A equipe pode desenvolver ações de desospitalização e ampliação da função da rede básica, como as cirurgias ambulatoriais.” (SCHIMITH & LIMA,2004)

Cabe ainda destacar outras ações que passam a integrar a proposta de trabalho da ESF Aimeé Cançado Couto, entre eles os encaminhamentos para outros serviços que são feitos com referenciamento. Mas é importante salientar que falhas no processo ainda acontecem, como as contra-referências que não retornam por parte de todos os profissionais, prejudicando a integridade da assistência.

Fez-se necessário também buscar novas alternativas para fortalecer o trabalho da equipe e a resolutividade por parte de todos os profissionais, de tal forma que os mesmos não fossem apenas membros ocupando a mesma estrutura de trabalho e sim trabalhando em conjunto para favorecer o acesso dos usuários a todos os serviços necessários para garantia de condições de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Franco (1999) relata que os profissionais não-médicos passam a usar todo o conhecimento para a assistência, na escuta e solução de problemas de saúde trazidos pela população.

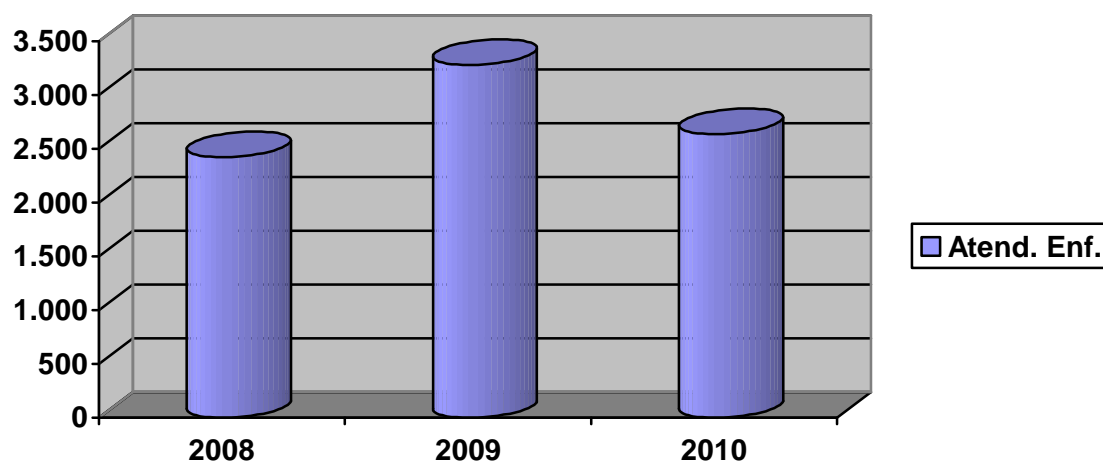
O trabalho do profissional enfermeiro também no primeiro momento teve um grande aumento, pois a equipe não estava sabendo lidar com a nova agenda, sendo necessário um profissional mais qualificado para avaliar e orientar a comunidade

assumindo uma avaliação das prioridades, colocando em prática a questão da clínica ampliada, ganhando a confiança da comunidade e aceitação do novo modelo de trabalho, como também passou a ser referencia para a equipe que visualizou novas capacidades para este profissional.

Segundo Takemoto (2007) a incorporação do acolhimento à dinâmica dos serviços de saúde trouxe transformações ao processo de trabalho de enfermagem, aumentando a demanda de atendimento.

Através do Gráfico V, percebe-se que no primeiro ano após a mudança da prática de trabalho da ESF Aimeé Cançado Couto houve um aumento no número de atendimento do enfermeiro e que no ano seguinte sofreu uma queda. O enfermeiro passou a ser o referencial da equipe, sendo necessário um tempo para preparar outros profissionais, principalmente por parte dos auxiliares e técnicos de enfermagem, habituados a realizar distribuição de fichas de atendimento sem ouvir e priorizar atendimento, fazendo com que estes passassem a escutar o usuário e buscar solução para os problema identificados, assim diminuindo a demanda individual do enfermeiro, pois os usuários passaram a ser encaminhados devidamente ao profissional responsável em resolver seu problema.

GRÁFICO V - ATENDIMENTO INDIVIDUAL ENFERMEIRO – DADOS SIAB DE BARÃO DE COCAIS – ESF AIMEE CANÇADO COUTO



Fonte: SIAB DE BARÃO DE COCAIS - ESF AIMEÉ CANÇADO COUTO

Mas para todos os profissionais executarem suas ações conforme as atribuições determinadas pela Portaria 648/2006, os profissionais de nível superior da equipe Aimeé Cançado Couto, iniciou-se um trabalho de capacitação com os agentes comunitários de saúde da equipe, visto que os mesmos eram leigos no serviço de saúde, trazendo concepções errôneas a respeito do SUS, o que impedia a execução do seu trabalho com

eficiência e eficácia, sendo estes fundamentais para o trabalho de todos os demais membros da equipe, pois é o elo de comunicação entre equipe e comunidade.

Também foi instituída a reunião semanal da equipe, com a presença de todos os profissionais, como espaço de troca de informações, discussão de casos, planejamento das ações de trabalho e educação permanente.

É importante ampliar o instrumental de ação dos profissionais da Saúde, e as mudanças nos serviços devem incluir a discussão sistemática do processo de trabalho *versus* modo do cuidado, onde se estude as questões sociais, geográficas, culturais, éticas da área adstrita. (SCHOLZE et al., 2009)

Para Tesser (2010) a reunião semanal da equipe é a forma recomendada para discutir, avaliar e gerir todo o processo de trabalho da equipe, com a participação de todos os membros da ESF, dando oportunidade para todos fazerem parte do processo de construção do serviço, opinando a respeito da rotina de agendamento, definindo as prioridades de visitas domiciliares, quais os grupos serão realizados, discussão de casos avaliando e discutindo projetos terapêuticos, identificando problemas sanitários e sociais coletivos.

Taketomo (2007) afirma que

a consolidação dos avanços alcançados com a implantação do acolhimento demanda que os agentes de tal trabalho sejam atendidos em suas necessidades de educação permanente, supervisão e apoio institucional a fim de que o trabalho que realizam seja qualificado de forma inequívoca.

Franco (1999) também corrobora ao afirmar que é necessário discussões permanentes entre a equipe, para avaliar o acolhimento e a capacitação dos profissionais embasadas na própria experiência, garantindo segurança no processo de decisão, integrando e interagindo os membros da equipe.

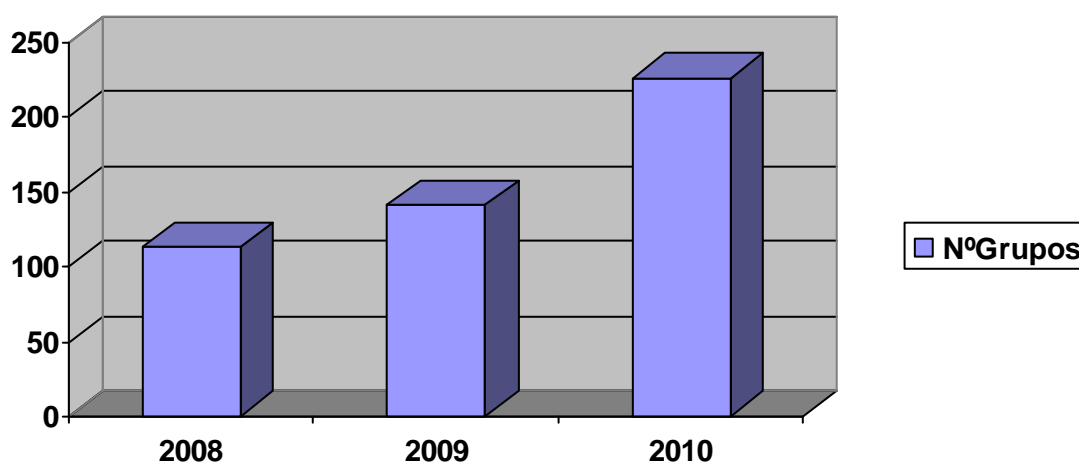
Monteiro *et al.* (2009), afirma que a capacitação dos profissionais é importante para garantir um trabalho de qualidade na ESF, conscientizando da importância da criação do vínculo, estreitando os laços da relação profissional e usuário dentro dos princípios de humanização na assistência da saúde.

Assim, o acolhimento só é possível se a gestão for participativa, isto se dá porque a inversão do modelo tecno-assistencial, com mudanças estruturais no processo de trabalho, pressupõe a adesão dos trabalhadores à nova diretriz. Este compromisso com a mudança, só é possível quando os profissionais discutem e efetivamente podem decidir sobre a organização dos serviços de Saúde. Com as discussões os trabalhadores adquiriram

capacidade de auto-análise, dando a possibilidade de autogestão na organização do processo de trabalho, pois a equipe deve ter autonomia para agir, mobilizar os recursos necessários para fazer saúde. (FRANCO, 1999)

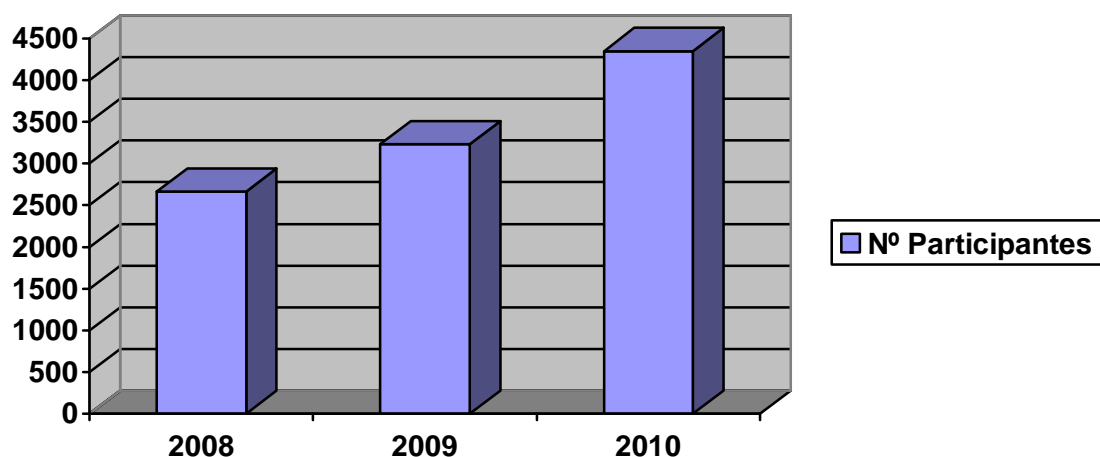
Em decorrência das discussões, a equipe utilizou outra ferramenta para buscar melhorar o acesso da comunidade e o vínculo com a equipe, os atendimentos em grupo, com isto houve um aumento no número de grupos realizados e de participantes nos mesmos. O Gráfico VI e VII confirmam as mudanças ocorridas:

GRÁFICO VI – NÚMERO DE GRUPOS REALIZADOS – DADOS SIGAB DE BARÃO DE COCAIS – ESF AIMEE CANÇADO COUTO



Fonte: SIGAB DE BARÃO DE COCAIS - ESF AIMEE CANÇADO COUTO

GRÁFICO VII – MÉDIA DE PARTICIPANTES POR GRUPO - - DADOS SIGAB DE BARÃO DE COCAIS – ESF AIMEE CANÇADO COUTO



Fonte: SIGAB DE BARÃO DE COCAIS - ESF AIMEE CANÇADO COUTO

Outro ponto importante a destacar, inicialmente os grupos eram planejados e organizados apenas pela enfermeira, que se sentia sobrecarregada com tal tarefa, pois os

demais membros da equipe participavam como convidados e de maneira esporádica. A partir de 2009 houve um envolvimento de todos no planejamento, na organização e execução dos grupos efetivando um trabalho multiprofissional e conquistando a confiança da comunidade.

Sabe-se que a educação em saúde é uma das melhores formas de responsabilizar o usuário pelo seu tratamento e sua condição de saúde. Abaixo apresenta-se os grupos efetivados e de maneira sucinta o funcionamento dos mesmos.

- **REUNIÃO COM HIPERTENSOS:**

- Acontecem mensalmente, na Unidade de Saúde.
- Cada mês um profissional da Equipe é responsável por organizar e coordenar, porém a Enfermeira ou Auxiliar de Enfermagem e o ACS responsável pela micro área participa também para a verificação de PA, distribuição de medicamentos, organização do ambiente e acolhimento das pessoas.

- **REUNIÃO COM DIABÉTICOS:**

- Acontecem mensalmente, na Unidade de Saúde.
- Cada mês um profissional da Equipe é responsável por organizar e coordenar. Outros profissionais se envolvem conforme o tema a ser desenvolvido.
- Realizado sempre pela manhã, e coletado a glicemia em Jejum.
- Realizado um pequeno lanche após a glicemia e iniciado a reunião.

- **REUNIÃO COM GESTANTES:**

- Acontecem mensalmente, na Unidade de Saúde.
- Cada mês um profissional da Equipe é responsável por organizar e coordenar. Outros profissionais se envolvem conforme a organização e tema.

- **GINÁSTICA:**

- Acontece 3 vezes na semana, na própria unidade. É uma atividade coordenada por uma estagiária de Educação Física e as ACSs ajudam na organização dos interessados em participar.

- **REUNIÃO COM MÃES:**

- Realizada bimestral por um membro da Equipe, sempre levando um tema de interesse da comunidade. Temas já desenvolvido: Alimentação, Higiene, Planejamento Familiar, Higiene Bucal, Alcoolismo, Prevenção da Dengue, Gripe, IVAS, entre outros.

- **REUNIÃO COM MULHERES:**

- Realizada a primeira quarta-feira de cada mês, com mulheres da comunidade convidadas pelas ACSs. Temas já trabalhados: Higiene do Sono, Ansiedade, Depressão, Família, Felicidade.

- **PROCEDIMENTOS COLETIVOS.**

- Realizado buchecho fluoretado e escovação supervisionada a cada três meses, nas Escolas. Participa a Dentista, Auxiliar de Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde.

- **ARTESANATO:**

- Acontece todas as terças no período de 14:00 às 17:00 hs, com voluntárias da própria comunidade compartilhando seus conhecimentos.

- Realizando atividades de crochê, tricô, macramê, vagonite e pintura de tecido e decoupage. Total de participantes atualmente: 39 mulheres.

- Esse grupo tem como objetivo reunir mulheres em torno de um instrumento único que é o artesanato para trabalhar as questões emocionais e sociais inerentes a vida, família e a comunidade. Objetiva também incentivar a adesão ao tratamento da hipertensão e diabetes, a socialização, a elevação da autoestima e é uma alternativa para o tratamento complementar da depressão.

- **HORTA COMUNITÁRIA:**

- Iniciada em março 2009 em parceria com a Emater, ACIABAC (Associação Comerciantes Agropecuários Barão De Cocais) e Creche Amiguinhos de Jesus. A comunidade foi convidada a participar e 12 pessoas entre homens e mulheres contribuem efetivamente.

- **HORTA MEDICINAL:**

- Em decorrência dos questionamentos a respeito do uso de chás e efusões pela comunidade, a equipe deu nova utilidade a um espaço no fundo da unidade, fazendo

canteiros de plantas medicinais, com o objetivo de, após as prescrições do médico, as pessoas podem pegar as plantas medicinais na própria unidade. Para o ano de 2011, a equipe está com um projeto de fazer mudas em vasos decorados pelo grupo de artesanato para vender na feira da cidade.

- **CORAL:**

- Iniciou em dezembro de 2010, com intuito de levar músicas natalinas aos acamados da própria comunidade. Com a adesão foi significativa e não houve dispersão do grupo após os festejos os ensaios continuam acontecendo semanalmente, como forma de terapia através da música.

Com as mudanças ocorridas e o impacto das mesmas no cenário saúde da comunidade, ficou nítida a importância de criar um espaço concretizando o princípio do SUS, de garantir a participação popular, onde a comunidade passe a ser co-responsável pela sua saúde, da sua família e da comunidade, participando da gestão, auxiliando na identificação de soluções para os problemas, como também garantindo que a mudança de profissionais não modifique toda a linha de um trabalho conquistado, pois a comunidade mais consciente irá requerer melhores condições de assistência.

Para tal, durante 07 meses, ao longo do ano de 2010, orientados pela ESF Aimeé Cançado Couto realizaram-se reuniões orientando a população da área adscrita, sobre a importância de fundar um Conselho Local de Saúde. A eleição foi realizada e iniciaram as atividades do primeiro Conselho Local de Saúde do município em Janeiro de 2011, Atualmente este se reúne mensalmente, agora com um Regimento pronto buscam ser reconhecidos pelo Conselho Municipal de Saúde, para defender os desejos da comunidade em nível municipal.

Monteiro *et al.* (2009) diz que

“A população sente-se mais bem cuidada, pois a equipe intervém com visão mais ampliada pelo conhecimento da comunidade, estimulando sua autonomia e participação no tratamento, numa relação de respeito e valorização das particularidades, inclusive co-responsabilizando a população pelo seu bem-estar”.

A equipe também incentivou e participou ativamente do projeto municipal de Educação Permanente para os profissionais médicos, enfermeiros, odontólogos e profissionais do NASF e na formulação dos protocolos municipais de enfermagem que estão aguardando aprovação do Conselho Regional de Enfermagem, pois acreditam na

viabilidade de levar sua experiência para as outras unidades e contribuir para uma construção de assistência mais humanizada no município.

Para Franco (2007) a Educação Permanente em Saúde, traz como processo educativo o cotidiano do trabalho, permitindo através da realidade concreta construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação dos atos produzidos no cotidiano.

A Educação Permanente é vista como uma ferramenta para resolver o que para o Ministério da Saúde é um dos problemas para o processo de implantação do SUS: os profissionais de saúde, na maioria das vezes não estão preparados e qualificados, para atuar diante da demanda social, além da inexistência de um plano de carreira o que contribui para a rotatividade do serviço, servindo de entraves para o funcionamento do Sistema. (CAMELO, 2000).

No auge da mudança, a equipe percebeu que o espaço físico, construído para atender as demandas do modelo antigo em 1976, não favorecia um ambiente confortável e acolhedor, a rampa de acesso era de cerâmica onde algumas pessoas sempre escorregavam, os jardins estavam mal cuidados, o terreno no fundo da unidade só tinha mato e não tinham espaço para realização de reuniões com a comunidade, tendo que utilizar locais cedidos pela comunidade, como igrejas e escolas.

Brehmer & Verdi (2010) acreditam que as limitações técnicas são reflexos às precariedades das estruturas físicas das unidades de saúde, não respondendo adequadamente à demanda requerida para execução das atividades propostas ou divisão de espaços inadequados.

Então tendo como referência a Cartilha de Ambiência do Ministério da Saúde, onde se propõe que “as unidades de Atenção Básica devem ser pensadas de maneira a promover os encontros entre trabalhadores e entre estes e a comunidade usuária.” (BRASIL, 2006), solicitaram a Secretaria Municipal algumas modificações na área física, onde algumas adaptações foram realizadas com mão de obra da própria comunidade e da equipe e assim fizeram uma ambientação do jardim, construíram canteiros para a horta medicinal no fundo da unidade, colocaram borracha antiderrapante na rampa e conseguiram a construção de uma cobertura, bem como aquisição de cadeiras montando uma área para reuniões na própria unidade.

A cartilha de Ambiência também orienta que os espaços devem fornecer informação com placas com orientações diversas, sinalização dos locais de cada atendimento e acessibilidade física para o acesso. (BRASIL, 2006)

A equipe tem utilizado de cartazes para orientar a comunidade a respeito da agenda da equipe, dia dos grupos, campanhas de vacinas, entre outras ações. Utilizam também de um mural para desenvolver educação em saúde, sendo que cada mês é afixado informações à respeito de um tema, e como tem tido problemas com falta nas consultas médicas, fizeram um quadro afixando o número de faltas ocorridas no dia anterior, uma tentativa de conscientizar os usuários a não faltarem sem justificativa, devido estarem tirando o direito de outra pessoa ser atendida.

Portanto o acolhimento como ferramenta do processo de trabalho, concretiza-se em diversas ações, como resultado a população busca outros profissionais e passa a confiar mais no trabalho, visto que a equipe torna-se mais resolutiva e unida, assim contribuindo para um SUS mais eficiente e eficaz.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entre as lições aprendidas com este relato de experiência destaca-se que a busca pela consolidação do SUS é um dos desafios para vencer os paradigmas impostos por uma cultura biomédica vivenciada durante anos, mas que pode ser vencida com o desejo de melhorar as condições de saúde de uma comunidade.

Sendo o acolhimento na ESF, uma ferramenta potencial para consolidação do SUS e estudá-lo auxilia nas reflexões a respeito das relações dos serviços de saúde, no compromisso com a demanda da comunidade. (NERY *et al.*, 2009), é o que pode-se observar ao longo deste estudo.

A Equipe Aimeé Cançado Couto conseguiu colocar em prática um conceito ampliado de acolhimento, onde através das mudanças ocorridas garantiu-se o acesso dos usuários aos serviços de saúde, melhorou a relação dos usuários com a equipe e reorganizou o processo de trabalho da equipe, onde cada profissional assume sua atribuição para a construção de um SUS mais sólido.

A autora acredita que o fato dos profissionais terem feito especialização em saúde da família teve uma contribuição importante na ampliação do olhar para as praticas de trabalho e busca de intervenções, além de estarem atuando a 02 anos juntos, podendo dar continuidade nas ações e formando um vínculo entre equipe e profissionais-usuários.

Sabe-se que o processo de mudanças não tem um fim, durante as vivências algumas modificações no cotidiano de trabalho serão necessárias, mas a experiência que tiveram até o momento poderá permear toda a rede de Atenção Básica de Barão de Cocais.

A autora espera com este estudo, incentivar as demais equipes que coordena, a realizar modificações no processo de trabalho, melhorando a forma de acolhimento, onde todos os usuários tenham acesso aos serviços para melhoria da qualidade de vida, que as equipes sejam capazes de compreender cada individuo dentro do ambiente que estão inseridos, priorizando os atendimentos conforme a sua gravidade, bem como criando ambientes propícios a criação de vínculo, conhecimento, responsabilização e ações para melhorar a realidade da área adstrita, garantindo assim que os princípios do SUS não sejam violados.

7. REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde** – Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 2000. 119p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.,- 2. ed – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 32p

BREHMER, L.C.de F. & VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Nov 2010, vol.15, suppl.3, p.3569-3578.

CAMELO, S.H.; ANGERAMI, E.L.S.; SILVA, E.M.; MISHIMA, S.M. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. **Revista latino-americana de Enfermagem** - Ribeirão Preto. v.8. n4, p.30-37, agosto 2000.

CASTRO, ABÍLIO JOSÉ RIBEIRO DE. **Protocolos Clínicos para unidades básicas de saúde**/organizado por Abílio José Ribeiro de Castro e Maria Emi Shimazaki. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública, 2006.

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, v.2, n.15, p.345-53, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011

MATUMOTO, S. et al. A comunicação como ferramenta para o acolhimento em unidades de saúde. In: Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem, 8., 2002, São Paulo. Anais eletrônicos... Ribeirão Preto: EERP-USP, 2002.

MERHY EE. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos CR, Organizador. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: **Editora Xamã**; 1998. p. 103-20.

MONTEIRO, MICHELE MOTA, FIGUEIREDO, VIRGÍNIA PAIVA AND MACHADO, MARIA DE FÁTIMA ANTERO SOUSA. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Revista Escola Enfermagem USP**, Jun 2009, vol.43, no.2, p.358-364. ISSN 0080-6234

NERY, SÔNIA REGINA; NUNES, ELISABETE DE FÁTIMA POLO DE ALMEIDA; CARVALHO, BRÍGIDA GIMENEZ DE ; MELCHIOR, REGINA; BADUY, ROSSANA STAEVIE; LIMA, JOSIANE VIVIAN CAMARGO DE. **Acolhimento no cotidiano dos auxiliares de enfermagem nas Unidades de Saúde da Família, Londrina (PR)**. Ciênc. saúde coletiva, Out 2009, vol.14, suppl.1, p.1411-1419. ISSN 1413-8123

NEVES, J.L. **Pesquisa Qualitativa. Características, Usos e Possibilidades**. Caderno de Pesquisas em Administração, São Paulo, V.1, N °3, 2º SEM / 1996.

SCHIMITH, MARIA DENISE; LIMA: MARIA ALICE DIAS DA SILVA. **Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(6):1487-1494, nov-dez, 2004

SCHOLZE, ALESSANDRO DA SILVA, DUARTE JUNIOR, CARLOS FRANCISCO AND SILVA, YOLANDA FLORES e. **Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade?**. Interface (Botucatu), Dez 2009, vol.13, no.31, p.303-314. ISSN 1414-3283

SILVA JR. AG, MASCARENHAS MTM. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: ABRASCO/ São Paulo: **Editora Hucitec**; 2004. p. 241-57.

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

SOUZA, E.C.F. de et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol.24, sup 1: 5100-5110, 2008.

STARFIELD B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2004. In: SOUZA, E.C.F. de; VILAR, R.L.A. de; ROCHA, N. de S.P.D.; UCHOA, A.de C.; ROCHA, P.de M. **Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde**. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 24 sup 1:5100-5110, 2008.

TAKEMOTO, M.L.S.; SILVA, E.M. **Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de campinas**. São Paulo, Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(2):331-340, fev, 2007.

TESSER, CHARLES DALCANALE, POLI NETO, PAULO AND CAMPOS, GASTÃO WAGNER DE SOUSA. **Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família**. Ciênc. saúde coletiva, Nov 2010, vol.15, suppl.3, p.3615-3624. ISSN 1413-8123

