



Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Secretaria de Educação à Distância – SEDIS
Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde - LAIS
Programa de Educação Permanente em Saúde da Família – PEP SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**REORGANIZAÇÃO DO FLUXO DE ATENDIMENTO DA DEMANDA
ESPONTÂNEA E PROGRAMADA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA LAÉRCIO BARBALHO/ PA.**

CAROLINA AKEMI MIDORIKAWA SARDINHA

NATAL/RN
2021

REORGANIZAÇÃO DO FLUXO DE ATENDIMENTO DA DEMANDA ESPONTÂNEA E
PROGRAMADA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA LAÉRCIO BARBALHO/
PA.

CAROLINA AKEMI MIDORIKAWA SARDINHA

Trabalho de Conclusão apresentado ao
Programa de Educação Permanente em
Saúde da Família, como requisito parcial
para obtenção do título de Especialista
em Saúde da Família.

Orientador: ROBERVAM DE MOURA
PEDROZA

NATAL/RN
2021

Agradeço a Deus pelo dom da vida, e pela oportunidade de poder ajudar ao próximo.
Agradeço também a minha família, que me ajudou a realizar este sonho de me tornar esta
profissional que sou hoje, e a todos que até aqui me ajudaram de alguma forma!

Meu muito obrigada!

Dedico este trabalho a meu esposo e filhos, e agradeço toda a ajuda e compreensão nos momentos que estive ausente. Meu muito obrigada!

RESUMO

Neste trabalho propõe-se apresentar duas micros intervenções realizadas na ESF Laércio Barbalho, sendo voltadas para o acolhimento à demanda espontânea e à demanda programada e abordagem ao câncer na atenção primária à saúde. O acolhimento é a atividades de escuta, que funciona como um mecanismo que amplia a capacidade da equipe de saúde em responder às demandas dos usuários, reduzindo a centralidade nas consultas médicas melhorando e utilizando o potencial dos demais profissionais da equipe. Na segunda micro intervenção foram desenvolvidas ações educativas sobre o câncer de mama na Estratégia de Saúde da Família. Este trabalho tem como objetivo buscar mitigar as fragilidades do acolhimento para melhorar a organização no fluxo de atendimento da demanda espontânea e programada no serviço. Metodologia, organizou-se um Projeto de micro intervenção focado na reorganização do fluxo de acolhimento, organizando um cadastro alternativo, para atender a outros bairros. Público alvo os profissionais de saúde e os usuários de nossa unidade. O processo da segunda micro intervenção, teve o intuito da abordagem explicativas e orientadoras a população, sobre ações educativas quanto a prática correta de realizar o autoexame das mamas, e seus fatores de risco. Esperamos com isso reorganizar o fluxo de atendimento e realizando uma escuta qualificada em todos os setores e serviços da unidade, garantindo acesso e o cuidado a todos que busquem atendimento, assim como educar as mulheres quanto aos sinais e sintomas do câncer de mama, e seus fatores de riscos, diagnóstico correto, conduta de cuidado a seguir.

Palavras-chave: Acolhimento; Atenção Primária à Saúde; Câncer de mama; Saúde da mulher.

SUMÁRIO

1. Resumo
2. Introdução
3. Relato de micro intervenção 1
4. Relato de microintervenção 2
5. Considerações finais
6. Referências

1. INTRODUÇÃO

O município de Redenção pertence à Mesorregião Sudeste Paraense e à Microrregião Redenção. Localiza-se a uma latitude 08° 01' 43" sul e a uma longitude 50° 01' 53" oeste, estando a uma altitude de 227 metros. De acordo com o IBGE (2020) sua população está estimada em 85.563. Habitantes. Destaca-se economicamente na produção agropecuária, tendo um futuro bastante promissor na área de saúde devido à construção recente de um Hospital de referência no município. Redenção vem se destacando como sede da região Sul do Estado, a onda lidera uma enorme região que vai até o município de São Felix do Xingu.

Atuo na ESF Laércio Barbalho, no município de Redenção estado do Pará onde minha equipe é formada por 1 médico, 1 enfermeira, 1 técnica de enfermagem, 1 dentista, 1 auxiliar de saúde bucal e 1 vigia, e 12 agentes comunitários de saúde. A estrutura da unidade consta de 1 consultório médico, 1 de enfermagem, 1 odontológico, 1 farmácia, 1 sala de nebulização, 1 de procedimentos, e 1 de esterilização, 1 cozinha, 1 SAME, e 2 banheiros.

A área do município onde está localizada a unidade tem uma grande vulnerabilidade social. Temos um total de 4.723 pessoas cadastradas na unidade, atendendo a 1.595 famílias. A unidade atende 2 períodos manhã e tarde, das 7:00h às 17:00h. Atendemos demanda espontânea, e programada com pré-natal, e puericultura.

A minha atuação na Equipe de Saúde da Família durante a realização do Curso de Especialização em Saúde da Família me trouxe além de novos conhecimentos a necessidade de reflexão sobre as ações diárias, desde o planejamento das ações até a sua avaliação e seu monitoramento.

A primeira micro intervenção foi inicialmente uma reflexão por parte de todos os profissionais da equipe, e está direcionada ao atendimento à demanda espontânea e à demanda programada da unidade. As ações foram seguidas de uma reorganização na rotina do serviço de nossa unidade, em especial no acolhimento à excessiva demanda espontânea recebida diariamente, inclusive de outros territórios de responsabilidade de outras unidades devido problemática da pandemia atua vivenciada no mundo.

O acolhimento além de uma prática presente em todas as relações de cuidado, e baseia-se no encontro de trabalhadores de saúde com seus usuários, no ato de receber e escutar as pessoas. Realizar o acolhimento com uma escuta qualificada, classificação de risco, avaliação das necessidades de saúde e da vulnerabilidade é o objetivo que se deve alcançar (BRASIL, 2011).

O acolhimento em meu ponto de vista é mais que uma triagem qualificada, e nela um conjunto formado por atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções resolutivas, ampliam a capacidade da equipe de saúde em responder às demandas dos usuários,

reduzindo a centralidade nas consultas médicas e melhor utilizando o potencial dos demais profissionais.

Esta micro intervenção se justifica, pois, a unidade está em um processo de transição, e readaptação com o cenário atual onde a demanda aumentou consideravelmente e os profissionais de saúde devem se sensibilizar para a nova organização da Atenção Primária de Saúde, para a Humanização, e para a identificação de necessidades, prioridades e vulnerabilidades. Como metodologia, organizou-se um Projeto de micro intervenção focado na reorganização do fluxo de acolhimento, para suprir a demanda tendo como público alvo os profissionais de saúde e os usuários que buscavam atendimento na unidade.

Nos casos eletivos ou que não demandavam atendimento imediato, frequentemente observávamos a insatisfação e angústia por parte dos usuários, principalmente por não conseguir atendimento médico no mesmo dia. Também se percebe dificuldade de alguns profissionais na tomada de decisão, e dificuldade de acesso a alguns fluxos pré-estabelecidos, normalmente por falhas de comunicação. Quanto às situações em que o enfermeiro detecta necessidade de avaliação médica no mesmo dia, é rotineiro haver questionamento por parte da equipe.

O maior entrave é a dificuldade para o acesso às ações da unidade, pois algumas unidades ficaram exclusivamente destinadas a atendimento de pacientes com covid-19 não se responsabilizando pelas demais necessidades de saúde dos usuários de seu território, sobrecarregando outras unidades e causando insatisfação na população. Resolver esta situação é um grande desafio, pois existem obstáculos internos e externos. Entende-se que a reorganização da rotina de trabalho será um importante aliado na forma de minimizar os problemas e de humanizar este processo.

Na segunda microintervenção foi direcionada para a abordagem educativa sobre o câncer de mama na Estratégia de Saúde da Família Laércio Barbalho. Foram colocadas atividades que visem a orientação das mulheres quanto aos fatores de risco para que estas pacientes pudessem compreender melhor os riscos da doença, do diagnóstico tardio, e a realização incorreta do autoexame, no intuito de realizar um trabalho mais efetivo de esclarecimento a essas mulheres, incentivando a promoção e prevenção, assim como o diagnóstico precoce da enfermidade.

Esta temática se justifica pela grande demanda espontânea diária que procura nossa unidade de forma desorganizada, e pela conseqüente insatisfação de usuários e profissionais em nossa unidade na atenção diária. Em consulta médica pude notar que muitas mulheres não detêm de informações suficientes sobre os fatores de risco, é a prática correta do autoexame das mamas, o que justifica intervenções voltadas a estas temáticas.

Este trabalho teve como objetivo qualificar as ações realizadas no acolhimento geral de nossa unidade, numa perspectiva humanizada neste processo de trabalho; orientar a

população sobre os benefícios da organização da demanda para possibilitar maior resolutividade dos problemas de saúde do território; educar as mulheres quanto aos fatores de risco, e a realização correta do autoexame, para a redução da mortalidade pela doença.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

Demanda espontânea e programada na Estratégia de Saúde da Família Laércio Barbalho/ PA.

A estratégia de saúde da família trabalha com uma equipe ou mais de profissionais de saúde de diversas áreas, e é responsável por um território definido, cujos princípios fundamentais são: integralidade, qualidade, equidade e participação social (BRASIL, 2004).

A ESF é um modelo de organização dos serviços de atenção primária da saúde, e vem sendo uma estratégia de organização da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde, buscando a melhoria das condições de saúde e de vida da comunidade de cada município (BRASIL, 2006).

É de suma importância observarmos na estratégia de saúde da família, a demanda espontânea e a demanda programada com um olhar diferenciado, para que o atendimento seja ágil, resolutivo, acolhedor e humanizado.

A demanda espontânea é o nome dado para qualquer atendimento não programado, que pode ser uma informação, agendamento de consultas, urgência ou emergência. São os atendimentos aos pacientes com doenças agudas ou agudizadas (INOJOSA, 2005).

A demanda programada é o agendamento de consultas médicas ou de enfermagem para acompanhamento a portadores de doenças crônicas, como por exemplo, hipertensos, diabéticos, asmáticos, entre outras, além de crianças e gestantes (INOJOSA, 2005).

O acolhimento humanizado garante responder as necessidades dos usuários e com isso também garante acesso qualificado e integral dos serviços. E esse tem sido um desafio diário e constante para os profissionais de saúde e gestores locais, tanto na demanda espontânea quanto na demanda programada.

O acolhimento além de uma prática presente em todas as relações de cuidado, está baseada no encontro de trabalhadores de saúde com seus usuários, no ato de receber e escutar as pessoas. Realizar o acolhimento com uma escuta qualificada, classificação de risco, avaliação das necessidades de saúde e da vulnerabilidade é o objetivo que se deve alcançar (BRASIL, 2011).

Na estratégia de saúde da família (ESF) Laércio Barbalho, no município de Redenção no estado do Pará, atendemos ao bairro Alto Paraná, localizado na zona urbana da cidade. Tem 4.723 pacientes cadastrados na nossa unidade, e atendemos a 1.595 famílias.

Nossa equipe conta com 4 agentes comunitários de saúde, uma médica, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma recepcionista, uma psicóloga, um dentista, um auxiliar de saúde bucal, e um guarda.

Devido a pandemia de COVID-19 que vive o país, uma das unidades locais foi destinada exclusivamente a atender aos pacientes com suspeita de covid 19, obrigando as outras unidades locais a se readaptarem para o deslocamento desses usuários que eram cobertos por

essa unidade para outras localidades próximas, o que desestabilizou algumas unidades devido à alta demanda espontânea por consulta desses pacientes, uma dessas unidades é a unidade Laércio Barbalho.

Essa alta demanda por consultas de pacientes dificultou a atividade programada da unidade, fazendo com que nossa unidade trabalhasse quase exclusivamente com demanda espontânea, exceto em alguns casos como de atenção pré-natal e pacientes crônicos.

Neste primeiro momento a equipe pode observar que as filas já se faziam pela madrugada na busca por atendimento, e muitos outros pacientes saíam insatisfeitos da unidade, fazendo com que o profissional que prestava o serviço se sentisse frustrado com o atendimento prestado, por não poder acolher da forma que gostaríamos por conta da alta demanda.

Diante do problema exposto a equipe resolveu de forma buscar soluções. Em uma reunião com a equipe foi proposto pelos agentes comunitários de saúde, fazermos um cadastro manual alternativo para esses pacientes organizando-os de modo a facilitar e reorganizar o trabalho objetivando garantir que esses pacientes se sentissem acolhidos, e assim foi feito.

No início do mês de agosto de 2020, fizemos o cadastro manual de cada paciente, ordenando por ordem alfabética uma ficha alternativa com os problemas de saúde de cada paciente que aparecia na unidade, para que esses fossem acompanhados segundo a suas necessidades individual e familiar. O tempo estimado que levamos para cadastrar todos esses pacientes foram de 47 dias e ficaram operando neste sentido 1 agente comunitária de saúde e um recepcionista, depois de feita a ficha o paciente era encaminhado a enfermaria para uma primeira avaliação, em seguida se necessário passavam a consulta medica, ou eram agendados. Em casos onde era necessário a troca de receituário esses eram feitos em dias específicos, agendamos um horário da semana destinado só a troca de receituário.

O interessante foi observar a mudança de atitude dos profissionais e usuários na rotina diária. Nesta experiência a equipe trabalhou de forma rápida e organizada, com um olhar abrangente a toda a comunidade, foram todos muito colaborativos e cooperando para a resolução do problema. Também foi observado que quando esses pacientes eram cadastrados muitos deles não necessitavam de uma consulta médica, nem de enfermaria, pois havia casos em que outro profissional poderia atuar, escutar, orientar e resolver o problema planteado pelo paciente que veio a unidade.

Como resultado da prática diária desse novo modo de atender, o alto fluxo de pacientes diários descendeu de forma significativa, melhorando assim a satisfação de usuários e dos profissionais de saúde que acolhiam, ajudando assim na qualidade do atendimento e do serviço prestado.

Uma grande quantidade de atendimentos de demanda espontânea, exige estratégias para redução do quadro, e também para que ocorra um melhor atendimento aos pacientes que realmente necessitam.

Para organizar a demanda espontânea e a demanda programada, é necessário utilizar ferramentas diversas, que possam permitir que a população tenha acesso à atendimento de saúde de qualidade, além de permitir o vínculo com o paciente.

Para acolher o paciente é necessário que seja de forma organizada, para que se possa prestar um serviço humanizado e que esse seja resolutivo.

3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

Abordagem educativa sobre o câncer de mama na Estratégia de Saúde da Família Laércio Barbalho

O câncer ocorre quando existe um defeito no material genético presente no núcleo das células, distorção esta que será responsável pela promoção do desequilíbrio na proliferação celular que acontece em velocidade maior e a eliminação das células velhas, deixam de sofrer apoptose (morte celular).

As células tumorais possuem a capacidade inacreditável de se adaptarem a qualquer área destinada às células saudáveis, onde a colonização é seguida da multiplicação celular, dando por consequência a infiltração dos tecidos novos, as metástases (TOSELLO, 2007).

A etiologia dessa enfermidade é indefinida, já que há vários fatores que favorecem a mutação, com conseqüente alteração da sequência de bases nitrogenadas, componentes específicos do DNA: infecções por variados tipos de vírus que inserem fragmentos de DNA estranhos nas células humanas, como radiações que anulam alguns cromossomos e altera a formação do material genético, hábitos alimentares, estilo de vida, condições ambientais e a composição genética do indivíduo proveniente dos pais (ALMEIDA *et al.*, 2005; ROSSIT; FROES, 2000; TOSELLO, 2007).

O câncer de mama é um dos principais tumores que acometem as mulheres, sendo que afetam principalmente as mulheres acima de 35 anos de idade. Este é provavelmente o mais temido pelas mulheres, já que acontece com alta frequência e promove efeitos não apenas fisiológicos, mas também, psicológicos nas mulheres portadoras da doença. (GONÇALVES; DIAS, 1999).

Atualmente, a previsão para os próximos 25 anos é de que aproximadamente 25 milhões de mulheres do mundo inteiro recebam o diagnóstico de câncer de mama e até 10 milhões dessas mulheres poderão chegar a óbito sem uma cura (SELISTER; BARCELLOS, 2009).

No Brasil, assim como em outros países, há um claro gradiente na mortalidade por câncer de mama que varia com o grau de desenvolvimento socioeconômico. (TRAVASSOS; MARTINS, 2007).

As causas do câncer de mama ainda são desconhecidas, porém existem alguns fatores que aumentam a probabilidade de adquirir a doença. O histórico familiar constitui um importante fator de risco, principalmente se o antecedente for mãe ou irmã (LEAL, 2008).

Segundo o INCA (2015) o câncer de mama é a maior causa de morte por câncer nas mulheres em todo o mundo, com cerca de 520 mil mortes estimadas por ano. E é a segunda causa de morte por câncer nos países desenvolvidos, atrás somente do câncer de pulmão, e a maior causa de morte por câncer nos países em desenvolvimento.

No cotidiano da atuação da equipe de saúde da família, com ênfase na atuação dos profissionais, entre as várias ações direcionadas a indivíduos, grupos, famílias ou

comunidades, emergem as atividades que necessitam de um olhar atento e de forma especial, como aquelas dirigidas ao grupo de pacientes com risco de câncer de mama (BRASIL, 2010).

O rastreamento do câncer de mama visa à detecção de pequenos tumores assintomáticos, tendo como objetivo primário a redução da mortalidade pela doença. Os objetivos secundários do rastreamento do câncer de mama são: aumentar a sobrevida pela doença e reduzir a extensão do tratamento cirúrgico, permitindo cirurgias menos mutiladoras e a necessidade da quimioterapia (MARTINS *et al.*, 2012).

O câncer de mama corresponde a 30% do total dos casos de neoplasias malignas em mulheres (CHIRIFE *et al.*, 2006).

Na maioria das vezes, a medida tomada como tratamento é a retirada da mama da paciente, e este processo interfere diretamente na feminilidade da mulher, na sexualidade e, sobretudo na auto-imagem e auto-estima.

Os problemas físicos e psicológicos decorrentes nas pacientes e em seus núcleos familiares ressaltam a importância para a necessidade do trabalho da equipe multidisciplinar da atenção básica para atender e tratar, como forma de estímulo à saúde da família. (GONÇALVES; DIAS, 1999).

Dado este panorama do câncer de mama, entende-se que o Programa Saúde da Família deve estar melhor preparado para realizar diagnóstico precoce, prevenção, encaminhamento e acompanhamento das mulheres no que se refere ao câncer de mama.

Na estratégia de saúde da família (ESF), Laércio Barbalho, no município de Redenção no estado do Pará, atendemos ao bairro Alto Paraná, localizado na zona urbana da cidade. Em nossa unidade temos 4.723 pacientes cadastrados, sendo 70% desses pacientes do sexo feminino, atendendo a 1.595 famílias.

Nossa equipe conta com alguns profissionais sendo eles, 4 agentes comunitários de saúde, uma médica, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma recepcionista, uma psicóloga, um dentista, um auxiliar de saúde bucal, e um guarda.

Segundo orientações da gestão do municipal, a mamografia é liberada pelo SUS somente a partir dos 50 anos, porém mulheres que ainda não atingiram a idade e tem históricos na família, após fazerem o autoexame, podem se dirigir a uma unidade de saúde, que serão atendidas e a mamografia será liberada.

Porém se a mulher não se encaixa em nenhum dos critérios, e após fazer o autoexame não notou a presença de nenhuma anomalia, a chance de possuir algo será mínima.

Em consulta médica pude notar que muitas mulheres não detêm de informações suficientes sobre os fatores de risco, é a prática correta do autoexame das mamas.

O autoexame, que é o primeiro passo a ser tomado, deve ser realizado uma vez por mês pelas pacientes acima de 35 anos, o que não acontece, visto que as mulheres deixam de fazê-los por falta de orientações corretas para realizar a prática em si mesmas.

Diante do problema exposto, decidi reunir a equipe para que pudéssemos encontrar juntos meios para solucionar o problema planteado. Em reunião todos da equipe estavam de comum acordo em que se faz necessário e urgente a realização de trabalhos voltados a estas pacientes para que estas possam compreender melhor os riscos que estão correndo, no intuito de realizar um trabalho mais efetivo de esclarecimento, incentivando a promoção e prevenção, assim como o diagnóstico precoce da enfermidade.

Com base no diagnóstico situacional, unido a informações coletadas nas consultas médicas e de enfermagem, e com o auxílio da equipe de ESF em que atuo. Foi realizada uma avaliação dos principais problemas levantados pela equipe referente a temática abordada. A proposta foi feita utilizando o método do Planejamento estratégico situacional.

Foi constatada que a falta de informações está relacionada, aos fatores de risco e a não prática correta e adequada do autoexame, esses são os principais problemas encontrados, unido ao fator, falta de tempo por atividades laborais estendidas destas mulheres, baixa escolaridade, assim como suas condições socioeconômicas.

A equipe entendeu que para obter sucesso teríamos que nos readaptar, elegendo assim os sábados no horário de 2 as 5 da tarde a cada 15 dias para realizar atividades, e com isso tivemos que estender nossas atividades laborais.

De início promovemos com os agentes comunitários de saúde durante uma semana, assim como nas consultas, o chamado dessas mulheres, de forma abordativa para participar das atividades que seriam propostas.

A intervenção foi aberta para as mulheres acima de 20 anos que queiram participar, e envolve as mulheres cadastradas na unidade Estratégia de Saúde da Família Laércio Barbalho, no município de Redenção/Pará, localizado na zona urbana da cidade.

A equipe envolvida será composta por médico, enfermeira, técnica de enfermagem, psicólogo, e agentes comunitários de saúde.

Para a implementação da intervenção educativa mediante atividades grupais com as pacientes a través de conversas e palestras organizadas pelos agentes comunitários de saúde com a participação de toda a equipe e com auxílio de Data show ; computador ;e material educativo sobre os fatores de risco de esta doença; maquete para demonstração de autoexame de mama ;material ilustrativo de sinais de câncer de mama ; indicação da mamografia segundo Protocolo para rastreio do câncer de mama no Brasil.

As pacientes serão orientadas quanto aos fatores de risco, a realização correta do autoexame, e quando e onde devem procurar ajuda caso notem algum sinal ou sintomas.

O acompanhamento do projeto será feito através de reuniões trimestrais. As ações estratégicas devem ser sempre executadas e avaliadas ao mesmo tempo para que os problemas sejam detectados e corrigidos no menor tempo possível.

É importante saber qual é o grau de aprendizado destas mulheres assim como seu estado

de satisfação, e as mudanças observadas, e se tem alguma nova sugestão.

Para isso, cada atividade de orientação dividiremos as participantes em grupos, sanaremos as dúvidas. E ao final será feito um jogo onde todas as participantes teram que demonstrar o aprendido, de como se realiza o autoexame, e esse poderá ser respondido oralmente ou ser demonstrado na prática, e responder a pergunta que será,(diga 5 fatores de risco para o câncer de mama) ao final o grupo que mais acertos tiver será grupo vencedor.

É importante ressaltar aqui que atividades como essa que oferecemos na unidade Laércio Barbalho, no município de Redenção/Pará, no momento não está ocorrendo, em razão da pandemia de covid-19 vivida atualmente no país e no mundo, que nos impossibilita de aglomerar grupos de pessoas, seguindo as recomendações do ministério de saúde, preservando assim a saúde e a vida da nossa população. Porém, assim que se estabilize essa situação atual, retornaremos com estas atividades.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos concluir que quando a organização do processo de trabalho não acontece em rede, a exemplo do acolhimento, deparamo-nos com filas na madrugada, para agendamento de consultas, principalmente em unidades tradicionais. Este quadro só vai mudar quando todas as unidades básicas de saúde identificarem as necessidades de seu território com coresponsabilidade e responderem pela longitudinalidade do cuidado, criando vínculo e evitando que os usuários procurem outras unidades como alternativa.

O contexto da pandemia atual, somado às fragilidades na gestão e a falta de gestão de algumas unidades sobrecarregam o trabalho diário de várias unidades que apresentam estratégias de acolhimento implantado, a exemplo da nossa. A reorganização dos serviços se faz necessária, principalmente no atual cenário de pandemia. A partir das vivências no trabalho, na qual se observa uma elevada solicitação de atendimentos, podemos observar que o processo do trabalho precisa ser contínuo e permanente com o planejamento estratégico da equipe. As pessoas têm características diferentes que se refletem na comunidade com diferentes queixas, costumes, culturas e necessidades.

A revisão e a experiência também mostram que existe uma oportunidade para todos os dias para um contato e criação de vínculo com o paciente que muitas das vezes não se sentem devidamente acolhido e com suas queixas valorizadas. Acolher com qualidade envolve empatia, escuta de forma organizada sem perder o conceito de gerência. O acolhimento, portanto, exige que o profissional saia de uma possível zona de conforto para lidar com o inesperado, com o usuário que nos busca por livre demanda. Por outro lado, proporciona um momento impar para a construção conjunta de vínculos.

Segundo Litwinski (2011), o acolhimento demanda receber, escutar, atender, dialogar, tomar decisões, amparar, orientar, negociar, visando o bem-estar do paciente e satisfação dos profissionais de saúde. Contudo posso relatar que a experiência está sendo proveitosa, apesar dos desafios diários da rotina de uma unidade básica de saúde tradicional, conseguimos suprir a demanda atual, assim como acolher de forma que solucione mesmo que temporário o problema demandado.

A equipe entendeu que para obter êxito nas ações educativas, necessitávamos constatar que a falta de informações está relacionada, aos fatores de risco e a não prática correta e adequada do autoexame das mamas destas mulheres, esses são os principais problemas encontrados, unido ao fator falta de tempo por atividades laborais estendidas destas mulheres, baixa escolaridade, assim como suas condições socioeconômicas. As intervenções serviram para orientar de forma adequada a essas mulheres fazendo-as entender que sua saúde depende também do autocuidado. Olhar para si como um novo produtor de saúde e orienta-las onde devem procurar ajuda caso notem algum sinal ou sintomas.

Concluimos que as ações realizadas nestas microintervenções trouxeram benefícios para a população alvo destas atividades, tivemos relatos de profissionais, se mostrando satisfeitos com a organização no fluxo de atendimento, assim como elogios de usuários, quanto o aprendido nas práticas de orientação em grupos.

5. REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição Federal (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 1988.

____ Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: MS, p.15-16, 2004.

____ HumanizaSUS, Política nacional de Humanização, textos básicos de saúde, Brasília, DF, 2004.

____ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/redencao/panorama>. Acesso em: 18 de abril de 2021.

____ Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

____ Portaria nº 648/GM 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional da Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

____ Secretaria de Atenção à Saúde. Acolhimento à demanda espontânea. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume I. Brasília, 2011c.

____ Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, Brasília, 2011(b).

COELHO M. O.; JORGE M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo [on line]; Ciênc. Saúde coletiva vol.14 suppl.1. Rio de Janeiro. Sep./Oct. 2009. Disponível: WWW.scielo.com [capturado em 15/08/14].

FRANCO T.B., BUENO W.S., MERHY E.E. O Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG) [on line]. Caderno Saúde Pública; 15(2): 345-53, abril-junho.1999. Disponível: pesquisa.bvsalud.org [capturado em 09/01/15].

INOJOSA, R.M. Acolhimento: A qualificação do encontro entre profissionais de saúde e usuários. X Congresso Internacional de CLAD sobre a Reforma do Estado e da Administração Pública, Santiago, Chile, 18 - 21 de outubro de 2005.

LITWINSKI G. I. S. O acolhimento como uma ferramenta para a melhoria da qualidade do atendimento nas unidades básicas de saúde. 2011. 26p. TCC (Especialização). Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte.

LOPES G. V. D. O. *et al*; Acolhimento: quando o usuário bate à porta [on line]; Rev. Bras. Enferm. vol.67 no.1 Brasília. Jan./Feb. 2014. Disponível: WWW.scielo.com [capturado em 15/08/14].

NEVES M.; PRETTO S. M.; ELY H.C. Percepções de usuários e trabalhadores de saúde sobre a implantação do acolhimento em uma unidade de saúde em Porto Alegre-RS [on line], Brasil; Rev. odontol. UNESP vol.42 no.5; Araraquara. Sept./Oct. 2013. Disponível:

WWW.scielo.com [capturado em 15/08/14].

RIO DE JANEIRO. Carteira de serviços: relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde. Superintendência de Atenção Primária. SMSDC/PCRJ, 2011.