

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

ARISTÓTELES FERNANDES DA SILVA KRULL

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA ENFRENTAR AS
DIFICULDADES DE COMUNICAÇÃO ENTRE O MÉDICO E OS
USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA PROGRESSO,
DO MUNICÍPIO DE COMERCINHO, MINAS GERAIS**

ARAÇUAÍ – MINAS GERAIS

2019

ARISTÓTELES FERNANDES DA SILVA KRULL

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA ENFRENTAR AS
DIFICULDADES DE COMUNICAÇÃO ENTRE O MÉDICO E OS
USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA PROGRESSO,
DO MUNICÍPIO DE COMERCINHO, MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do Certificado de Especialista

Orientadora: Profa. Dra. Maria Marta Amâncio Amorim

ARAÇUAÍ – MINAS GERAIS

2019

ARISTÓTELES FERNANDES DA SILVA KRULL

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA ENFRENTAR AS
DIFICULDADES DE COMUNICAÇÃO ENTRE O MÉDICO E OS
USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA PROGRESSO,
DO MUNICÍPIO DE COMERCINHO, MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Profa. Dra. Maria Marta Amâncio Amorim - Orientadora

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 29/09/2019

DEDICATÓRIA

Primeiramente a Deus por me conceder saúde e força para estar sempre em busca dos meus sonhos.

Aos meus familiares por sempre me apoiarem nesta jornada.

AGRADECIMENTOS

A Deus sobre todas as coisas!

E ao meu mentor e inspirador, o querido professor Dr. Facundo Correa, por ter sido um dos maiores exemplos durante minha graduação, que sempre me incentivou a buscar mais conhecimento, a ser cada vez melhor e perseverar em busca dos meus objetivos.

Muito obrigado!

RESUMO

A relação dos profissionais no âmbito da saúde da família é um tema desafiador e relevante para a organização dos serviços de saúde pública. O objetivo do presente estudo é identificar as dificuldades enfrentadas por médicos em relação a linguagem utilizada pelos usuários que frequentam a Estratégia de Saúde da Família Saúde Progresso, no município de Comercinho - Minas Gerais. Foi utilizado o método da estimativa rápida para levantar os problemas existentes na no território da unidade básica de saúde e o Planejamento Estratégico Situacional definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações a serem implantadas. Foi feita uma revisão de literatura na base de dados do Ministério da Saúde e da Biblioteca Virtual de Saúde. Os resultados do presente estudo almejam melhor êxito no acolhimento e tratamento dos pacientes, a partir da melhoria do quadro clínico destes.

Palavras-chave: Profissional de Saúde. Estratégia de Saúde da Família. Humanização da Assistência.

ABSTRACT

The relationship of professionals in family health is a challenging and relevant theme for the organization of public health services. The objective of the present study is to identify the difficulties faced by physicians regarding the language used by users attending the Family Health Progress Health Strategy, in the municipality of Comercinho - Minas Gerais. The rapid estimation method was used to raise the existing problems in the territory of the basic health unit and the Situational Strategic Planning to define the priority problem, the critical nodes and the actions to be implemented. A literature review was made in the database of the Ministry of Health and the Virtual Health Library. The results of the present study aim for a better success in welcoming and treating patients, based on the improvement of their clinical condition.

Keywords: Health Professional, Family Health Strategy, Humanization of Assistance.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	.Unidade Básica de Saúde
WHO	.World Health Organization

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à Estratégia de Saúde da Família, Progresso em Minas Gerais, do município Comercinho, estado de Minas Gerais em 2018	19
Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “desgaste na relação médico - paciente”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Saúde e Progresso, do município Comercinho, estado de Minas Gerais	26
Quadro 3 - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Ineficiência do Tratamento”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Saúde e Progresso, do município Comercinho, estado de Minas Gerais	27

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Aspectos gerais do município	11
1.2 Aspectos de Saúde	11
1.3 O sistema municipal de saúde	12
1.4 A Unidade Básica de Saúde	15
1.5 A Equipe de Saúde da Família, da Unidade Básica de Saúde Progresso	16
1.6 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	17
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	17
2 JUSTIFICATIVA	19
3 OBJETIVOS	20
3.1 Objetivo geral	20
3.2 Objetivos específicos	20
4 METODOLOGIA	21
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	22
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	22
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	24
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	24
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	24
6.5 Desenho das operações (sexto passo)	25
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS	28

1.INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Comercinho é um município situado na região nordeste de Minas Gerais, localizado no Vale do Jequitinhonha, pertence à Gerência Regional de Saúde de Pedra Azul, integrada a microrregião de Itaobim e Macrorregião de Teófilo Otoni, tendo como municípios limítrofes: Medina, Itinga, Santa Cruz de Salinas, Salinas e Rubelita. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a população estimada em 2016 era de 8.094 habitantes, possuindo uma área aproximada de 657 Km², com 580 metros de altitude, tendo clima tropical. Fica a 42km da BR 116, sendo ligada à esta pela rodovia estadual LMG – 360 (IBGE, 2018).

Comercinho surgiu em 1860, quando vindo da Bahia, Bruno Rezende, fixou residência na região. Nesta época incentivou a lavoura, especialmente de fumo, e a criação de gado, denominando o lugarejo de Comercinho do Bruno, como ficou conhecido por muito tempo. Atualmente o município é composto por um Distrito (Água Branca de Minas) e um Povoado (Retiro da Saudade) (IBGE, 2018).

Comercinho está localizado na região de mata de transição onde há predominância do cerrado, sendo principalmente realizado exploração de madeira e granito. A principal fonte de renda da população do município consiste em empregos formais na Prefeitura, Escola Estadual, comércio local e empregos informais, sendo os mais comuns: agricultura, sacoleiras, manicures, cabeleireiras, também produções de fumo e gado leiteiro (IBGE, 2018).

As principais festas do município são: a padroeira Nossa Senhora da Conceição (8 de dezembro), São João e São Pedro nas tradicionais festas juninas. Conta também com tradições como cavalgadas (junho). Além dos acontecimentos religiosos da Igreja Católica contam também com eventos de Igrejas Evangélicas (Setembro) (IBGE, 2018).

1.2 Aspectos da saúde

Comercinho possui uma população cadastrada no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB, 2017) de 7515 pessoas, sendo 4.599 (61,20%) residentes em área rural e 2916 (38,80%) residentes na área urbana. O município possui 100% de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), composta por quatro equipes, sendo duas unidades mistas com sede no município e duas unidades rurais com sede no Povoado Retiro da Saudade e Distrito Água Branca de Minas, uma Unidade Básica de Saúde (UBS), que funciona como Pronto Atendimento Municipal, já que o mesmo não possui Unidade Hospitalar.

Em relação aos espaços sociais, não possuímos uma área específica, voltada para o convívio social, porém a Secretaria de Saúde possui parcerias com Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Conselho Tutelar, Sindicato dos Trabalhadores Rurais, Igrejas e outras secretarias.

Comercinho possui 54 crianças menores de 1 ano de idade e 384 crianças menores de 5 anos, 1.187 adolescentes, sendo 617 do sexo masculino e 648 do sexo feminino. Adultos total de 3230, sendo 1938 do sexo masculino e 1292 do sexo feminino. População idosa 1576, hipertensos 1.546 e diabéticos 273 pessoas.

No que no tange a territorialização das equipes, possuímos 100% de cobertura, composta por quatro equipes de ESF e duas equipes de saúde bucal, sendo duas unidades mistas com sede no município e duas unidades rurais com sede no Povoado Retiro da Saudade e Distrito Água Branca de Minas.

São as seguintes ESF: ESF Retiro da Saudade localizada no Povoado do Retiro da Saudade, a ESF Saúde Esperança localizada no Distrito Água Branca de Minas, a ESF Saúde Progresso e a ESF Lauro Rocha localizados na sede.

1.3 Sistema municipal de saúde

Na cidade de Comercinho os atendimentos para entrada dos pacientes pelo SUS, são realizados primariamente pela ESF com a realização do acolhimento. Quando necessário são encaminhados aos profissionais do Núcleo de Assistência a Saúde

da Família (NASF) que atendem semanalmente em dias pré-estabelecidos, os profissionais assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista e psicólogo, onde atendem por referências e também em ações coletivas.

No município os pacientes que necessitam de tratamento hospitalar são encaminhados para o hospital de referência, Hospital Santa Rita de Cássia, no Município de Medina que fica a 42 Km.

Possui convênio com o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Jequitinhonha (CISMEJE) que atende as especialidades: nefrologia, neurologia, ortopedia, oftalmologia, psiquiatria, endocrinologia, dermatologia, angiologia, reumatologia, otorrinolaringologia e cardiologia, e o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência do Nordeste/Jequitinhonha (CISNORJE).

Os pacientes com necessidades de consulta cardiológicas e de exames específicos do sistema cardiovascular são encaminhados para atendimento em Itaobim.

As unidades de saúde funcionam prioritariamente com demanda programada (agendada) sendo essas feitas ou pelo paciente ou Agente Comunitário de Saúde (ACS) presencialmente. Os pacientes geralmente passam pela equipe multiprofissional durante sua permanência na unidade, e se necessário, do atendimento domiciliar, este é previamente agendado e realizado o mais breve possível, quando a equipe encontra um tempo livre na agenda. As UBS do nosso município apresentam obrigatoriamente disponibilizado em locais visíveis para toda a população horário da unidade, mapa de abrangência, população geral por equipe, identificação dos componentes das equipes de cada área e carga horária semanal, fluxograma de acolhimento, indicadores de acompanhamento, telefone da ouvidoria, caixa de reclamações e sugestões.

Os grupos são realizados mensalmente com objetivo de prevenção, promoção da saúde além de proporcionar um feedback entre usuários e profissionais, lembrando que todas as unidades possuem os grupos operativos preconizados pelo Ministério da Saúde (MS).

Esses grupos operativos são classificados em: Grupo de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), Grupo de Gestantes, Grupo da Terceira Idade, Grupo de Tabagismo, Grupo da Mulher, Grupo do Homem, Grupo do Planejamento Familiar que ocorrem mensalmente sendo atividade conjunta com objetivo de promoção e prevenção de o qual participam ESF e NASF.

O NASF também realiza atividades voltadas ao atendimento domiciliar tanto individual como compartilhado. Ocorre também atendimentos ambulatoriais.

No que diz respeito às reuniões de equipe, essas são realizadas também mensalmente, de preferência na última semana do mês, com intuito de avaliação do processo de trabalho, orientações quando necessário, discussões e elaboração sobre o próximo cronograma. Além desta existe a reunião mensal da equipe das ESF e NASF, com intuito também de discussão e elaboração dos trabalhos.

No que se refere as ações intersetoriais, essas são de predominância voltadas ao Programa Saúde na Escola (PSE), porém, quando alguma outra secretaria ou alguma outra instituição necessita da nossa contribuição, estamos sempre à disposição.

1.4 A Unidade Básica de Saúde

A UBS Progresso, que abriga a Equipe, foi inaugurada há menos de dez anos e está situada no bairro Cruzeiro, região alta e de difícil acesso. É uma Unidade de Saúde, construída nos moldes preconizados pelo MS, porém com dificuldade de acesso para a população que não dispõe de transporte. A unidade é nova e bem conservada. Sua área pode ser considerada inadequada considerando a demanda e a população atendida, visto a grande distância da população coberta, para sede da unidade, embora o espaço físico seja muito bem aproveitado.

A área destinada à recepção é espaçosa, isso facilita o atendimento e não gera insatisfação de usuários e profissionais de saúde. Existe espaço e cadeiras para todos, e ninguém tem que aguardar o atendimento em pé. Essa situação sempre é lembrada nas discussões sobre humanização do atendimento. Existe sala exclusiva

de reuniões, onde a equipe se reúne mensalmente para discutir melhorias no atendimento e o cronograma de atenção na zona rural.

As reuniões com a comunidade (os grupos operativos, por exemplo) são realizadas na sala de reuniões da Unidade.

A população tem muito apreço pela UBS, fruto de anos de luta da equipe e da Secretaria de Saúde. A Unidade, atualmente, está bem equipada e possui recursos adequados para o trabalho da equipe, e conta com mesa ginecológica, glicosímetro, nebulizador, instrumental cirúrgico para pequenas cirurgias e curativos, entre outros.

A população coberta pela UBS Progresso, conta com 2007 pessoas, divididas em 14 comunidades rurais mais um percentual de pacientes que residem na sede do município. Cada uma das comunidades conta com suas particularidades, sendo a distância a maior dificuldade enfrentada pela equipe. As comunidades e suas distâncias da sede da unidade são: Comunidade Mundo Novo (7 km); Comunidade Lagoa Escura (14 km); Comunidade Cana Brava (10 km); Comunidade Campos (17 km); Comunidade Corrente (15 km); Comunidade Palmital (30 km); Comunidade Córrego Fundo (30 km); Comunidade Buracada (6 km); Comunidade Arrozal (5 km); Comunidade Landim (6 km); Comunidade Cabeceira (23 km); Comunidade Ceara (28 km); Comunidade Água Branca de São Vicente (15 km); Comunidade Água Branca dos Amaral (15 km). Quase todas as famílias das áreas cobertas sobrevivem da agricultura familiar, o índice de analfabetos é grande e a partir dos 17 anos ocorre demasiadamente o fenômeno de êxodo rural.

1.5 A Equipe de Saúde da Família, da Unidade Básica de Saúde, Saúde Progresso

A Equipe Saúde Progresso é formada pelos seguintes trabalhadores

- Seis Agentes Comunitários de Saúde
- Uma Auxiliar de enfermagem.
- Um Médico.
- Uma Enfermeira.
- Uma Cirurgiã-dentista.

- Auxiliar de Saúde Bucal.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe

A UBS funciona das 7:00h as 17:00 h e não é necessário o apoio dos ACS, para revezarem durante a semana, segundo uma escala, em atividades relacionadas à assistência, como recepção e arquivo, pois a equipe conta com secretaria contratada e treinada para exercer essas funções.

1.7 O dia a dia da equipe

O tempo da Equipe Saúde Progresso está dividido entre atendimento à demanda espontânea, atendimentos agendados na Unidade e nas comunidades cobertas, atendimento a grupos operativos e visitas domiciliares. Também conta com atendimento de alguns programas, como: saúde bucal, pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos, e acompanhamento de crianças desnutridas. A equipe desenvolve outras ações de saúde, como por exemplo, grupos de hipertensos e diabéticos, que, com o tempo, se mostram cada vez mais frutíferos. A avaliação do trabalho realizada mensalmente é motivo de satisfação entre os membros da equipe.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

Os principais problemas de que afetam a saúde da comunidade são a dificuldade de comunicação entre médico e pacientes, o uso crônico de benzodiazepínicos, o alcoolismo, a grande quantidade de portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus tipo II (DM). Com relação aos problemas territoriais, a principal dificuldade é a localização da unidade, que não se encontra numa área totalmente acessível à maioria dos usuários cobertos pela mesma.

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo).

Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à Estratégia de Saúde da Família, Progresso em Minas Gerais, do município Comercinho, estado de Minas Gerais, em 2018

Principais Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Ordem de prioridade****
Comunicação entre médico e pacientes	Alta	10	Total	1
Uso crônico de benzodiazepínicos	Alta	9	Parcial	2
Alcoolismo	Alta	9	Parcial	3
Acesso à unidade	Baixa	1	Fora	5
HPERDIA	Média	1	Total	4

Fonte: autoria própria (2018)

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

Desta forma, o problema prioritário foi a comunicação entre médico e paciente. Atualmente, pode-se perceber uma dificuldade por parte do médico relacionada à comunicação com os clientes. Isso ocorre devido esses profissionais depararem com uma linguagem e uma cultura muito diferente do que aprenderam em seus períodos acadêmicos, isso significa que através da linguagem que pensamos, analisamos o mundo, nos integramos e relacionamos na sociedade (LUFT, 2004).

A cultura dessas pessoas é refletida através da linguagem e costumes e torna-se grande obstáculo para os médicos e enfermeiros no que diz respeito ao relato das doenças e problemas pessoais.

2 JUSTIFICATIVA

Para Orlandi, Sekine, Skalinski (2006) deve-se considerar a linguagem não como reflexo, pois a sociedade desenvolve sua linguagem em consequência dos seus costumes. De acordo com Luft (2004), o primeiro requisito para que se aprenda uma

linguagem é a audição materna, que é a partir daí que o indivíduo terá noções da linguagem que o acompanhará por um longo período da sua vida. Este mesmo autor descreve a imparcialidade da linguagem humana mostrando o desafio que é relacionar com culturas diferentes.

De acordo com o autor supracitado, uma linguagem viva está em constante evolução: gírias, dialetos, neologismos, estrangeirismos, tudo faz parte dessa evolução que a mantém sempre animada, enfatizando que a forma mais concreta da evolução da linguagem é o choque de culturas: regionais, nacionais, internacionais (LUFT, 2004).

Orlandi, Sekine, Skalinski (2006) afirmam que se distinguem bastante, o idioleto (forma de falar próprio ao indivíduo) das do dialeto (forma de falar regional) e da língua nacional (forma de falar própria a língua do país).

Com isso, percebe-se que nem sempre os profissionais estão preparados para socializarem em determinadas regiões, principalmente os profissionais da área da saúde que adquirem ao longo dos anos acadêmicos uma linguagem muito técnica, com isso esses profissionais, possuem certas dificuldades de entendimento da linguagem dos clientes, que tem sua cultura e costumes próprios.

Para tanto, será fruto desse trabalho identificar as dificuldades enfrentadas por médicos e enfermeiros em relação à linguagem dos pacientes que frequentam as unidades da ESF, no município de Comarcão, na área coberta pela UBS Saúde Progresso. Posteriormente será desenvolvido com esses profissionais, ações que possibilitam uma melhor interação da linguagem, ressaltando a importância de conhecer a linguagem do paciente, promovendo assim, um impacto social quanto ao compartilhamento de informações com sujeitos pesquisados.

Desta forma, esse projeto poderá contribuir para melhoria das relações médico/paciente no âmbito do entendimento da situação de saúde destes clientes, facilitando o cuidado dos mesmos, por parte dos profissionais da saúde (médico e enfermeiro).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Identificar as dificuldades enfrentadas por médicos em relação a linguagem utilizada pelos usuários que frequentam a ESF Saúde Progresso, no município de Comercinho - Minas Gerais.

4 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de um projeto de intervenção que será realizado com a população do município de Comercinho - Minas Gerais, descrita na área de abrangência da ESF Saúde Progresso. Foi utilizado o método da estimativa rápida para identificação dos problemas e observado a definição do problema prioritário. O Planejamento Estratégico Situacional (PES) foi utilizado para selecionar o problema prioritário e identificar os nós críticos e das ações a serem implantadas de acordo com orientações oriundas de Faria, Campos e Santos (2018).

Trabalhamos inicialmente com 30 moradores da Zona Urbana e da Zona Rural, escolhidos aleatoriamente, de ambos os sexos.

Para direcionar o referencial teórico foi realizada uma pesquisa bibliográfica nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) e documentos de órgãos públicos (ministérios, secretarias, etc.) e de outras fontes de busca para revisão bibliográfica.

Os descritores utilizados para a busca das publicações foram:

Profissional de Saúde.

Estratégia de Saúde da Família.

Humanização da Assistência.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 A Estratégia de Saúde da Família

O Sistema Único de Saúde (SUS) envolve a valorização das práticas em saúde que resguardam os direitos humanos. Deste modo, as relações entre os profissionais de saúde e os usuários, são desafiadores no que diz respeito a organização dos serviços, para conseguir a implementação do SUS conforme as demandas preconizadas por estes (LIMA *et al.*, 2014).

“A ESF propôs reorganizar a Atenção Primária à Saúde a partir da família e seu ambiente físico e social, possibilitando maior compreensão do processo saúde-doença, com intervenções além das práticas curativas” (DELFINO *et al.*, 2012, p. 316). Então o processo não demanda apenas de leis e políticas de Estado corretos, vai muito além, pois depende essencialmente da relação dos usuários, responsabilidade dos profissionais, onde devem ser buscados o equilíbrio, a autonomia e a responsabilidade não estando pautados apenas pelos gestores e profissionais de saúde.

São aspectos que integram o cuidar nas ESF e que estão além do cuidar e por muitas vezes não são percebidos, o que podem resultar em danos a atenção, especialmente no que diz respeito ao vínculo e corresponsabilização pela saúde. Deste modo, para que os profissionais da saúde atuem no âmbito da saúde da família, eles precisam redimensionar a sensibilidade para perceber, compreender e ponderar acerca das situações que ocorram de cunho ético, significativo e problemático (LIMA *et al.*, 2014).

Atualmente para o Ministério da Saúde (MS), o trabalho em equipe / multidisciplinar é preconizado para a realização da mudança da saúde, a interação interdisciplinar é muito grande, onde trabalhadores de diferentes formações e conhecimentos se interagem para que realizem o cuidado do paciente, com intervenção técnico e científica (FIGUEIREDO, 2012).

Portanto para que se definam as características principais da atenção primária à saúde deve seguir: o acesso da população; a continuidade da atenção ao paciente; a integralidade da atenção e a coordenação da atenção no sistema de saúde (BRASIL, 2011).

Entretanto, todos sabem que para a realização do trabalho em equipe, o processo não é tão fácil, com a modernidade e globalização, as doenças, as práticas de saúde e os hábitos de vida devem mudar, para que os profissionais se atualizem frequentemente, para compor uma equipe. O MS em parceria com a Educação e Ciência e Tecnologia buscam estratégias para que consigam dar conta das atualizações constantes para os profissionais (BRASIL, 2011).

Assim as ações devem ser desenvolvidas nas ESF para que possam promover atenção integral, contínua e organizada da população adscrita. O acolhimento é a porta de entrada para a unidade, os profissionais devem garantir escuta qualificada e encaminhamentos resolutivos, para que não se perca o vínculo com o usuário, e para que as ações sejam traçadas e concretizadas por todos os profissionais envolvidos no processo, para que garanta os princípios do SUS a todos os usuários (BRASIL, 2011).

A responsabilidade central está fixada nas nove diretrizes de atenção à saúde: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a educação popular, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização, assim as reuniões e aprendizado coletivo devem ser alternativas priorizadas. As ESF são portas de entrada para o SUS, onde este órgão tem como prioridade a responsabilização, gestão compartilhada, e a coordenação do cuidado (FIGUEIREDO, 2012).

5.2 Dificuldades Enfrentadas na Relação Médico Paciente

A busca pela valorização do envolvimento entre o médico e o paciente trouxe também para o debate sobre a importância da humanização na prática médica. Acima de qualquer atitude, o médico precisa focar menos na doença, na tomografia, na ressonância magnética e mais no doente, que é a razão da sua existência

profissional. Nesses tempos de grande avanço econômico e tecnológico, nada substitui o tratamento humanizado e nada é mais importante do que a medicina à beira do leito (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLÍNICA MÉDICA, 2012).

A relação médico-paciente é uma interação que envolve confiança e responsabilidade. Caracteriza-se pelos compromissos e deveres de ambos os atores, permeados pela sinceridade e pelo amor. Sem essa interação verdadeira, não existe prática médica. Muitas vezes o indivíduo que está doente já procurou diversos profissionais que, em inúmeros casos, sequer olharam em seu rosto. É uma das dificuldades que precisam ser enfrentadas no momento da abordagem inicial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLÍNICA MÉDICA, 2012).

Para criar uma boa relação médico-paciente faz-se necessário que o médico coloque-se no lugar do paciente para que compreenda pelo que o doente está passando. Há médicos que enquanto pacientes relataram a experiência da própria doença como o neurologista Oliver Sacks. Ele conta que, em certa ocasião, fraturou uma das pernas. Transformar-se de médico em paciente isso significou:

“[...] a sistemática despersonalização que se vive quando se é paciente. As próprias vestes são substituídas por roupas brancas padronizadas e, como identificação, um simples número. A pessoa fica totalmente dependente das regras da instituição, se perde muito dos seus direitos, não se é mais livre” (FERNANDES, 1993, p. 38).

Ultimamente as doenças infecciosas, para as quais existem meios curativos, vêm sendo substituídas por doenças crônico-degenerativas, para as quais não há medidas curativas. Assim os médicos voltam a apelar para a relação médico-paciente, buscando estratégias de tratamento que possam proporcionar melhor qualidade de vida. Tratamentos que se caracterizam pela longa duração e pela absoluta necessidade de participação intensa do paciente. Nessas circunstâncias, o relacionamento que se estabelece entre o profissional e o médico passa a ter uma importância fundamental para a adesão às propostas terapêuticas e para o sucesso das intervenções. Também é importante para aliviar as filas, principalmente na rede pública de saúde, pois com a relação médico-paciente o tratamento administrado é

mais efetivo e faz com que não haja a necessidade de o paciente procurar várias vezes o sistema de saúde (ROCHA *et al.*, 2011).

Devido à complexidade do tema a PEBMED Instituição de Pesquisa Médica e Serviços Tecnológicos lançou um livro “Sete maneiras de minimizar o desgaste do relacionamento médico- paciente”, onde atende à demanda dos profissionais tratando acerca das necessidades dos pacientes, são eles os mais comuns: a humanização no atendimento, a adesão no tratamento, o problema de comunicação, o doutor internet.

Na área de saúde o paciente deve ser o objetivo final. Assim sendo, respeitar todos os direitos que o paciente tem, tanto éticos quanto legais é fundamental, mas reconhecendo o tipo de cliente que é seu paciente, faz com que o médico vá mais além, não respondendo somente cumprindo seus direitos, mas também respondendo a seus anseios, atendendo-o bem em todos os sentidos, conquistando efetivamente sua confiança e o tornando um cliente fiel (MARINHO JUNIOR, 2012, p. 18).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Desgaste da Relação Médico Paciente”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do PES (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado

O maior problema identificado no diagnóstico situacional que é enfrentado principalmente pelo médico da unidade é a dificuldade de comunicação com os pacientes, não no geral, mas na expressão de alguns termos que dificultam o entendimento de ambos, atrapalhando tanto diagnósticos como prescrições. Como um percentual significativo da população coberta pela unidade está localizada na zona rural do município, é clara a dificuldade de entendimento.

6.2 Explicação do problema selecionado

A dificuldade na comunicação e entendimento entre médico e clientes, se dá pela variação cultural, e o grande desnível educacional entre os dois lados. De um lado está o médico, recém-formado, que esteve seis anos ou mais inserido num ambiente completamente diferente do contexto em que está atuando. Esse profissional passou por uma longa etapa de convivência com professores e colegas que sempre buscavam se expressar em termos médicos e técnicos (comuns para eles). Por exemplo, alguns médicos não estão acostumados a usar o termo “dor de cabeça”, e acabam por dirigir-se aos pacientes usando “cefaleia”, termo esse que o paciente não faz a menor ideia do que se trata. Por outro lado, temos os pacientes, que muito frequentemente utilizam termos como, “pieira”, “esporão”, “impingem”, “esteporo”, para se referirem a sintomas e/ou enfermidades, que não são entendidos pelo médico, criando assim uma dificuldade no entendimento entre esses dois importantes atores.

6.3 Seleção dos nós críticos

Os nós críticos que levaram a escolha do tema são:

- desgaste da relação médico-paciente;

- ineficiência no tratamento, devido à dificuldade de entendimento.

6.4 Desenho das operações

A partir dos problemas supracitados, elaborou-se os quadros 1 e 2, contendo os nós críticos do problema a serem realizados na intervenção, onde está contido o nome do projeto, os resultados e produtos esperados, bem como os recursos críticos e o prazo para a operacionalização dos mesmos, visando a melhora do desgaste da relação médico paciente.

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “desgaste na relação médico - paciente”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Saúde e Progresso, do município Comercinho, estado de Minas Gerais

Nó crítico 1	Degaste da relação médico-paciente.
Operação (operações)	Aumentar os vínculos
Projeto	HumanizaRede
Resultados esperados	Fortalecimento da relação de confiança entre médico-paciente
Produtos esperados	Palestras; Visitas domiciliares; Grupos operacionais; Consultas em grupo;
Recursos necessários	Estrutural: profissional para acompanhar o grupo operativo Cognitivo: Informação sobre o tema; Político: mobilização social; Financeiro: recurso para impressão de folder
Recursos críticos	Estrutural: Adesão do Gestor Cognitivo: profissionais Político: liberação de recursos para contratação dos profissionais Financeiro: disponibilização de recurso para impressão
Controle dos recursos críticos	Enfermeira – favorável
Ações estratégicas	Não necessária
Prazo	30 dias
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médico e enfermeira
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Avaliação da melhor adesão da comunidade a equipe de saúde em 90 dias

Fonte: o autor (2019).

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Ineficiência do Tratamento”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Saúde e Progresso, do município Comercinho, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Ineficiência do Tratamento
Operação (operações)	Elaborar guia linguístico para a população
Projeto	Mais Saúde para População
Resultados esperados	Treinamento médico Apoio dos ACS Utilização dos “guias linguísticos” criados pelos profissionais com ajuda dos ACS e da comunidade Entrosamento entre o médico e paciente para diagnósticos e tratamentos
Produtos esperados	Palestras Visitas domiciliares Grupos operacionais Consultas em grupo Criação de “guias linguísticos” com ajuda da comunidade Melhora da comunicação médico e paciente.
Recursos necessários	Estrutural: profissional para acompanhar o grupo operativo Cognitivo: Informação sobre o tema Político: mobilização social Financeiro: recurso para impressão de guia
Recursos críticos	Estrutural: Adesão do Gestor Cognitivo: Vontade dos profissionais Político: liberação de recursos Financeiro: disponibilização de recurso para impressão
Controle dos recursos críticos	Enfermeira e médico- Favorável
Ações estratégicas	Não necessária
Prazo	30 dias
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médico e enfermeira
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Avaliação da melhor adesão da comunidade a equipe de saúde em 90 dias

Fonte: o autor (2019)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se com o presente estudo que o principal objetivo do projeto de intervenção venha a ser alcançado e as dificuldades encontradas pelo binômio médico e paciente venham a ser sanadas para que tenham êxito no tratamento das diversas doenças.

A relação médica não é fácil de ser estabelecida, sendo um processo complexo, exigindo esforço do binômio médico/ paciente, contudo se faz necessário na prática clínica, principalmente o que diz respeito a atenção primária a saúde, que tem o vínculo no atendimento, visando a melhora do quadro clínico em um diagnóstico conclusivo e na decisão do melhor tratamento.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]** 2011, Brasília, n.204, p.55, 24 out.2011. Seção 1, pt1.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>.

COMERCINHO. **Caderneta dos Serviços de Saúde**. Comercinho: Secretaria Municipal de Saúde e Núcleo de Atenção a Saúde da Família (NASF), 2019.

COMERCINHO. **Portal da Transparência**. Comercinho, 2017. Disponível em <<http://transparencia.comercinho.mg.gov.br/receitas/>> Acesso: 20 set 2018.

DELFINO, M. R. R. *et al.* Repercussões do processo de ensinar-aprender em serviços de saúde na qualidade de vida dos usuários. **Trab Educ Saúde**, v. 10, n. 2, p. 315-333, 2012.

FARIA H. P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>. Acesso em:

FERNANDES, J. C. L. A quem interessa a relação médico-paciente? **Cad Saúde Pública**, v. 9, p. 21-27 1993. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X1993000100003&script=sci_arttext&tlng=pt . Acesso: 10 jun 2019

FIGUEIREDO, E.M. **A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS**. UNA-SUS | UNIFESP. 2012. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf . Acesso: 10 set 2018

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades @comercinho**. [online], 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/comercinho/panorama>. Acesso: 10 jun 2019

LIMA, C. A. *et al* Relação profissional-usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista. **Rev. Bioét.**, v. 22, n. 1, p. 152-160, 2014. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422014000100017> Relação profissional-usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista. Acesso: 10 jun 2019

LUFT, V. C. *et al.* Suprimento de micronutrientes, adequação energética e progressão da dieta enteral em adultos hospitalizados. **Rev. Nutr.** [online], v..21, n.5, p.513-523, 2004. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732008000500004>. Acesso: 10 jun 2019

MARINHO JUNIOR, C.E. **Gerenciamento do Consultório Médico com Foco em Marketing**. Monografia (Programa de Pós-Graduação em Gestão em Saúde e Auditoria), Universidade Tuiuti do Paraná. Curitiba. 2012.

ORLANDI, M. H. F.; SEKINE, C. Y.; SKALINSKI, L. M. Assistência humanizada ao neonato prematuro e/ou de baixo peso: implantação do Método Mãe Canguru em Hospital Universitário. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 349-353. 2006.

ROCHA, G. J. M. *et al.* Steam explosion pretreatment reproduction and alkaline delignification reactions performed on a pilot scale with sugarcane bagasse for bioethanol production. **Industrial Crops and Products**, v. 35, n. 1, p. 274-279, 2011.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE PARA A ATENÇÃO BÁSICA. SISAB, .2017. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/>. Acesso: 10 jun 2019

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLÍNICA MÉDICA. **A importância da relação médico paciente**. 2012. Disponível em: <http://www.sbcm.org.br/v2/index.php/artigo/2526-a-importancia-da-relacao-medico-paciente>. Acesso 13 jul 2019.