

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

LUIZ ANTONIO CUNHA CASTRO

**A HUMANIZAÇÃO COMO FERRAMENTA NO ATENDIMENTO
DIFERENCIADO NA UNIDADE MATRICIAL DE SAÚDE**

**UBERABA/ MG
2016**

LUIZ ANTONIO CUNHA CASTRO

**A HUMANIZAÇÃO COMO FERRAMENTA NO ATENDIMENTO
DIFERENCIADO NA UNIDADE MATRICIAL DE SAÚDE**

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

Orientador: Esp. Judete Silva Nunes

UBERABA/ MG
2016

LUIZ ANTONIO CUNHA CASTRO

**A HUMANIZAÇÃO COMO FERRAMENTA NO ATENDIMENTO
DIFERENCIADO NA UNIDADE MATRICIAL DE SAÚDE**

Banca examinadora

Examinador 1: Esp. Judete Silva Nunes - UFTM

Examinador 2 – - Letícia Ferreira Castro - UFTM

Aprovado em Uberaba, em 27 de Janeiro de 2016.

DEDICATÓRIA

Aos profissionais de saúde que contribuíram em minha rotina de trabalho, que me receberam de braços abertos e compartilharam comigo o cuidado em saúde.

Aos meus familiares que me incentivaram e apoiaram em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em especial a Deus, por calcular de maneira exata esta trilha e andar junto a mim todos os dias, abrindo cortinas para que eu enxergasse novos horizontes, me amparando em Teu colo sagrado, sempre!

Agradeço a minha esposa e filhas por tudo que contribuíram em minha caminhada.

À Orientadora Esp. Judete Silva Nunes pela ajuda na condução e viabilização deste trabalho.

Aos usuários da Unidade Matricial. Obrigada por cada sorriso e afeto. Vocês são combustíveis da minha fé e do meu trabalho.

EPIGRAFE

A gentileza é a essência do ser humano. Quem não é suficientemente gentil não é suficientemente humano.

Joseph Joubert

RESUMO

A qualidade da atenção prestada aos usuários pelos serviços de saúde nas UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE estão ligadas ao acolhimento e à humanização, ferramentas fundamentais para um atendimento de qualidade. Diante disso, o objetivo desta pesquisa intitulada A HUMANIZAÇÃO COMO FERRAMENTA NO ATENDIMENTO DIFERENCIADO NA UNIDADE MATRICIAL DE SAÚDE é realizar uma pesquisa bibliográfica na teoria que discorra sobre o assunto, fazer uma análise do processo desde sua implantação à atualidade, na cidade de Uberaba- MG. O estudo objetivou avaliar inserção do acolhimento humanizado na Unidade Matricial de Saúde Maria Teresa (UMS), avaliação da necessidade de uma educação continuada para os profissionais da Unidade assim como uma boa relação de trabalho com a Equipe do Programa Saúde da Família (PSF). A Humanização nasceu dentro do SUS sendo seus princípios totalmente voltados para a inspiração humanista: universalidade, integralidade, equidade e participação social. Em 2003, o Ministério da Saúde publica a Política Nacional de Humanização da atenção e gestão no Sistema Único de Saúde – Humaniza SUS, que propõe mudanças no modelo de atenção e a necessidade de uma nova relação entre usuário, profissionais e comunidade (BRASIL, 2003). Este Projeto de Pesquisa apresenta uma reflexão teórica e simultaneamente crítica, que contribui concomitantemente para os profissionais da saúde lotados em ambientes sócio- ocupacionais relacionados com a área de saúde.

Palavras-chave: Humanização; Unidade Básica de Saúde; Programa Saúde da Família

ABSTRACT

The quality of care provided to users by the health services in the BASIC HEALTH UNITS are connected to the reception and humanization, fundamental tools for quality care. Thus, the aim of this study entitled The Humanization AS A TOOL IN THE DIFFERENTIAL SERVICE IN HEALTH UNIT MATRIX is to conduct a literature search on the theory that discorra on the subject, to analyze the process from its inception to the present, in the city of Uberaba- MG . The study aimed to evaluate the insertion of humanized care in Health Maria Teresa of Matrix Unit (UMS), evaluation of the need for continuing education for Unity professionals as well as a good working relationship with the Family Health Program (PSF). The Humanization born within the SUS and its principles fully focused on humanistic inspiration: universality, comprehensiveness, equity and social participation. In 2003, the Ministry of Health published the National Humanization of care policy and management in the Unified Health System - Humaniza SUS, which proposes changes in the care model and the need for a new relationship between user and professional community (BRAZIL, 2003). This research project presents a theoretical reflection and critical simultaneously, concurrently contributing to health professionals crowded in occupational environments socio-health-related area.

Key words: humanization ; Basic health Unit; Health program

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ESF.....	Equipe Saúde da Família
PES.....	Planejamento Estratégico Situacional
PNAB.....	Política Nacional de Atenção Básica
PNH.....	Programa Nacional de Humanização
PSF.....	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
UMS.....	Unidade Matricial de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

1 Mapa da Cidade de Uberaba MG.....	12
2 Fotos da Unidade Matricial de Saúde.....	19
3 Fotos da Unidade Matricial de Saúde.....	20
4 Fotos da Unidade Matricial de Saúde.....	21

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. JUSTIFICATIVA.....	24
3. OBJETIVOS.....	25
4. METODOLOGIA.....	26
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	27
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	29
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
8. REFERÊNCIAS.....	35

1 INTRODUÇÃO

1. IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO

Uberaba é um município do estado de Minas Gerais, no Brasil. Localiza-se na região do Triângulo Mineiro, pertence à Mesorregião do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba e à microrregião de mesmo nome. Encontra-se a 416,29km de Belo Horizonte. O número de habitantes: 318.813.



Fonte: <https://www.google.com.br/search?q=mapa+de+uberaba>

1.1 HISTÓRICO DE CRIAÇÃO DO MUNICÍPIO.

A cidade de Uberaba originou-se nos primeiros anos do século XIX, situando-se às margens de rota conhecida como Estrada Real ou Anhanguera, que ligava São Paulo a Goiás. Hoje conhecida como Triângulo Mineiro esteve sob a jurisdição de Goiás até 1816. Em 1816, a região do Triângulo Mineiro, deixou de pertencer à Capitania de Goiás e foi anexada à Capitania de Minas Gerais. A elevação de Uberaba à categoria de freguesia em 2 de março de 1820 com o nome de Freguesia de Santo Antônio e São Sebastião do Uberaba. Devido a este fato de importância histórica, se instituiu oficialmente como a data que se comemora o aniversário de Uberaba, 2 de março. (<http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/conteudo-online>).

Em 1831, foi criada a Vila de Araxá, da qual Uberaba fez parte até sua emancipação política em 1836. Em 22 de fevereiro de 1836, pela lei mineira número 28, Uberaba foi elevada à categoria de município, a Vila de Uberaba,

desmembrando-se de Araxá. Em 7 de janeiro de 1837, é instalada a Câmara Municipal, tomando posse os primeiros vereadores, tendo o Capitão Domingos como seu primeiro presidente. (<http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/conteudo-online>).

Em 1840, Uberaba é elevada à categoria de Comarca do Paraná, desmembrada da comarca de Paracatu. Uberaba é elevada da categoria de vila à categoria de cidade em 2 de maio de 1856. Em meados do século XX, já contava com faculdades de Medicina, Engenharia, Enfermagem, Filosofia e de Odontologia. A partir dos anos 70 foi feito um esforço de diversificação econômica, visando à ampliação do parque industrial, sobretudo na área de fertilizantes e defensivos agrícolas. Posteriormente, houve implementação do polo moveleiro, entre outros projetos de desenvolvimento integrados, buscando o progresso econômico desta cidade que hoje em dia atinge a marca 318.813 habitantes. (<http://revistaintegracao.com.br/integracao-cidades/cidade-de-uberaba/online>).

1.2 DESCRIÇÃO DO MUNICÍPIO

O município tem uma área total de 4.540,51 km², tem como municípios limítrofes: Água Cumprida, Conceição das Alagoas, Veríssimo, Indianópolis, Nova Ponte, Sacramento, Conquista, Delta, Igarapava (SP), Aramina (SP), Miguelópolis (SP). Tem uma distância Total de 481 km até a capital. Altitude 823 m. Concentração habitacional a população de Uberaba é de 318.813 habitantes, com os seguintes dados estratificados: Por sexo: 48,8% de homens e 51,2% de mulheres. (<http://www.ibge.gov.br/home/online>).

1.3 ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDHM, medido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, indica que Uberaba saltou da 9ª para a 4ª colocação em Minas Gerais, num período de 10 anos. 0,772. Por índice de urbanização: Urbana: 287.077 habitantes - 96,9% Rural: 9.184 habitantes - 3,1%. A renda per capita média de Uberaba cresceu 81,22% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 539,67 em 1991 para R\$ 790,50 em 2000 e R\$ 978,01 em 2010. A taxa média anual de crescimento foi de 46,48% no primeiro período e 23,72% no segundo. Renda per capita anual de Uberaba: R\$ 4.804,80. O PIB per

capita em 2009 é de R\$ 18.800,00. Taxa de longevidade: aumentou de 68,97 para 73,93 anos, uma das maiores do país e a expectativa de vida da população é de 73,9 anos. Taxa de mortalidade infantil em Uberaba: 9,51%, uma das menores do Brasil. (www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao-online)

O Saneamento de Uberaba conta com ligação de água: 99,9%; Ligação de esgoto: 98%%; Extensão de redes: Rede de água: 698,65 km Rede de esgoto: 655,25 km. As Principais Atividades Econômicas são: Açúcar e álcool, Avicultura, Biotecnologia, Algodão, Alimento e bebida, Bovinocultura de corte e leite, Calçados e confecções, Comercio em geral, Cosméticos, Construção civil, Ensino, Eletrodomésticos e ferramentas, Fertilizantes, Indústria química, Hortifrutigranjeiros, Metalomecânica, Ovinocultura, Indústria moveleira, Produção agrícola, Piscicultura, Prestação de serviços, Suinocultura, Tubos plásticos e derivados. (uberaba.mg.gov.br/portal/acervo//meio_ambiente/arquivos-online)

1.4- ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

- Taxa de Crescimento Anual: 1,33%
- Densidade demográfica: 70,66 hab./km²
- Densidade Urbana: 1.121,39 hab./km²
- Densidade Rural: 2,14 hab./km²
- Taxa de alfabetização: 98,70%. Em Uberaba, não falta escola para quem quer estudar. (www.uberaba.mg.gov.br/portal/.../Relatorio%20Ambiental%201.pdf-online)

A taxa de analfabetos em Uberaba é de 4,0% considerando alunos acima de 15 anos, sendo que a maioria de analfabetos encontra-se na faixa etária acima de 60 anos, de acordo com o censo do IBGE de 2010.

1.5- SISTEMA LOCAL DE SAÚDE

O Fundo Municipal de Saúde é instituído por lei e constitui-se em uma unidade orçamentária gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde, ressalvados os recursos repassados diretamente às unidades vinculadas ao Ministério da Saúde (art. 14 Lei Complementar 141/2012). A gestão do Fundo Municipal de Saúde é do Secretário de Saúde (Constituição Federal 198, I; Lei 8080, art. 9; art.32 § 2o e art.33 § 1o), que tem autonomia total na gestão dos recursos

orçamentários e financeiros, mas ainda mantém a contabilidade de forma centralizada na Secretaria Municipal da Fazenda.

Programa Saúde da Família

- ❖ Cobertura 52,44%
- ❖ 22 USF, 9 UMS, 6 NASF
- ❖ ESF 47, CEO 3

(www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo/saude/.../plano_municipal_saude-online)

I. Nível primário ou rede de Atenção Básica à Saúde: Constituem a porta de entrada dos pacientes ao sistema de saúde, nela podemos encontrar as 35 Unidades Básicas de Saúde . Estas unidades básicas oferecem serviços de clínico geral, odontologia, psicologista, nutricionista, fisioterapia, etc., estas unidades prestam serviço desde as 07h00 horas até 17h00 horas.

(www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo/saude/online)

Nesta rede de atenção temos também 06 unidades matriciais, que oferecem serviço de clínico geral, pediatria e ginecologista, além de plantão de clínicos geral, e seu serviço é desde 07h00 horas até 22h00 horas e também 03 UMS que oferecem serviço de pediatria e ginecologia e seu trabalho se desenvolve desde as 07:00 horas até 19:00 horas.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é composta por equipe multiprofissional que possui, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Pode-se acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal (ou equipe de Saúde Bucal-ESB): cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por agente e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe. (dados.gov.br/dataset/acs_equipes-online)

II. Nível secundário ou rede de Atenção Secundária: Este Tipo de Atenção está preparado para avaliação de pacientes de risco médio e são unidades que contam com serviço ambulatorio especializado ao qual se encaminham os pacientes que

não se pode resolver seu problema na atenção básica, estas 04 unidades estão divididas em 02 UPA e duas URS, tem dermatologistas, cardiologistas, neurologistas, psiquiatras, endócrinos, ortopedistas, especialidades odontológicas, etc. Neste nível temos também Centros Especializados em reabilitação, Centros de Saúde Mental, Álcool e Droga (CAPS`D e CAPS), Centros de Testagem Anônima (CTA), Centros Especializados em Saúde da Mulher (CAISM), Centro de Referência a Saúde do Trabalhador (CEREST).

III. Nível Terciário ou Rede de Atenção Terciária: Está constituída por a Atenção Hospitalar onde se dá atendimento a pacientes de alto risco o com doenças de maior complexidade, dentre deles temos Hospital das Clínicas ou Hospital Escola e o Hospital Universitário Mario Palmério. Neste tipo de atenção temos também a modalidade de Tratamento Fora do Domicílio (TFD) para pacientes com doenças de alta complexidade e que cuja solução se encontra fora do município. Nesta situação o sistema garante transporte para levar os pacientes para outros municípios onde se realiza seu tratamento ou avaliação, como por exemplo, Ribeirão Preto, Uberlândia, etc.

1.6 TERRITÓRIOS / ÁREA DE ABRANGENCIA

Compreende um espaço social onde vive uma população definida é a organização de vida dessas pessoas obedece um processo pré constituído, com característica próprias e portando a organização do serviço de Saúde deverá levar em conta estas diferenças para que os diagnósticos (dos riscos e danos) as prioridades e as forma de atuação sejam mais justas e eficazes. Sendo ainda necessário que os Serviços de Saúde conheçam as condições em que vivem as pessoas acometidas por alguma enfermidade e o valor por elas atribuídos a essas doenças e os prováveis fatores que determinam e condicionam o aparecimento e a manutenção destas doenças. (<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca-online>)

Um dos entendimentos mais tradicionais de território é de que se trata de uma instância de poder (RAFFESTIN, 1993). Assim, as divisões territoriais utilizadas no SUS, tais o município, o distrito sanitário e a área de abrangência de serviços de saúde são áreas de atuação, de caráter administrativo, gerencial, econômico ou político. Esse poder existente também é instituído através das redes de

relacionamento humano que se constituem no espaço (GIDDENS, 1989).

Em cada UBS o PSF é responsável por determinado número de famílias, no caso da Unidade Matricial em questão a área de abrangência é a seguinte:

- Número de família e de habitantes: 580 famílias e 3520 habitantes.
- Nível de alfabetização: Os adultos fazem o básico e tem voltado a estudas no período noturno, sendo que predomina o sexo feminino. Cerca dele 20% são analfabetos, quando as crianças não estão na escola, ficam nas ruas .
- Taxa de Emprego e principais postos de trabalho: Os pacientes trabalham principalmente em Mercearias, lojas de roupa.

As casas de um modo geral são construídas de alvenaria, acabamentos simples, muitas recobertas com telhas tipo Eternit – Brasilit. A media dos moradores por domicilio varia de 5 a 8 pessoas. A iluminação é feita pela rede publica CEMIG, esgoto por CODAU. A maioria das casas é própria, sendo que algumas são alugadas ou cedidas. O transporte é feito predominantemente por ônibus e bicicletas. Alguns moradores possuem motos e carros. A renda familiar varia, mas a media é um pouco mais que o salário mínimo. Há distribuição de cestas básicas para pessoas com dificuldades temporárias e permanentes, de sopa, de roupas (geralmente instituições religiosas católicas e espirita). O numero de nascimentos é elevado. As doenças predominantes são: em crianças resfriados e gripe, em adultos Hipertensão Arterial, Diabetes e doenças decorrentes do Diabetes (Ulcera do pé diabético), Dependência Química, etc., em idosos Depressão, Cardiopatias, Artrose, etc. Os problemas de saúde da criança estão dados por falta de higiene, a má alimentação e falta de conscientização das mães. Dos idosos a falta de uso diário das medicações e consumo de bebidas alcoólicas. As principais causas de morte são acidentes de trânsito, violência (causada pelo uso de drogas e álcool) e problemas cardíacos, morrem - se mais idoso seguido de adultos. As causas mais comuns de adoecimento são resultado pelo estilo de vida das pessoas tais como: tabagismo consome de drogas e obesidade.

Na área da ESF tem uma escola, não há creches, as crianças estudam nesta escola e muitas na escola municipal Geni Chaves, que é próxima a nossa área de abrangência, a maioria das crianças estuda e concluem o ano. A UMS Maria Tereza

de Freitas está inserida no meio da população de abrangência, é muito procurado o atendimento de urgência na UPA, muitos pacientes procuram o clínico geral para acompanhamento de doenças crônicas. Existe dificuldade para a marcação de consultas com especialidades já que fica muito tempo na fila eletrônica. Horário de funcionamento: A UMS Maria Tereza de Freitas tem horário de funcionamento desde 07h00 horas até 22h00 horas porque oferece serviço de plantão do clínico geral. (www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo/rede_protecao/instituicoes-online)

1.7 RECURSOS HUMANOS

- Enfermeiras de PSF: 3
- Médicos de PSF: 3
- Técnicos de enfermagem: 3
- Dras. Dentistas: 3
- Auxiliar de Saúde Bucal: 3
- Gerente: 1
- Técnicas de Enfermagem da rede: 2
- ACS: 24
- Recepcionistas: 3
- Servidoras da Limpeza: 1
- Médicos da rede: 3 (2 clínicos Gerais e 1 Pediatra)
- Psicólogas: 2
- Assistente Social: 1
- Fisioterapeuta: 1
- Horário de trabalho: As ESF trabalham das as 17h00
- Faz-se plantão de Clínico Geral das 18:00 as 22:00

1.8 RECURSOS MATERIAIS.

Área física e uso: A unidade tem 75 m² de área construída, tem 3 consultórios de ESF, 1 consulta de Papanicolau, 1 posto de Enfermagem, 2 Consultórios para plantão de Clínico Geral, 1 consultório de Pediatria, 1 consultório

para Psicólogos, 1 Sala dos Agentes, , Recepção, Farmácia, Sanitários, Sala de Nebulização.

CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO



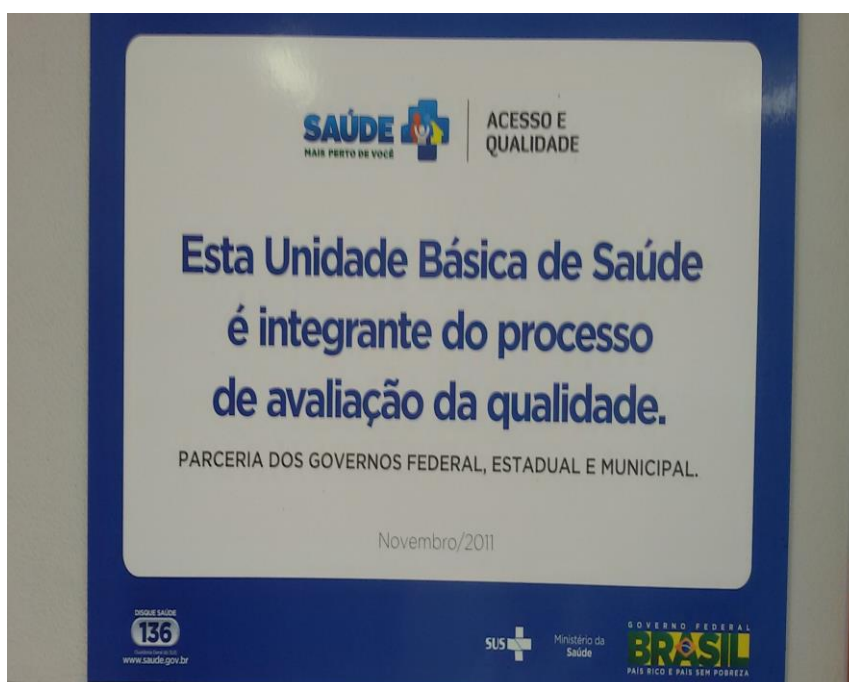
Fonte: Arquivo Pessoal

SALA DE ESPERA



Fonte: Arquivo Pessoal

PLACA DE INFORMAÇÃO NA ENTRADA DA UNIDADE



Fonte: Arquivo Pessoal

ENTRADA DA UNIDADE



Fonte: Arquivo Pessoal

VISTA TOTAL DA UNIDADE



Fonte: Arquivo Pessoal

1.9 Processo de trabalho em atenção básica à saúde

Promover Saúde tem como finalidade a qualidade de vida das pessoas. Temos que ter em mente que no caso da Saúde o usuário pode ser sujeito ou agente do processo de trabalho, podendo ser ainda o objeto desse mesmo processo de trabalho. Concluindo entre as peculiaridades dos processos de trabalho na prestação de serviço, destacamos que o usuário é o objeto no processo de trabalho, mas é também um agente e portanto ele deve estar ativamente envolvido para que as Ações de Saúde ocorram, quer seja cumprindo recomendações, fornecendo informações, ou seja o objeto da ação também age.

(<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca-online>)

1.10 O agente institucional: O sistema de Saúde

O Sistema Público de Saúde brasileiro é estruturado nas 3 esferas administrativas do Estado Nacional: União, Estado e Municípios; Sendo todas as 3

esferas agentes do processo de trabalho da ESF pois estabelecem objetivos para as atividades das equipes. (<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes-online>)

As equipes da Saúde da Família, formalmente constituídas são os agentes ou sujeitos grupais imediatos do processo de trabalho em Atenção Básica de Saúde no SUS. (<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca-online>)

A equipe de saúde que atua de forma abrangente deve visar às demandas espontâneas e esta atividade vem sendo realizada satisfatoriamente pela minha equipe através da atenção aos idosos e crianças com vacinações, realização de exames preventivos e o tradicional check-up, acompanhamentos de pré natal, de hipertensos e diabéticos. Mas também temos que ter em mente práticas educacionais e atividades para a mudança de comportamentos, ou a mudança de padrão de suas relações sociais e profissionais em função dos impactos esperados em sua saúde (Estas podem ser enquadradas dentro de ações programáticas ou demanda estruturada de atenção básica a Saúde).

(bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/36manual_condutas.pdf)

Temos procurado dentro da equipe considerar a necessidade de atenção e cuidado para com todas as demandas do Usuário, ampliando a capacidade dos profissionais para lidar com as dimensões psíquica e social dos indivíduos. Ampliando também as capacidades comunicativas e gerenciais dos profissionais necessárias para a atuação comunitária.

Dentro de uma visão ampliada dos objetivos dos profissionais e das equipes de Saúde destaco aqui, que os profissionais e as equipes de Saúde tem também seus objetivos profissionais e existenciais, suas necessidades e expectativas de condições de trabalho e renda, de realização e desenvolvimento. Este é um ponto que de certa forma pode vulnerabilizar uma equipe que às vezes não tem devidamente satisfeitos seus anseios financeiros.

Outro ponto crítico diz respeito às edificações das unidade de Saúde, falta de equipamentos e suplementos técnicos (exemplo: ter ou não ter um espaço adequado para reuniões, ter ou não ter sala de atendimento mobiliada adequadamente com boa climatização, ter ou não ter uma sala com instrumental para realização de pequenas cirurgias (cirurgias ambulatoriais). Além desses meios físicos devemos considerar também os conhecimentos e habilidades dos

profissionais e os meios constituídos pela interação dos profissionais entre si e destes com os usuários e a comunidade como condição para realização do trabalho.

É importante frisar que os profissionais e as equipes de saúde são os protagonistas imediatos de todos os Processos de Trabalho em Saúde e é portanto no seu objetivo de processo de trabalho, que se associa toda a abrangência e o melhor atendimento do usuário.

A Humanização nasceu dentro do SUS sendo seus princípios totalmente voltados para a inspiração humanista: universalidade, integralidade, equidade e participação social. Nos hospitais públicos a humanização escapa aos modelos comerciais e recupera os ideais do SUS e a prática da cidadania, Em 2003, o Ministério da Saúde publica a Política Nacional de Humanização da atenção e gestão no Sistema Único de Saúde – Humaniza SUS, que propõe mudanças no modelo de atenção e a necessidade de uma nova relação entre usuário, profissionais e comunidade (BRASIL, 2003). Diante do quadro gostaríamos de implementar algumas ações que podem influenciar positivamente esta realidade

A Política Nacional de Humanização da atenção e gestão do SUS - HumanizaSUS (2003) Atenção Básica: espaço privilegiado na construção de um SUS humanizado Ministério da Saúde considera que sujeitos sociais, atores concretos e engajados em práticas locais, quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, transformar realidades, transformando se a si próprios neste mesmo processo (BENEVIDES;PASSOS, 2005)

O HumanizaSUS aposta que é possível construir vínculos entre os diversos profissionais nas equipes e com usuários para produzir graus crescentes de autonomia e corresponsabilidade. Aposta na criação coletiva de saídas e na atuação em rede. O acolher inicia-se no primeiro instante de um contato entre pessoas, é a atenção, o ouvir, enfim, é uma relação de respeito mútua, necessária ao desenvolvimento do trabalho, que vai aos poucos, organizando uma sociedade menos individualista e mais passível de mudanças, de acordo com a necessidade do outro. Diante do exposto, este trabalho objetivou avaliar o acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) na perspectiva do usuário, analisando também a satisfação dos usuários com os serviços, a importância da UBS para os usuários no que se refere à resolução de seus problemas e o nível de participação destes no controle social.

2 JUSTIFICATIVA

Faz sentido pensar em saúde como estado de completo bem-estar físico, mental, social e espiritual. Portanto não se trata o físico sem proporcionar bem estar mental, social e espiritual, atingindo com isto, uma adequada simbiose. Neste contexto, a Humanização na assistência à saúde, se torna um dos fatores importantes, pela busca da qualidade de vida, num momento mais frágil do ser humano, quando ele está com problemas de saúde.

A motivação para este estudo envolve um novo pensar e agir no documento Humaniza SUS, do Ministério da Saúde, entende humanização do SUS como:

Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos e dos coletivos; Aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; [...]; Defesa de um SUS que reconhece a diversidade do povo brasileiro e a todos oferece a mesma atenção à saúde, sem distinção de idade, raça/cor, origem, gênero e orientação sexual; [...]; Proposta de um trabalho coletivo para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil, e mais resolutivo; Compromisso com a qualificação da ambiência, melhorando as condições de trabalho e de atendimento; Compromisso com a articulação dos processos de formação com os serviços e práticas de saúde; Luta por um SUS mais humano, porque construído com a participação de todos e comprometido com a qualidade dos seus serviços e com a saúde integral para todos e qualquer um. (BRASIL, 2006).

Portanto, o acolhimento surge nesse contexto como um instrumento de trabalho adequado para todos os trabalhadores de saúde em um serviço, não se

limitando a recepção do paciente, mas em uma seqüência de atos e modos que fazem parte do processo de trabalho em saúde, como esclarece a Política Nacional de Humanização (PNH), a qual exemplifica que acolhimento e inclusão do usuário devem promover a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema.

Este Projeto de Pesquisa apresenta uma reflexão teórica e simultaneamente crítica, que contribui concomitantemente para a categoria profissional do Médico, especificamente para os profissionais da saúde lotados em ambientes sócio-ocupacionais relacionados com a área de saúde.

Para que o Projeto possa funcionar seria necessário até mesmo uma educação continuada para um melhor preparo de toda a equipe e com isso o usuário teria na Unidade Matricial de Saúde um atendimento acolhedor, que amenizaria sua angústia na espera do atendimento.

3 OBJETIVOS

Proporcionar aos usuários da Unidade Matricial de Saúde um atendimento humanizado, desde o agendamento da consulta inicial até o término de seu tratamento.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um Plano de Intervenção pautado em temas como: o atendimento e acolhimento humanizado na Unidade Matricial de Saúde e principalmente a Educação Continuada para toda a equipe da. A busca realizada na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-BIREME), na base de dados eletrônica (LILACS) e (SciELO), e no site do Ministério da Saúde. Os descritores são capacitação e treinamento, sendo que foi feito a busca no período de dez anos, compreendidos entre 2001 a 2012.

A metodologia para a realização do Plano de intervenção, após revisão da literatura, é pelo método do Planejamento Estratégico Situacional- PES, ou seja, é

um planejamento realizado pelo método da estimativa rápida a partir da coleta de dados em registros da unidade e fontes secundárias, entrevista realizada com informantes-chaves da comunidade e observação ativa da área (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010).

A população da pesquisa abrange os usuários do SUS, que utilizam a Unidade Matricial de Saúde Maria Teresa.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Tem-se como pressuposto que para a população usuária ter melhor acesso aos serviços de uma Unidade Básica de Saúde, pode-se adotar o acolhimento e humanização, baseado em fluxograma e protocolos de enfermagem para organizar a demanda, fazendo com que haja uma classificação de risco, servindo tanto para a priorização do atendimento imediato, como para o agendamento eficaz de um acompanhamento integral de uma equipe de saúde para com a população do território adscrito. (bvsms.saude.gov.br/bvs/online)

Em um país com profundas desigualdades sociais, políticas, econômicas, demográficas e sanitárias, a descentralização de poder dá aos municípios autonomia para a execução de serviços e ações de saúde, onde a transferência de poder e recursos passam de uma esfera para a outra, no nível político e administrativo (MENDES, 1998).

O acolhimento se baseia no receber, ajudar, assegurar. Segundo Entralgo (1983), o acolhimento se baseia numa relação de ajuda, onde as pessoas procuram e necessitam de ajuda e ao mesmo tempo fazem parte dela no sentido de que dão opiniões e decidem sobre o que será feito. Assim se faz nas relações de acolhimento na saúde pública.

A relação de tratamento humanizado e acolhedor, a relação do serviço que é prestado com a satisfação e o bem-estar de usuário é a tradução de acolhimento para Merhy (1997).

A sistematização de saúde centrada no cliente garante atendimento a todas as pessoas que vem a unidade de saúde, garantindo o princípio de universalidade do SUS, também desloca o médico do eixo central e entrelaça uma equipe

multiprofissional e qualifica a relação entre os profissionais e usuários de uma forma humanizada e solidária (FRANCO et al, 1999).

De acordo com Ballone (2008), humanizar o atendimento não é apenas chamar a paciente pelo nome, nem ter um sorriso nos lábios constantemente mas, além disso, compreender seus medos, angústias, incertezas dando-lhe apoio e atenção permanente. Humanizar também é, além do atendimento fraterno e humano, procurar aperfeiçoar os conhecimentos continuamente é valorizar, no sentido antropológico e emocional, todos elementos implicados no evento assistencial. A Humanização do atendimento, seja em saúde ou não, deve valorizar o respeito afetivo ao outro, deve prestigiar a melhoria na vida de relação entre pessoas em geral.

Ao se falar da desumanização das instituições de saúde, devemos lembrar que essas instituições, como quaisquer outras, refletem a problemática daquilo que acontece em nossa sociedade. Se pretendermos alguma coisa mais séria e profunda em relação ao tratamento que se dispensa às pessoas na área da saúde, devemos buscar antes, na sociedade, as raízes da desumanização dos contactos interpessoais. (BALLONE, 2008)

A Política de Atenção Básica a Saúde (2006) preconiza que o usuário deve ser compreendido na sua singularidade, inserido em um ambiente que possui características sócio-culturais próprias, importantes para o diagnóstico dos principais problemas de saúde da região, criando estratégias de promoção de saúde.

A Política de Atenção Básica a Saúde (2006) preconiza que o usuário deve ser compreendido na sua singularidade, inserido em um ambiente que possui características sócio-culturais próprias, importantes para o diagnóstico dos principais problemas de saúde da região, criando estratégias de promoção de saúde.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Quando perguntamos para profissionais e usuários o que é preciso para melhorar o acolhimento e a Humanização, as queixas geralmente giram em torno de melhoria da área física, da quantidade de profissionais, de condições de trabalho e instalações adequadas para a promoção do atendimento de qualidade. A Unidade Básica de Saúde alvo desse estudo apresenta-se muitas vezes, com infra-estruturas precárias, o que atrapalha não somente o atendimento, mas causa também a falta de estímulo para os profissionais exercerem suas funções.

6.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Este estudo será desenvolvido a partir de um problema diagnosticado em uma unidade de saúde de um município com cerca de Uberaba-MG com cerca de 318.813 habitantes.

6.2 PRIORIZAÇÃO DO PROBLEMA

O acolher começa no primeiro contato entre o usuário e o profissional é demonstrar atenção, ouvir, ou seja, é uma atitude necessária ao desenvolvimento do trabalho, e que com o tempo pode transformar uma sociedade onde as pessoas sejam menos individualistas e que aceitem mudanças.

De acordo com Medeiros, 2005, a cidadania requer a participação de sujeitos ativos, que definam o que acham ser direitos e que lutem pelo seu reconhecimento, passando, deste modo, a ter um caráter ativo e não passivo, implicando além da acessibilidade a bens e serviços, o gozo de liberdades, o exercício de deveres e participação nos processos políticos, na representação política e na formulação e controle das políticas implementadas.

Como sabemos o atendimento humanizado e diferenciado deve ter a participação de todos da equipe da Unidade Matricial de Saúde, pois a qualidade do atendimento depende de todos, afinal o trabalho em equipe é coletivo e não individual.

6.3 EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA

O fato verificado neste estudo, a Humanização interligada ao acolhimento nos mostra a grande necessidade de darmos atenção também para as estruturas físicas garantindo um certo conforto assim como também melhores condições de trabalho para os profissionais. Não podemos nos esquecer também do tempo de espera e atendimento para os usuários e também de que são necessários espaços propícios para encontros e realizações dos grupos. Um ponto de extrema importância é a relação profissional-usuário que precisa ser reconhecida pelos usuários e a responsabilidade da ESF com a população. É esse exemplo de relação de respeito, que faz a diferença entre as práticas das ações de saúde.

Nesse sentido, tornar os pacientes agentes multiplicadores em potencial retrata o envolvimento dos profissionais com a comunidade, mostrando que estão realmente inseridos no contexto do trabalho do PSF ou como parte integrante desse processo, à medida que solicitam dos usuários uma responsabilização ou uma cooperação para que o trabalho traga um resultado satisfatório para ambas as partes (BARBOSA, 2005).

Foi realizado o Diagnóstico Situacional da área e encontrados diversos problemas, tais como:

- na Atenção Básica a promoção da Saúde poderia ser exercida, visando o bem estar geral do indivíduo;
- melhoria das instalações das Unidades de Saúde com edificações sólidas e acolhedoras e com ambiente providos de recurso e equipamentos facilitadores às ações das equipes de saúde;
- um atendimento humanizado, um acolhimento ao paciente que ao chegar na unidade será atendido por uma equipe de PSF preparada para auxiliá-lo desde o agendamento da consulta inicial até o término de seu tratamento;

6.4 OPERAÇÕES A REALIZAR

Esse estudo vai contribuir e colaborar para melhorar o acesso e a qualidade do atendimento médico. O estudo favorece o usuário devido à possibilidade de um

atendimento humanizado tanto pela equipe médica quanto pela equipe do PSF e colaboradores da Unidade.

Favorece ao profissional atuar e realizar o diagnóstico precoce com tratamento imediato. Portanto, o presente estudo melhora as condições ao usuário do serviço médico e ao profissional no seu processo de trabalho, viabilizando maior sucesso. A partir desse estudo a Equipe da Unidade Matricial de Saúde devem ter oportunidade de serem capacitados por uma Educação Continuada que proporcione a todos um melhor preparo de toda a equipe e com isso o usuário teria na Unidade Básica de Saúde um atendimento acolhedor, que amenizaria sua angústia na espera do atendimento.

“Quadro 1 – Operações sobre O Atendimento Humanizado , na população sob responsabilidade da Unidade Matricial de Saúde , em Uberaba , Minas Gerais

Nó crítico 1	A Humanização no acolhimento e atendimento ao usuário
Operação	Atendimento Humanizado por toda Equipe da Unidade
Projeto	Educação Continuada para os profissionais da Unidade Básica de Saúde
Resultados esperados	Abordagem específica, olhar crítico da equipe, vínculo com a comunidade.
Produtos esperados	População atendida vivenciando a experiência de um atendimento humanizado e com isso tenha menor índice de abandono ao tratamento.
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe do PSF; Médicos e colaboradores da Unidade.
Recursos necessários	Cognitivo: informações sobre o tema e sobre medidas para atuar sobre ele. Financeiro: para recursos como folhetos educativos e convite para participação nas atividades de Educação Continuada.
Recursos críticos	Organizacional: organizar atividades com todos os profissionais da Unidade Matricial de Saúde. Financeiro: conseguir recursos para elaborar materiais como os folhetos educativos e outros.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: <ol style="list-style-type: none"> 1. Equipe de Saúde da Família 2. Profissionais da Unidade Matricial de Saúde 3. Secretaria de Saúde 4. Motivação: <ol style="list-style-type: none"> 1. Favorável 2. Favorável 3. Indiferente
Ação estratégica de motivação	1,2 e 3 Não são necessárias 3. Apresentar o projeto à Secretaria de Saúde
Responsáveis:	Enfermeira Médico
Cronograma / Prazo	Dois meses para início das atividades
Gestão, acompanhamento e avaliação	Revisar a situação do produto esperado em 6 meses após o início do projeto

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todo atendimento em saúde, visa à qualidade da assistência e o cuidado de forma biopsicossocial. No entanto, estes fatores dependem de outros aspectos para serem concretizados. A relação quantitativa de atendimentos acolhidos diariamente interfere diretamente na qualidade do serviço prestado, pois a grande demanda de consultas de urgências proporciona a não realização de uma escuta qualificada e atendimento humanizado.

O vínculo é algo inevitável ao atendimento na Unidade Matricial de Saúde, neste contexto, construímos uma relação entre paciente e profissional embasado na confiança, segurança. Causando uma maior aproximação e conseqüentemente, a assistência e o cuidado será mais efetivo e eficaz. Diante desta visão, o fortalecimento do vínculo é indispensável e exige o aprimoramento para a realização de um atendimento acolhedor e humanizado.

Podemos concluir que é preciso uma interação entre os profissionais da Unidade Básica de Saúde para que a mesma possa oferecer um acolhimento pleno e humanizado e totalmente voltado para a satisfação das necessidades.

É preciso uma conscientização do gerente da Unidade das suas obrigações, de prestar uma assistência digna e da melhor qualidade, neste contexto ira favorecer a construção de uma sociedade mais consciente de suas responsabilidades com a saúde e seus direitos.

REFERENCIAS

Barbosa AAA, Brito EWG, Costa ICC. **Saúde Bucal no PSF, da inclusão ao momento atual**: percepções de Cirurgiões-Dentistas e auxiliares no contexto de um município. *Ciência Odontológica Brasileira* 2007; 10: 53-60.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@**.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Política Nacional de Humanização**. Brasil, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco**: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília, 2006

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P. SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. NESCON/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em 04 de maio de 2015

ENTRALGO, P. La relación médico-enfermo: história y teoria. Madrid: Alianza, 1983.

FRANCO, T. B.; BUENO, W.; S, MERHY, E. E. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, p. 345-53, 1999.

GIDDENS, Anthony. A constituição da **sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

<http://www.capital.ms.gov.br/cartadeservicos/perguntas-e-respostas>

MEDEIROS Júnior A, Costa ICC. **Saúde e Doença em diferentes contextos históricos e o surgimento da cidadania**. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde* 2005; 9(1):79-84.

MERHY, E. E. **Em busca do tempo perdido**: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.) *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71.

MENDES, E. V. **A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil**: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. In: _____. *A organização da saúde no nível local*. São Paulo: Hucitec, 1998. p. 17-55.

RAFFESTIN, C. **Por uma Geografia do Poder**. São Paulo: Ática, 1993

bvsms.saude.gov.br/bvs/.../cadernos_humanizaus_atencao_basica.pdf

<http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/conteudo-online>

<http://revistaintegracao.com.br/integracao-cidades/cidade-de-uberaba/online>

www.uberaba.mg.gov.br/portal/.../Relatorio%20Ambiental%201.pdf-online

<http://www.ibge.gov.br/home/online>

www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao-online

www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo/saude/.../plano_municipal_saude-online

www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo/saude/online

dados.gov.br/dataset/acs_equipes-online

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca-online>

www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo/rede_protecao/instituicoes-online

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca-online>

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes-online>

bvsms.saude.gov.br/bvs/online

