

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

FLÁVIO RODRIGUES DE ALMEIDA

**HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE**

**BELO HORIZONTE /MG
2015**

FLÁVIO RODRIGUES DE ALMEIDA

**HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Especialista.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Sérgio Silva

BELO HORIZONTE / MG
2015

FLÁVIO RODRIGUES DE ALMEIDA

**HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE**

Banca Examinadora:

Examinador 1. Prof.

Examinador 2. Prof.

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2015

RESUMO

A Estratégia de Saúde da Família Niterói, situa-se no município do Carmo do Paranaíba em uma casa adaptada desde 1988; possui cerca de 3890 pessoas cadastradas; trata-se de uma área com baixo índice socioeconômico, sendo que as principais atividades econômicas da população são aquelas relacionadas às atividades agrícolas. A Atenção Primária à Saúde encontra-se no centro da rede de atenção à saúde, exercendo a função de coordenação dos fluxos e contrafluxos entre os diferentes pontos de atenção. Vários problemas de saúde foram identificados, sendo priorizada para a realização deste trabalho a organização do processo de trabalho para o atendimento da demanda espontânea, sendo essa a principal dificuldade encontrada pela equipe. O objetivo deste trabalho foi elaborar um projeto de intervenção para melhoria do atendimento à demanda espontânea. Foi utilizado o diagnóstico situacional de saúde da população adscrita à equipe de Saúde da Família Niterói, através do método da Estimativa Rápida e seguindo as etapas do Planejamento Estratégico Situacional; foi elaborado um plano de ação visando a implementação e a otimização de ações que promovam a melhoria da qualidade do processo de acolhimento dos usuários, através de educação permanente com a equipe de trabalhadores da Unidade Básica de Saúde Niterói. Com a realização desse projeto percebeu-se que o acolhimento é uma estratégia que possibilita a mudança no processo de trabalho. A partir desse trabalho, nota-se que é necessário a educação permanente dos profissionais de saúde dentro dos princípios da humanização e o desenvolvimento de ações institucionais para promover um atendimento de forma humanizada. A Equipe de Saúde da Família estabelece que o trabalho de equipe deva ser voltado à sua população adscrita, a partir do conhecimento da realidade das famílias. Os membros da equipe devem ter além de competências técnicas e políticas para a realização do processo de trabalho, competências gerenciais para a condução do trabalho através da utilização de instrumentos que possibilitem o diagnóstico situacional de saúde da população, o planejamento de ações e a organização do processo de trabalho.

Palavras-chave: Humanização. Acolhimento. Saúde pública. Humanização na assistência.

ABSTRACT

The Family Health Strategy Niteroi is situated in the municipality of Carmo do Paranaíba in a house adapted since 1988. There about three thousand, eighty hundred and ninety (3890) people enrolled. This District presents an area with low socioeconomic index, that the main economic activities of the population are those related to agricultural activities. The Primary Health Care is the center of the network of health attention, performing the coordination of the flows between the different points of attention. Many health problems were identified; work process organizations were prioritized for the accomplishment of this project, addressing the reorganization of the spontaneous demand at the basic health care unit. This were identified as the main difficulty accordingly the staff. The objective of this work was to elaborate an intervention project to improve the care to spontaneous demand. It was used the situational health diagnosis of population registered to the Family Health team of Niteroi, through the method of rapid assessment and following the steps of the situational strategic planning; An action plan aiming the implementation and optimization of actions that promote the improvement of quality process of people reception, based on the continued education of the Health Basic Unit Team of Niteroi. With the implementation of this project, it was realized that the welcoming is a strategy that enables the change in the work process. After all it was realized too that the professionals' permanent education, within the principles of humanization, was necessary and as so, the development of institutional actions to promote the care in a humanized way. The team of the unit establishes that their work should be addressed to the linked population, starting from the knowledge of the reality of the families. The members of the team of must have, beyond technical and politics skills to fulfill the activity, managerial competences for conducting the work using instruments that allow a situational diagnosis of health of the population, the planning of actions and the organization of the work process.

Key Words: Humanization, Reception, Public health. Humanized assistance.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 JUSTIFICATIVA	9
3 OBJETIVOS	10
3.1 Objetivo Geral	10
3.2 Objetivos Específicos.....	10
4 METODOLOGIA	11
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	12
5.1- O Sistema Único de Saúde – Atenção Primária e Saúde da Família.....	12
5.2 O Acolhimento: Vínculo Humanizado.....	13
5.3 Humanização no atendimento à saúde.....	15
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	18
6.1- Plano de Ações.....	19
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
REFERÊNCIAS	24

1 INTRODUÇÃO

O município do Carmo do Paranaíba está localizado no estado de Minas Gerais, na região do Alto Paranaíba, não muito longe da nascente do Rio Paranaíba. Por isso, a denominação de Carmo do Paranaíba, que se origina também do nome da padroeira da cidade, Nossa Senhora do Carmo. De acordo com o censo realizado pelo IBGE em 2010, sua população é de 29.735 habitantes (IBGE, 2010).

A região onde se localiza o município já era utilizada como rota dos trilhos que ligavam Vila Rica a Paracatu e a outras povoações da Capitania de Goiás para contrabando de ouro e pedras preciosas, nessas cercanias, além dos índios Arachás, existia vários quilombos. Em 1º de Junho de 1746, o Governador da Capitania, General Gomes Freire de Andrada, expediu ordem ao Capitão Comandante das Tropas enviadas ao Campo Grande, Antônio João de Oliveira, para destruir os quilombos da região. Diz a história que os primeiros habitantes, cujos nomes surgiram com destaque na região, foram Francisco Antônio de Moraes e Elias de Deus Vieira, os quais, estabelecendo-se na região, agruparam-se economicamente e fundaram o arraial, que mais tarde seria a cidade de Carmo do Paranaíba. Com o tempo, ramificaram-se as famílias, aumentando a população, criou-se povoados, o núcleo primitivo expandiu-se consideravelmente, dando origem ao atual município (CARMO DO PARANAÍBA, 2015).

Desde a colonização da região até o início da década de 70, a economia da cidade está diretamente ligada às atividades agropecuárias, sendo esta a principal fonte de renda da população, com a exploração do cerrado para plantio de café, além de uma pecuária extensiva em regime convencional de manejo, com pouca tecnologia. No entanto, no início dos anos 70, a economia da cidade obteve um impulso no desenvolvimento devido à pavimentação da rodovia que liga a cidade à capital e a outros estados e devido ao aporte tecnológico e empreendedor após a instalação na região de duas grandes cooperativas agrícolas, como a Cotia e a Sul-Brasil; a partir daí, na década de 90, a economia local se consolidou com altos níveis de produtividade, tanto na agricultura quanto na pecuária de leite e de corte. Após adotar tecnologias de ponta em alta escala e grandes empresas de agronegócios, a produção agrícola obteve grande avanço, sobretudo no ramo cafeeiro (CARMO DO PARANAÍBA, 2015).

Possui uma população muito carismática e religiosa, organizam bazares e festas religiosas para levantarem fundos que são revertidos à população carente e na melhoria das estruturas das igrejas. Dentro das ações beneficentes e sem fins lucrativos temos o projeto curumim que tem como objetivo retirar as crianças das ruas e reeducá-las, pois a cidade tem alto índice de tráfico de drogas colocando as crianças e jovens em situações de risco.

O município possui dois hospitais e uma policlínica onde ocorre o atendimento de urgência e emergência a qual possui os requisitos básicos para o atendimento de urgência, no entanto, ainda não apresenta uma estrutura ideal para atender toda a população.

O município possui saneamento básico em toda a sua área, porém, possui um pequeno córrego a céu aberto o qual é fonte de doenças infecto contagiosas. Em relação à urbanização, possui uma pequena região no município que não possui pavimentação.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) Niterói, situa-se no município do Carmo do Paranaíba em uma casa adaptada desde 1988, onde a estrutura física é bastante precária, apresentando rachaduras e infiltrações nas paredes, necessitando de reforma. A Equipe é composta de um médico do programa de valorização profissional da Atenção Básica (PROVAB), uma enfermeira, um técnico de enfermagem e onze agentes comunitários de saúde; possuem cerca de 3.890 pessoas cadastradas, onde apresenta uma área com baixo índice socioeconômico, sendo que as principais atividades econômicas da população são as relacionadas às atividades agrícolas.

A Atenção Primária à Saúde (APS) encontra-se no centro da rede da atenção à saúde, exercendo a coordenação dos fluxos e contrafluxos entre os diferentes pontos da atenção. Para que a APS exerça com eficácia essa comunicação, ela deve ser: resolutiva, organizada, e corresponsável pela saúde dos indivíduos em qualquer ponto da atenção em que estejam sendo atendidos. E para ser resolutiva deve ter capacidade ampliada para atender os diversos problemas da população, entre elas a demanda espontânea que procura os serviços de saúde diariamente (MENDES, 2009).

Observa-se que os profissionais da área da saúde não estão devidamente preparados para a realização do acolhimento através de uma atenção humanizada; cada pessoa ou grupo lida de maneira diferente com as informações que recebem no dia a dia, o que interfere nas ações e no modo como compreendem o mundo, conseqüentemente não atendem às verdadeiras necessidades dos usuários.

Os serviços de saúde que são ofertados à demanda espontânea na ESF Niterói são: atendimento de casos agudos, agendamento de consultas da agenda programada, administração de vacinas, realização de curativos, aferição de dados vitais e agendamento e regulação de consultas especializadas.

A grande demanda espontânea, percebida no cotidiano dos profissionais e a demora no atendimento, percebida pelos usuários, vinha provocando uma insatisfação dos envolvidos neste processo de trabalho. Além disso, nas reuniões de equipe, os profissionais questionavam sobre a perda do vínculo com os usuários e a descontinuidade no cuidado aos usuários com doenças crônicas. Embasado na insatisfação do modelo vigente, optou-se em realizar um plano de intervenção para organizar o processo de trabalho no atendimento à demanda espontânea na Unidade Básica de Saúde Niterói.

Para SCHOLZE *et al.*, 2009: “o acolhimento ao usuário constitui um processo de mudança nos serviços de saúde, ampliando as práticas de cuidado envolvidas nas ações dos profissionais”. A implantação de uma política de acolhimento objetiva a capacidade de identificar os motivos que levaram o cliente a buscar o serviço, identificando suas necessidades e dando o encaminhamento para a solução dos seus problemas (SCHOLZE *et al.*, 2009).

2 JUSTIFICATIVA

A partir do diagnóstico situacional foi possível conhecer vários aspectos da população adscrita. Foram identificados diversos problemas, sendo priorizada, para realização deste estudo, a organização do processo de trabalho para atendimento da demanda espontânea.

Constatou-se, a partir de discussões com a equipe, que o principal problema na UBS Niterói é a organização da demanda espontânea com objetivos a se estabelecer foco na demanda programada e nas atividades de promoção e prevenção em saúde. A melhoria do processo de trabalho será a base dessa atividade. Realizar um atendimento humanizado, baseado em fluxogramas e protocolos para organizar a demanda, utilizando uma classificação de riscos, servindo tanto para a priorização do atendimento imediato, como para o agendamento eficaz e um acompanhamento integral à saúde da população adscrita.

O presente trabalho justifica-se pela necessidade do entendimento da deficiência gerada no atendimento à demanda espontânea de usuários da UBS Niterói, tendo como foco a organização do processo de trabalho para o melhor desenvolvimento das atividades de atenção à saúde da população adscrita à referida Unidade.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um projeto de intervenção para organizar o processo de atendimento da demanda espontânea, buscando a humanização na UBS, no município do Carmo do Paranaíba, Minas Gerais.

3.3 Objetivos Específicos

- a) Descrever ações estratégicas junto aos profissionais da equipe da UBS para o planejamento de ações e organização dos processos de trabalho;
- b) Propor momentos de reflexão junto à equipe do PSF sobre humanização e acolhimento, coletar dados individuais sobre a definição do tema;
- c) Analisar o grau de conhecimento sobre o assunto e promover discussão na elaboração de uma proposta de acolhimento na UBS;
- d) Buscar na literatura pertinente, subsídios sobre o processo de humanização do atendimento no SUS no contexto da atenção primária à saúde;
- e) Implantar fluxo de atendimento no município de Carmo do Paranaíba (MG), a partir da reflexão da equipe da UBS sobre a humanização do atendimento;
- f) Valorizar a dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão na UBS Niterói, fortalecendo os direitos dos cidadãos;
- g) Fortalecimento do trabalho em equipe da UBS Niterói, com vistas à melhoria do atendimento à demanda espontânea, promovendo a humanização;
- h) Treinamento da equipe de profissionais da UBS Niterói, para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar e negociar, dentro dos princípios da humanização.

4 METODOLOGIA

Para a revisão bibliográfica em bancos de dados nacionais, foram utilizados os descritores em Ciência à Saúde (DeCS) “humanização”, “acolhimento”, “humanização na assistência”, “atenção primária”.

Para a realização desse trabalho foi utilizado o diagnóstico situacional de saúde da população adscrita à equipe de Saúde da Família Niterói, do município do Carmo do Paranaíba. Esse diagnóstico situacional foi realizado utilizando-se o método da Estimativa Rápida e seguindo as etapas do Planejamento Estratégico Situacional (PES), durante o desenvolvimento de disciplinas no curso de especialização, identificando e priorizando problemas que seriam enfrentados; a equipe de saúde verificou a necessidade de intervenção devido ao aumento da demanda espontânea.

Foram realizadas reuniões com toda a equipe para a elaboração da proposta de intervenção, orientada pela busca de conhecimento na literatura específica, por meio dos descritores mencionados a fim de se estabelecer um parâmetro para a intervenção necessária com base nos estudos científicos escolhidos para a sustentação da pesquisa em questão. O diagnóstico feito a partir da leitura direcionada da literatura orientou para a priorização das ações programadas ou de prevenção e promoção à saúde.

Seguiu-se a elaboração do projeto de intervenção que propõe desenvolver, no ambiente de trabalho da equipe de saúde da Família – Niterói, ações estratégicas de intervenção incluindo, a apresentação do projeto para todos os membros da equipe, composição da equipe para atuar no desenvolvimento de oficinas para operacionalizar o projeto.

Para a elaboração da proposta de intervenção baseou-se nos pressupostos e conhecimentos derivados da Política Nacional de Humanização e nos Programas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004). Sendo construída uma proposta com os seguintes registros: o público alvo; recursos necessários, responsável, resultados esperados, viabilidade e prazo.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1- O Sistema Único de Saúde – Atenção Primária e Saúde da Família

A saúde, no Brasil, foi instituída, no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, onde foi definida como direito de todos os cidadãos e dever do Estado. Destaca-se que a Lei orgânica 8080/90 estabelece a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) alicerçado nos princípios e diretrizes da universalidade, equidade, integralidade, descentralização, regionalização, hierarquização e controle social (BRASIL, 2004).

A humanização do atendimento em saúde é uma temática complexa e de relevância envolvendo diferentes sujeitos, uma vez que apregoa um atendimento baseado em princípios como a integralidade e a equidade da assistência, a participação social do usuário valoriza a dignidade do usuário (SIMÕES *et al.*, 2007).

Com o objetivo de consolidar o modelo assistencial do SUS na Atenção Primária à Saúde (APS), o Ministério da Saúde criou em 1994 o Programa de Saúde da Família, que institui uma equipe mínima responsável pela assistência à saúde da população de um território específico e a adoção de um modelo de atenção centrado nos problemas dos indivíduos e seus familiares.

Segundo Rosa *et al.*, (2009), a Estratégia de Saúde da Família teve a humanização como pilar essencial na sua construção, e tem como objetivo, criar vínculos entre os profissionais e usuários através da co-responsabilização na resolução dos problemas de saúde.

A Atenção Primária à Saúde é considerada a porta de entrada do sistema de saúde, tem a capacidade de resolver a maioria das demandas da população. Entretanto, ela precisa ter, também uma capacidade ampliada e qualificada de escuta para atender a diversidade e complexidade de sofrimentos, adoecimentos, demandas e necessidade de saúde dos usuários. (BRASIL, 2011).

5.2 O Acolhimento: Vínculo Humanizado

O acolhimento tem uma relação bem próxima da temática humanização e é visto como uma atividade desempenhada por um profissional particular num espaço físico específico (SIMÕES *et al.*, 2007).

Scholze *et al.*, (2009, p.304) entendem que:

O acolhimento é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização e tem se tornado sua face mais visível, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS), pelas consequências diretas que pode determinar no acesso dos usuários como uma mudança no processo de trabalho, a fim de atender todos aqueles que buscarem o serviço de saúde.

Brehmer e Verdi (2010) propõem o acolhimento como uma técnica de conversa, que pode ser realizada por qualquer profissional, e em qualquer momento do atendimento. A intenção é tornar a ação mais humana, evitando a relação tecnicista e valorizar todos os indivíduos. A atenção básica de saúde deverá exercer o papel de grande acolhedora, por ser considerada a porta de entrada prioritária para o usuário no sistema de saúde. E quando forem impossibilitados de oferecer o serviço por questões de organização ou competência, deverá dispor de uma rede de canais de fluxos que permitem encaminhamentos.

Segundo Souza e Moreira (2008), o acolhimento propõe mudar a forma de organização e o funcionamento das instituições, partindo de três princípios, o acesso universal, garantindo a acessibilidade de todos que procurem os serviços de saúde, ampliar a equipe multiprofissional, tirando o médico como o eixo central do processo de trabalho; promover métodos humanitários entre a relação paciente e profissional.

O acolhimento passou a ser implantado, em 1990, como diretriz operacional, e deve ser visto como um dispositivo potente para atender a exigência do acesso ao serviço de saúde. Dessa maneira, é preciso qualificar os trabalhadores para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar e negociar. Esse processo exige metodologias participativas, que considerem a negociação permanente de conflitos na convivência diária dos serviços de saúde (SIMÕES *et al.*, 2007).

O acolhimento da atenção básica de saúde da equipe Niterói, do município do Carmo do Paranaíba é realizado pela enfermeira da equipe, três vezes na semana, no período da manhã, e não é utilizado nenhum método de instrumento para classificação de risco. Para a população usuária ter melhor acesso aos serviços de uma Unidade Básica de Saúde, pode-se adotar a

classificação de risco, servindo tanto para a priorização do atendimento imediato, como para o agendamento eficaz de um acompanhamento integral da equipe de saúde com os usuários.

A Política Nacional de Atenção à Saúde determina como parte do processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família:

Realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação da necessidade de saúde e análise da vulnerabilidade tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e prestar o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção (BRASIL, 2011).

A Política Nacional de Humanização considera a classificação de risco uma ferramenta que auxilia na organização da fila de espera e propõe a ordem de atendimento pela gravidade do quadro e não por ordem de chegada, garantindo o atendimento imediato ao usuário com grau de risco elevado. Informa ao usuário, responsáveis e familiares o seu risco clínico, redução de tempo de espera para atendimento, aumentando a satisfação do usuário e promovendo o trabalho em equipe além de possibilitar a criação de novas redes de atendimento (BRASIL, 2009).

Observa-se que existe a necessidade de melhorar a recepção do atendimento ao usuário de saúde, agendando a consulta ao invés de atender por critério de ordem de chegada na fila e limite de vagas para consulta médica (GREEN, ANDRADE, LOUROSA, 2008).

O trabalho em saúde deve incorporar práticas centradas no usuário, desenvolvendo o acolhimento, responsabilidade, resolução e autonomia. Quanto à problemática do acesso ao serviço de saúde, como números de atendimentos e rendimentos profissionais, busca-se melhorar no ato da recepção do usuário. A questão não se restringe a quantas portas de entrada se dispõe, mas à qualidade oferecida (SOUZA; MOREIRA, 2008).

Segundo Scholze *et al.*, (2009), o atendimento acolhedor quando assumido como postura profissional, visa dar respostas aos clientes, mesmo que não sejam clínicas, gerando satisfação e segurança. Influencia até mesmo no acesso geográfico, pois unidades que são resolutivas atraem mais clientes independentemente do deslocamento do usuário.

5.3 Humanização no atendimento à saúde

A Política Nacional de Humanização destaca a importância dos direitos das pessoas, tanto usuários como os trabalhadores de saúde, valorizando sua autonomia no processo de atenção e gestão. Nesta medida, são apostas fundamentais da política de humanização o direito à saúde, garantido pelo acesso com responsabilização e vínculo; continuidade do cuidado em rede; garantia dos direitos aos usuários; aumento de eficácia das intervenções e dispositivos; e o trabalho criativo e valorizado, através da construção de valorização e do cuidado aos trabalhadores da saúde (PASCHE; PASSOS, 2008).

Segundo Pasche e Passos (2008, p.97), a PNH orienta as suas estratégias também para os trabalhadores, na valorização da sua dimensão subjetiva, na qualidade da ambiência e no fomento da educação permanente.

A Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde (SUS) foi uma resposta às evidências do despreparo dos profissionais da saúde para lidar com a dimensão subjetiva do cuidado, juntamente com outros modelos de gestão centralizados e verticais, que desapropriam o trabalhador de seu processo de trabalho (BRASIL, 2004).

Esta política espera consolidar quatro marcas específicas: redução das filas e tempo de espera, conhecimento por parte dos usuários dos profissionais que cuidam de sua saúde, garantia de informações ao usuário por parte das unidades de saúde e garantia de gestão participativa das unidades de saúde aos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores (BRASIL, 2004).

Além das melhorias citadas, que ainda estão em processo de adaptação, outras iniciativas relacionadas à humanização estão sendo realizadas, para ampliação de mecanismos de informação e comunicação como instrumentos de humanização que podem ser implementados pela administração local como proposta de auxiliar na melhoria da qualidade do serviço prestado e garantir os direitos do cidadão-usuário do serviço público, através da criação dos Serviços de Atendimento ao Cliente (SAC), da incrementação de Ouvidorias nas direções Regionais de Saúde, hospitais e ambulatorios de especialidades estaduais, que têm a função de garantir o direito de reclamação, recebendo e investigando queixas de cidadãos, com relação ao mau atendimento em órgãos públicos (ROSA *et al.*, 2009).

O Ministério da Saúde já desenvolveu várias ações e indicadores de validação e monitoramento para estimular e acompanhar os processos de humanização em todos os níveis de atenção à saúde. Entretanto, a humanização não depende somente de programas limitados e ações circunstanciais, mas também da atuação dos gestores nos serviços de saúde, criando um fortalecimento nos grupos de trabalho de humanização nas instituições, através de instrumentos como a informação, a educação permanente e a gestão participativa (RIOS, 2009).

Para Traverso-Yépez e Morais (2004) *apud* Green *et al.* (2006), que:

A comunicação entre estes tende a ser insatisfatória, tanto pela limitação de tempo e consequente falta de disponibilidade que a maioria desses profissionais enfrenta por ter que conciliarem diferentes atividades, quanto pela insuficiente preparação para escutar e dialogar com o paciente.

Outro aspecto que envolve reflexão e mudança por parte da equipe de saúde para a humanização da assistência diz respeito ao vínculo devido ao uso excessivo de tecnologia como substitutivo da relação profissional-usuário. Nesse contexto, é apontado como necessário o desenvolvimento da afetividade, sensibilidade e abertura para a escuta e o diálogo, com vistas a acolher os usuários dos serviços de saúde (GARLET *et al.*, 2006). O paciente que procura o serviço de saúde devido a alguma queixa está frágil, vulnerável, com medo, com sentimentos de inferioridade, portanto a dependência de um vínculo é ainda maior (CASATE; CORRÊA, 2005).

Em todas as décadas, são apontados muitos aspectos considerados “desumanizantes”, relacionados a falhas na organização do atendimento, por exemplo: as longas esperas e adiamentos de consultas e exames, ausência de regulamentos, normas e rotinas, deficiência de instalações e equipamentos, bem como falhas na estrutura física (GARLET *et al.*, 2006).

A participação da equipe multiprofissional é extremamente importante na assistência à saúde, pois oferecendo melhor disponibilidade dos profissionais, os usuários se sentirão mais seguro em expor seus problemas e questionamentos, promovendo uma qualidade do acolhimento. Outro aspecto essencial no processo de humanização na assistência é o profissional conhecer as características da população atendida e o atendimento também necessita ser resolutivo, proporcionando um vínculo profissional / usuário. “É importante, notadamente, a partir da perspectiva do profissional, a abertura para a verdadeira efetivação do cuidado em sua plenitude, pois isso certamente contribuirá para a humanização da assistência” (HOGA, 2004, p.19).

Acreditamos que é necessário a educação dos profissionais de saúde dentro dos princípios da humanização e o desenvolvimento dessas ações institucionais para que possa promover um atendimento de forma humanizada, portanto a educação permanente é uma das estratégias para a gestão participativa que visa à transformação das práticas de formação, de atenção e de gestão na área da saúde (RIOS, 2009).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Para a elaboração e proposição de uma proposta de intervenção, considerando o problema “dificuldade dos profissionais da ESF Niterói em organizar o processo de trabalho para o atendimento da demanda espontânea”, para o qual objetiva a melhoria na organização desse processo, conseqüentemente a humanização no atendimento, serão apresentados os possíveis nós críticos, ou seja, situações sobre as quais contribuirá para a solução ou amenização do problema.

Os nós críticos, caracterizados por um “subproblema” que define uma operação são:

- Definição dos problemas para a organização da demanda espontânea;
- Padronização ineficaz dos fluxos de atendimento à demanda espontânea;
- Falta de conhecimento dos profissionais sobre os assuntos relacionados à humanização e acolhimento;
- Falta de instrumentos padronizados para registros dos atendimentos da demanda espontânea.

6.1- Plano de Ações

Os planos de ações para cada nó crítico identificado são apresentados a seguir pelos quadros n 1, 2, 3 e 4.

Quadro 1 – Plano de Ação para o nó crítico: definição dos problemas para a organização do atendimento demanda espontânea.

Problema priorizado	Definir os problemas observados no cotidiano da UBS, para a organização do atendimento à demanda espontânea.
Nó crítico	Definir problemas para a organização do atendimento à demanda espontânea.
Atores (Quem)	Profissionais da ESF Niterói
Meta: o que se propõe a fazer	Fazer levantamento dos problemas para a organização do atendimento a demanda espontânea.
Ação proposta (como)	Realizar reuniões de equipe para fazer o levantamento e definir os problemas que são observados no cotidiano da equipe para posteriormente propor soluções para os mesmos.
Tempo Necessário	Trinta dias
Recursos necessários	Sala de reuniões para agendamentos dos encontros com os profissionais da equipe.
Viabilidade	Sensibilização e motivação dos profissionais da ESF Niterói e gerência local para viabilidade do plano. A necessidade de priorização do problema vindo dos profissionais constitui-se um ponto positivo para a operação, caracterizando esse plano como muito viável.
Processo de avaliação	Avaliação mensal da atuação pela gerência local

Quadro 2 - Plano de Ação para o nó crítico: falta de conhecimento dos profissionais sobre os fluxos de atendimento à demanda espontânea.

Problema priorizado	Dificuldade dos profissionais da ESF Niterói em organizar o processo de trabalho para atendimento da demanda de trabalho
Nó crítico	Falta de conhecimento dos profissionais sobre os fluxos de atendimento à demanda espontânea
Atores (Quem)	Profissionais da equipe da ESF Niterói
Meta: o que se propõe a fazer	Conscientizar e mobilizar os profissionais sobre os fluxos de atendimento à demanda espontânea.
Ação proposta (como)	Realizar capacitações com os funcionários para apresentação e discussões dos fluxos de atendimento à demanda espontânea.
Tempo Necessário	60 dias
Recursos necessários	Sala de reuniões para agendamentos dos encontros com os profissionais da equipe.
Viabilidade	Depende de recurso crítico: garantia de tempo na agenda dos profissionais da comissão para reuniões irá depender das necessidades assistenciais e administrativas do serviço no momento e priorização das mesmas. Sensibilização e motivação dos profissionais da ESF Niterói e gerência local para viabilidade do plano
Processo de avaliação	Participação dos profissionais nos encontros de sensibilização e conscientização.

Quadro 3 – Plano de Ação para o nó crítico: falta de conhecimento dos profissionais sobre os assuntos relacionados à humanização e acolhimento.

Problema priorizado	Dificuldade dos profissionais em definir humanização e acolhimento.
Nó crítico	Falta de conhecimento dos profissionais sobre os assuntos relacionados à humanização e acolhimento.
Atores (Quem)	Profissionais da ESF Niterói.
Meta: o que se propõe a fazer	Conscientizar e mobilizar os profissionais sobre os assuntos relacionados à humanização e acolhimento no atendimento à saúde.
Ação proposta (como)	Organizar encontros com a equipe. Coletar opinião individual escrita sobre humanização e acolhimento Realizada uma explanação sobre humanização.
Tempo Necessário	Sessenta dias
Recursos necessários	Sala de reuniões para agendamentos dos encontros com os profissionais da equipe. Material de escritório e de informática (papel, computador e impressora), e data show.
Viabilidade	Depende de recurso crítico: garantia de tempo na agenda dos profissionais da comissão para reuniões irá depender das necessidades assistenciais e administrativas do serviço no momento e priorização das mesmas. Sensibilização e motivação dos profissionais da ESF Niterói e gerência local para viabilidade do plano
Processo de avaliação	Participação dos profissionais nos encontros de sensibilização e conscientização.

Quadro 4 – Plano de Ação para o nó crítico: falta de instrumentos padronizados para registros dos atendimentos da demanda espontânea.

Problema priorizado	Dificuldade dos profissionais em organizar o processo de trabalho para atendimento da demanda de trabalho
Nó crítico	Falta de instrumentos padronizados para registros dos atendimentos da demanda espontânea
Atores (Quem)	Profissionais da ESF Niterói
Meta: o que se propõe a fazer	Rever instrumentos existentes e criar novos para registro dos atendimentos à demanda espontânea.
Ação proposta (como)	Rever os instrumentos existentes utilizados na ESF e profissionais de enfermagem para o registro dos atendimentos da demanda espontânea. Criar instrumentos de registros para utilização de todos os profissionais envolvidos no atendimento à demanda espontânea e programada. Realizar treinamento dos profissionais para utilização dos instrumentos de registros. Rever semanalmente o preenchimento dos instrumentos e realizar as adaptações necessárias.
Tempo Necessário	Noventa dias
Recursos necessários	Sala de reuniões para agendamentos dos encontros com os profissionais da equipe. Material de escritório e de informática (papel, computador e impressora) para confecção dos instrumentos.
Viabilidade	Depende de recurso crítico: garantia de tempo na agenda dos profissionais da comissão para reuniões irá depender das necessidades assistenciais e administrativas do serviço no momento e priorização das mesmas. O conhecimento dos profissionais sobre os fluxos de atendimentos e preenchimento dos instrumentos é um fator positivo para a viabilidade do plano.
Processo de avaliação	Avaliação quinzenal da qualidade dos registros realizados pelos profissionais da ESF Niterói.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para a implementação do cuidado com ações humanizadoras é preciso valorizar a dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão de saúde, assegurar melhores condições de trabalho, assim como adotar estratégias de reconhecimento e de valorização dos profissionais, e, conseqüentemente, um ambiente de trabalho mais humanizado.

A PNH, como política transversal do sistema de saúde, trouxe importantes avanços aos modelos de gestão, aumentando a participação de trabalhadores e usuários nestes processos e ao modelo assistencial, expandindo a oferta de serviços, ajustando os papéis profissionais e sugerindo novos métodos de relação entre trabalhadores e usuários. Os dados demonstram ainda que, apesar dos avanços conquistados, diversos são os obstáculos a serem ultrapassados para a plena implantação desta política.

O conhecimento das condições em que se encontra grande parte dos serviços de saúde nos mostra que é necessário que se reformulem as práticas cotidianas de gestão e de atenção à saúde, dando ênfase aos sujeitos implicados no processo de produção de saúde, tomando-os protagonistas e corresponsáveis neste processo pela busca e adoção de medidas que favoreçam a promoção do bem-estar físico e emocional dos mesmos e da equipe de profissionais, assim como do ambiente de trabalho.

Como forma de consolidar a proposta de mudança de modelo, a ESF estabelece que o trabalho de equipe deva ser voltado à sua população adscrita, a partir do conhecimento da realidade das famílias, através do perfil demográfico, social, epidemiológico e cultural. Os membros da equipe da ESF devem ter além de competências técnicas e políticas para a realização do processo de trabalho, competências gerenciais para a condução do trabalho. Nessas competências incluem-se a utilização de instrumentos gerenciais que possibilitem o diagnóstico situacional de saúde da população, o planejamento de ações e a organização do processo de trabalho.

Ressalta-se que este projeto foi elaborado com a participação das equipes de saúde da família Niterói, do município de Carmo do Paranaíba, Minas Gerais, por isso acredita-se na sua viabilidade técnica.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília (DF), 2011. 56p. (Serie A. Normas e Manuais Técnicos) Cadernos de Atenção Básica n.26, Volume 1). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_28.pdf. Acesso em Out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 20p, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf.> Acesso em: Jun. 2015

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS**. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgências. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BREHMER, Laura Cavalcanti de Farias e VERDI, Marta. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciênc. saúde coletiva**. Florianópolis-SC, v.15, p. 3569-3578, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a32.pdf>. Acesso em Jun. 2015.

CARMO DO PARANAÍBA. **Carmo do Paranaíba –MG, e um pouco de história do antigo Sertão da Farinha Podre**. Disponível em <<http://www.skyscrapercity.com/showthread.php?t=708310>> Acesso em: jun 2015.

CASATE J C; CORRÊA, A K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de Enfermagem. **Revista Latino-Americana Enfermagem**. Ribeirão Preto – SP, v. 13, n. 1, p. 105-11, jan-fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n1/v13n1a17.pdf>. Acesso em: Jun 2015.

GARLET, Estela Regina, et al. Organização da rede de Atenção Básica: contribuições do comitê municipal de humanização. **Boletim de Saúde**, Porto Alegre – RS. v.20, n.2, jul-dez. 2006. Disponível em: http://www.esp.rs.gov.br/img2/v20n2_12OrgRede.pdf. Acesso em: Jun. 2015.

GREEN, Márcia Cristina Taveira; ANDRADE, Wanilda Maria de; LOUROSOSA, Quitéria de Lourdes. Acolhimento em unidade básica de saúde. **Investigação**, Franca – SP, v. 8, n. 1-3, p. 87–96, Jan-Dez. 2008. Disponível em: [http://publicacoes.unifran.br/index.php/investigacao/article /view/69/35](http://publicacoes.unifran.br/index.php/investigacao/article/view/69/35). Acesso em: Jun. 2015.

HOGA, Luiza AkikoKomura. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 38, n. 1, Mar. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342004000100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em Jul, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Informações sobre os municípios brasileiros: Carmo do Paranaíba. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=311430&search=minas-gerais%7Ccarmo-do-paranaiba%7Cinfograficos:-dados-gerais-do-municipio> Acesso em: junho 2015.

MENDES, EV. **Os fundamentos para a construção e os elementos construtivos das redes de atenção à saúde no SUS**. In: MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte: Oficina II – Redes de Atenção à Saúde e Regulação Assistencial / Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: ESPMG, 2009. Guia do participante. Disponível em: http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portke&pldPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saude&tax=19981&lang=pt_BR&pg=5571& taxp=0& Acesso em Jul, 2015.

PASCHE, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo. A importância da Humanização a partir do Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde pública**. Florianópolis-SC, v. 1, n. 1, jan-jun. 2008. Disponível em: [http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile /18/30](http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/18/30). Acesso em: Jun. 2015

RIOS, Izabel Cristina. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, Jun 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000200013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: Jun 2015.

ROSA, Natan Souza et.al. Humanização e Acolhimento Em Saúde. **UNIC**, Cuiabá-MT, set. 2009. Disponível em: <http://www.artigonal.com/direito-artigos/humanizacao-e-acolhimento-em-saude-1230888.html>. Acesso em: Jun 2015

SCHOLZE, Alessandro da Silva et. al. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, n.31, p.303-14, out.-dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n31/a06v1331.pdf>. Acesso em: Jun. 2015.

SIMÕES, Ana Lúcia de Assis et.al. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. **Texto contexto – enfermagem**, Florianópolis-SC, vol.16, n.3, p. 439-444, jul-set, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n3/a09v16n3.pdf>. Acesso em Jun. 20145.

SOUZA, Waldir da Silva e MOREIRA, Martha Cristina Nunes. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate. **Interface**, Botucatu-SP. v.12, n.25, pp. 327-338, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n25/a08v1225.pdf>. Acesso em: Jun. 2015.