



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL  
FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ / UNIDADE MATO GROSSO DO SUL  
PÓS-GRADUAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**GISLENE MACHADO CAVALHEIRO**

**Acolhimento e Humanização: UBSF Tarumã**

**Campo Grande – MS  
2014**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL  
FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ / UNIDADE MATO GROSSO DO SUL  
PÓS-GRADUAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**GISLENE MACHADO CAVALHEIRO**

**Acolhimento e Humanização: UBSF Tarumã**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito para conclusão do curso de Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Edilson José Zafalon

**Campo Grande – MS  
2014**

## **DEDICATÓRIA**

Ao Senhor meu Deus agradeço pela minha vitória, e dedico este triunfo a sua presença junto mim e a meus familiares que me apoiam em cada momento de minha caminhada profissional.

## **AGRADECIMENTOS**

A minha formação como profissional não poderia ter sido concretizada sem a ajuda de todos os colegas de trabalho que junto caminham comigo para melhorar nosso atendimento, que trabalhar em equipe é fundamental para um bom desenvolvimento do atendimento e que sempre estaremos enfrentando novos desafios. Há vocês meu muito obrigado.



*Somente seres humanos excepcionais e irrepreensíveis suscitam  
ideias generosas e ações elevadas.*

## **RESUMO**

A partir da Constituição Federal de 1988, a saúde tornou-se direito universal e suas dificuldades se repetem por todas as unidades básicas de saúde.

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi lançada pelo Ministério da Saúde (MS) em 2003 e surgiu com o intuito de propor mudanças nos modelos de gestão e de atenção nos serviços de saúde, elencou problemas referentes ao conceito de humanização utilizado até então nos programas do Ministério da Saúde, provocando amplo debate do conceito de humanização até então colocado para as práticas de saúde.

Foram então propostas novas estratégias que organizem um acolhimento humanizado que amplia as práticas de cuidados dos profissionais e suas ações onde deve ocorrer a priorização das situações de risco e de vulnerabilidade, visando uma melhora no fluxo do atendimento das pessoas que ali esperam, de forma organizada e racional, com a mudança no processo de trabalho da equipe. Sendo assim, o estudo da literatura e seu conhecimento proporcionarão a abertura de discussões e a implantação da Política Nacional de Humanização – PNH.

**Descritores:** Acolhimento e Humanização, UBSF Tarumã; PNH – Política Nacional de Humanização.

## **ABSTRACT**

From the 1988 Federal Constitution, health has become universal law and their difficulties are repeated by all basic health units.

The National Policy of Humanization (HNP) was launched by the Ministry of Health (MS) in 2003 and emerged with the aim of proposing changes in management and models of attention in health services, presented problems concerning the humanization concept used until then in the programmers of the Ministry of Health, sparking broad discussion of the humanization until then placed to health practices.

Where then proposed new strategies to organize a humanized that extends care practices of professionals and their actions where should occur the prioritizations of situations of risk and vulnerability aim for at an improvement in the flow of the meeting the people there expect, therefore organized and rational, with the changes in the process of tem work. The study of literature end his knowledge will propose an opening discussion and the implantation to National Policy of Humanization (HNP).

**Keywords:** Receptions and Humanization, UBSF Tarumã; National Policy of Humanization (HNP).

## SUMÁRIO

<b>1. ANÁLISE SITUACIONAL</b>	
<b>1.1. Caracterização da População</b>	<b>09</b>
<b>1.2. Perfil Epidemiológico</b>	<b>15</b>
<b>1.3. Definição do Problema</b>	<b>19</b>
<b>2. ASPECTOS INTRODUTÓRIOS</b>	
<b>3. ANÁLISE ESTRATÉGICA</b>	<b>26</b>
<b>4. IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO</b>	<b>30</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>33</b>
<b>6. REFERÊNCIAS</b>	<b>34</b>

# 1. ANALISE SITUACIONAL

## 1.1. Característica da população

A Unidade de Saúde da Família Tarumã iniciou suas atividades em janeiro de 2004, com duas equipes, em um espaço cedido pela associação de moradores do Residencial Tarumã. No ano de 2006, o conselho local de saúde e os servidores da unidade organizaram um abaixo assinado junto à população local requerendo a construção de uma unidade com melhor estrutura. Em abril de 2008, foi inaugurada a tão sonhada unidade, localizada na Rua Fanorte, 390, Bairro Jardim Tarumã.

A Unidade de Saúde da Família Dr. Emilio Garbeloti Neto – Tarumã tem como área de abrangência os parcelamentos do Bairro Tarumã: Jardim Tarumã, Residencial Tarumã, Sol Poente, Jardim Jandaia, Jardim Arapongas, Jardim Corcovado, Parque das Laranjeiras, Residencial Jorge Amado e Vila Gaúcha, e o parcelamento Jardim Pênfigo que fica no Bairro Centenário, na Região Urbana do Anhanduizinho atingindo 10.309 moradores (SIAB, 2012) e 8.442 moradores, segundo dados do IBGE (2010), conforme Figura 1.



Figura 1 - Mapa da área de abrangência da UBSF TARUMA com divisão de equipe e micro áreas.

O agendamento de consultas é realizado de quinze em quinze dias, na recepção da unidade, o usuário pode agendar consultas (para os profissionais médicos, enfermeiros, odontólogos e assistente social). São disponibilizadas quatro vagas médicas todos os dias, exceto em períodos de visita domiciliar, sendo duas vagas no período matutino e duas vagas no período vespertino, além de duas vagas para odontologia (uma no período matutino e uma no vespertino). Essas vagas são destinadas a ocorrência atendimento com risco e vulnerabilidade social, a necessidade é avaliada pelo Assistente Social e Enfermeiros em conjunto. Quanto ao agendamento de exames, o mesmo é feito na segunda-feira também na recepção, de acordo com a disponibilidade no sistema.

A unidade oferece atendimentos nos Programas: Assistência Integral à Saúde da Criança, da Mulher, do Homem e do Idoso, Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, controle da Tuberculose e da Hanseníase. Realiza coleta do exame de colpocitologia oncótica (preventivo do câncer de útero) e exame clínico da mama, além de coleta de laboratório duas vezes por semana e coleta de linfa.

## **Recursos Humanos:**

A Unidade Básica de Saúde da Família Dr. Emilio Garbeloti Neto – Tarumã, conta com 4 equipes de ESF, composta por médicos generalistas, enfermeiros, odontólogos, técnicos de enfermagem, auxiliares bucais e agentes comunitários, além destes profissionais ainda conta com Assistente Social, Educador Físico, administrativos e auxiliares de limpeza. Existe um déficit de profissionais na unidade dos acima listados a ser preenchida: um técnico de enfermagem e um agente de saúde, encaminhado para aposentadoria.

A falta de profissionais é um dos grandes problemas que atinge a unidade de saúde no que diz respeito aos indicadores que não são atingidos e a qualidade do serviço ofertado à população, no caso de ser o agente de saúde os moradores desta

área ficam descobertos sem o acompanhamento do profissional, que acompanha o calendário de vacinas, preventivo, gestantes, hipertensos, diabéticos e acamados.

Enfrentamos algumas dificuldades para atender satisfatoriamente toda a população cadastrada. A população da área da equipe 32, é que mais vem sofrendo com a procura por consultas médicas. Apesar de todas as áreas terem um número de pessoas cadastradas equiparadas, a população da referida área é a mais carente e com mais patologias e pacientes que necessitam de acompanhamentos regulares. A área da equipe 32 é a que mais concentra casos de pacientes portadores de Hanseníase e pacientes usuários de entorpecentes, que necessitam que acompanhamento sistemático. Por ser uma região carente, quase todos os moradores são usuários do SUS.

Serviços oferecidos:

- Consulta com Médico Generalista;
- Consulta de Enfermagem;
- Inalação;
- Curativos de rotina;
- Imunização;
- Coleta de exames laboratoriais duas vezes por semana;
- Teste do Pezinho;
- Coleta de Preventivo;
- Exame clínico das mamas;;
- Glicemia capilar;
- Notificação de violências,
- Consulta de Serviço Social,
- Curso de artesanato,
- Projeto Viver Legal
- Academia da Terceira Idade,
- Atendimento odontológico básico (adultos e crianças),
- Trocas e instalações de sondas vesicais,
- Atividades de Promoção e Prevenção e Educação em Saúde,

- Visitas domiciliares realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde e equipes do PSF,
- Avaliação e acompanhamento dos alunos contemplados no Programa Saúde Na Escola.

### **Programas:**

- Diabetes
- Hipertensão
- Tuberculose
- Hanseníase
- Gestante
- Adolescente
- Saúde da criança
- PSE – Programa Saúde na Escola

### **Fluxograma de Atendimento**

O acolhimento é realizado pelos recepcionistas da unidade que escutam o paciente e direcionam o mesmo para os serviços da unidade. O paciente cadastrado em algum programa de saúde já tem seu retorno agendado para a próxima consulta, que, dependendo da gravidade, pode consultar em até 180 dias com médico, tendo uma consulta de enfermagem nesse período. Os pacientes que não são cadastrados em nenhum programa de saúde podem agendar suas consultas nas vagas de demanda espontânea, num prazo de até 30 dias da data do agendamento. O paciente que refere alguma das patologias associadas aos programas de saúde e não estão cadastrados, passam primeiramente em uma consulta de enfermagem e após avaliação poderá ser inserido nas vagas de programas de saúde.

Geralmente, a unidade não tem grandes filas, mas quando isso ocorre, são distribuídas senhas para que todos possam se acomodar e aguardar sua vez de ser atendido. Quando é feita esta distribuição de senhas, em duas cores: laranja para pacientes gestantes, idosos e portadores de necessidades especiais e branca para os demais.



Quando o paciente sai de uma consulta se dirige à recepção para os devidos agendamentos. Os exames laboratoriais são agendados conforme a demanda no sistema de disponibilidades de vagas pelo laboratório central. Como as vagas não são suficientes para agendar todos os pacientes que consultaram durante a semana anterior, isso causa certo transtorno e gera filas para atendimento.

Caso o médico solicite alguma consulta com médicos especialistas, a mesma é inserida no programa SISREG, e os pacientes aguardam até que a consulta seja agendada e receba uma ligação da Central de Regulação avisando data, horário e local.

Os exames de radiodiagnósticos são agendados para os prestadores da rede pública e também não são em quantidade suficiente para a demanda de todas as unidades de saúde. Dependendo do tipo de exames os pacientes esperam por mais de um mês.

## **Estrutura Física**

A unidade é composta por:

- 01 recepção;
- 01 corredor de espera;
- 01 banheiro feminino usuário adaptado para deficientes físicos;
- 01 banheiro masculino usuário adaptado para deficientes físicos;
- 01 sala de programas;
- 03 consultórios médico;
- 01 consultório de Ginecologia;
- 02 Consultórios de Enfermagem;
- 01 Consultório de Serviço Social;
- Consultório Odontológico com 03 cadeiras;
- 01 farmácia;
- 01 sala da Gerente;
- 02 salas de curativos;
- 01 sala de inalação;

- 01 Sala de Imunização;
- 01 Sala de Coleta de Material para exame laboratorial;
- 01 almoxarifado;
- 01 banheiro para funcionário feminino;
- 01 banheiro para funcionário masculino;
- 01 cozinha/copa;
- Estacionamento.
- Academia da terceira idade.

## **Equipamentos sociais**

Em nossa área de abrangência contamos com os seguintes equipamentos sociais:

- 01 CEINF.
- 01 CRAS.
- 02 Escolas Municipais.
- 01 Escola Estadual.
- 01 Unidade de Atendimento para crianças e adolescentes vitima de violências – Lar Ligia Hans.
- Igrejas Católicas e Evangélicas.

Várias atividades são realizadas em todos os equipamentos citados acima. Não podemos deixar de citar as atividades do Programa Saúde na Escola, realizado na Escola Municipal Elízio Vieira Ramires localizada no Jardim Pênfigo, que desde 2011 vem fazendo um trabalho de prevenção em saúde com bons resultados. Também temos boas parcerias com as comunidades religiosas de nossa região, que cedem seu espaço para ações na comunidade, como reuniões de Hipertensos e Acompanhamento do Programa Bolsa Família.

## 1.2. Perfil Epidemiológico

Segundo dados do Censo 2010 do IBGE, a população da área de abrangência da UBSF TARUMÃ tem um total de 8.442 pessoas, sendo que desde total 4.142 são homens e 4.300 são mulheres. Conforme dados do SIAB (2012) a população atendida pela Unidade chega há 10.309 pessoas, essa diferença ocorre devido ao Censo ser realizada de 10 em 10 anos, e a fonte SIAB é atualizada anualmente usando informações da Ficha A dos Agentes Comunitários.

**Tabela 1.** População por faixa etária e sexo da área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Dr. Emilio Garbeloti Neto – Tarumã.

Faixa Etária	Homem	Mulher	Total
Menor de 1 ano	73	68	141
1 ano	72	51	122
2 anos	75	77	152
3 anos	61	55	115
4 anos	73	49	121
5 anos	57	62	118
6 anos	62	62	123
7 anos	52	64	115
8 anos	65	62	127
9 anos	87	65	152
10 anos	99	77	176
11 anos	81	66	147
12 anos	62	81	143
13 anos	80	73	153
14 anos	90	77	167
15 anos	63	95	158
16 anos	75	90	165
17 anos	76	72	148
18 anos	70	94	164
19 anos	84	68	152
20 a 24 anos	427	408	835
25 a 29 anos	385	364	749
30 a 34 anos	337	350	687
35 a 39 anos	300	346	646
40 a 44 anos	296	327	622
45 a 49 anos	256	293	550
50 a 54 anos	214	202	416
55 a 59 anos	140	193	333
60 a 64 anos	120	143	263
65 a 69 anos	78	80	158
70 a 74 anos	55	78	133
75 a 79 anos	39	49	88
80 anos e mais	43	62	104
<b>Total</b>	<b>4142</b>	<b>4300</b>	<b>8442</b>

Fonte: Censo 2010, projeção de crescimento populacional divulgado pelo IBGE anualmente. População distribuída e ajustada.

**Tabela 2.** Indicadores e metas para atendimento na Unidade de Saúde da Família Dr. Emilio Garbeloti Neto – Tarumã, com base no total da população da área de abrangência conforme Tabela 1.

Faixa Etária	Total
0 ano	141
1 a 4 anos	511

10 a 19 anos	1572
Mulher > 10 anos	3688
Mulher 25 a 59 anos	2077
Homem 20 a 59 anos	2353
Homem > 40 anos	1240
Idosos > 60 anos	746
Fique Sabendo	143
Sintomático respiratório	84

Fonte: Censo 2010, projeção de crescimento populacional divulgado pelo IBGE anualmente. População distribuída e ajustada.

A população da área de abrangência da UBSF Tarumã tem uma diversidade muito grande, o bairro tem infraestrutura de água, energia elétrica, telefonia fixa e móvel, internet, porém há algumas moradias insalubres, pontos de venda de drogas, muitas quitinetes onde as pessoas vivem em condições de higiene precária. Há também uma área de chácaras, onde algumas são apenas para finais de semana, ou seja, passam a semana toda sem ninguém em casa, isso dificulta o trabalho do agente comunitário da área.

Os equipamentos sociais existentes na área são: três escolas sendo uma estadual e de período integral, um CEINF, um CRAS, um abrigo para crianças e adolescentes (Lar Lígia Hans), temos também muito próximo a nossa unidade, o CRS Coophavila II e a Unidade Básica Coophavila II. Existem no bairro muitas igrejas de várias religiões e também centros espíritas, é bem abastecido de rede de comércio varejista com vários supermercados, restaurantes e outros.

Pela Ficha A que o agente comunitário alimenta com informações mensais, podemos verificar que a maioria dos moradores possui plano de saúde, pois são, em sua maioria, funcionários públicos, porém, em algum momento estes pacientes utilizam os serviços do SUS.

A grande maioria dos pacientes da área é formada por hipertensos, seguidos de diabéticos e em nossa área um número muito expressivo de pacientes em tratamento de hanseníase.

Destes pacientes, a maioria está na faixa etária acima dos 30 anos de idade sendo sua maior proporção entre os idosos, estes são os pacientes que utilizam mais os serviços da unidade, pois além dos cuidados médicos e sociais há também a prática de exercícios físicos com orientação de uma educadora física, pois a unidade tem uma academia ao ar livre dentro de sua área física.

Atualmente temos a atuação da equipe do NASF Batistão que atende nossa unidade através de consultas compartilhadas e estudo de casos, foi através desta

parceria que nasceu o grupo QUALIHANS, onde os pacientes em tratamento e/ou que já passaram por ele se reúnem para juntos discutirem e trocar experiências de vivências e relatos por eles vivenciadas do dia a dia deste o diagnóstico da doença, a passagem pelo tratamento e até o término do tratamento resultando no total desaparecimento dos sintomas e alta.

Podemos citar também que há grupos de hipertensos e diabéticos, e de idosos, onde são realizadas atividades educativas, aferição de pressão e glicemia capilar, e a troca de receitas pelo médico.

### **1.3. Definição do Problema**

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi lançada pelo Ministério da Saúde (MS) em 2003 e apresentada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 2004. Esta surgiu com o intuito de propor mudanças nos modelos de gestão e de atenção nos serviços de saúde, elencou problemas referentes ao conceito de humanização utilizado até então nos programas do Ministério da Saúde, provocando amplo debate do conceito de humanização até então colocado para as práticas de saúde.

Sendo assim, o estudo da literatura e seu conhecimento proporcionarão a abertura de discussões e a implantação da Política Nacional de Humanização – PNH.

#### **Objetivo:**

- Levantar informações, por meio da literatura, para a obtenção de um maior conhecimento sobre acolhimento e humanização, para construção de fluxograma de atendimento da demanda espontânea com ações baseadas nos protocolos de atendimentos dos profissionais e da SESAU.

#### **Objetivos específicos:**

- Levantar, por meio da literatura, informações sobre acolhimento e humanização no atendimento da atenção básica ampliada do SUS;
- Descrever os protocolos de atendimento aos usuários do SUS, baseados no acolhimento e humanização e os benefícios de sua implantação na unidade;
- Melhorar a escuta de demanda espontânea: acolher, escutar a queixa, os medos e as expectativas do usuário, identificar os riscos e vulnerabilidades;

## **2. ASPECTOS INTRODUTÓRIOS**

A partir da Constituição Federal de 1988, a saúde tornou-se direito universal e suas dificuldades se repetem por todas as unidades básicas de saúde, ou seja, houve um aumento de Unidades Básicas de Saúde da Família, porém o acesso aos serviços ainda é um problema, essas unidades apresentam todas as dificuldades e a continuação das filas de espera para atendimento, pessoas exaltadas reclamando da fila e do tempo de espera, falta de profissionais e escassez de recursos e materiais.

Necessitando assim de novas estratégias que organizem um acolhimento humanizado que amplia as práticas de cuidados dos profissionais e suas ações onde deve ocorrer a priorização das situações de risco e de vulnerabilidade, visando uma melhora no fluxo do atendimento das pessoas que ali esperam, de forma organizada e racional, com a mudança no processo de trabalho da equipe.

Com a formulação da política de humanização em 1988, houve a mobilização e engajamento de sujeitos locais organizados coletivamente para transformar as realidades e se transformarem a si próprios, o que resultou em novas práticas de se fazer o trabalho em saúde.

A Política Nacional de Humanização está estruturada em princípios, métodos, diretrizes e dispositivos.

São princípios da PNH: a transversalidade, a inseparabilidade entre atenção e gestão nos processos de produção de saúde, e autonomia e protagonismo do sujeito. Os métodos são o modo de fazer a inclusão dos diferentes sujeitos, dos analisadores e do coletivo. Suas diretrizes estão na cogestão; na clínica ampliada e compartilhada, no acolhimento, na saúde e trabalho; na defesa dos direitos dos usuários na saúde, ambiência e no fomento dos grupos, coletivos e redes. Já os dispositivos que lança mão são: a classificação de risco; desospitalização segundo um fluxo de necessidades; equipe de referência, gerência de porta aberta, ouvidoria, conselho gestor local, visita aberta e direito a acompanhante, projeto terapêutico

singular e projeto de saúde coletiva; grupo de trabalho de humanização e câmara técnica de humanização, projeto cogерido de ambiência, colegiado gestor, organização dos serviços (estrutura) em unidade de produção segundo a linha de atenção, contratos de gestão e apoio institucional.

Ao realizarmos o estudo da literatura poderemos então trabalhar o acolhimento e a humanização dos pacientes dentro da Unidade de Saúde da Família Dr. Emilio Garbeloti Neto – UBSF Tarumã, uma vez que incorpora o aspecto ético (a responsabilidade de toda a equipe) e político (porque é direito de todo cidadão brasileiro e dever do estado), é uma nova maneira de trabalhar saúde e constitui-se em ferramenta de escuta qualificada com formação de vínculo e resolutividade dos serviços. Torna-se um compromisso de respostas às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde.

Para iniciarmos um pouco da história das Políticas Públicas de Saúde:

#### 1. Até 1933

- Predomínio das oligarquias – “trabalhava-se muito, ganhava-se pouco e pagava-se caro para viver mal” (MATTOS, 2002).
- Revolta das vacinas – 1904 – reação às precárias condições de vida da população.
- A economia dependia da força de trabalho – compromisso do estado com os interesses das elites produtoras para assegurar o sucesso da industrialização, visando garantir força de trabalho – funcionário doente não produz.
- Seguia o modelo europeu onde as causas das doenças eram unicamente atribuídas aos agentes microbianos externos, sem levar em conta as condições de vida da população – a era segregada e eliminada.
- Medicina para quem pudesse pagar. A população dependia de filantropias feitas pelas igrejas.
- Surge a luta dos trabalhadores pelos CAPs – embrião da seguridade social onde eram concedidos benefícios pecuniários para os trabalhadores com carteira assinada – pensão, aposentadoria, consultas médicas e medicamentos.
- Revolução de 1930 – acata as reivindicações dos grupos de trabalhadores e cria o Ministério do Trabalho e os Institutos de trabalhadores.

A saúde era privilégio de poucos, garantia de força de trabalho, as doenças eram tratadas e eliminadas, porém não se tratava a causa apenas o efeito, entra em



cena a filantropia exercida pelas Igrejas, surgem os primeiros movimentos de organização dos trabalhadores por benefícios pecuniários – Seguridade Social.

## 2. De 1933 a 1966

- IAP – abrangem trabalhadores agrupados por ramos de atividades – IAPTEC, IAPC, IAPI, IAPB e outros.
- Modelo de assistência nos vínculos trabalhistas aos benefícios – tinham direito aos benefícios somente os trabalhadores que contribuía com a previdência.
- Eram controlados pelo MTPS, onde havia representantes dos trabalhadores, dos empregadores e do governo federal – controle do estado sobre a saúde.
- Programas de saúde pública – criação de condições sanitárias mínimas – assistência de forma fragmentada – de um lado para os inseridos no mercado formal de trabalho e do outro os pobres e desempregados.

Criação de institutos, controlados pelo governo federal, onde a participação da sociedade civil organizada se dava de forma tímida.

## 3. De 1966 a 1977

- As principais mudanças em saúde se seguem às mudanças políticas.
- Em 1966 – unificação dos IAPs para a criação do INPS – aumento da intervenção estatal e exclusão dos trabalhadores da gestão.
- Crescimento da população de baixa renda.
- Fraudes nos serviços prestados, com o desvio de verbas para obras como: Itaipu, Usinas de Angra dos Reis, Ponte Rio-Niteroi, Transamazônica, e hospitais privados.
- Corrupção, superfaturamento, pagamento de serviços não realizados, internações desnecessárias, pacientes fantasmas.
- Interesse no lucro e controle do grupo dominante. Ideias como: “a realização de exames previne as doenças”, “médico bom é médico hiperespecialista”, “o hospital é o lugar onde se tem os melhores médicos e onde, de fato, se resolvem os problemas de saúde”, “posto de saúde é enganação” – alguns desses pensamentos ainda persistem hoje.
- Preferência em contratação de serviços privados ao invés de investimentos nos serviços públicos.
- Aumento na ênfase na assistência individual e hospitalar e descaso pelas medidas de saúde coletiva.
- Orçamento diminuído no MS e ressurgimento de epidemias relativamente controladas, com piora das condições de saúde da população.

As mudanças políticas afetam diretamente a saúde no país; trazendo um cenário de crescente aumento da classe de baixa renda, juntamente com a ideia de

que a medicina privada é melhor, tendo um grande desvio de verbas públicas para obras verbas estas que antes eram da saúde, piorando assim a saúde da população. A gerência da saúde fica exclusiva para o governo.

#### 4. De 1978 a 1988

- Quadro epidemiológico evidenciando a coexistência de doenças infectocontagiosas e doenças crônico-degenerativas, além disso, doença de chagas, esquistossomose e malária que eram antes encontradas apenas na área rural também passam a área urbana.
- Surgem as organizações de movimentos sociais urbanos e rurais. Dá-se início a reforma partidária e nascimento de novos partidos.
- O movimento popular cresce em dimensão e organização na luta por democratização e justiça.
- Nasce a SAUDE COLETIVA – campo do conhecimento onde a epidemiologia, o planejamento/administração de saúde e as ciências em saúde figuram como disciplinas básicas.
- Realização da 8ª CNS que é precedida por conferências estaduais onde a participação da sociedade civil inaugura o processo de participação social nas deliberações sobre a política nacional de saúde.
- C.F. de 1988 – assegura a saúde como direito de todos e um dever do Estado, passando a ser um direito universal.
- Nasce o SUS – de caráter público único e descentralizado e pelos princípios da integralidade, da universalidade, da equidade e da participação popular e controle social.
- A C.F. coloca também que “a assistência saúde é livre à iniciativa privada”, onde o setor privado é “complementar e subordinado ao SUS”, e “é vedada a destinação de recursos públicos para auxílios e subvenções às instituições privadas com fins lucrativos”.
- SAUDE COLETIVA – abrange um conjunto articulado de práticas técnicas, científicas, culturais, ideológicas, políticas e econômicas, desenvolvidas no âmbito acadêmico, nas instituições de saúde, nas organizações da sociedade civil e nos institutos de pesquisa, informadas por distintas correntes de pensamentos resultantes da adesão ou crítica aos diversos projetos de reforma sem saúde. (PAIM e ALMEIDA FILHO, 1988).
- Ascensão das lutas comunitárias e populares em geral estruturando o movimento popular de saúde, culminando em assembleias do povo onde as reivindicações populares de políticas públicas, de luta pela democracia e por melhores condições de vida.
- Há um investimento universitário na formação de sanitaristas, profissional de saúde pública com o olhar, o pensamento e os compromissos da saúde coletiva.

- Surge o movimento sanitário, visando à melhoria da qualidade de vida da população com grande participação comunitária, popular, estudantis e sindicais.

Nesta década os movimentos populares ganham forças culminando com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a chamada “Constituição Cidadã”, onde coloca a saúde como direito de todos e dever do estado, cresce junto a participação da comunidade nas decisões da política nacional de saúde, surge a ideia de saúde coletiva – saúde para todos, levando em consideração não só a questão biológica, considerando outros fatores como influentes sociais, culturais, econômicos na conduta para se chegar a uma saúde para todos.

#### 5. A partir de 1989

- Foi à década de fortalecimento dos movimentos sociais e da organização popular.
- A cada momento histórico a sociedade cria forças sociais que se aliam e se enfrentam nas lutas e conquistas para o bem comum.

Devemos pensar que o mundo muda e que a sociedade muda junto, e que hoje temos grande facilidade e acesso a conhecimentos, porém ainda temos dificuldades antigas, principalmente no Brasil, por sua extensão territorial, onde a cultura, o meio ambiente, a escolarização, a urbanização e o acesso aos meios de comunicação se dão de maneiras diferentes. Mas devemos lembrar que o avanço no campo da saúde foi, é e será maior a cada dia.

#### Bases legais do SUS: Lei Orgânica da Saúde

- Bases jurídicas: CF 1988, Lei n. 8.080/1990 e n. 8.142/1990.
- Resultado do processo social marcado por uma luta política, e seus princípios coincidem com as bandeiras levantadas pelo movimento de redemocratização do país. Reflete o processo de descentralização política e a abertura de espaços de participação democrática após 1988.

#### A luta permanente pela concretização do SUS

- Saúde como bem público e direito de cidadania, materializada na construção de um sistema público nacional de saúde, onde o setor privado tem caráter complementar.
- Municipalização: estratégia adotada onde o município é reconhecido como o principal responsável pela saúde de sua população. É transferir para as cidades a responsabilidade e os recursos necessários para exercerem plenamente as funções de coordenação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria da saúde local, controlando os recursos financeiros, as ações e os serviços de saúde prestados em seu território, é a saúde mais próxima dos cidadãos e dos seus problemas.

- A participação popular se torna o diferencial na efetivação do SUS.
- Tem como princípios a universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação popular e tendo como porta de entrada a atenção básica.

Após este breve histórico podemos então dizer que fazer um acolhimento humanizado é consequência destas mudanças geradas pelas lutas dos movimentos sociais que forçaram o governo a pensar uma rede de saúde para todos sem distinção e de forma gratuita, onde o atendimento do paciente usuário do SUS começa em sua concepção, com orientações de planejamento familiar, saúde da mulher e criança, do homem, do idoso, além de programas específicos para doenças crônicas que afetam a saúde da população.

Pensar o atendimento desta maneira é pensar em estratégias para melhorar este acolhimento, passando pela questão da humanização, ou seja, ao ofertar os programas deve ser feitas orientações tanto a equipe quanto ao próprio paciente do atendimento que lhe será fornecido.

O Ministério da Saúde em sua página na internet disponibiliza vários documentos sobre o acolhimento e humanização que servem de orientação para a implantação destes serviços na atenção básica, abaixo um exemplo destes materiais.

**Então o que é acolhimento?** Acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde.

**Acolhimento com classificação de risco:** A classificação de risco é um dispositivo da PNH, uma ferramenta de organização da "fila de espera" no serviço de saúde, para que aqueles usuários que precisam mais sejam atendidos com prioridade, e não por ordem de chegada.

**E quem precisa mais?** Os usuários que têm sinais de maior gravidade, aqueles que têm maior risco de agravamento do seu quadro clínico, maior sofrimento, maior vulnerabilidade e que estão mais frágeis.

**E como saber quem precisa mais?** A classificação de risco é feita por enfermeiros, de acordo com critérios pré-estabelecidos em conjunto com os médicos e os demais profissionais. A classificação de risco não tem como objetivo definir quem vai ser atendido ou não, mas define somente a ordem do atendimento. Todos são atendidos, mas há atenção ao grau de sofrimento físico e psíquico dos usuários e agilidade no atendimento a partir dessa análise.

**Como faço para que o acolhimento aconteça no serviço de saúde?** É preciso que a equipe de saúde se reúna para discutir como está sendo feito o atendimento no serviço: qual o "caminho" do usuário desde que chega ao serviço de saúde, por onde entra quem o recebe, como o recebe quem o orienta, quem o atende, para onde ele vai depois do atendimento, enfim, todas as etapas que percorre e como é atendido em cada uma dessas etapas. Essa

discussão com toda a equipe vai mostrar o que pode ser mudado para que o usuário seja melhor acolhido. Assim, a partir dessa reunião pode haver mudanças na entrada, na sala de espera, por exemplo, para que haja um profissional de saúde que acolha o usuário antes da recepção, forneça as primeiras orientações e o encaminhe para o local adequado. A recepção também pode mudar, utilizando-se a classificação de risco e também um pós-consulta, ou seja, uma orientação ao usuário depois da consulta, a partir do encaminhamento que tiver sido feito na consulta. É importante ainda ampliar a qualificação técnica dos profissionais e das equipes de saúde para proporcionar essa escuta qualificada dos usuários, com interação humanizada, cidadã e solidária da equipe, usuários, família e comunidade. As possibilidades de acolhimento são muitas e o importante é que as melhorias sejam feitas com a participação de toda a equipe que trabalha no serviço.

Tendo como principal meta da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS a humanização das relações entre gestores, trabalhadores e usuários do SUS para ofertar atendimento de qualidade na rede pública de saúde, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, melhorando os ambientes de cuidado e as condições de trabalho dos profissionais. (Humaniza SUS).

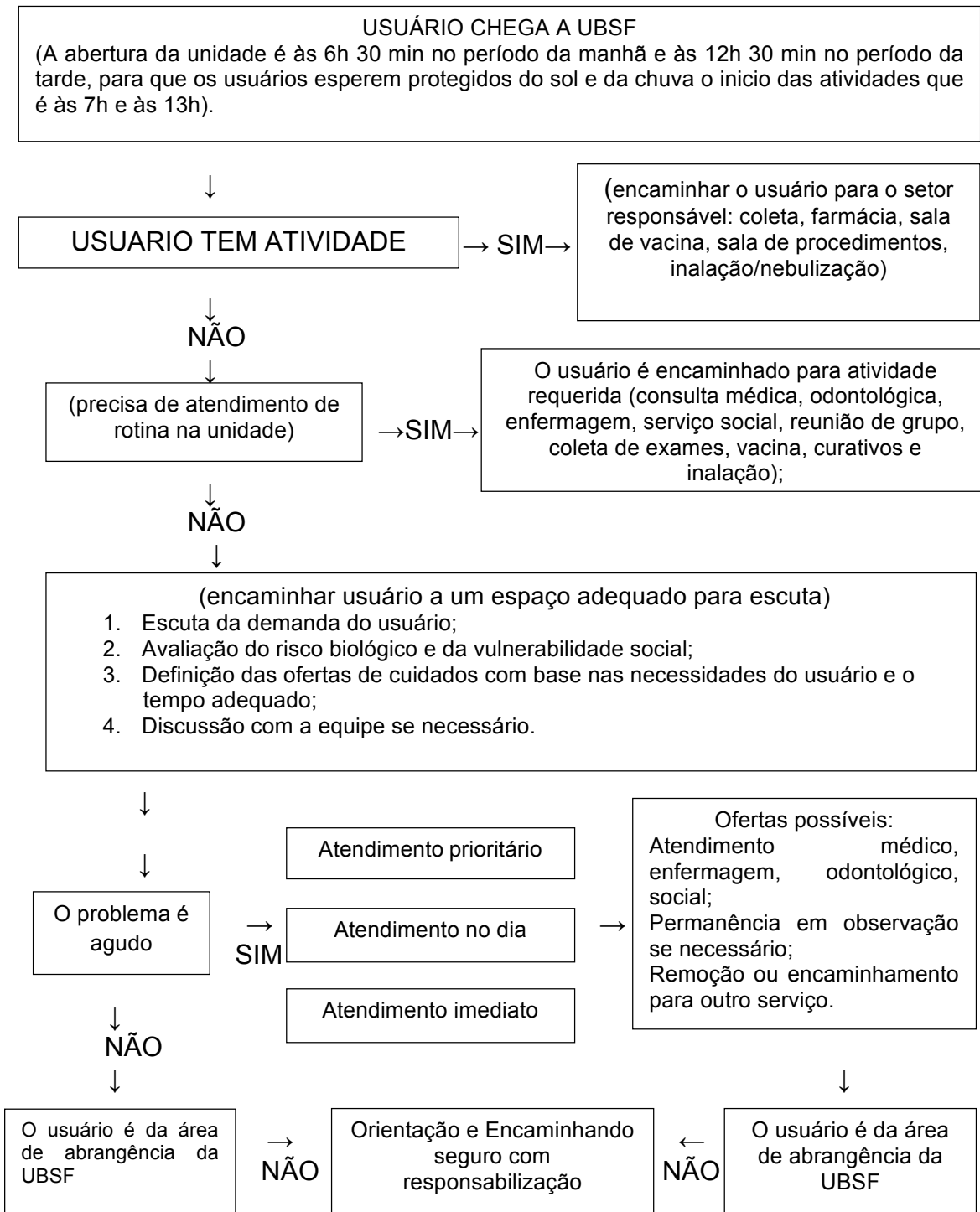
Esta política opera transversalmente em toda a rede do Sistema Único de Saúde, considerando a humanização da assistência, como uma oportunidade de debate a questões fundamentais que podem orientar a construção das políticas em saúde.

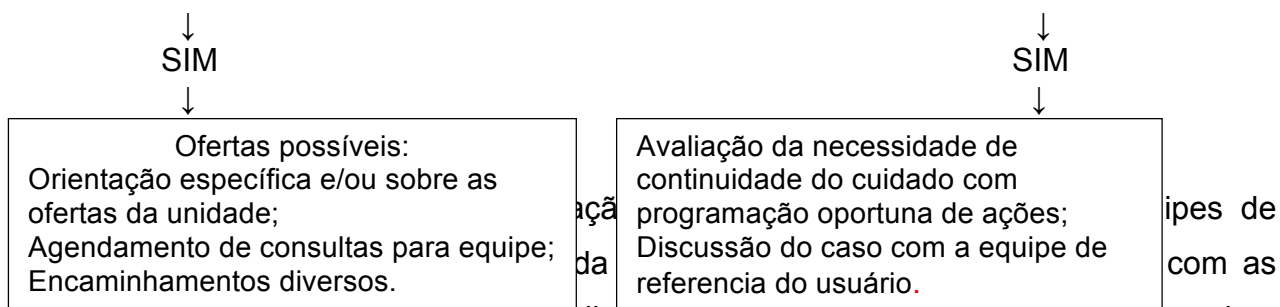
Princípios base da Política de Humanização:

- Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização.
- Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos.
- Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade.
- Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS.
- Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos.

### 3. ANALISE ESTRATÉGICA

#### FLUXOGRAMA PARA ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA PARA ATENDIMENTO DA DEMANDA ESPONTANEA UBSF DR. EMILIO GARBELOTI NETO – TARUMÃ.





equipes da UBSF Tarumã para melhor andamento dos trabalhos, e será em cima deste fluxograma que iremos descrever os atendimentos e os protocolos empregados em cada etapa.

Iremos começar com a escuta da demanda do usuário, onde utilizamos as orientações repassadas pela SESA, que define a ERV – Escuta de Risco e Vulnerabilidade como a demanda que parte da escuta do usuário no dia, não existe agendamento prévio ou posterior para esta mesma demanda, e está focado no eixo de risco e vulnerabilidade na atenção, ou seja, no campo bio-psico-social, o que difere na urgência, demandas espontâneas e programadas.

A oferta deste serviço é diária e tem a obrigatoriedade de sua utilização oferecendo 2 vagas para medico e 1 vaga para odontologia por período e por equipe, assim na UBSF Tarumã são oferecidas 8 vagas por período por medico e 4 por período e por odontólogo, e que a realização não é feita por área e equipe.

Esta escuta é feita de acordo com o desenvolvimento dos programas de saúde. Para o eixo vulnerabilidade biológica temos as seguintes orientações por programas:

- **Da criança:** baixo peso; obesidade; IRAS de repetição; doenças diarreicas; vacinas em atraso; necessidades especiais; alto risco de carie; crianças com DIA; insulino dependentes; crianças com problemas odontológicos e nutrição prejudicada; criança com patologias crônica diagnosticada (ex. anemia falciforme).

- **Do adolescente:** anorexia, bulimia, obesidade (transtorno alimentar); transtorno mental/comportamental; gestante adolescente; sexualidade precoce – DST; bruxismo; traumatismo dentário, erosão dentária, danos periodontais; insulino dependente;

- **Da mulher:** adolescente com pré-natal tardio; puerpério; urocultura + sífilis gestacional; toxoplasmose, DSTs; doenças periodontal; alto risco (DIA/HAS e outras); HAS – internações; AVE; IAM; acamados, não adere ao programa; internações por complicações DM; pacientes descompensados por repetição; complicação pé diabético; retinopatia; foco dentário; insulino dependente; seguimentos dos SISCOLO, SISMAMA; etilista, tabagismo, mulheres no climatério com problemas odontológicos.

- **Do homem:** PSA alterado; etilista; tabagista; HAS – internações; AVE; IAM; acamados; não adere ao programa; pacientes descompensados por repetição, internações por complicações DM; não aderem ao programa; complicações de pés diabéticos, retinopatia, insulino-dependente; foco dentário; edentulismo com necessidade de prótese.

- **Do idoso:** idoso frágil maior de 80 anos acamados, sequelados, risco social (violência e negligencia), desospitalizados, cadeirantes, com focos dentários, uso de prótese; prevenção de CA e HAS; internações; AVE; IAM; acamados; não adere ao programa; pacientes descompensados por repetição, internações por complicações DM; não aderem ao programa; complicações do pé diabético, retinopatia, insulino-dependente; foco dentário; edentulismo com necessidade de prótese; tabagista; etilista; paciente crônico com ausência de dentes afetando a nutrição;

Para o eixo vulnerabilidade social temos as seguintes orientações por programas:

- **Da criança:** Crianças fora da escola; Crianças fora de CEINF; crianças sozinhas em casa; crianças responsáveis; por outras crianças; convivência com usuários de álcool e drogas – crianças com familiares (pais, tios, avós, irmãos, etc...) usuários de álcool e drogas; crianças usuários de álcool e drogas; criança vitima de violência; crianças filhos de pais desempregados; Condições precárias de moradia e saneamento; Criança que são tutelados/criados pelos avós;

- **Do adolescente:** Adolescentes com gravidez precoce; adolescentes com filhos; adolescentes fora da escola; adolescentes responsáveis por crianças; Adolescentes em convivência com usuários de álcool e drogas – adolescentes com familiares (pais, tios, avós, irmãos, etc...) usuários de álcool e drogas; adolescentes usuários



de álcool e drogas; adolescente vítima de violência; adolescentes filhos de pais desempregados; Condições precárias de moradia e saneamento;

- **Da mulher:** Chefia familiar feminina (mulheres chefes de família sem cônjuges e com filhos menores de 15 anos); convivência com usuários de álcool e drogas – mulheres com familiares (pais, companheiros, filhos, etc...) usuários de álcool e drogas; vítimas de violência; Desempregadas; Analfabetas; Condições precárias de moradia e saneamento; Mulher que tutela os netos;

- **Do homem:** Convivência com usuários de álcool e drogas – homens com familiares (pais, companheiras, filhos, netos, etc...) usuários de álcool e drogas; autor de violência contra crianças, adolescentes, mulheres e idosos; Homens responsáveis economicamente pela casa e desempregados; Homens responsáveis pelo cuidado de crianças e adolescentes; analfabetos; morando sozinho; Condições precárias de moradia e saneamento;

- **Do idoso:** Convivência com usuários de álcool e drogas – idosos com familiares (companheiros, filhos, netos, etc...) usuários de álcool e drogas; idoso vítima de violência; idoso responsável economicamente pela casa; idosos com tutela dos netos; idosos analfabetos; idoso morando sozinho; Condições precárias de moradia e saneamento; Idoso sem aposentadoria ou BPC.

#### **4. IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO**

Para a implantação dessa rotina foi realizada reunião com os profissionais envolvidos em seu desenvolvimento: enfermeiras e assistente social. Houve então uma divisão por dia da semana para cada profissional, ficando um em cada dia, como no cronograma a seguir.

##### **ESCALA DOS PROFISSIONAIS PARA ATENDIMENTO DA DERV UBSF TARUMÃ**

<b>DIA DA SEMANA</b>	<b>MATUTINO (7h 30min às 8h)</b>	<b>Vespertino (13h 30min às 14h)</b>
<b>SEGUNDA</b>	Enfer. Vanessa	Enfer. Vanessa
<b>TERÇA</b>	Enfer. Ederly	Enfer. Ederly
<b>QUARTA</b>	Enfer. Lívia	Enfer. Lívia
<b>QUINTA</b>	Enfer. Camila	Enfer. Camila
<b>SEXTA</b>	A.S. Gislene	A.S. Gislene

Seguindo essa escala, foi elaborado um controle e uma ficha de encaminhamento para atendimento na escuta, onde é colocado o nome do paciente, o número do cartão CNS, o motivo pelo qual está passando pela escuta e para qual médico, que servirá para sabermos qual é a maior demanda quanto aos motivos e também quanto à agenda do médico, além de nos mostrar quais os pacientes que não vêm regularmente ao médico e qual desses faltam às consultas agendadas. Além dessas vagas temos também a complementação da agenda, que é feita quando o paciente agendado falta e tem paciente a mais na espera de vagas DERV que são duas vagas para cada médico em cada período e uma para cada dentista em cada período, sendo que há dias que o número de pacientes que necessitam passar por atendimento é maior que essa demanda, é onde fazemos complementação de agenda nas vagas dos pacientes faltosos, como é uma unidade de atendimento de saúde da família, a própria comunidade já sabe que em questão

de urgências e emergências, deve-se procurar o CRS mais próximo, no caso, CRS Coophavila, porém, isso não é barreira e nem impedimento que ocorra algum atendimento emergencial pela equipe da unidade dentro do possível e com encaminhamento imediato à média ou alta complexidade.

**CONTROLE DEMANDA DE ESCUTA DE RISCO E VULNERABILIDADE – DERV**

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

( ) MATUTINO ( ) VESPERTINO

PACIENTE	CNS PRONTUARIO	MOTIVO	MEDICO	OBS.

**DEMANDA DERV**

PROFISSIONAL: \_\_\_\_\_

PRONTUÁRIO/CNS: \_\_\_\_\_

PACIENTE: \_\_\_\_\_

MOTIVO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

(esta ficha é entregue ao médico que irá fazer o atendimento)

Vemos que após essa rotina implantada, houve uma diminuição das faltas nas consultas agendadas para os médicos, pois antes, a falta de vagas nas agendas era muito grande, pois o agendamento era realizado para três meses. Foi necessária a adequação desta atividade para quinze dias, ou seja, a agenda dos profissionais médicos, odontólogos, enfermeiros e assistente social, é aberta para quinze dias apenas, sendo assim, o paciente retorna ou seu primeiro atendimento é feito em menor tempo de espera.

Trouxe também uma clareza maior à equipe e à comunidade em si sobre o que é emergência/urgência e a rotina de consultas dos programas e/ou eventuais sem a designação de urgência/emergência.

Com isso, a equipe mostrou que nem sempre o problema ou fato que traz o usuário à unidade é de ordem biológica, podendo ser resolvido com outros profissionais além do médico, mostrando a importância de se fazer o atendimento integrado da equipe.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao se trabalhar o acolhimento e a humanização do atendimento, verificamos que o usuário passa a ser o agente promotor e receptor da ação, além de tornar a equipe mais coesa e fortificada quanto à resolução dos problemas a ela apresentado.

O acolhimento é função de todos em qualquer serviço, seja ele privado ou público, porém, é na área pública que ele é mais lembrado e requisitado; ao se acolher alguém, estamos humanizando este atendimento, pois o acolher é um ato de carinho, alegria e acima de tudo um ato de amor pelo que faz.

Na área de saúde este acolhimento é o que dá o diferencial no atendimento do paciente usuário deste serviço, ao se sentir acolhido como pessoa, o paciente realizará seu tratamento melhor e com mais assiduidade nas consultas.

Temos ainda muito a melhorar e a cada dia surgem mais ideias para implementação desta rotina.

## **6. REFERENCIAS**

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.
2. Coletânea de Leis e Resoluções – revista, ampliada e atualizada. Campo Grande – MS. 4ª edição. Outubro 2009. CRESS 21ª Região – MS.
3. Simões C. Curso de direito do serviço social. São Paulo. 2007; (3).
4. SESAU - Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/MS. Relatório de indicadores da Unidade de Saúde Dr. Emilio Garbeloti Neto; 2013.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 256 p.