

ESTRUTURA DO PORTFÓLIO

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - UNA-SUS/UFCSPA

No Curso de Especialização em Saúde da Família da UNA-SUS/UFCSPA, o trabalho de conclusão de curso (TCC) corresponde ao portfólio construído durante o desenvolvimento do Eixo Temático II - Núcleo Profissional. Neste eixo são desenvolvidas tarefas orientadas, vinculando os conteúdos com a realidade profissional. O portfólio é uma metodologia de ensino que reúne os trabalhos desenvolvidos pelo estudante durante um período de sua vida acadêmica, refletindo o acompanhamento da construção do seu conhecimento durante o processo de aprendizagem ensino e não apenas ao final deste. O TCC corresponde, portanto, ao relato das intervenções realizadas na Unidade de Saúde da Família contendo as reflexões do aluno a respeito das práticas adotadas.

A construção deste trabalho tem por objetivos:

I - oportunizar ao aluno a elaboração de um texto cujos temas sejam de conteúdo pertinente ao curso, com desenvolvimento lógico, domínio conceitual, grau de profundidade compatível com o nível de pós-graduação com respectivo referencial bibliográfico atualizado.

II – propiciar o estímulo à ressignificação e qualificação de suas práticas em Unidades de Atenção Primária em Saúde, a partir da problematização de ações cotidianas.

O portfólio é organizado em quatro capítulos e um anexo, sendo constituído por: uma parte introdutória, onde são apresentadas características do local de atuação para contextualizar as atividades que serão apresentadas ao longo do trabalho; uma atividade de estudo de caso clínico, onde deve ser desenvolvido um estudo dirigido de usuários atendidos com patologias e situações semelhantes aos apresentados no curso, demonstrando ampliação do conhecimento clínico; uma atividade de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças; uma reflexão conclusiva e o Projeto de Intervenção, onde o aluno é provocado a identificar um problema complexo existente no seu território e propor uma intervenção com plano de ação para esta demanda.

O acompanhamento e orientação deste trabalho são realizados pelo Tutor do Núcleo Profissional e apresentado para uma banca avaliadora no último encontro presencial do curso.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Gabriela Boufleur

ACOLHIMENTO E HUMANIZAÇÃO

SANTA ROSA-RS

2017

Gabriela Boufleur

ACOLHIMENTO E HUMANIZAÇÃO

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família. Orientadores: Dr. Alexandre Teixeira Trino e Dra Aline Picoli Benvenuti.

SANTA ROSA-RS

2017

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO	7
3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS	10
4 VISITA DOMICILIAR	13
5 REFLEXÃO CONCLUSIVA.....	15
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	17
ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO	20

1 INTRODUÇÃO

Meu nome é Gabriela Bouffleur, tenho 29 anos e sou natural de Santa Rosa, região noroeste do Rio Grande do Sul (RS), que possui 72.504 habitantes, de acordo com dados com o senso do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2016. Formei-me em julho de 2015 na Universidade Federal de Pelotas - UFPel. Após terminar a faculdade, voltei para minha cidade de origem, onde comecei a realizar alguns plantões, porém, mantendo a minha rotina de estudos. No início do ano de 2016, me inscrevi para participar do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB). Fui selecionada no mesmo município onde moro e ainda realizo alguns plantões nos finais de semana.

Trabalho na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Auxiliadora. Antigamente a área que hoje abrange a unidade era um lixão. As pessoas invadiram o local e começaram a construir suas casas. Portanto, a população que reside neste local é de alta vulnerabilidade social e a maioria das famílias é composta por muitos membros.

Como nossa unidade abrange cerca de 5.000 usuários (maioria da zona urbana), a equipe da unidade é numerosa, sendo composta por: 1 enfermeira, 2 médicas, 2 residentes em enfermagem, 1 coordenadora do posto (técnica de enfermagem), 3 técnicos de enfermagem, 1 dentista, 1 auxiliar de dentista, 1 residente de dentista, 6 agentes de saúde e 1 auxiliar administrativa. Em alguns dias programados, tem fonoaudióloga, psicóloga, assistente social, nutricionista, farmacêutica e pediatra. A demanda é grande diariamente. Na nossa unidade, é realizado acolhimento de segunda à sexta. São atendidos cerca de quatro pacientes agendados no período da manhã e o restante é para o acolhimento. À tarde, todos os pacientes são agendados. Além disso, a população tem, na sua maioria, baixo nível de escolaridade, este fator contribui para a não adesão aos tratamentos, fazendo com que estes usuários sejam atendidos por vários profissionais da equipe.

Uma das grandes vantagens, é que ao lado da unidade, há uma escola municipal de educação infantil (EMEI), ficando fácil o acesso a este público, pois quando estão com a puericultura e/ou vacinação atrasada, realizamos uma

busca ativa na escola. Dentro do território, também há uma escola estadual para os alunos do ensino fundamental e médio.

Para mulheres em tratamento para depressão, temos a oficina terapêutica, onde são realizados encontros semanais, com trocas de experiências e atividades de artesanato- estas atividades são muito proveitosas e ajudam muito as usuárias, principalmente, pois no grupo eles conseguem conversar e dividir os problemas. Neste ano de 2016, também realizamos o grupo de gestantes, de tabagismo e de hipertensos e diabéticos.

Dentre as áreas da saúde, a que tem maior demanda, com certeza, é a área médica, realizando cerca de 350 atendimentos no mês. Com relação à equipe de saúde bucal, são realizados cerca de 240 atendimentos/mês e para enfermagem, cerca de 150 atendimentos. Os maiores problemas de saúde atendidos na minha área são diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica. De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Cardiologia de 2016, no Brasil temos 36 milhões de hipertensos, representando 32,5% da população. Além disso, atinge 68% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente com 50% das mortes por doenças cardiovasculares. Devido a isso, a hipertensão se tornou um dos mais graves problemas de saúde pública em todo o mundo. Este contexto também se enquadra na nossa unidade. Com relação a DM, esta acomete cerca de 18 a 20% dos adultos com mais de 65 anos e estima-se que 285 milhões de pessoas no mundo - entre 20 e 79 anos - tenham diabetes atualmente. Para obter um êxito no tratamento para diabetes e hipertensão, realizo acompanhamento da PA e do HGT para este público. Além disso, em meus atendimentos, sempre ressalto as medidas não farmacológicas, como cuidados com a alimentação (conforme o Caderno de Atenção Básica) e a importância de realizar atividade física, conseguindo obter um bom resultado, na maioria dos casos.

Escolhi o tema relacionado ao acolhimento para apresentar o Projeto de Intervenção, pois muitos usuários e também os próprios membros da saúde têm a ideia de que o acolhimento deve ser apenas realizado pelo médico. O que é uma ideia totalmente equivocada, pois vários usuários procuram a unidade simplesmente para compartilhar algum problema particular, o que pode ser realizado por qualquer profissional da equipe. Após esta escuta, o caso pode ser compartilhado com a equipe, para que sejam tomadas as devidas condutas.

Deve-se lembrar também, a importância de realizar uma conscientização junto à população que procura o ESF, de que o profissional que ali se encontra pode realizar acolhimento.

2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Como na minha unidade, ESF Auxiliadora, as patologias mais preponderantes são hipertensão e diabetes mellitus, relatarei o caso de Dona Ivony de 54 anos.

Esta paciente não possui filhos, pois nunca desejou. Era viúva, pois seu antigo marido foi atropelado há cerca de 10 anos. Ficou sozinha por cerca de cinco anos. Após, conheceu seu Marcolino, 62 anos, que também era viúvo, possui um filho de 32 anos, solteiro. Dona Ivony e seu Marcolino foram morar na casa dela, ambos aposentados. O filho de seu Marcolino, Lucas, ficou morando na casa do pai, com uma namorada.

A paciente tem diabetes, hipertensão, depressão e obesidade. Além disso, o casal é analfabeto e mora no interior, sem vizinhos por perto para auxiliá-los com as medicações. Sempre quando a paciente vai à consulta, não sabe dizer o que está tomando de medicação e o marido também não consegue ajudá-la. O filho de seu Marcolino não consegue ajudar, pois é dependente químico e etilista, fazendo acompanhamento no CAPS-AD.

Em todas as consultas, o marido acompanha a paciente. Dizem controlar a alimentação, porém, conforme relatos da agente de saúde que visita a área, isso não acontece. A paciente come muitos doces e o casal não pratica atividades físicas. A pressão arterial está sempre descontrolada e o hemoglicoteste alto, muitas vezes sendo necessário encaminhar a paciente para a Unidade de Pronto Atendimento - UPA - para fazer insulina regular; na ESF temos apenas a insulina NPH.

A paciente sempre está desanimada na consulta, triste e descontente com a vida e os problemas de saúde. Ela já está em uso de antidepressivos há um bom tempo. Encaminhei-a para psicóloga e psiquiatra onde iniciou acompanhamento rigoroso, com melhora parcial até agora. Também foram otimizadas as medicações para a depressão.

Na nossa ESF, conto também com o apoio de nutricionista e educadora física, onde a Dona Ivony também faz acompanhamento, porém, com pouca adesão as atividades propostas por essas profissionais.

Nas consultas, no exame físico da paciente, a pressão arterial geralmente está 200/100 e o HGT: 400. As ausculta cardíacas e pulmonares estão normais

e não há edema em membros inferiores. O peso é 103 kg. ECG: alterações de repolarização ventricular.

Na última consulta que tivemos no dia 06/01/2017, ela trouxe-me os resultados da mamografia e do citopatológico do colo do útero, ambos normais. A paciente não teve AVC ou IAM prévios, porém já foi iniciado ácido acetilsalicílico 100mg/dia e sinvastatina 40mg/dia pelo alto risco cardíaco. A paciente faz uso de metformina 850mg 3cp/dia, insulina NPH 40 UI 2x/dia, insulina regular 10/5/10, enalapril 10mg 2cp 12/12 horas, hidroclorotiazida 25mg 1cp/dia, anlodipino 5mg 1cp 12/12 horas, atenolol 50mg/dia, fluoxetina 20mg 2cp/manhã e amitriptilina 75mg/dia. Ajusto a insulina conforme os controles de HGT e as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Percebo a paciente mais animada, com planos de emagrecer, pois eles vão viajar para praia cerca de 30 dias e estão felizes que vão sair da rotina. A paciente emagreceu 3 kg e a pressão arterial já estava melhor. Explico para a paciente, que de acordo com as Diretrizes Brasileiras de Cardiologia, provavelmente a PA melhorou, pois ela está emagrecendo, visto que o excesso de peso é um dos fatores de risco para hipertensão arterial. Também, parablenizo a paciente e a estimulo.

Além disso, novamente oriento sobre os riscos e malefícios de uma pressão e de uma hemoglobina glicosilada alta e informo que no próximo mês precisaremos repetir os exames. Com ajuda da farmacêutica e os desenhos nas caixas dos remédios, a paciente agora está com boa adesão medicamentosa e não se esquece de tomar a medicação nos horários prescritos, com melhora clínica visível. Também, no mês de março, iniciaremos o grupo de diabéticos e hipertensos, com orientações gerais e troca de experiências, onde a paciente já colocou seu nome na lista demonstrando interesse em participar. Esse grupo também possui o objetivo de orientar os pacientes para ter um cuidado com a alimentação e atividade física, pois de acordo com os conhecimentos sobre hipertensão e com o artigo "o autocuidado em indivíduos com hipertensão arterial", em muitos casos o paciente é assintomático, logo, eles não dão a devida importância para a pressão arterial.

Estamos em acompanhamento regular, realizando consultas a cada 15 dias e, baseada nos protocolos do Telessaúde sobre necessidade de encaminhamento, vejo que a paciente não se encaixa para ser encaminhada ao

endocrinologista ou cardiologista, mantendo então as consultas de rotina na nossa ESF. Aguardaremos os novos exames e as próximas consultas.

3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Nesta atividade, irei relatar sobre as medidas de prevenção, educação e promoção da saúde em saúde mental, visto que na minha unidade, ESF Auxiliadora, há muitos casos de depressão, principalmente.

Saúde mental significa a inexistência da capacidade de equilibrar sentimentos, desejos, ambições e ideias no dia a dia do indivíduo.

Os casos de saúde mental são os que mais exigem esforço de toda a equipe multidisciplinar, pois a queixa do paciente geralmente não é clara e está mascarada por sintomas somáticos. Somente com uma boa relação médico-paciente, uma boa escuta e atenção ao que o paciente nos fala, é possível entender e ajudar. Em muitos casos, o paciente pode inclusive ser agressivo, gerando rechaço por parte dos membros da equipe. Contudo, temos que entender que o paciente também está sofrendo, necessitando da nossa ajuda.

Com relação às medidas de prevenção, é definido principalmente como proteção contra os riscos e ameaças ao meio ambiente. Prevenção primária consiste na eliminação dos fatores que causam a doença ou contribuem para seu desenvolvimento; sobre a prevenção secundária, visa à identificação precoce de doenças e o estabelecimento do tratamento adequado que evita a cronicidade e o aparecimento da deficiência.

Para uma abordagem adequada dos pacientes com problemas na saúde mental são necessárias algumas atitudes, tais como:

- Proporcionar tratamento na atenção primária: acesso mais rápido e mais fácil dos usuários. Neste nível é preciso ver o paciente na sua integralidade, escutá-lo e reservar mais tempo para a consulta (se necessário).
- Disponibilizar medicamentos psicotrópicos: devem ser fornecidos e disponibilizados os medicamentos essenciais para o tratamento da patologia.
- Proporcionar abordagem comunitária: a atenção baseada na comunidade tem melhor efeito sobre o resultado e a qualidade de vida das pessoas em comparação com o tratamento institucional. Um dos exemplos que tenho na minha unidade é a oficina terapêutica, onde existe troca de experiências e conversas entre as pacientes com depressão. Isso ajuda muito e é importante para a melhora do quadro do paciente após começar a frequentar a oficina.

- Promover educação em saúde: realizar campanhas sobre a educação em saúde mental, a fim de diminuir os empecilhos ao tratamento, importante também para diminuir a discriminação sobre esse assunto, que ainda é muito comum.
- Estimular a intersetorialidade: formar vínculo com outros setores, inclusive com setores não governamentais para a melhora da saúde mental nas comunidades.
- Fomentar a pesquisa: dar mais apoio à pesquisa, com o objetivo de melhorar a compreensão dos transtornos mentais e desenvolver intervenções mais efetivas.
- Utilizar sistema de referência: encaminhamento ao CAPS quando houver necessidade de o paciente também ser acompanhado em outro nível de referência, como em casos graves com risco de suicídio.

Com isso, pode-se perceber que a efetiva abordagem dos problemas da saúde mental pela equipe da atenção básica inclui uma escuta qualificada e intervenções referentes neste nível de atenção. É necessário potencializar a capacidade das equipes para sair da atuação queixa-doença e ver o paciente de forma integral.

Além disso, realizar palestras para instruir todos os membros da atenção primária é de grande valia, a fim de que todos saibam realizar a melhor abordagem para o paciente. Claro que o conhecimento de todo o contexto sociocultural e familiar do paciente, também é de suma importância. Visitas domiciliares ajudam bastante para o devido conhecimento da família e da realidade do paciente. Agindo dessa forma, conseguiremos realizar um atendimento mais acolhedor, humanizado e integral aos pacientes com transtornos mentais.

Com essa atividade, pude entender ainda melhor sobre como abordar um paciente com saúde mental. Nas consultas, escuto ainda mais o paciente, indago sobre a família, filhos e cônjuge. Oriento sobre atividades de mudança do estilo de vida, como caminhadas, alongamentos e cursos de costura para o paciente conseguir se ocupar. Percebi que é de suma importância, proporcionar ao usuário um momento para refletir, exercer boa comunicação, exercitar a habilidade da empatia, lembrar-se de escutar o que o usuário tem a dizer, acolher o usuário e suas queixas emocionais como legítimas, oferecer suporte na medida

certa e reconhecer os modelos de entendimento do usuário. Acrescentando-se a isso, na minha unidade, conto com psicóloga em dois turnos na semana, logo, quando necessário, encaminho os pacientes para uma avaliação.

4 VISITA DOMICILIAR

Na minha unidade, ESF Auxiliadora, localizada no município de Santa Rosa-RS, as visitas domiciliares são agendadas, na maioria das vezes, para atendimento dos pacientes que não conseguem ir até a unidade. As consultas são agendadas pelos familiares que vão até a unidade e solicitam o atendimento, ou mesmo pelos profissionais de saúde que veem a necessidade de tal consulta.

Neste ano em que trabalhei na Estratégia da Saúde e da Família, percebi o quão importante é a visita domiciliar, sendo um meio facilitador de aproximação das necessidades da população e uma prática rotineira e importante, sendo um instrumento de humanização de atenção à saúde. Nela, são realizadas práticas focalizadas na doença/modelo curativista, na maioria das vezes. A visita domiciliar, quando realizada de forma efetiva, pode facilitar a compreensão e o cuidado às famílias atendidas ao propiciar o conhecimento de seus modelos de vida, cultura e padrões de comportamento, permitindo incorporar tecnologias leves no cuidado, como a humanização.

Realizo visitas domiciliares semanalmente (nas quintas-feiras), com o objetivo de conseguir atender a grande maioria dos pedidos de consulta. Com frequência, a técnica de enfermagem me acompanha; a enfermeira fica na unidade para realizar atendimentos ou orientações, já que neste dia eu estou em atendimento no domicílio. Conversamos com paciente e família e solicitamos que mostrem as medicações que o paciente faz uso em casa, verificamos como estão sendo utilizados os medicamentos, aferimos os sinais vitais, realizo o exame físico e escutamos as queixas e necessidades. Se for idoso, oriento sobre os riscos de queda e fratura, pois os cuidados para tal são muito importantes. Se perceber a necessidade de realizar fisioterapia, já entramos em contato com a fisioterapeuta. Também, quando comecei os atendimentos domiciliares, notei que um grande número de pacientes acamados estava com exames atrasados, principalmente aqueles que eram diabéticos e/ ou hipertensos. Consegui regularizar praticamente todos, com devido ajuste da dose das medicações.

Os nossos objetivos em cada atendimento são orientar a família para todos os cuidados necessários para o paciente, ver a necessidade de medicações, fisioterapia e realizar o exame físico completo. Consegui suspender vários tipos de medicações, que os pacientes usavam sem necessidade.

Quando era um paciente analfabeto ou que sempre ficava muito confuso com as medicações, eram realizados (por mim ou pela farmacêutica) desenhos nas caixas dos remédios, para melhor entendimento.

Conforme fui realizando as visitas e vendo a melhora importante dos pacientes, cada vez me incentivava mais. A maioria dos pacientes seguia rigorosamente aquilo que era conversado nas consultas. Quando, por exemplo, a pressão arterial e/ou o HGT estavam descontrolados, além de ajuste das medicações, era realizado o controle da PA e do HGT, com visitas frequentes da técnica de enfermagem para aferição de ambos e orientação novamente sobre dieta hipossódica e específica para DM.

Percebo, com isso, que a visita domiciliar é um espaço de comunicação entre o paciente e o médico, no qual a habilidade de comunicação é imprescindível para a construção de relação favorável entre ambos e evitar que a perda da confiança outrora existente seja motivo da criação de construção de outros dilemas. Contudo, a abordagem familiar não é fácil, pois existem diversos tipos de famílias, além daquelas ditas tradicionais, temos família nuclear, famílias extensas, famílias adotivas temporárias, casais homossexuais, entre outras.

Outro tópico de igual importância é sobre o planejamento das visitas no domicílio. Elas devem ser programadas devendo a seleção do indivíduo ou da família ser pautada nos critérios definidores de prioridade, por conta das especificidades individuais ou familiares. Por exemplo, entre os adultos são priorizadas as seguintes situações: ausências no atendimento programado; problema de saúde agudo que necessite de internação domiciliar; dos portadores de doenças transmissíveis de notificação obrigatória; dos hipertensos, diabéticos, portadores de tuberculose e hanseníase que não estão aderindo ao tratamento.

Em resumo, podem-se definir as visitas domiciliares como uma ferramenta fundamental na atenção primária à saúde promovida pelo PSF. Principalmente por proporcionar atendimento àqueles que apresentam maior dificuldade de acesso ao serviço de saúde pública, sendo, portanto, a fatia menos privilegiada nos programas assistenciais até então implantados.

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

Formei-me na Universidade Federal de Pelotas- UFPEL, no ano de 2015. Após me formar, comecei a realizar alguns plantões. Antes do Provac, nunca tinha trabalhado em Unidades Básicas de Saúde. Em um primeiro momento, tive várias dúvidas de como abordar determinada patologia e determinado paciente. Tive uma ajuda importantíssima do telessaúde, onde eu realizava ligações telefônicas para discussão de casos clínicos.

Com o tempo, fui conhecendo melhor cada paciente e a melhor abordagem para tratá-lo. Não tive problemas em me adaptar na unidade, visto que os demais profissionais de saúde foram muito acolhedores e me ajudaram muito. As técnicas de enfermagem trabalham na unidade há cerca de 20 anos, logo, conheciam praticamente todos os pacientes e suas famílias, sendo isso muito vantajoso.

Lendo o caderno de atenção básica e artigos sobre a estratégia da saúde e da família, fui me aperfeiçoando melhor sobre as devidas abordagens. Além disso, aprendi com os grupos de tabagismo e dos hipertensos, onde realizávamos orientações e conversas sobre o assunto.

Com o curso de especialização e os casos complexos, aprendi ainda mais sobre inúmeros assuntos. Muitas vezes, mudei a forma de como conversar com o paciente e a minha conduta, onde obtive êxito. O bate papo com os colegas, nos fóruns, pelo menos para mim, foi muito produtivo. Além de ver o quanto sou privilegiada por ter uma unidade bem completa (claro que ainda tem muita coisa para melhorar, porém, em comparação com os colegas, minha unidade conta com inúmeros recursos e profissionais de saúde) segui algumas ideias dos colegas, para deixar a unidade ainda “melhor”. Conversei sobre vários temas dos casos complexos nas salas de espera e tirei várias dúvidas dos pacientes.

Ainda, a mudança de ficar toda madrugada na fila para conseguir uma consulta pelo acolhimento, foi um grande avanço. Toda a população ficou extremamente contente. Todos os usuários que quisessem consultar deveriam estar na unidade até as 7h30 para pegar a ficha do acolhimento. O acolhimento passou a ser mais bem aceito pelos pacientes, que foram aprendendo a se abrir para os demais profissionais permitindo o atendimento integral. Todos os pacientes eram ouvidos.

Como achei isso uma grande evolução, nada melhor do que pegar esse tema para realizar meu projeto de intervenção no web portfólio e aprender mais sobre o assunto.

Os profissionais da unidade foram orientados em conversas sobre acolhimento e humanização e dia a dia foram ocorrendo mudanças no atendimento e os pacientes foram se habituando com o acolhimento realizado pelos profissionais de enfermagem e tudo que pôde ser feito para acolher de forma integral e humanizada os pacientes, foi realizado.

Gostaria de dizer que me sinto privilegiada por poder ter participado deste programa. Com certeza saí uma médica muito melhor do que entrei. Os pacientes me ensinaram muito também. Vi que ser uma médica da saúde da família é uma tarefa que exige muito conhecimento de todas as especialidades, pois tratamos o paciente como um todo. Apenas encaminhei para especialista quando realmente foi necessário. Além disso, participei de grupos de terapia para mulheres com depressão, melhorando cada vez minha abordagem sobre o tema.

Tenho a dizer “um muito obrigada” a todos que me ajudaram nesta trajetória!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção básica: Estratégias para o cuidado da pessoa com doenças crônicas**. Brasília, 2014.

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016). Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/sbdonline/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2016, 19:30:00.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 12 jul. 2016, 21:42:00.

MALACHIAS MVB, et al. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**. Arquivos brasileiros de cardiologia, 2016.

Caderno de Atenção Básica nº 35: **Estratégias para o cuidado da pessoa com doenças crônicas (2014)**. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_35.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2016, 11:09:00.

Telessaúde. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/endocrino_resumo_obesidade_TSRS_20160324.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2016, 09:12:00.

O autocuidado em indivíduos com hipertensão arterial. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n1/pdf/v10n1a18.pdf>. Acesso em: 29 jul. 20, 16:30:30.

Reorganização dos sistemas de saúde. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade02/unidade02.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2016, 20:11:00.

Relatório sobre a Saúde no mundo 2001. Disponível em: <<http://www.abebe.org.br/wp-content/uploads/oms2001.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2016, 21:18:00.

Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2016, 19:44:00.

Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a32.pdf>>. Acesso em: 08 dez. 2016, 21:34:00.

Caderno de Atenção Básica nº 28. Disponível em: <http://ead.unasus.ufcspa.edu.br/pluginfile.php/16298/mod_scorm/content/1/story_content/external_files/caderno_28.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2016, 20:05:00.

Caderno de Atenção Básica nº 34. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2016, 21:43:00.

A Visita Domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/12.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2016, 20:03:00.

Plano de Ação para a Realização de Visitas Domiciliares Assistidas pelo Médico em Rio Manso - MG. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4670.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2016, 19:12:00.

Kaslow, F. W. **Families and Family Psychology at the Millenium.** American Psychologist, v 56, n 1, pp. 37-46, 2001.

SCHRAIBER, L.B. **O medico e suas intenções: a crise dos vínculos de confiança.** São Paulo: Hucitec, 2008.

A Visita Domiciliar no Âmbito da Atenção Primária em Saúde. Disponível em: <http://www.uff.br/tcs2/images/stories/Arquivos/textos_gerais/A_VISITA_DOMILIAR_NO_MBITO_DA_ATENO_PRIMRIA_EM_SADE.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2016, 21:04:00.

ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

PROJETO DE INTERVENÇÃO

**O ACOLHIMENTO E A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO NA ESTRATÉGIA DA
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Gabriela Boufleur

Santa Rosa, outubro de 2016.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 PROBLEMA	6
3 JUSTIFICATIVA.....	7
4 OBJETIVOS	8
4.1 Objetivo Geral.....	8
4.2 Objetivos Específicos	8
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	9
6 MATERIAIS E MÉTODOS.....	13
7 CRONOGRAMA DO PROJETO	15
8 RESULTADOS ESPERADOS.....	16
REFERÊNCIAS	19

1 INTRODUÇÃO

A humanização da assistência em saúde visa à melhoria da qualidade de atendimento ao usuário, assim como melhores condições de trabalho para os profissionais da saúde.

Devido aos avanços tecnológicos e ao processo de mecanização em saúde, os profissionais de enfermagem acabam se afastando do atendimento humanizado no qual se destaca a importância dos mesmos em conciliar e harmonizar as diversas funções.

É fundamental que o profissional de enfermagem atue com espírito alegre e flexível, conseguindo estabelecer um relacionamento otimista e ponderado, obtendo a capacidade de interagir com o paciente e com a equipe profissional, tornando assim o serviço mais humanizado.

Segundo o Manual de Humanização do Ministério da Saúde, publicado em 2005, humanizar é, em resumo, garantir dignidade ética. Ou seja, para que o sofrimento humano, as percepções de dor ou de prazer sejam humanizadas, é preciso que as palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro. Sem isso, nos desumanizamos reciprocamente. Em resumo: sem comunicação não há humanização. A humanização depende de nossa capacidade de falar e de ouvir, depende do diálogo com nosso semelhante.

ESF humanizado é aquele que em sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa valoriza e respeita a pessoa, colocando-se a serviço da mesma, garantindo-lhe um atendimento de elevada qualidade (MEZOMO, 2001, p.276).

A humanização dos serviços não é problema de alguns setores ou pessoas do hospital ou unidade de saúde, mas de todos. Quando todos na organização estiverem comprometidos com um serviço humanizado, tornarão isso não apenas uma meta, mas uma jornada sem fim, com orgulho de seus serviços prestados demonstrando esforço de melhorá-lo continuamente (MEZOMO, 2001).

Hoje é nítida a percepção de muitas instituições quanto à necessidade de incorporar diretrizes e projetos de humanização para funcionários e pacientes, principalmente no ambiente hospitalar.

Desta forma, entende-se ser relevante ampliar o estudo sobre este tema, devido à deficiência do acolhimento e humanização nos ESF. O interesse em pesquisar sobre o tema surgiu devido à dificuldade encontrada pelos profissionais que atuam na ESF Auxiliadora de Santa Rosa - RS em realizar um cuidado humanizado e a não aceitação dos pacientes em ser realizado o acolhimento pela equipe de enfermagem nesta unidade.

Busca-se através deste estudo identificar o motivo pelo qual os pacientes que procuram atendimento nos ESF não aceitam o acolhimento de todo e qualquer profissional que ali se encontra, pois os mesmos estão aptos para atendê-los, ajudá-los e assim direcioná-los aos devidos profissionais.

No ESF, a atenção à saúde visa à reorganização e descentralização das práticas assistenciais, passando a envolver as famílias e comunidade, possibilitando a compreensão do processo saúde e doença e das necessidades de intervenção.

2 PROBLEMA

Para ser um profissional da saúde é necessária muita disciplina, estudo e, além disso, saber trabalhar em equipe. A saúde teve grandes avanços nestes últimos anos, mas ainda deixa muito a desejar. Para melhorar, é preciso contar com profissionais que compreendam o processo saúde-doença e acima de tudo, que sejam profissionais prontos para o exercício do cuidado. Para tanto, na realização deste estudo faz-se a seguinte indagação: Como está o acolhimento e a humanização na ESF Auxiliadora de Santa Rosa – RS?

3 JUSTIFICATIVA

A responsabilidade pela saúde dos seres humanos faz do profissional da atenção básica um sujeito que compreende a humanização, que propõe valores, autonomia e acima de tudo solidariedade.

A Política Nacional de Humanização propõe que o Acolhimento esteja presente em todos os momentos do processo de atenção e de gestão e que atinja todos aqueles que participam na produção da saúde, voltando seu olhar atencioso para os usuários e para os trabalhadores da ESF. O Acolhimento não é um espaço ou um local específico, não necessita hora ou um profissional determinado para fazê-lo. É uma ação que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social. Implica o compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades e angústias.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Analisar o motivo pelo qual os pacientes que buscam atendimento nos ESF não aceitam o acolhimento de todo e qualquer profissional que ali se encontra.

4.2 Objetivos Específicos

- Estudar o acolhimento e a humanização nos atendimentos dos ESF;
- Identificar as possíveis contribuições dos profissionais do ESF Auxiliadora junto aos pacientes;
- Mostrar o trabalho dos profissionais e as intervenções realizadas nos pacientes;
- Realizar uma conscientização junto à população que procura o ESF, de que o profissional que ali se encontra pode realizar acolhimento.

5 REVISÃO DE LITERATURA

A humanização da assistência em saúde visa à melhoria da qualidade de atendimento ao usuário, assim como melhores condições de trabalho para os profissionais de enfermagem e dos médicos. (MEZOMO, 2001).

Devido aos avanços tecnológicos e ao processo de mecanização em saúde, os enfermeiros acabam afastando-se do atendimento humanizado. No qual se destaca a importância do enfermeiro conciliar e harmonizar as diversas funções. (MEZOMO, 2001).

Para Waldow (2007, p.62):

“o cuidado humanístico não é rejeição aos aspectos técnicos, tão pouco aos aspectos científicos, o que se pretende ao revelar o cuidado é enfatizar a característica do processo interativo e de fruição de energia criativa, emocional e intuitiva, que compõe o lado artístico além do aspecto moral.”

Conforme Marx (1998) é fundamental que o profissional de enfermagem atue com espírito alegre e flexível, conseguindo estabelecer um relacionamento otimista e ponderado, obtendo a capacidade de interagir com o paciente e com a equipe profissional, tornando assim um serviço mais humanizado.

As pessoas hoje têm um novo perfil: são mais exigentes, mais críticas, sabem analisar a relação custo-benefício dos serviços que utilizam, buscam justiça, seus direitos fundamentais, sua dignidade e seu valor. (WALDOW, 2007)

Segundo o Manual de Humanização do Ministério da Saúde, publicado em 2005:

Humanizar é garantir a palavra a sua dignidade ética. Ou seja, para que o sofrimento humano, as percepções de dor ou de prazer sejam humanizadas, é preciso que as palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro. É preciso, ainda que façamos as descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro. Sem isso, nos desumanizamos reciprocamente. Em resumo: sem comunicação não há humanização. A humanização depende de nossa capacidade de falar e de ouvir, depende do diálogo com nosso semelhante. (BRASIL, 2005, p.08).

A prestação de serviços de saúde é uma atividade complexa afetada por uma série de fatores internos e ambientais e estes podem comprometer a qualidade do serviço- que deve oferecer alguns requisitos básicos como o acolhimento. (WALDOW, 2007).

“O posto de saúde humanizado é aquele que em sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa valoriza e respeita a pessoa, colocando-se a serviço da mesma, garantindo-lhe um atendimento de elevada qualidade” (MEZOMO, 2001, p.276).

A humanização dos serviços não é problema de alguns setores ou pessoas do hospital e/ou dos postos de saúde, mas de todos. Somente quando todos na organização estiverem comprometidos com essa qualidade, é que não se tornará um sacrifício prestar um serviço humanizado. Logo, isso não será apenas uma meta, mas uma jornada contínua, todos com orgulho de seus serviços prestados e demonstrando esforço de melhorá-lo continuamente (MEZOMO, 2001).

Pesquisas realizadas em hospitais, por exemplo, mostram que quando se trabalha com humanização, a melhora do ambiente hospitalar traz benefícios como a redução do tempo de internação, aumento do bem estar geral dos pacientes e funcionários, diminuição das faltas de trabalho entre a equipe de saúde, e, como consequência, o hospital também reduz seus gastos, trazendo benefícios para todos (MARTINS, 2001).

A humanização deve ser entendida como a valorização dos diferentes sujeitos. Está implicada no processo de produção de saúde, estabelecimento de vínculos solidários e participação coletiva no processo de gestão. A equipe multiprofissional que atende os pacientes deve possuir alto padrão de conhecimentos técnico-científicos, contudo, como muitas vezes isso não acontece, ocorre uma visão fragmentada do indivíduo durante o atendimento inicial, com a supervalorização da técnica em detrimento da questão relacional da humanização.

O Acolhimento é uma estratégia que surgiu através da Política Nacional de Humanização, que tem como finalidade atender a todos que procuram o serviço de saúde, garantindo que os usuários sejam ouvidos, acolhidos, atendidos e tenham seus problemas solucionados com maior eficácia, incluindo as situações que exigem encaminhamento (BRASIL, 2004).

Considera-se de fundamental importância que a população tenha sua participação na consolidação efetiva dessa política, principalmente quando nos referimos à área da saúde, sob a ótica de um sistema universal. Pois se entende que:

O não reconhecimento da gestão acerca do seu próprio dever e da comunidade acerca dos seus direitos, faz com que os problemas locais sejam tratados de forma generalizada, e não com enfoques específicos daquela população, acarretando em um sistema de saúde verticalizado e ineficaz. É visível a necessidade dos usuários em conhecer seu papel dentro da constituição do SUS. Incorporar a educação popular em saúde como prática democrática se faz importante na construção de políticas públicas de saúde e causa impacto na melhoria da qualidade da saúde pública. Como tal, a participação popular torna-se imprescindível e por isso deve ser ampliada e preservada (NETO, et al, 2013, p.62).

Vale ressaltar que o marco da Humanização se deu em 2001, através do Programa Nacional de Humanização do Atendimento Hospitalar (PNHAH), o qual tinha como objetivo melhorar a qualidade do atendimento hospitalar, através de ações que destacavam o avanço da assistência, evidenciando principalmente as relações entre usuários e profissionais da área da saúde. A partir disso, inicia-se um processo de evolução, onde se percebe avanços da humanização em outras instâncias do SUS, logo, o que era um programa, se converteu no ano de 2003, na **Política Nacional de Humanização**. (BRASIL, 2005).

A política nacional de humanização reconhece que há um SUS que dá certo, mas que existem desafios e problemas a serem superados. É necessário dar visibilidade ao SUS, anunciá-lo como afirmação de possíveis mudanças nas práticas de gestão e de atenção, movimentando ativamente uma saúde inclusiva e de qualidade. Pois se compreende que a necessidade de existência de tal política se faz como enfrentamento as graves lacunas existentes na saúde. (BRASIL, 2005).

No atual contexto da humanização, o acolhimento surge como uma temática que merece atenção, visto que envolve as expectativas e sentimentos vivenciados pelos usuários quando procuram um atendimento especializado. O adoecer, por si só na vida dos usuários, é um momento gerador de muitas inquietações e angústias, exigindo do mesmo, aceitação, conhecimento, estímulo e entendimento para que consiga conduzir e receber com tranquilidade os cuidados e orientações a ele dispensadas. (CAMPOS, 2005).

O cuidar, e o cuidado do ser só existem sob a égide de uma ampla compreensão da vida. É preciso saber por que cuidamos, para então estabelecer o como cuidamos. Fala ainda que cuidar é "remédio" para a vida de quem cuida

e para a vida de quem é cuidado, e é um "remédio" que nasce da nossa essência humana, é universal (SALOMÉ, MARTINS e ESPÓSITO, 2009).

O profissional de enfermagem tem como agente de trabalho o homem, e, como sujeito de ação, o próprio homem. Há uma estreita ligação entre o trabalho e o trabalhador, com a vivência direta e ininterrupta do processo de dor, morte, sofrimento, desespero, incompreensão, irritabilidade e tantos outros sentimentos e reações desencadeadas pelo processo doença (SALOMÉ, MARTINS e ESPÓSITO, 2009).

A enfermagem tem um compromisso, como papel definidor, que é o cuidar, cuidar de si, cuidar do outro, cuidar da vida, está na origem da existência é inerente ao ser humano; é um modo de ser sempre presente, essencial, é base da existência; nossas ações rotineiras, cotidianas demonstram nossa preocupação e zelo pela vida. A enfermagem também é a arte e a ciência do cuidar, do cuidar de pessoas. Para que isso seja viável, é necessário um processo de interação entre quem cuida e quem é cuidado; é necessário que haja troca de informações e de sentimentos entre essas pessoas (SALOMÉ, MARTINS e ESPÓSITO, 2009).

O ato de cuidar na enfermagem estabelece uma relação muito próxima, muitas vezes íntima, de contato físico intenso e permeado por várias sensações e sentimentos. Essa atuação diretamente sobre o corpo do outro faz com que o profissional ou aluno de enfermagem entre em contato com a intimidade do cliente. Sendo assim, a enfermagem deve superar temores que contribuirão para sua plena humanização, abastecendo-se com toda a carga dos mais nobres sentimentos, em especial, o amor e o amar, a solidariedade, a compaixão, fazendo do atendimento de enfermagem em algo especial, verdadeiro, indispensável (SALOMÉ, MARTINS e ESPÓSITO, 2009).

Os profissionais da saúde, atualmente, possuem novos e grandes desafios, em virtude da rápida transformação por que passa a sociedade, com novos problemas sociais, econômicos e políticos, exigindo do profissional novas maneiras de prestar, promover e de cuidar. Para que o profissional atenda às necessidades deste contexto, precisa reconhecer que cuidado deve ser integral, pois o homem é o todo. Sendo assim, a enfermagem precisa se conscientizar da necessidade urgente de retomar e reincorporar, com responsabilidade, o cuidado na prática assistencial, como forma de cuidar (BRASIL, 2000).

6 MATERIAIS E MÉTODOS

A metodologia utilizada no presente estudo foi baseada na revisão bibliográfica da literatura científica publicada no Brasil.

A presente pesquisa se propõe, quanto aos fins, seguir os parâmetros de uma pesquisa descritiva e metodológica, utilizando um universo pré-definido. Em relação à pesquisa descritiva, Gil (2010, p.27), “destaca que esta objetiva descrever as características de determinada população”. O tipo descritivo tem por objetivo estudar as características de um grupo, levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população.

Descritiva, pois se fará a descrição de como ocorre o acolhimento e a humanização no ESF estudado e também Identificar as possíveis contribuições dos profissionais do ESF Auxiliadora junto aos pacientes, com a intenção de atingir os objetivos propostos anteriormente.

Utiliza-se deste fundamento, na medida em que se pretende descrever o perfil do paciente que busca acolhimento na ESF Auxiliadora, bem como, identificar a opinião dos mesmos sobre o atendimento humanizado.

Tratando-se de pesquisa metodológica, Vergara (2014, p.42), descreve como o estudo que se refere a instrumentos de captação ou de manipulação da realidade. Estão associadas a caminhos, formas, maneiras, procedimentos e modelos para atingir um determinado fim. Neste caso, a pesquisa torna-se metodológica no momento em que se busca construir um modelo de ação que sirva como instrumento de pesquisa e estudo para melhorar o acolhimento humanizado nas ESF.

Quanto aos meios, este estudo enquadra-se como uma pesquisa bibliográfica, documental e de campo.

De acordo com Gil (2010, p.29), a pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído, basicamente, de obras e artigos científicos. A pesquisa bibliográfica é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como: livros, artigos científicos, páginas de *web sites*. Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, a qual permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto.

Neste caso, faz-se uso de fontes como: livros, publicações periódicas e impressos diversos para realizar a abordagem teórica, a fim de embasar o estudo.

Em se tratando de pesquisa documental, são considerados documentos não apenas os escritos utilizados para esclarecer determinada coisa, mas qualquer objeto que possa contribuir para a investigação de determinado fato ou fenômeno (GIL, 2010).

Neste estudo, faz-se uso deste tipo de pesquisa quando se propõe coletar dados e informações no local onde a pesquisa será realizada, pois esta prática possui elementos para explicar a questão problema e os objetivos desse estudo.

Esta coleta se dará através de um estudo descritivo do processo de acolhimento do ESF Auxiliadora, verificando como o mesmo acontece, ou melhor, buscar informações perante os colaboradores, através de uma entrevista aberta, onde os mesmos descreverão como funciona o dia-a-dia do posto, desde a sua abertura até o seu fechamento.

Pode-se dizer que este estudo se apresenta como abordagem qualitativa. Sendo qualitativa em praticamente todo o processo de investigação. Traduz-se pesquisa qualitativa como aquela que não se preocupa com representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social e de uma organização. A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Neste caso considera-se qualitativa porque, pretende-se mostrar o trabalho dos profissionais e as intervenções realizadas nos pacientes e ainda, realizar uma conscientização junto à população que procura o ESF, de que o profissional que ali se encontra pode realizar acolhimento.

7 CRONOGRAMA DO PROJETO

O cronograma de atividades abrange um período de seis meses e está apresentado no quadro abaixo.

Atividades	2016					
	Jul.	Ago	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Definição do Tema	X					
Definição dos objetivos	X					
Construção do resumo e introdução		X				
Envio para orientação das partes desenvolvidas		X				
Correção da orientação. Desenvolvimento do referencial teórico e metodologia e resultados esperados		X	X	X	X	
Entrega final					X	

9 RESULTADOS ESPERADOS

No campo da Saúde Pública, constatam-se inúmeros avanços nos mecanismos organizacionais do sistema de saúde que possibilitaram o acesso universal e democrático à população. Contudo, ainda são necessárias mudanças para que seja, efetivamente, uma atenção integral à saúde. Tornando-se um espaço de cidadania e de direito, sendo uma possibilidade que se abre para todos, independentemente das suas condições.

Dentre as mudanças nos ESF, considera-se necessário que haja uma abordagem socioeducativa efetiva, onde trabalhadores e usuários sintam-se sujeitos e protagonistas no processo de saúde.

Com a intenção de atingir os objetivos propostos neste estudo, buscou-se analisar o processo de acolhimento do ESF Auxiliadora. A mesma é composta por: 1 enfermeira, 2 médicas, 2 residentes em enfermagem, 1 coordenadora do posto (técnica de enfermagem), 3 técnicos de enfermagem, 1 dentista, 1 auxiliar de dentista, 1 residente de dentista, 6 agentes de saúde e 1 auxiliar administrativa. Do NASF, alguns dias na semana têm fonoaudiólogo, assistente social, nutricionista e farmacêutica.

O acolhimento no ESF Auxiliadora funciona de segunda a quinta-feira a partir das 07h30min da manhã. O paciente tem que estar na unidade nesse horário, pois são distribuídas fichas aleatórias, não importando ordem de chegada.

O acolhimento é feito por uma enfermeira e um técnico de enfermagem. Inicialmente atende-se os pacientes agendados que geralmente são quatro por dia, o restante é acolhimento do dia. A enfermeira, no acolhimento, avalia a necessidade de passar para a médica. Casos como mostrarem exames e dores crônicas ou leves, não havendo mais espaço na agenda da médica para atendimento no dia, sempre tem a possibilidade de avaliação médica ou de algum profissional da saúde, nunca deixando o paciente voltar para casa sem ser visto. Na unidade, temos a possibilidade de fazer um pronto atendimento para alívio de dores, com medicamento via endovenosa ou intramuscular, sem a necessidade de encaminhar para um pronto socorro. Após, será agendado para consulta nos próximos dias.

Mesmo não tendo vaga para a médica, muitas vezes a mesma conversa e examina os pacientes na própria sala do acolhimento, pois diariamente são

disponibilizadas 12 fichas no período da manhã e 12 no período da tarde. Nas segundas e nas quintas-feiras tem o reforço da médica residente da saúde da família. Mesmo que já foi preenchida a agenda, ninguém deixa de ser assistido por algum membro da equipe.

Acrescenta-se a isso, que pelo ESF abranger uma população de mais ou menos 5.200 mil pessoas, existe a necessidade de ter o número de profissionais já citados, uma vez que estes passam por treinamentos, reuniões e palestras mensalmente para aperfeiçoamento e melhor acolhimento dos pacientes.

Ressalta-se também que resgatar a formação humanística, tanto quanto a da capacitação em relacionamento interpessoal dos profissionais da enfermagem, é ponto básico para a área da saúde, veiculando condutas para uma assistência mais empática, de qualidade, eficiência e confiabilidade.

Assim, a busca insistente por uma assistência de qualidade só podem ser garantidos e transmitidos por pessoas capacitadas e instruídas, trabalhando em um serviço que incentivem e motivem seus profissionais a terem atitudes humanizadas.

Conclui-se, após conversas, busca de informações e dados, que após a implantação do acolhimento, ficou muito mais fácil para o paciente frequentar a unidade e controlar suas patologias. Anteriormente, eles tinham que dormir na fila para garantir atendimento, pois o número de fichas era menor que o atual e ainda existia a comercialização de vagas; pessoas passavam a noite na fila e depois vendiam suas vagas. Hoje isso não acontece mais, todos pacientes são acolhidos e ouvidos pela equipe. Se o paciente não conseguiu consulta com a médica, foi atendido por outro profissional que de alguma forma o ajudou.

Outro item a ser considerado é a informatização do acolhimento, todo e qualquer procedimento é incluído no sistema, desde o atendimento inicial até agendamentos de consultas, exames, entre outros.

Uma dificuldade encontrada no acolhimento é a demora para o agendamento de exames. A demanda se tornou maior do que o sistema comporta. Existem casos que exames têm que ser feitos com urgência e não há vagas. Logo, o paciente é orientado a procurar a Fundação Municipal da Saúde com o laudo médico, pedindo a urgência do exame.

Outro ponto a ser visto é que possui 2 turnos livres na semana, sendo nas quintas-feiras à tarde e nas sextas-feiras pela manhã. Nesses turnos, não é

realizado acolhimento. Já foi conversado várias vezes nas reuniões de equipe que todos os profissionais da área da saúde podem realizar o acolhimento e ouvir o paciente, porém, a equipe ainda permanece resistente em realizar tal prática quando não me encontro na unidade. Com isso, o sistema fica sobrecarregado nos dias seguintes.

Também, realizamos (na nossa unidade),palestras de conscientização para explicar aos usuários o que é o acolhimento e como ele funciona. Essa prática está sendo muito produtiva, pois a população está aceitando o acolhimento e vendo que todos os profissionais que lá estão, são aptos para ajudar e tirar dúvidas, deixando claro que nem sempre é necessário atendimento médico.

Subentende-se que desta forma, existem possibilidades de exercer um trabalho profissional estabelecido dentro da instituição de maneira que traga bons reflexos ao bem estar do usuário, garantindo-lhe o direito a saúde pública de qualidade, da mesma forma que garante um espaço de trabalho participativo entre a equipe multiprofissional, tendo assim um retorno mais qualificado diante da prestação de serviço realizada ao usuário.

Ao usuário, pressupõe-se que a partir de um primeiro contato acolhedor a adesão de um tratamento pode ocorrer de maneira mais efetiva, pois muitas vezes o usuário encontra-se fragilizado frente às suas patologias físicas, psíquicas e motoras, advindas de seu quadro de saúde. Logo, se ele sentir-se bem acolhido, há grandes chances de apresentar melhores resultados frente ao quadro clínico do usuário.

Deste modo, idealiza-se um conceito ampliado de humanização enquanto estratégia, que oferece potencial de incluir outras formas de relações e interação entre os que constituem o sistema de saúde. Considera-se a importância da política de humanização, mas compreende-se que necessariamente a política deve acontecer internamente, onde os trabalhadores possam se auto-humanizar, e assim oferecer acolhimento a população usuária.

Com isso, pode-se dizer que os objetivos deste estudo foram alcançados, pois se descreveu o processo de acolhimento do ESF Auxiliadora, visto que o mesmo está melhorando a cada dia, com a colaboração de vários profissionais que buscam o melhor para seus usuários. Porém, ainda há a possibilidade de

aprimoramento no que se refere ao acolhimento, humanização e atendimento aos usuários do sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da saúde. **Cartilha da Política Nacional de Humanização: Acolhimento com classificação de risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de qualificação da atenção à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. São Paulo: MS, 200. 2v.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Humanização**. 2005.

CAMPOS, GWS. **Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida?** Interface Botucatu, 2005.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARTINS, M. C. F. **Humanização das relações assistenciais de saúde: a formação do profissional de saúde**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MEZOMO, João Catarin. **Gestão da qualidade na saúde princípios básicos**. São Paulo: J.C. Mezomo, 2001.

NETO, et al. **VER-SUS: Um relato de experiência sobre uma vivência-estágio na realidade do sistema único de saúde**. Recife, 2013.

PINHEIRO, José Maurício dos Santos. **Da iniciação Científica ao TCC: Uma abordagem para os Cursos de Tecnologia**. 1ed. Rio de Janeiro: Ciência Moderna Ltda. 2010.

SALOMÉ, Geraldo Magela; MARTINS, Maria de Fátima Moraes Salles; ESPOSITO, Vitória Helena Cunha. **Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em unidade de emergência**. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 62, n. 6, Dec. 2009. Disponível

em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672009000600009&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 out. 2016, 22:40:00.

VERGARA, Sylvia C. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**. 15.ed.São Paulo: Atlas, 2014.

WALDOW, V.R. **Cuidar**: expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis: Vozes, 2007.