

# ACOLHIMENTO HUMANIZADO AOS PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO NO INTERIOR DE MINAS GERAIS

Anna Carla Santos Costa<sup>1</sup>

Evelin Regina Fonseca de Souza Pedras<sup>2</sup>

## RESUMO

**Contextualização do tema:** As Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) são de longa duração e multifatoriais. A adesão ao tratamento dos portadores de DCNT pode sofrer influência do acolhimento humanizado realizado pelos profissionais de saúde. **Objetivo:** Mensurar a satisfação do usuário portador de DCNT, quanto ao acolhimento humanizado prestado nas Unidade Básica de Saúde (UBS) no município do interior de Minas Gerais. **Métodos:** Pesquisa *survey*, classificada como estudo de caso, descritivo, com abordagem quantitativa. Foi realizada através de questionário estruturado, com 35 portadores de DCNT em uma UBS nos meses de setembro e outubro de 2016. **Resultados:** Das 15 perguntas aplicadas no questionário, 100% dos participantes sabem o que é acolhimento humanizado e consideram que a estrutura física atende as necessidades do usuário. Com relação aos recursos humanos, a equipe de saúde foi avaliada quanto ao atendimento em ótimo, com 57,14% e bom, em 40,00%, totalizando 34 usuários satisfeitos. **Conclusão:** Com os resultados encontrados, percebe-se que a UBS avaliada atende às necessidades dos usuários e que o acolhimento humanizado acontece com qualidade e envolve toda a equipe, que é classificada como ótima e boa na pesquisa, possibilitando assim uma maior adesão ao tratamento dos portadores de DCNT.

**DESCRITORES:** Centros de saúde. Doenças Crônicas. Equipe de assistência ao paciente. Humanização da assistência.

## HUMANIZED USER EMBRACEMENT TO CARRIERS OF NON-TRANSMISSIBLE CHRONIC DISEASES IN A BASIC HEALTH UNIT IN A CITY OF MINAS GERAIS

## ABSTRACT

Contextualization of the theme: Non-Transmissible Chronic Diseases (NTCD) are long lasting and multifactorial. Adherence to the treatment of carriers of NTCD can be influenced by the humanized care provided by health professionals. Objective: To evaluate the humanized care provided to patients with NTCD in a Basic Health Unit (BHU) in the municipality of MG. Methods: Survey type assessment, classified as a study case, descriptive, with quantitative approach. It was carried out through a structured questionnaire, with 35 users with NTCD in a BHU in the months of September and October 2016. Results: Of the 15 questions applied in the questionnaire, 100% of the participants know what a humanized user embracement is and consider that the physical structure meets the needs of the user. In relation to human resources, the health team was evaluated in terms of attendance as great, with 57.14% and good at 40%, totaling 34 satisfied users. Conclusion: With the found results, it can be seen that the evaluated BHU meets the needs of the users and that the humanized user embracement happens with quality and involves all the staff that is classified as optimal and good in this research, thus allowing a greater adherence to the treatment of Carriers of NTCD.

**DESCRIPTORS:** Health centers. Chronic diseases. Patient care team. Humanization of assistance.

---

<sup>1</sup> Acadêmica em Enfermagem, Faculdade Ciências da Vida. E-mail: annacarlast@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Enfermeira Referência Técnica do Centro de Atenção psicossocial Álcool e outras drogas. Corpo docente da Universidade Ciências da Vida.

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil o Sistema Único de Saúde é composto por redes de serviços públicos, constituído pela atenção primária formada pelas Unidades básicas de saúde (UBS) e Estratégias de saúde da família (ESF), a atenção secundária é integrada de hospitais gerais e ambulatórios especializados, já a atenção terciária é ordenado em hospitais especializados em reabilitações e serviços complexos (OLIVEIRA, 2013). A Atenção Primária à Saúde (APS) visa à promoção, prevenção e reabilitação da saúde, prestando um serviço com acessibilidade, de longo período, com integralidade e que interage com os demais níveis de atenção (SILVA; BAITILO; FRACOLLI, 2015).

Os portadores de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis DCNT são usuários frequentes das UBS, por ser um serviço de fácil acesso e prestado por uma equipe multiprofissional, que busca solucionar de forma efetiva o problema do usuário e, se necessário, referenciá-lo aos demais níveis da atenção a saúde. Oferecer a esses pacientes o acolhimento humanizado é um fator determinante para que ocorra o vínculo entre a unidade de saúde e o usuário, pois as DCNT são de longa duração e se desenvolvem ao longo da vida, são causadas por vários fatores de risco e influenciadas pela condição financeira e desigualdade social, sendo a equipe e o ambiente determinantes para o tratamento do usuário do serviço de saúde (MALTA *et al.*, 2015; SILVA; COTTA; ROSA, 2013).

O acolhimento surgiu na década de 1990, e está pautado nos princípios do SUS, prestando uma escuta qualificada, respeitando a equidade e a integralidade, gerando um vínculo da equipe de saúde, usuário e comunidade, podendo ser realizada por todos da equipe de saúde, na unidade de saúde e nas visitas domiciliares (SILVA; OLIVEIRA; PEREIRA, 2015). O Programa Nacional de Humanização (PNH) também conhecido como Humaniza SUS, foi criado pelo Ministério da Saúde no ano de 2003, a com objetivo de melhorar assistência em toda a rede do SUS, embasado nos princípios da transversalidade, autonomia e dissociabilidade, envolvendo os trabalhadores e o usuário em uma gestão compartilhada na produção de saúde, prestando um serviço humanizado, ou seja, voltado para o ser humano, empregando carinho, bondade, afeto, respeito, solidariedade e empatia, e que traz como uma diretriz operacional o acolhimento e o vínculo como forma de reorganização do sistema técnico-assistencial (CHERNICHARO; SILVA; FERREIRA, 2014).

Diante disso o presente trabalho busca discorrer sobre o seguinte tema: Acolhimento humanizado aos portadores de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis, em uma UBS, do

interior de Minas Gerais. O trabalho busca responder ao seguinte problema: Como é realizado o acolhimento humanizado aos portadores DCNT na UBS? E apresenta como hipótese: O acolhimento humanizado aos portadores de DCNT na UBS é realizado com frequência, por todos da equipe de saúde, independente da falta ou não de materiais, para a realização de procedimentos, na prestação da assistência. As DCNT requerem um tratamento e acompanhamento da equipe multiprofissional por tempo indeterminado, o que torna o acolhimento humanizado um determinante para que o usuário prossiga com seu tratamento.

O principal objetivo dessa pesquisa é mensurar a satisfação do usuário portador de DCNT, quanto ao acolhimento humanizado prestado na Unidade Básica de Saúde (UBS) em um município do interior de Minas Gerais, por meio de questionário estruturado. Os objetivos específicos vão citar as principais DCNT e seus fatores de risco, descrever como as UBSs fornecem assistência e acolhimento humanizado segundo os princípios do SUS, e por fim, identificar os possíveis problemas que impedem a prestação do acolhimento humanizado aos portadores de DCNT. Trata-se de uma pesquisa classificada como descritiva, com abordagem quantitativa e metodologia survey.

A justificativa para a realização da pesquisa se dá pelo fato das DCNT afetarem um grande número de usuários dos serviços de saúde, ocasionando cerca de 36 milhões de mortes por ano no mundo, aumentando o número de usuários das UBS que é a principal porta de entrada para esses indivíduos. A realização da pesquisa é de suma importância aos portadores de DCNT, profissionais e estudantes da área de saúde e ao público que tiver interesse pelo assunto, ampliando o conhecimento dos leitores.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

A Atenção Primária a Saúde (APS) no Brasil é composta por Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégias de Saúde da Família (ESF's), que tiveram início no ano de 1990. Focadas na saúde da família, de seus indivíduos e de sua inserção na comunidade, com ações e planejamento dos serviços voltados para características sociais, econômicas, culturais e

ambientais, que influenciam no estado de saúde do indivíduo e da população (SILVA; BAITELLO; FRACOLLI, 2015).

A UBS está inserida em uma das estratégias da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), para estreitar o contato do usuário com o profissional e unidade saúde, por meio do vínculo, da humanização, do acolhimento e do cuidado. Consolidada nos Princípios e Diretrizes do SUS: universalidade, integralidade, equidade, descentralização, hierarquização e participação da comunidade, proporcionando ao indivíduo acessibilidade e longitudinalidade no tratamento, com ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde (BRASIL, 2012).

A equipe multiprofissional presente e atuante na UBS é de extrema relevância, pois ela vai acompanhar por meio de visitas domiciliares a população, realizar práticas de educação em saúde, capacitar o usuário para o autocuidado e realizar o acolhimento humanizado embasado na escuta ativa e na resolução do problema do indivíduo. O trabalho da equipe de saúde é indispensável, porém existem grandes dificuldades para a prestação da assistência, como condições precárias de trabalho, sobrecarga, falta de equipamentos, falta de materiais para realização de procedimento, estrutura física inapropriada e a falta de profissionais, impedindo a qualidade na produção de saúde (FERRAZ; MOTTA, 2014).

A Carta dos direitos e deveres dos usuários de saúde, aprovada em Julho de 2009, no Conselho Nacional de Saúde, publicada na Portaria 1.820, de 13 de Agosto de 2009, considerando a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS, de 2003, do Ministério da Saúde, propõe diretrizes que facilitam o acolhimento humanizado, dispendo sobre direitos e deveres do usuário. As diretrizes idealizam que toda pessoa tem direito de acesso aos serviços de saúde, ao tratamento adequado, recuperação e promoção da saúde, em tempo certo para resolver seu problema, com atendimento de qualidade e humanizado, com profissionais qualificados, em ambiente limpo, seguro, acessível e acolhedor, sendo respeitadas suas particularidades como indivíduo, colocando o usuário como responsável por sua saúde e para participar da gestão dos serviços de saúde (BRASIL, 2012).

Com propósito de melhorar a qualidade dos serviços de saúde, foi implantado no ano de 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), objetivando a melhoria do acesso e da qualidade, por meio de avaliação dos serviços de saúde, com participação voluntária dos gestores municipais e das equipes de saúde da atenção básica. O PMAQ-AP é composto por três fases avaliação externa, auto avaliação e desempenho quanto aos indicadores de saúde, contido por um ciclo com duração de vinte e quatro meses, que propõe a adesão, contratualização e recontratualização da equipe de saúde, realizada por monitoramento, desenvolvimento e educação continuada. Quando nas três fases

é comprovada a melhora do acesso e da qualidade no atendimento pelo PMAQ-AB, é repassado ao município participante um recurso de incentivo federal (BRASIL, 2012; UCHÔA *et al.*, 2016).

## 2.2 HUMANIZAÇÃO E ACOLHIMENTO

O Programa Nacional de Humanização (PNH), também conhecido como Humaniza SUS, dando prioridade a assistência, gestão e a atenção à saúde. Seus princípios são: transversalidade, na comunicação e a troca de conhecimentos entre setores; a autonomia, que visa colocar o usuário, gestor e trabalhadores para pensarem juntos; e a dissociabilidade, que une a gestão ao cuidar, associados ao acolhimento e ao elo entre o trabalhador e usuário (NORA; JUNGES, 2013; DAMASCENO *et al.*, 2012)

O acolhimento tem como objetivo de melhora a comunicação entre o usuário e a equipe multiprofissional. Como está pautado nos princípios do SUS tem o propósito de reorganização do trabalho, universalidade, resolutividade, vínculo e, o primordial, a escuta qualificada. A realização do acolhimento pode ser feita por todos os profissionais da área de saúde, sendo a visita domiciliar uma das principais tecnologias leves para inserir o usuário na comunidade e gerar vínculo com a equipe de saúde (SILVA; BAITELO; FRACOLLI, 2015).

As tecnologias objetivam melhorar as praticas da assistência, são classificadas em leves, duras e leve/duras,. As tecnologias leves ocorrem quando há o encontro entre usuário e trabalhador formado vínculo, interesse entre ambas as partes, confiança durante a escuta e sigilo das necessidades do usuário, já as tecnologias duras utiliza de equipamentos tecnológicos, fármacos e procedimentos diagnósticos enquanto as leve - duras utiliza de saberes e conhecimentos , as três visam por meio de abordagem tecnológica, com conselhos para mudanças nos hábitos de vida, rastreamento e imunização de doenças com base em conhecimentos científicos proporcionam um melhor atendimento ao usuário do serviço de saúde facilitando a assistência e o acesso (PENHA *et al.*, 2015)

Os dados colhidos na escuta serão analisados e repassados ao profissional competente para resolver a demanda e prestar a devida assistência ao usuário. O vínculo entre o usuário e profissional ocorre pela troca de respeito, afeto e ética durante a prestação da assistência e no acolhimento de qualidade (ARRUDA; SILVA, 2012).

Para os trabalhadores das UBS's, o acolhimento humanizado é visto como uma ferramenta inovadora que surgiu em 2003 junto com o Programa Nacional de Humanização, sendo o acolhimento uma das suas diretrizes. As maiores dúvidas citadas pela equipe de saúde são em relação à oferta de escuta qualificada, triagem e classificação do paciente, como referenciar-lo a outro nível de atenção a saúde. Os obstáculos para sua realização são: a estrutura física precária, a falta de profissionais, pouca privacidade, moderado sigilo, falta de ética dos trabalhadores e o descaso na escuta (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

A resolubilidade é um dos maiores problemas enfrentados, pois busca referenciar o usuário a outro nível da assistência, mas na maioria das vezes ocorre de forma indevida, para acelerar e facilitar o trabalho, causando um aumento da demanda dos demais serviços de saúde. Para que ocorram mudanças e facilidades no acolhimento a equipe deve estar bem treinada para escutar ativamente o usuário. O profissional deve ter perfil para trabalhar na atenção primária, ser paciente, calmo, respeitando as particularidades de cada indivíduo, com embasamento teórico-prático para esclarecer dúvidas e prestar assistência (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Como estratégias para melhorar o acolhimento humanizado Coutinho, Barbieri e Santos (2015) evidenciam a melhoria da acessibilidade por meio de marcação de consultas com horários agendados, ampliação das equipes multiprofissionais, prioridades com relação a assistência, educação permanente e continuada com a equipe e planejamentos de ações com a população.

### 2.3 AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT)

As Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) são multifatoriais que se desenvolvem ao longo da vida, mas não são de origem infecciosa, geralmente causam em seus portadores a perda da qualidade de vida. Seu agravamento e a falta de tratamento podem levar à morte. Entre os anos de 2008 a 2015 o Brasil gastou cerca de U\$\$ 4,18 bilhões com portadores de DCNT devido às limitações pessoais com relação ao trabalho, causadas principalmente por doenças do coração, Acidente Vascular Encefálico (AVE) e Diabetes (MALTA *et al.*, 2014).

As DCNT na atualidade são consideradas um dos maiores problemas de saúde pública. No mundo, anualmente, morrem 36 milhões de pessoas, dos quais 29,00% têm

menos de 60 anos, 80,00% em países de baixa ou média renda. No Brasil as DCNT são responsáveis por 72,00% das mortes anuais, enfatizando principalmente as doenças cardiovasculares, o câncer, as doenças respiratórias crônicas e o diabetes (MALTA *et al.*, 2015).

Os principais fatores de riscos que ocasionam as DCNT são influenciados pela aceleração no processo de urbanização, desigualdade social e crescimento econômico, que são influenciados pelo consumo de alimentos calóricos, sedentarismo e o consumo excessivo de álcool e tabaco. O consumo de alimentos calóricos, como por exemplo, sal e gordura, são responsáveis pela hipertensão arterial sistêmica, que acomete cerca de 31 milhões de indivíduos. Segundo pesquisas do Programa Nacional da Saúde em 60.202 indivíduos, 23,40% dos entrevistados consomem carne com gordura; 60,60% leite integral; 23,40% refrigerantes e 21,70% doces, o que acarretam um aumento das DCNT (CLARO *et al.*, 2015).

Outro fator de risco que está presente na vida de muitos indivíduos, devido ao excesso de trabalho é a falta de tempo para a prática de exercícios físicos, que aumenta o número de mortes por DCNT entre 20,00% e 30,00%. O tabaco e o álcool também causam inúmeros agravantes à saúde. O tabaco é responsável por 71,00% dos casos de câncer de pulmão, 42,00% de doenças respiratórias e 10,00% de doenças cardiovasculares. Já o álcool causa 50,00% de seus óbitos devido as DCNT, ocasionando o aumento do número de câncer e cirrose hepática (DUNCAN *et al.*, 2012).

O Sistema de Informação de Mortalidade entre os anos de 2000 e 2011 registrou no Brasil 11.170.498 óbitos por várias causas, sendo 800.118 por DCNT, o que equivale a 68,30%. Diante disso, a ONU lançou o plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT, devido aos grandes números de mortalidade no mundo, com uma reunião, que participaram 119 países, entre eles o Brasil. O principal propósito é diminuir em 2,00% ao ano a taxa de mortalidade e enfrentar entre os anos de 2011 a 2022 os principais fatores de risco, dispondo de investimentos, ações preventivas e de controle das DCNT (MALTA *et al.*, 2014).

Para que essas metas sejam atingidas, é preciso que ocorra a promoção da saúde, o cuidado integral associado ao apoio do governo, da sociedade civil e do setor privado. Como medidas de prevenção e intervenção, desde o ano de 2011, a Organização Mundial da Saúde (OMS) juntamente com o Governo Federal, o Ministério da Saúde e o Órgão de Trânsito e Justiça, vêm realizando ações de custo efetivo, como aumento de impostos para produtos a base do tabaco, a redução da gordura e do sal em parceria com as indústrias alimentícias, o combate ao álcool com base nas leis de trânsito, investimentos na área da saúde para

realização de grupos operativos, rastreamento e tratamento de câncer, terapia antidrogas, programas contra o fumo, controle da glicemia, programas adotados para alimentação saudável e para a prática de atividade física (MALTA *et al.*, 2014).

Em 2003, foi desenvolvida a vigilância das DCNT, pelo Ministério da Saúde, com base em análise de dados econômicos, ambientais e sociais. As ferramentas vão identificar a distribuição de fatores de risco, magnitude e tendência dos casos, e objetiva prevenção e controle das DCNT. O Brasil, para monitorar esses dados, criou um sistema baseado nos fatores de risco e morbidade, utilizando informações colhidas nos domicílios e por ligações (MALTA *et al.*, 2015).

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) faz parte desse sistema de monitoramento, juntamente com o Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), em parceria com o Ministério da Saúde, usando questionários voltados para os portadores de DCNT. Com base na pesquisa realizada em 2013, o número de indivíduos portadores de apenas uma DCNT foi de 45,10%, sendo 50,40% para o sexo feminino e 39,20% para o masculino. A região brasileira com o maior índice de portadores de DCNT foi à região sul com 52,10%, em seguida o sudeste com 46,10%, centro-oeste 43,90%, nordeste 42,20% e norte com 37,20% (MALTA *et al.*, 2015).

A atenção básica é a principal porta de entrada para os portadores de DCNT devido aos programas voltados para prevenção, manutenção e promoção da saúde do usuário, além da equipe ser composta por multiprofissionais qualificados, sendo as equipes de saúde de grande importância na trajetória desses pacientes por um período indeterminado. Diante disso, torna-se importante o vínculo, o acolhimento e a humanização entre usuários e trabalhadores de saúde (COUTINHO; BARBIERE; SANTOS, 2015).

### **3 METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa. A pesquisa de natureza descritiva visa descrever os fatos sem manipulação de dados, usando questionários e observações sistemáticas, e a abordagem quantitativa significa traduzir em números as informações coletadas para se alcançar um resultado (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Para realização da pesquisa, o presente trabalho passou por avaliação e autorização da Secretaria municipal de Saúde, da cidade do interior de Minas Gerais, que assinou uma

carta de apresentação e indicou UBS, composta por três ESF, onde foi realizada a pesquisa. No primeiro contato com a UBS ficou acordado uma intervenção, com os usuários portadores de DCNT, que seria realizada na própria unidade de saúde no auditório, no dia 29-09-2016, informando os participantes por meio de 100 convite que foram entregues pelas Agentes comunitários de saúde (ACS). Como critério de inclusão para participação da pesquisa, foram utilizados os seguintes métodos: usuários cadastrados na UBS pesquisada, portador de pelo menos uma DCNT e possuir idade igual ou superior a 18 anos. Os critérios de exclusão se aplicam aos participantes que não quiseram participar da pesquisa realizada. Dos cem convidados compareceram trinta e cinco, com estes foi realizada uma explicação acerca do tema da pesquisa e cada participante expôs sua opinião. Aos que se propuseram em participar, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (APÊNDICE 1), que mediante sua assinatura foi aplicado o questionário para avaliação do acolhimento humanizado.

O questionário utilizado na pesquisa é validado pelo Ministério da Saúde e utilizado pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS), o mesmo não foi empregado na íntegra devido às necessidades da pesquisa e dos pesquisados. Para a coleta de dados foi realizado um pré-teste do questionário estruturado, que possui vinte perguntas objetivas, sendo as cinco primeiras questões sobre o perfil do usuário entrevistado e as demais para avaliar a satisfação quanto ao acolhimento humanizado prestado ao portador de DCNT, conforme disposto no Apêndice 2 (BRASIL, 2015).

Com propósito de facilitar a disposição dos números obtidos na pesquisa de campo, os dados foram representados por gráficos com porcentagem simples dispostos em planilha eletrônica, do Microsoft Excel Professional Plus 2010, por meio de contagem absoluta. Para a análise dos resultados, foi utilizado o método survey, caracterizado por utilizar instrumento pré-definido, como questionário para realizar o levantamento de dados, com determinada população, e em pesquisas quantitativas e descritivas (ANDRE, 2013).

A pesquisa de campo foi realizada em UBS, do interior de Minas Gerais. A UBS compõe três Estratégias de Saúde da Família (ESF's) e abrange uma população de 6.711 usuários. A equipe é constituída por multiprofissionais, sendo um de serviços gerais, três recepcionistas, dezessete agentes comunitários de saúde (ACS), três enfermeiras, três médicos, três técnicos de saúde bucal, três auxiliares de saúde bucal, um farmacêutico, um técnico em farmácia; um assistente social, um educador físico, três dentistas, e por uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

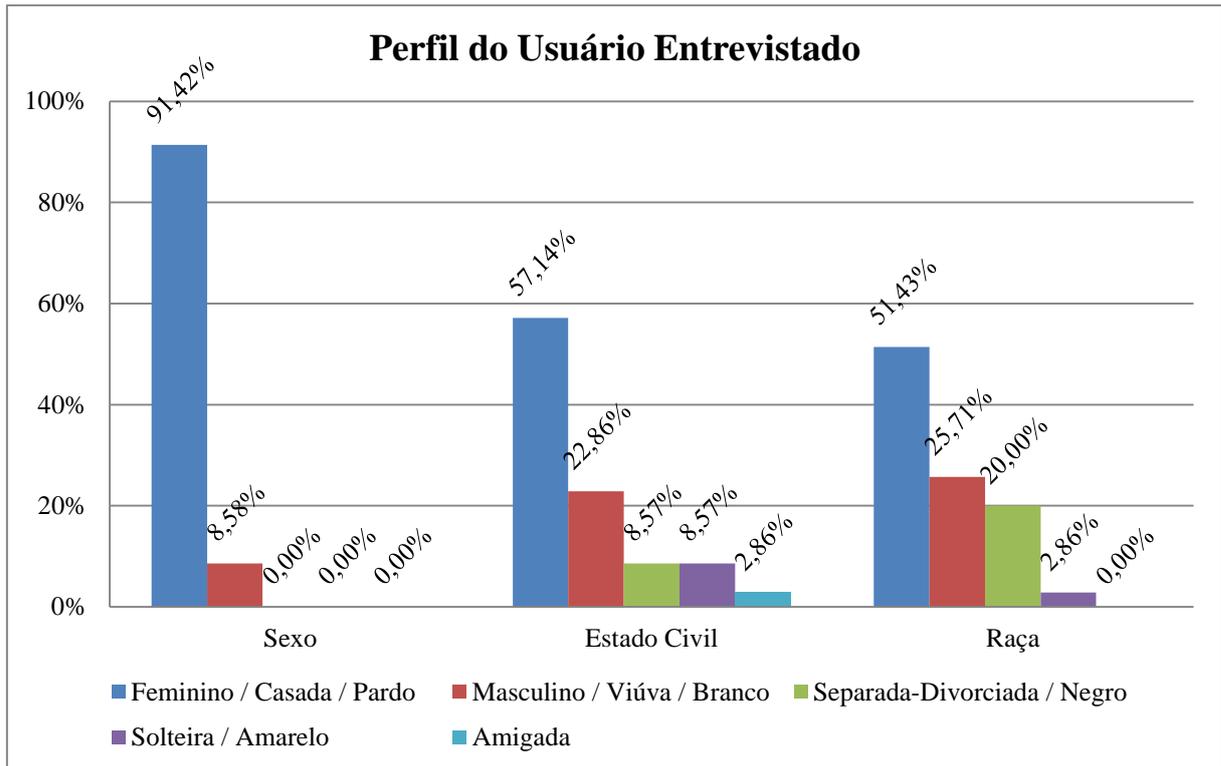
Já a estrutura física da UBS dispõe de uma sala de espera, uma sala para as recepcionistas, quatro banheiros, seis consultórios, um consultório odontológico, uma farmácia, uma sala de vacina, uma sala de procedimentos, uma sala de curativo, uma sala de observação, uma sala para o administrativo e cadastro do Bolsa Família, uma copa, um expurgo, uma sala para as ACS, um auditório e uma academia ao ar livre.

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **4.1 RESULTADOS**

O questionário foi elaborado com questões objetivas visando definir o perfil dos usuários entrevistados, portadores de DCNT, bem como a avaliação sobre o acolhimento humanizado na UBS. Com questões fechadas, a pesquisa procurou a objetividade nas respostas, de maneira a atingir o ponto do qual as perguntas são direcionadas. A primeira etapa do questionário dispõe de cinco perguntas objetivas sobre o perfil do usuário entrevistado. A amostra da pesquisa foi composta por um total de 35 usuários portadores de DCNT, tendo 68,00% dos participantes entre 41 e 60 anos de idade, 17,00% de 20 a 40 anos de idade e 15,00% entre 61 e 81 anos de idade. Destes usuários participantes, 91,42% (32 usuários) eram mulheres e 8,58% (03 usuário) eram homens.

Quanto ao estado civil, as respostas foram: 57,14% (20 usuários) são casados, 22,86% (08 usuários) são viúvos, 8,57% (03 usuários) representam os separados/divorciados, 8,57% (03 usuários) são solteiros e 2,86% (01 usuário) solteiro. Quanto à raça: 51,43% (18 usuários) se consideram pardos, 25,71% (09 usuários) brancos, 20,00% (07 usuário) negros e apenas 2,86% (01 usuário) se considera amarelo (GRÁFICO 1).

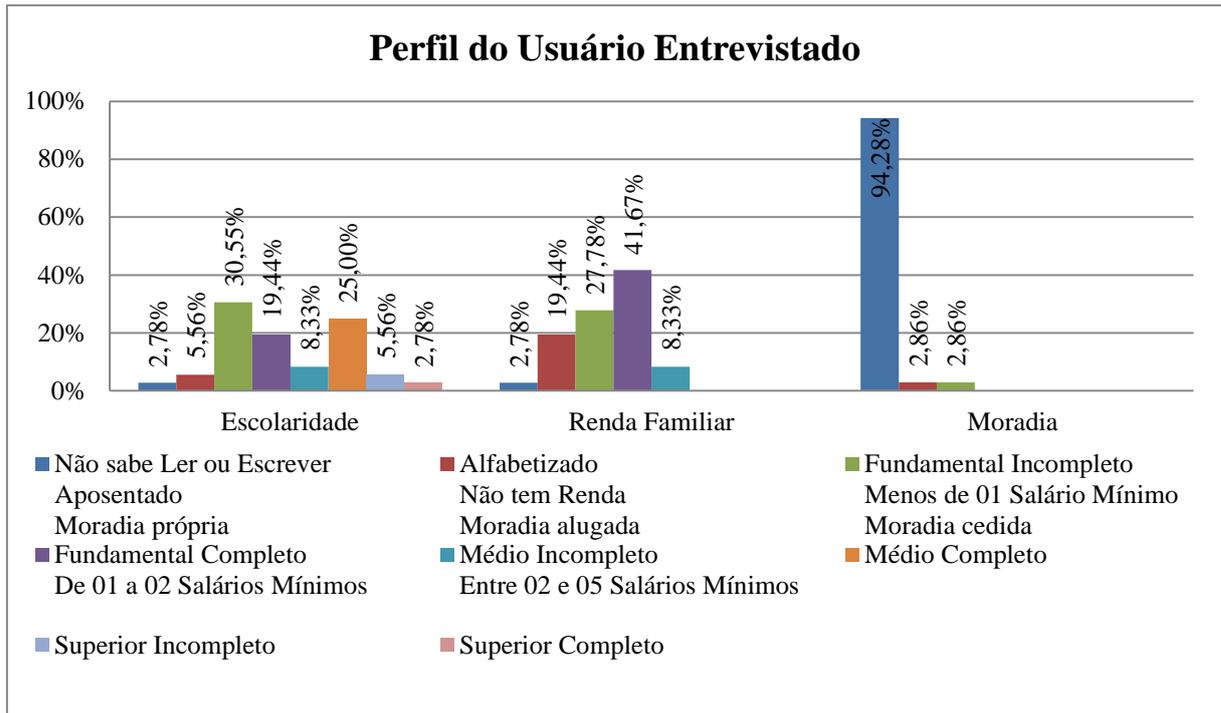


**Gráfico 1:** Perfil dos entrevistados.

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2016.

Já os resultados demonstrados no Gráfico 2, abordam sobre o grau de instrução, renda e tipo de moradia dos usuários participantes. Ao analisar o primeiro item, observa-se que, 30,55% (11 usuários) possuem ensino fundamental incompleto, 25% (08 usuários) detêm do ensino médio completo, 19,44% (07 usuários) concluíram o ensino fundamental, 8,33% (03 usuários) não concluíram o ensino médio, 5,56% (02 usuários) são alfabetizados, 5,56% (02 usuários) não concluíram o ensino superior, 2,78% (01 usuário) possui ensino superior completo e 2,78% (01 usuário) não sabe ler e nem escrever.

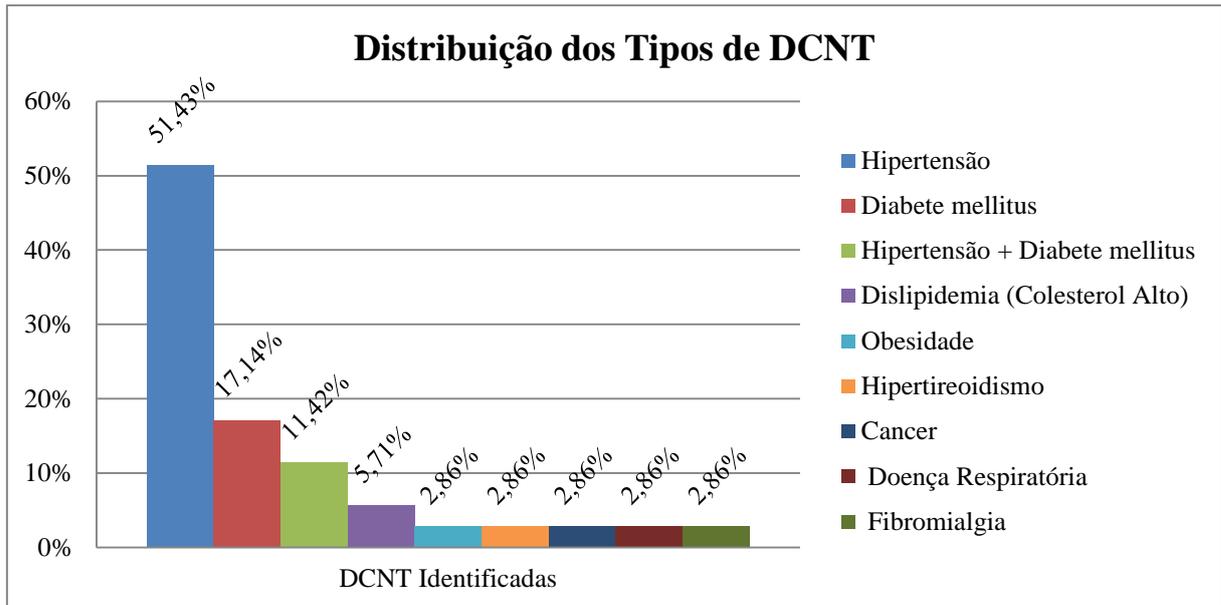
No segundo item, a maioria 41,67% (14 usuários) dos participantes convive com uma renda entre um e dois salários mínimos, 27,78% (10 usuários) sobrevivem com apenas um salário mínimo ou menos, 19,44% (07 usuários) não possuem nenhuma renda, 8,33% (03 usuários) possuem salário acima da maioria, com mais de dois e até cinco salários mínimos. Apenas 2,78% (01 usuário) não preencheram a enquete e informaram ser aposentados. No terceiro e último item, foi questionado sobre o tipo de moradia, sendo que 94,28% (33usuários) possuem moradia própria, 2,86% (01 usuário) reside de aluguel e 2,86% (01 usuário) obteve sua casa cedida.



**Gráfico 2:** Perfil do usuário entrevistado.

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2016.

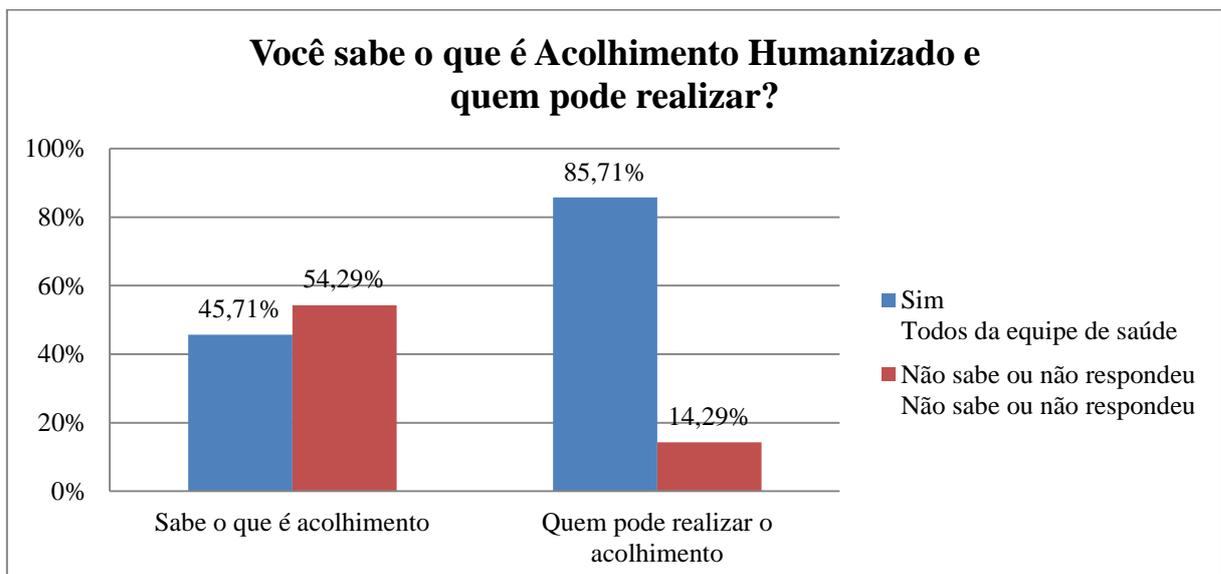
A segunda etapa do questionário dispõe de quinze perguntas objetivas a fim de avaliar o atendimento com acolhimento humanizado prestado aos portadores de DCNT. A primeira questão buscou identificar quais as DCNT acometiam aos entrevistados. De acordo com o Gráfico 3, 51,43% (18 usuários) detém apenas um tipo de doença, sendo ela a Hipertensão arterial, 17,14% (06 usuários) apenas a Diabete mellitus, já 11,42% (04 usuários) são portadores de duas doenças, a Hipertensão arterial com a Diabete mellitus, 5,71% (02 usuários) possuem Dislipidemia e 2,86% totalizando (05 usuários) apresentam Obesidade, Hipertireoidismo, Doença Respiratória, Fibromialgia e Câncer .



**Gráfico 3:** Distribuição dos tipos de DCNT.

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2016.

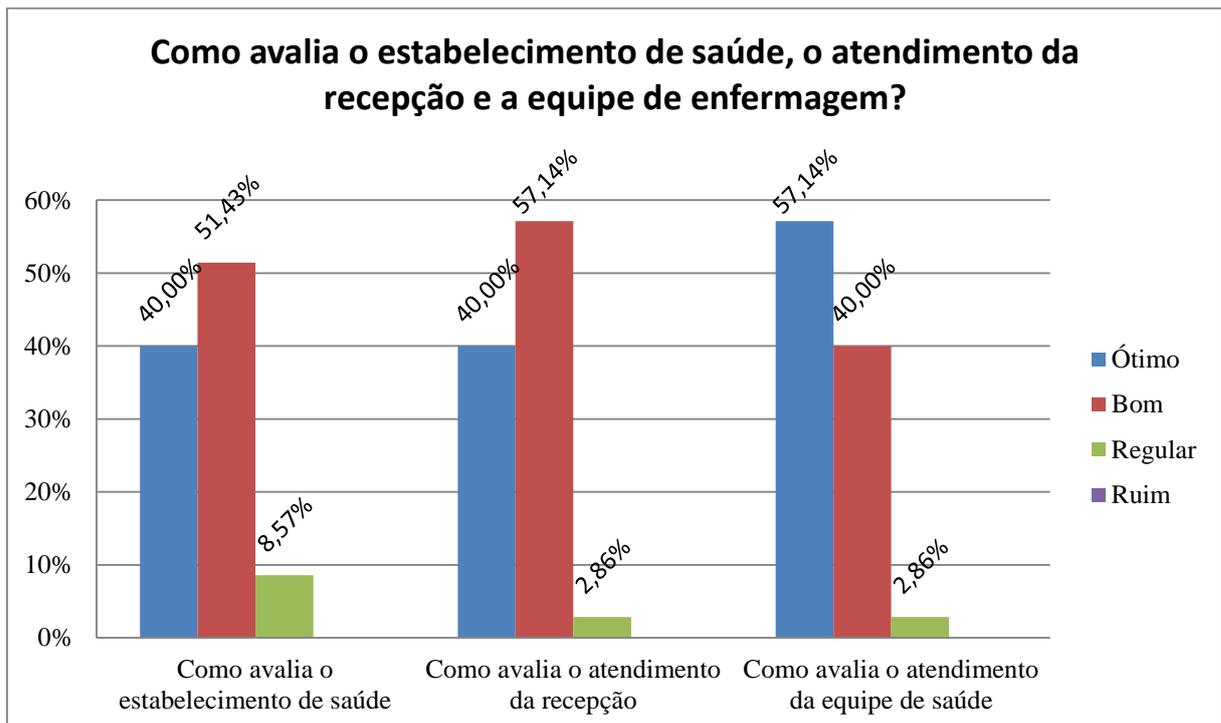
A segunda questão procura identificar se os pacientes sabem o que é acolhimento humanizado e se relaciona com a quarta pergunta, que busca identificar, na visão dos portadores de DCNT, quem pode realizar o acolhimento humanizado. Ao analisar os resultados do Gráfico 4, é possível perceber que 54,29% (19 usuários) não sabem o que é o acolhimento humanizado. No entanto 85,71% (30 usuários) responderam que o acolhimento humanizado pode ser realizado por toda a equipe de saúde. Por isso, a terceira questão abordou o significado do acolhimento na visão do usuário. A resposta foi unânime 100% (35 usuários) responderam “sim” para “acolher significa escutar, dar atenção e cuidado”.



**Gráfico 4:** Conhecimento dos participantes sobre acolhimento humanizado.

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2016.

A quinta questão visa avaliar o estabelecimento de saúde, objeto de estudo deste trabalho. As questões de número oito e nove estão relacionadas, pois também classificam o atendimento da recepção e da equipe de saúde, respectivamente. A UBS é muito bem avaliada pelos pacientes portadores de DCNT diante dos resultados expressos no Gráfico 5. Sobre a avaliação do estabelecimento de saúde, 51,43% (18 usuários) avaliam a unidade como boa 40,00% (14 usuários) consideram ótima, e apenas 8,57% (3 usuários) consideram regular. Sobre o atendimento da recepção da unidade de saúde, 57,14% (20 usuários) marcaram o atendimento como bom, 40,00% (14 usuários) ótimo, e 2,86% (01 usuário) como regular. Por fim, quanto à avaliação do atendimento da equipe de saúde, 57,14% (20 usuários) consideram ótimo, 40,00% (14 usuários) como bom e somente 2,86% (01 usuário) como regular.



**Gráfico 5:** Avaliação do estabelecimento e seus atendimentos.

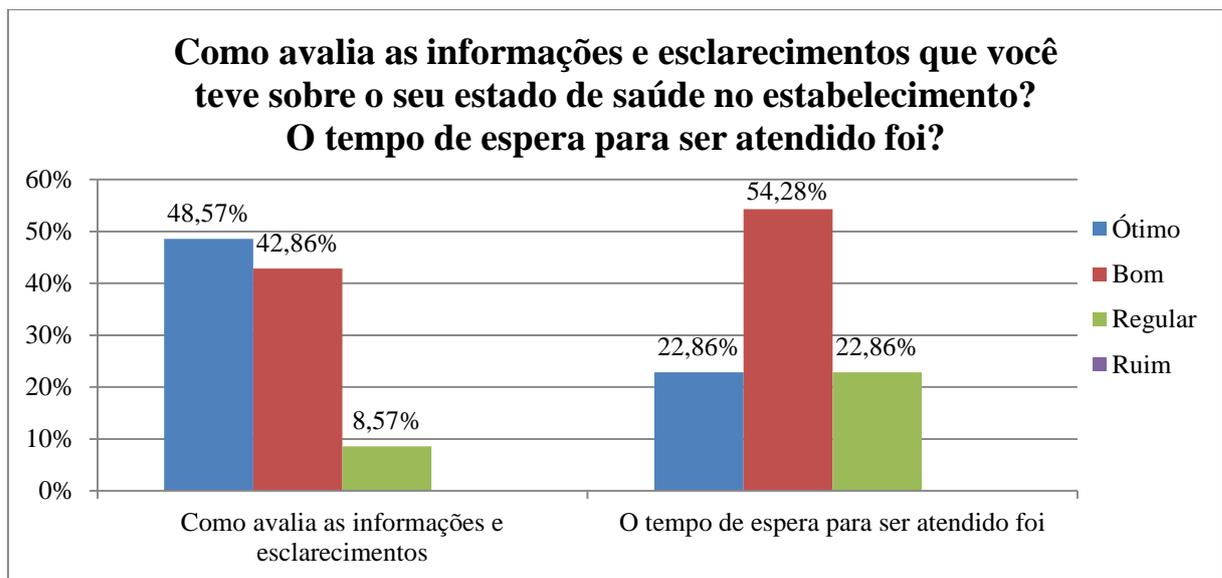
**Fonte:** Dados da pesquisa, 2016.

Em sequência, a questão seis questiona aos usuários se sabem onde reclamar quando não são bem atendidos. Isso se comprova pelo fato de 62,86% (22 usuários) afirmarem ter conhecimento de onde fazer uma reclamação em caso de mau atendimento ou desrespeito. Conseqüentemente, 37,14% (13 usuários) responderam que não sabem onde reclamar ou deixaram de responder a questão.

A questão de número sete avalia o grau de proximidade entre usuários e a equipe da UBS, perguntando se saberiam informar o nome do profissional que os atendeu. Dos participantes, 88,57% (31 usuários) responderam que sabem o nome do profissional que lhes atende e 11,43% (04 usuários) afirmaram não saber o nome do profissional.

Na décima pergunta foi questionado aos participantes se eles sentem segurança na equipe durante o atendimento, e o resultado foi ótimo, evidencia que a UBS promove o vínculo com usuários, destes 97,14% (34 usuários) dos entrevistados afirmaram que sentem segurança e somente 2,86% (01 usuário) declara não sentir segurança.

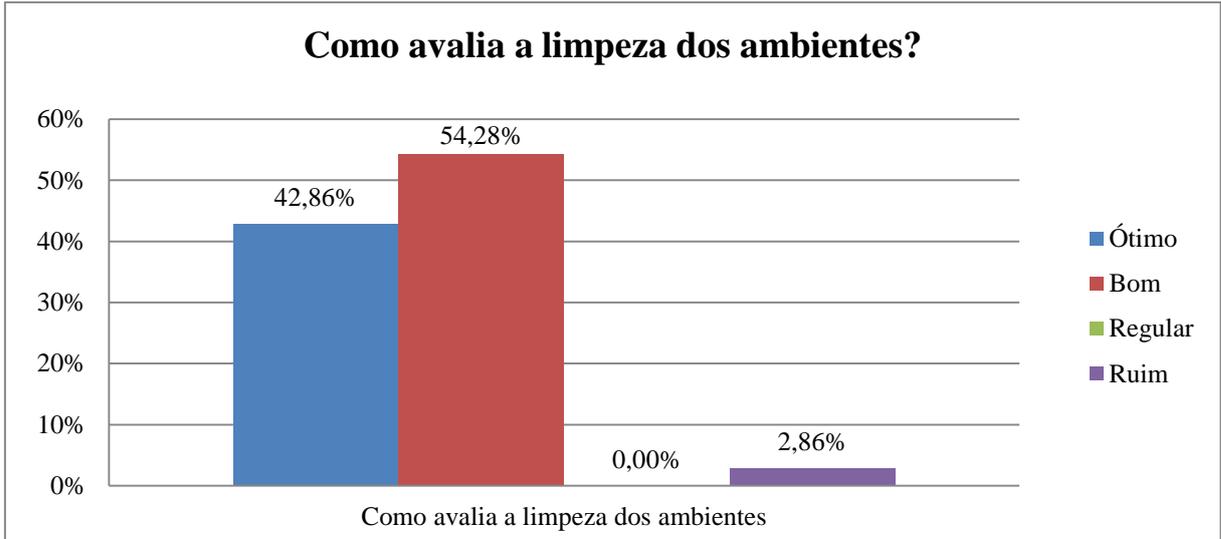
A décima primeira questão avaliou as informações e esclarecimentos que o usuário obteve sobre o seu estado de saúde no estabelecimento, 48,57% (16 usuários) consideraram como ótimo, 42,86% (15 usuários) como bom e 8,57% (04 usuários) classificaram com regular. A questão treze qualifica acerca do tempo de espera para ser atendido 54,28% (19 usuários) classificaram como bom e 22,86% como ótimo ou regular totalizando 19 usuários. Os resultados estão representados no Gráfico 6.



**Gráfico 6:** Avaliação de informações e tempo de espera.

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2016.

A décima segunda pergunta questiona os usuários sobre a limpeza da unidade de saúde, cujas respostas estão representadas no Gráfico 7, onde 42,86% (15 usuários) classificaram ótima, 54,28% (19 usuários) como bom e somente 2,86% (01 usuário) como ruim.

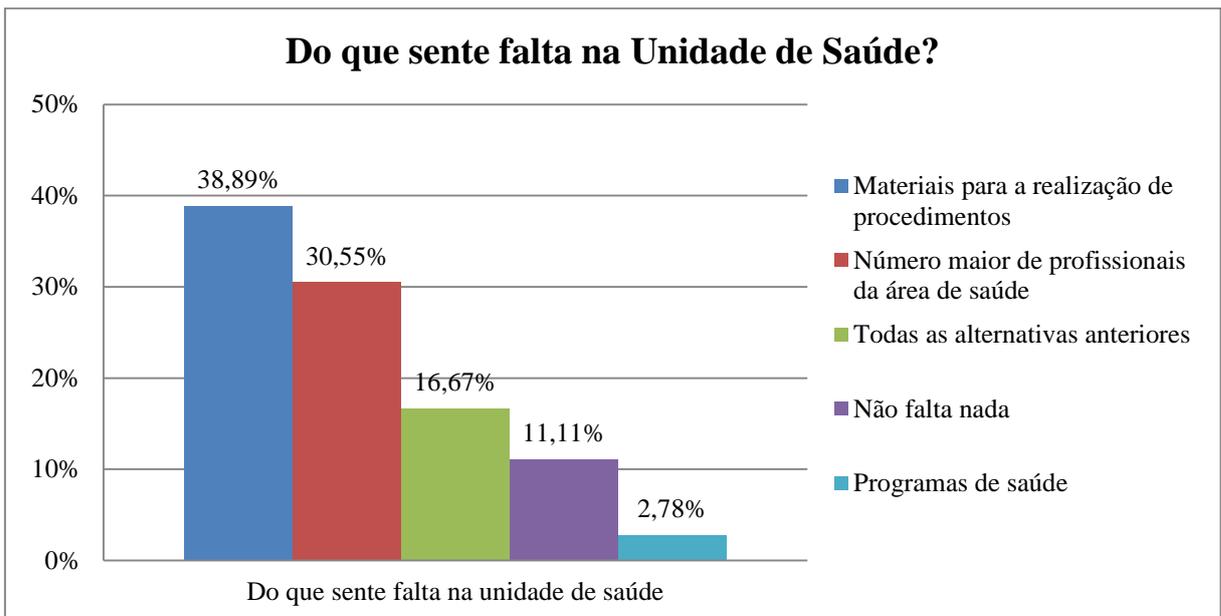


**Gráfico 7:** Avaliação da limpeza dos ambientes.

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2016.

A pergunta de número treze analisou a satisfação dos usuários quanto à estrutura física da UBS. O resultado foi extremamente positivo, pois todos os participantes (35 usuários) concordaram que a estrutura física atende as necessidades do usuário.

O Gráfico 8 ilustra a questão de número quinze do questionário, que levou em consideração as necessidades dos usuários, e o que eles julgam que a unidade mais necessita com relação à mão de obra, materiais para a realização de procedimentos e programas de saúde.



**Gráfico 8:** Pontos de melhoria para a unidade de saúde.

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2016.

Os resultados encontrados no Gráfico 8 demonstram que 38,89% (13 usuários) sentem falta de materiais para a realização de procedimentos, 30,55% (11 usuários) acham que deveria haver um número maior de profissionais da área da saúde, 16,67% (06 usuários) acreditam que faltam todas as opções anteriores, 11,11% (04 usuários) estão satisfeitos com a unidade e não sentem falta de nada e 2,78% (01 usuário) sentem falta de mais programas de saúde.

## 4.2 DISCUSSÃO

Os dados colhidos através do questionário e representados nos GRÁFICOS 1, 2 e 3 sobre o perfil dos entrevistados, demonstram que 91,00% dos participantes da pesquisa são mulheres, 24,00% dos entrevistados estão entre 40 e 60 anos de idade, 19,44% concluíram o ensino fundamental e 30,55% não concluíram, gerando um total de 49,99% de participantes que só estudaram até o ensino fundamental e que os participantes em sua maioria 51,43% possuem hipertensão.

Assemelhando-se com os dados de uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), observa-se que, as enfermidades por Doenças Crônicas Não - Transmissíveis atingem as mulheres em maior grau se comparado aos homens com predomínio de pacientes adultos com idade variando entre 41 e 60 anos de idade e escolaridade limitada ao ensino fundamental, atingindo todos os níveis sociais, principalmente indivíduos com baixa renda, acometidos especialmente por doenças cardiovasculares (BRASIL, 2014; GRITTI et al., 2015; MALTA et al., 2015)

Os dados apresentados nas questões 02, 03 e 04 do questionário aplicado, na UBS, demonstra que 100,00% (35 participantes) sabem que acolher significa dar atenção, escutar e dar cuidado, 81,71% (30 participantes) entende que o acolhimento pode ser feito por todos da equipe e 54,29% (19 entrevistados) afirmam não saber do que se trata o termo e/ou palavra acolhimento, mas afirmam implicitamente que ele está presente durante os atendimentos na unidade e que é realizado por todos da equipe. O acolhimento objetiva a escuta de qualidade das necessidades do indivíduo, de forma atenta, ética, gerando vínculo do profissional com o usuário, podendo ser realizada por toda a equipe de saúde, embora seja uma ferramenta nova, que é utilizada desde 2003 com maior intensidade nos serviços de saúde, gerando dificuldades

e dúvidas para a equipe de saúde com relação a escuta qualificada e quanto a referenciar o usuário aos demais níveis da atenção a saúde (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

As questões 5,12 e 14 se referem a avaliação do ambiente, o estabelecimento de saúde foi avaliado por 51,43% dos pesquisados como bom, a limpeza do ambiente foi tida como boa por 54,28% dos participantes e 100% dos entrevistados responderam que a estrutura física atende as necessidades do usuário, demonstrando que a estrutura e o ambiente não são dificultadores nessa UBS para que ocorra o acolhimento humanizado, pois contem nessa unidade um ambiente com estrutura física apropriada, acolhedor, acessível, limpo, protegido, com sanitários, água disponível, ventiladores, sendo os atendimentos agendados previamente com hora e data marcada, facilitando a organização do serviço de saúde, os dados encontrados em outras pesquisas revelam que apenas 56% das equipes de saúde dispõem de estrutura física funcionando e em boas condições, para presta assistência e serviços adequado para população (PIMENTEL; SOUZA; ALBUQUERQUE, 2015).

O atendimento também foi avaliado pelos usuários nas questões 7, 8, 9, 10 e 11, quando perguntado se os usuários sabem o nome do profissional que lhe atendeu 87,57% informou que sim, quanto ao atendimento ofertado pela recepção 57,14% dos participantes consideram bom, 57,14% avaliaram o atendimento da equipe de saúde como ótima e 97,17% afirmaram sentir segurança durante o atendimento, estando 48,57% satisfeitos com esclarecimentos sobre o estado de saúde, demonstrando que a equipe conseguiu suprir as necessidades do usuário de forma respeitosa informando nome, horários de funcionamento da unidade, esclarecendo dúvidas, passando segurança no acolhimento e ampliando o vínculo entre usuários e profissionais.

De acordo com Azevedo et al.(2014) em sua pesquisa 69,6% das famílias estão satisfeitas com tratamento ofertado nas UBS, 74% acham boa a assistência, 91,3% consideram o número de profissionais suficientes e 82 % julgam o trabalho como qualificado. Se opondo a essa pesquisa o autor Campos et al. (2014) afirma que na maioria dos casos ocorrem dificuldade de acesso as UBS, demora no atendimento, pouca resolução das demandas, encaminhamento demorado para os serviços de emergência, falta de continuidade do tratamento ocasionado pela falta de médicos, prejudicando os portadores de doenças crônicas já que estes necessitam de longo acompanhamento.

A Carta dos Direitos e Deveres dos usuários de saúde, aprovada em Julho de 2009, no Conselho Nacional de Saúde e publicada na Portaria 1.820, de 13 de Agosto de 2009, cita algumas diretrizes, sendo uma delas o direito de todas as pessoas obterem acesso aos serviços de saúde, que ofereça e pratique a promoção, prevenção, tratamento para recuperação da

saúde. Nos Art. 2º e 3º, o usuário deverá receber tratamento para regeneração da saúde em tempo apropriado, com atendimento humanizado, realizado por profissionais qualificados e capacitados, que se apresentem ou se identifiquem ao usuário por meio de crachá ou outra forma fácil e perceptível (BRASIL, 2012). Segundo Campos et al. (2014), os serviços prestados pela equipe da unidade de saúde devem acontecer independentemente de crença, valores, religiões, sexualidade, cultura, condição econômica ou patologia, dando a esse usuário tratamento adequado, sem interrupções, de forma segura, com privacidade, mantendo o sigilo ético-profissional e ofertando informações claras e compreensíveis sobre o estado de saúde do usuário.

Segundo o Art. 7º e 8º da diretriz dos direitos e deveres dos usuários de saúde, todas as pessoas têm o direito de participar da gestão e dos conselhos de saúde, a fim de fiscalizar e exigir o cumprimento dos direitos e deveres garantidos pelo Ministério da Saúde. Enquanto o usuário, residente na comunidade, é direito estar informado sobre o serviço de saúde ao qual pertence, sobre o horário do funcionamento, telefones, serviços prestados pela unidade, nome dos funcionários e horário de trabalho dos mesmos, assim como o nome do responsável pelo serviço, de forma a facilitar a comunicação, discussão e reclamação relevantes com a equipe de saúde. Com relação a reclamações por atendimento ruim, 62,86% dos usuários marcaram ter conhecimento em como efetivar a reclamação e 37,14% marcaram não, alegando desconhecer às orientações quanto à reivindicações no atendimento (BRASIL, 2012).

Segundo Gomes et al. (2015) uma das principais reclamações do usuário é com relação ao tempo médio de espera para o atendimento, podendo variar de uma a quatro horas para a prestação do atendimento, porém 54,28% dos entrevistados na UBS pesquisada consideram o tempo para atendimento bom e 22,86% ótimo, sendo possível classificar o tempo de espera de médio a curto, que se justifica pelo fato da unidade ter três atendentes de recepção uma para cada ESF (GOMES et al., 2015).

Na assistência prestada aos usuários, destacam-se alguns obstáculos que limitam um bom atendimento, como uma estrutura física precária, falta de materiais e insumos para a realização dos procedimentos, falta de profissionais da área da saúde, falta de programas que os promovam, entre outros. Nesse contexto, pode-se concluir que o acolhimento deixa de ser realizado pela falta de recursos para se prestar um bom e rápido atendimento, o que fica evidente na pesquisa, pois 38,49% (14 participantes) responderam que sentem falta de materiais para realização de procedimentos e 30,55% (10 participantes) sentem falta de mais profissionais da saúde no estabelecimento (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

## 5 CONCLUSÃO

Este trabalho procurou mensurar a satisfação do usuário portador de DCNT quanto ao acolhimento humanizado prestado na UBS, e seus fatores dificultadores como: características do paciente e equipe de saúde, ambiente e estrutura física, qualidade no atendimento e elo entre usuário/equipe de saúde, na assistência prestada aos portadores de DCNT. A partir desse estudo foi possível concluir que a equipe de saúde analisada atende as expectativas dos usuários e possui um importante papel para população adscrita, pois todos os profissionais da unidade de saúde realizam o acolhimento humanizado de forma satisfatória e com qualidade, o que pode ser visto nos resultados obtidos através da pesquisa onde os usuários portadores de DCNT responderam em sua maioria como ótimo ou bom nas questões, confirmando a hipótese do trabalho. O ambiente da UBS é limpo, acolhedor e organizado, facilitando a prestação de serviços com tempo de espera curto, dispondo de uma estrutura física adequada que atende as necessidades do usuário. Na análise dos resultados foram identificados alguns fatores importantes: como o número maior de mulheres a procura de atendimento nas UBS, portadoras de pelo menos uma DCNT, e a falta de materiais e recursos humanos adequados para a realização dos procedimentos necessários aos usuários locais, comprometendo a qualidade do atendimento, mas mesmo com esses dificultadores de acordo com os dados resultantes da pesquisa ocorre o acolhimento humanizado deixando o usuário satisfeito com a assistência ofertada .

Por isso, as unidades básicas de saúde são indispensáveis aos usuários portadores de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis, permitindo o controle da doença e a prevenção de futuras complicações na saúde. Para o funcionamento de todo esse processo, é necessário atentar-se para a gestão pública e cobrar os direitos e deveres garantidos pelo Ministério da Saúde, além de condições dignas para que a equipe exerça suas funções, com ética e respeito em sua plenitude.

## REFERÊNCIAS

ANDRÉ, Marli Eliza Dalmazo Afonso de. Texto, contexto e significados: algumas questões na análise de dados qualitativos. **Cadernos de pesquisa**, n. 45, p. 66-71, 2013.

ARRUDA, Cecília; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da. Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v.65, n.5, p.758-766, out. 2012.

ARAÚJO, Lavínia Uchôa Azevedo DE *et al.* Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, 2014.

Bidinotto DNPB, Simonetti JP, Bocchi SCM. Men's health: non-communicable chronic diseases and social vulnerability. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** 2016; 24:e2756.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério da Saúde.** – 1. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012

\_\_\_\_\_. **Pesquisa revela que 57,4 milhões de brasileiros têm doenças crônicas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.** Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.62 p

\_\_\_\_\_. **Programa Nacional dos Serviços de Avaliação dos Serviços de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera Campos; BRANDÃO, Ana Laura; PAIVA, Marcele Bocater Paulo de. Avaliação da Estratégia de Saúde da Família pela perspectiva dos usuários. **Rev. APS**, v. 17, n. 1, 2014.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko *et al.* Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 252-264, Oct. 2014.

CLARO, Rafael Moreira *et al.* Consumo de alimentos não saudáveis relacionados a doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.24, n.2, p.257-265, jun. 2015.

COUTINHO, Larissa Rachel Palhares; BARBIERI, Ana Rita; SANTOS, Mara Lisiane de Moraes dos. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v.39, n.105, p.514-524, jun. 2015.

CHERNICHARO, Isis de Moraes; SILVA, Fernanda Duarte da; FERREIRA, Márcia de Assunção. Caracterização do termo humanização na assistência por profissionais de enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 156-162, mar. 2014.

DAMASCENO, Renata Fiúza *et al.* O acolhimento no contexto da Estratégia Saúde da Família. **J Health Sci Inst.**, v.30, n.1, p.37-40, 2012.

DUNCAN, Bruce B. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.46, n.1, p. 126-134, dez. 2012.

FERRAZ, Renato Ribeiro Nogueira; MOTTA, Lara Jansiski. A consciência do portador de hipertensão arterial sistêmica com relação à sua condição clínica como fator de contribuição à gestão compartilhada em saúde. **ICS.**, São Paulo, V32\_n1\_2014\_p28a32, jan-mar. 2014.

GRITTI, Cristiane Carnaval *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e antecedentes pessoais em reinternados e contribuição da terapia ocupacional. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.214-219, 2015.

GOMES, Raimundo Nonato Silva *et al.* Avaliação da estrutura física de Unidades Básicas de Saúde. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, vol. 16, núm. 5, septiembre- octubre, 2015, pp. 624-630.

LOPES, Adriana Santos *et al.* O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n.104, p.114-123, jan-mar. 2015.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil - Pesquisa Nacional de Saúde. **Rev Bras Epidemiol**, v.18, supl. 2, p.3-16, dez. 2013.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 4, p.599-608, dez. 2014.

MALTA, Deborah C. *et al.* A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol**, São Paulo, v. 18, n. 2, p.3-16, dez. 2015.

NORA, Carlise Rigon Dalla; JUNGES, José Roque. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.47, n.6, p.1186-1200, dez. 2013.

OLIVEIRA, Gabriella Novelli *et al.* Acolhimento com avaliação e classificação de risco: concordância entre os enfermeiros e o protocolo institucional. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 500-506, 2013.

PENHA, Ana Alinne Gomes Da et al. Tecnologias na promoção da saúde de idosos com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 5, n. 3, p. 406-414, 2015.

PIMENTEL, Fernando Castim; ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti de; SOUZA, Wayner Vieira de. The Family Health Strategy in the State of Pernambuco: evaluation of team structure by population size. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 104, p. 88-101, 2015.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2 ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

SILVA, Luciana Saraiva de; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; ROSA, Carla de Oliveira Barbosa. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. **Rev. Panam Salud Publica**, v. 34, n.5, p.343-350, 2013.

SILVA, Rose Mary Costa Rosa Andrade; OLIVEIRA, Denize Cristina de; PEREIRA, Eliane Ramos. A produção discursiva dos profissionais acerca da humanização em saúde: singularidade, direito e ética. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.23, n.5, p.936-944, out. 2015.

SILVA, Simone Albino da; BAITELO, Tamara Cristina; FRANCOLLI, Lislaine Aparecida. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.23, n.5, p.979-987, set-out. 2015.

UCHÔA SAC, Arcêncio RA, Fronteira ISE, Coêlho AA, Martiniano CS, Brandão ICA, *et al.* Acesso potencial à atenção primária em saúde: o que mostram os dados do programa de melhoria do acesso e da qualidade do Brasil?. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2016; 24: e2672.

# APÊNDICE 1- CARTA DE APRESENTAÇÃO

99846-8132  
Anna Carla.

### FACULDADE CIÊNCIAS DA VIDA - CURSO DE ENFERMAGEM TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

#### CARTA DE APRESENTAÇÃO

À Secretaria Municipal de Saúde de Sete Lagoas  
Ilmo. Cláudio Ribeiro Figueiredo  
Secretário de Saúde de Sete Lagoas

Encaminhamos a estudante *Anna Carla Santos Costa*, do Curso de ENFERMAGEM da Faculdade Ciências da Vida para realização de atividades de pesquisa, a fim de desenvolver seu Trabalho de Conclusão de Curso que tem como proposta analisar a qualidade de vida dos pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis provenientes de unidades básicas de saúde no município de sete lagoas, mg. (pré-projeto em anexo).

O projeto visa quantificar e qualificar o acolhimento humanizado em unidades básicas de saúde aos portadores de doenças crônicas não transmissíveis por meio de questionário semiestruturado. Este trabalho será desenvolvido sob a orientação das professoras Evelin Souza e Luciana Cassino.

Sete Lagoas, 05 de setembro de 2016.

Valcir Marcílio Farias  
Diretor-Geral

Cláudio Ribeiro Figueiredo  
Secretário Municipal de Saúde de Sete Lagoas  
Coordenador de Saúde

Faculdade Ciências da Vida  
Av. Prefeito Alberto Moura, nº12632 - B. Distrito Industrial  
CEP 35702-383 - Sete Lagoas - MG - Tel.: (31) 3776-5150  
www.cienciasdavidavida.com.br

Centro de Estudos III Millennium  
Av. Prefeito Alberto Moura, nº12632 - B. Distrito Industrial  
CEP 35702-383 - Sete Lagoas - MG - Tel.: (31) 3776-7711  
www.3millenium.com.br

## **APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Você Está Convidado (A) A Participar Da Pesquisa **ACOLHIMENTO HUMANIZADO AOS PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE EM SETE LAGOAS/MINAS GERAIS.**

### **1 – Introdução**

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: **ACOLHIMENTO HUMANIZADO AOS PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE EM SETE LAGOAS/MINAS GERAIS**, de autoria de professor e aluna do curso de Enfermagem da Faculdade Ciências da Vida.

### **2 – Objetivo**

Avaliar o acolhimento humanizado aos portadores de DCNT por meio de questionário estruturado.

### **3 – Procedimentos do estudo**

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, de muita importância, pois, na atualidade, as Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) ocasionam cerca de 36 milhões de mortes por ano. Os portados de DCNT representam um grande número dos usuários dos serviços de saúde, o acolhimento humanizado a esses usuários pode ser uma determinante de adesão ao tratamento.

Vale ressaltar que a sua participação será voluntária, com total liberdade de recusar-se ou desistir em qualquer fase do estudo. O sigilo de suas informações será garantido assim como sua privacidade do anonimato, você será identificado por siglas ou pseudônimos. Os dados serão analisados e acessíveis a você, e os resultados serão utilizados para fins científicos.

Você não terá nenhuma despesa, decorrente de sua participação na pesquisa, também não haverá nenhum tipo de remuneração pela participação da mesma, sua participação é voluntária.

Deixo de forma bem esclarecedora todas as informações necessárias para o desenvolvimento desta pesquisa e coloco-me a sua disposição para esclarecer quaisquer dúvidas e se por ventura existirem, poderá entrar em contato com a orientadora da pesquisa Evelin Regina Fonseca de Souza Pedras. Realizadora da pesquisa Anna Carla Santos Costa, pelo telefone: (31) 99846-8137 ou através do e-mail: [annacarlast@yahoo.com.br](mailto:annacarlast@yahoo.com.br).

**4 – Declaração de consentimento**

Li as informações contidas neste documento antes de assinar este termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE. Declaro que fui informado sobre a metodologia de estudo e que tive tempo suficiente para avaliar e entender as informações acima.

Confirmo que recebi uma cópia deste formulário (TCLE) e dou meu consentimento de livre e espontânea vontade e sem reservas para participar como sujeito da pesquisa.

Assinatura do participante.....

Assinatura do (a) pesquisador (a).....

Local e data.....

Pesquisadora responsável: EVELIN REGINA FONSECA DE SOUZA PEDRAS

Acadêmica: ANNA CARLA SANTOS COSTA

**APÊNDICE 3 – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO USUÁRIO**

<b>Data da Entrevista:</b> <b>Sexo:</b> ( ) Feminino ( ) Masculino <b>Idade:</b> <b>Perfil do usuário entrevistado.</b>
--

**01. Qual o seu estado civil?** \_\_\_\_\_

( ) Não sabe/Não respondeu.

**02. Qual sua raça/cor?**

( ) Branco(a)

( ) Negro(a)

( ) Amarelo(a)

( ) Pardo(a)

( ) Indígena

( ) Não sabe/Não respondeu

**03. Qual a sua Escolaridade?**

( ) Não sabe ler/escrever

( ) Alfabetizado

( ) Nível Fundamental Incompleto

( ) Nível Fundamental Completo

( ) Nível Médio Incompleto

( ) Nível Médio Completo

( ) Superior Incompleto

( ) Superior Completo

( ) Especialização/Residência

( ) Mestrado

( ) Doutorado

( ) Pós-doutorado

( ) Nível Médio Completo – Normal magistério

( ) Nível Médio Completo – Normal magistério indígena

( ) Não sabe/Não respondeu

**04. Renda familiar:**

( ) Não tem renda

( ) Menos de 1 Salário Mínimo

( ) Entre 1 e 2 Salários Mínimos

( ) Mais de 2 e até 5 Salários Mínimos

( ) Mais de 5 e até 10 Salários Mínimos

( ) Mais de 10 Salários Mínimos

( ) Não sabe/Não respondeu

**05. Moradia:**

( ) Própria

( ) Alugada

( ) Cedida

**Avaliação do acolhimento humanizado prestado ao portador de DCNT.****01. Portador de Doença Crônica Não-Transmissível:**

- Não
- Sim. Especifique: \_\_\_\_\_
- Não sabe/não respondeu

**02. O (a) sabe o que é acolhimento humanizado?**

- Sim
- Não sabe/não respondeu

**03. Para o Sr. (a), acolher significa escutar, dar atenção e cuidado?**

- Sim
- Não sabe/não respondeu
- Outro significado. Especifique \_\_\_\_\_

**04. Quem pode realizar o acolhimento humanizado?**

- Todos da equipe de saúde
- Não sabe/não respondeu

**05. Como o Sr. (a) avalia este estabelecimento de saúde?**

- Ótimo
- Bom
- Regular
- Ruim

**06. O (a) Sr. (a) sabe onde reclamar quando não é bem atendido?**

- Sim
- Não sabe/não respondeu

**07. O (a) Sr. (a) sabe o nome do profissional de saúde que lhe atendeu?**

- Sim
- Não sabe/não respondeu

**08. Como o (a) Sr. (a) avalia o atendimento da recepção?**

- Ótimo
- Bom
- Regular
- Ruim

**09. Como o (a) Sr. (a) avalia o atendimento da equipe da saúde?**

- Ótimo
- Bom
- Regular
- Ruim

**10. O (a) Sr. (a) sentiu segurança/confiança na equipe de saúde durante o atendimento?**

- Sim
- Não

**11. Como o(a) senhor(a) avalia as informações e esclarecimentos que você teve sobre o seu estado de saúde no estabelecimento?**

- Ótimo
- Bom
- Regular
- Ruim

**12. Como o (a) Sr. (a) avalia a limpeza dos ambientes?**

- Ótimo
- Bom
- Regular
- Ruim

**13. O tempo de espera para ser atendido foi?**

- Ótimo
- Bom
- Regular
- Ruim

**14. A estrutura física atende as necessidades do usuário?**

- Sim
- Não

**15. Do que o (a) Sr. (a) sente falta na unidade de saúde ?**

- Programas de saúde
- Materiais para realização de procedimentos
- Número maior de profissionais da área de saúde
- Todas as alternativas acima
- não falta nada
- Materiais para realização de procedimentos e Número maior de profissionais da área de saúde.