

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CLAUDIA MACHADO DE MENEZES REIS

**ACOLHIMENTO HUMANIZADO A SAÚDE DO HOMEM EM UMA UNIDADE DE
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE OLIVEIRA DOS
BREJINHOS-BA**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CLAUDIA MACHADO DE MENEZES REIS

**ACOLHIMENTO HUMANIZADO A SAÚDE DO HOMEM EM UMA UNIDADE DE
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE OLIVEIRA DOS
BREJINHOS-BA**

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Bruna Canever

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **ACOLHIMENTO HUMANIZADO A SAÚDE DO HOMEM EM UMA UNIDADE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE OLIVEIRA DOS BREJINHOS – BA** de autoria do (a) aluno (a) **CLAUDIA MACHADO DE MENEZES REIS** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas não Transmissíveis.

Profa. Dra. Orientadora: Bruna Canever
Orientadora do TCC

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angústia este trabalho aos meus pais, esposo, filha e amigos, que sempre me incentivaram a estudar, que me apoiaram durante todo o percurso da graduação, aos quais devo, em grande parte, o que hoje sou. Deles tiro as maiores qualidades que um ser humano tem em sua vida: perseverança, dedicação, responsabilidade, honestidade e alegria de viver. Fontes de luz, inspiração e motivação, para mim.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que sempre nos iluminou durante nossa caminhada.

A Professora Bruna Canever pelo estímulo, orientação e atenção que nos concedeu na elaboração desta monografia.

A todos nossos familiares e amigos pelo apoio e colaboração.

Aos professores pelo comprometimento e compreensão.

A todos que contribuíram de alguma forma na realização deste trabalho, porque agradecer a alguns é com certeza esquecer de muitos.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	01
2.	JUSTIFICATIVA.....	03
3.	OBJETIVOS.....	05
3.1	OBJETIVO GERAL.....	05
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	05
4.	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	06
4.1	IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO NA SAÚDE.....	07
4.2	PROPOSTA DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO.....	09
4.3	UM BREVE HISTÓRICO SOBRE A HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE.....	10
5.	METODOLOGIA.....	13
5.1	CENÁRIO DA INTERVENÇÃO.....	13
5.2	CENÁRIO DO ESTUDO.....	13
5.2.1	Programa Saúde da Família - PSF.....	14
5.3	CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE OLIVEIRA DOS BREJINHOS-BA.	15
5.4	SUJEITOS DA INTERVENÇÃO.....	17
5.5	PROCEDIMENTOS.....	18
5.6	RESULTADOS ESPERADOS.....	18
5.7	AVALIAÇÃO.....	19
6.	CRONOGRAMA.....	24
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	25

RESUMO

O principal objetivo deste trabalho é implementar o acolhimento humanizado na Unidade Básica de Saúde da Família Sede I, no município de Oliveira dos Brejinhos - BA. Esse acolhimento humanizado decorre da relação entre trabalhadores e serviços de saúde com seus usuários. Percebe-se que são os profissionais de saúde que definem o perfil e o funcionamento do modelo assistencial, através dos seus processos de trabalho, que podem ser reorganizados através de estratégias como o acolhimento, a responsabilização e o vínculo. Esse arranjo busca organizar uma nova "porta de entrada" que acolha as pessoas, assegurando a boa qualidade no atendimento, resolvendo o máximo de problemas e garantindo o fluxo do usuário para outros serviços quando necessário. O foco da atenção desse estudo são homens na faixa etária de 40 a 69 anos, por se tratar do segmento da população mais resistente em procurar órgãos de saúde, sem esquecer que é nessa faixa etária que os homens estão mais propensos a adquirir doenças como o câncer de próstata. O acolhimento é uma estratégia muito importante no esforço de se estabelecer uma relação dinâmica e de equilíbrio entre a oferta organizada e a demanda espontânea, de acordo com o princípio da integralidade da atenção. Os sujeitos participantes da pesquisa serão os usuários e os profissionais que trabalham na unidade de saúde tema deste estudo.

Palavras chave: Saúde; Usuários; Acolhimento; Humanização.

1 INTRODUÇÃO

A saúde do homem não era priorizada entre as políticas públicas de saúde, mas com a necessidade de uma maior atenção a população masculina, esta passou a ser uma das prioridades do governo nos últimos anos. Nesse sentido, o Ministério da Saúde elaborou a Política de Atenção Integral a Saúde do Homem com o intuito de atingir todos os aspectos da saúde masculina nos seus ciclos vitais.

A política coloca o Brasil na frente das ações voltadas para a saúde do homem, que se classifica como o primeiro da América Latina e o segundo do Continente Americano a programar uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Essa política está inserida no contexto do Programa “Mais Saúde: Direito de Todos”, lançado em 2007 pelo Ministério da Saúde para promover um novo padrão de desenvolvimento focalizado no crescimento, bem-estar e melhoria das condições de vida do cidadão brasileiro.

A política de atenção a saúde do homem é regida pelos princípios da universalidade e da equidade nas ações, nos serviços, na humanização e na qualificação garantindo a promoção e proteção dos seus direitos.

O acolhimento surge no centro das propostas de reorientação da atenção à saúde. Ele tem sido analisado como estratégia fundamental na reorganização da assistência em diversos serviços de saúde no país, buscando a inversão de modelo técnico-assistencial de modo a contemplar o princípio da universalidade no atendimento e na reorganização do processo de trabalho. Trata-se de um dispositivo que vai muito além do simples atendimento considerando toda a situação de atenção do profissional da saúde a partir da entrada do usuário na Unidade de Saúde.

Nóbrega (2006) esclarece que o atendimento em saúde se dá a partir desse encontro em que ambos se apresentam como seres de necessidades, conformadas dentro de um contexto sócio-histórico cultural e de uma concepção ideológica, ou seja, tanto o profissional quanto o usuário quando se encontram possuem um histórico de passado e de presente, de histórias, experiências, desejos e projetos, que frequentemente é ignorado e o atendimento se processa a partir do que é apresentado como queixa, tomando os sentidos literais, evidentes das palavras proferidas, caracterizando o que se pode denominar de uma prática pautada na queixa-conduta.

O acolhimento transforma radicalmente o processo de trabalho, em especial dos profissionais não médicos que realizam assistência, visto que a organização do serviço passa a ter

a “equipe de acolhimento” como central no atendimento aos usuários (FRANCO, BUENO E MERHY, 1999).

Dentro desse contexto, acolher com a intenção de resolver os problemas de saúde dos que procuram uma unidade básica de saúde pressupõe que todas essas pessoas deverão ser acolhidas por profissionais da equipe de saúde. O profissional deve escutar a queixa, os medos e expectativas, identificar riscos e vulnerabilidade, acolhendo também a avaliação do próprio usuário, e se responsabilizar para dar uma resposta pactuada ao problema, conjugando as necessidades imediatas destes com as ofertas do serviço, e produzindo um encaminhamento responsável e resolutivo a demanda não resolvida.

O interesse neste projeto de intervenção surgiu através da minha experiência e observação em uma Unidade Básica de Saúde da Família - UBSF, onde pude observar uma grande demanda de usuários, desorganização do serviço, usuários insatisfeitos e desinformados. Quanto aos profissionais, pude observar a insatisfação, sobrecarga de trabalho diante da grande demanda.

Nesse contexto, o presente trabalho é relevante para a Saúde Pública, pois se considera que o acolhimento está orientado pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo com a comunidade, a integralidade das ações, a participação social, enfatizando assim as relações existentes entre usuários, família e equipe de saúde da família.

Portanto, este Projeto de Intervenção prevê estimular ações locais de acolhimento humanizado entre a população alvo (homens) da importância e necessidade da saúde preventiva. Desta forma, estaremos implantando ações de prevenção, cidadania e redução de danos, criando um vínculo maior e mais consistente dos indivíduos em uma Unidade Básica de Saúde da Família – UBSF.

Neste contexto a presente intervenção, configura-se em responder ao seguinte questionamento (problema): Qual o padrão de conhecimento dos homens sobre as doenças que os acometem, e como é desenvolvida a acessibilidade desses na faixa etária de 40 a 69 anos em uma Unidade Básica de Saúde da Família no município de Oliveira dos Brejinhos – BA?

2 JUSTIFICATIVA

A compreensão do conceito saúde enfermidade é fundamental para a prática de todas as profissões na área de saúde. Tanto a saúde quanto a doença são estados relativos, e as próprias palavras significam coisas diferentes, para diferentes pessoas (GAS, 1988). Diante disso, tornou-se necessário um Projeto cuja finalidade é orientar quanto aos cuidados relacionados a prevenção contra doenças que podem ser evitadas através de consultas e exames médicos, possibilitando uma maior integração, conhecimentos prévios, fornecendo informações sobre as patologias que podem ser adquiridas pelos homens principalmente na faixa etária entre 40 a 69 anos.

Este projeto de intervenção foi formulado a partir de material já elaborado, constituído principalmente de autores, revistas e artigos da Internet. Constatando que a pesquisa é relevante por tratar da necessidade do desenvolvimento de ações preventivas primárias com o envolvimento dos seguimentos da sociedade e dos profissionais de saúde.

Segundo Bueno e Merhy (1997), o acolhimento não deve restringir-se aos limites da atenção básica, mas expandir suas fronteiras e configurar-se em uma prática na qual o usuário passa a ser o sujeito central do processo assistencial. Desse modo o acolhimento na saúde deve contribuir para a construção de uma ética da diversidade, da tolerância com os diferentes, da inclusão social, com escuta clínica solidária, comprometendo-se com a cidadania.

A escolha do tema “acolhimento humanizado” se deu por acreditar que a melhoria da assistência prestada ao usuário também está alicerçada no acolhimento digno de todos os usuários que procuram os serviços de saúde. Na visão de Malta, et al. (2001) o acolhimento pode ser uma das bases para a humanização da assistência nas instituições, a fim de possibilitar resolutividade, vínculo e responsabilização entre trabalhadores de saúde e usuários, contribuindo na democratização e na melhoria da qualidade da assistência prestada.

Sendo assim, quando o usuário recebe atenção, seja pelo atendimento prestado, pelo vínculo já estabelecido com os profissionais da saúde, ou ainda pela acolhida oferecida, o retorno a este serviço se dá com maior frequência, pois a qualidade no atendimento está evidenciada. Matsumoto (1998) Afirma que a busca da satisfação por parte dos usuários deve ficar entendida, no seu sentido mais amplo, como direito à cidadania, sendo um conjunto de direitos que permite o acesso a bens de consumo coletivo como a saúde.

De acordo com Malta, et al. (2001) a promoção da saúde visa favorecer um estilo de vida mais saudável ao indivíduo, mediante políticas públicas voltadas para diversos campos como a alimentação, moradia, educação, dentre outros, e também pela própria interação do homem com o meio.

As ações educativas frente às doenças que afetam o seguimento masculino consistem em orientar, retirar as dúvidas e conscientizar o indivíduo para atitudes seguras, promovendo, desse modo, hábitos comportamentais mais saudáveis. Diante de tantas evidências, bem como afirma Sales (2008, p. 28) “é possível observar que educação em saúde é uma ferramenta que ao longo dos anos vem sendo discutida e recomendada e que cada vez mais se torna necessária dentro de um contexto sanitário”.

Através do exposto, pode-se perceber que a desinformação pode propiciar o aumento da incidência de doenças, portanto, estudos como este contribuem para a conscientização da população, dos profissionais de saúde e da educação e dos órgãos governamentais sobre a necessidade do desenvolvimento de novas políticas públicas de saúde e fortalecimento das estratégias já existentes, no que tange a saúde da população masculina na faixa etária de 40 a 69 anos, mais propensa a doenças a exemplo do câncer de próstata.

Entretanto, apesar das Políticas Nacionais de Atenção Integrada ao Homem serem humanizadas, e em consonância com os princípios do SUS, constituindo um fortalecimento das ações e serviços em rede de cuidados à saúde. Os mesmos, não se sentem estimulados ao autocuidado, assim não buscam seus direitos de cidadania, tornando-se um desafio para as equipes de saúde construírem um cuidar e gerir relativos ao acolhimento efetivo e resolutivo em suas práticas, observando os riscos e vulnerabilidades deste público alvo. Então as equipes deverão pensar e organizar os serviços com qualidade adequada e articulada de maneira complementar, a partir de opções técnico-políticas com a existência de redes de atenção, que sejam capazes de responder as necessidades de todos e de cada um de modo singular, integral, equânime e compartilhada.

Diante do descrito, justifica-se o tema abordado “Acolhimento Humanizado a Saúde do Homem em uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família no Município de Oliveira dos Brejinhos - BA, tendo em vista que a promoção e prevenção das doenças que afetam os homens tomam como paradigma uma abordagem da saúde que dá ênfase a melhoria da qualidade de vida dessa população e ao direito de cidadania, participação e controle social.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Promover ações educativas de um acolhimento humanizado da saúde do homem em uma unidade de atenção básica de saúde da família do município de Oliveira dos Brejinhos – BA, buscando sensibilizar e conscientizar a população alvo (homens na faixa etária de 40 a 69 anos) sobre a importância da realização de exames preventivos e adesão ao tratamento quando necessário.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Relacionar a demanda com o cronograma previamente elaborado, apresentado com clareza e fixado em local de fácil acesso para o usuário;
- Facilitar junto à equipe às relações interpessoais e profissionais visando o fortalecimento do vínculo equipe x usuário;
- Capacitar todos os profissionais que atuam na unidade de saúde para o atendimento humanizado durante o acolhimento.
- Mostrar por meio de campanhas os métodos preventivos acessíveis e efetivos de conservar a saúde do homem;
- Proporcionar informações de forma ilustrativa e de fácil compreensão sobre a importância de profilaxia das doenças que afetam ao homem;
- Detectar dificuldades e facilidades na realização do acolhimento do homem em uma Unidade de Saúde da Família de Oliveira dos Brejinhos - BA;
- Propor o rompimento do círculo vicioso de invisibilidade e exclusão dos sujeitos, o que permitirá resgatar a equidade e aprimorar o cuidado e a assistência na saúde do homem.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A premissa de que a saúde consiste na capacidade de funcionar no mais elevado nível de físico, mental e social, parece adequado as condições que promovem a boa saúde, pois é um estado de bem-estar e não simplesmente a ausência de doenças ou enfermidades (GAS, 1988). Neste contexto, a doença é encarada como uma interrupção do processo contínuo de saúde, manifestado por anormalidades ou distúrbios do funcionamento.

Bardal et al, (2004) observam de que a forma pela qual as pessoas percebem o processo saúde-doença influencia as práticas e os cuidados em saúde. Buscar compreender estas construções e valores é essencial para se trabalhar, de forma contextualizada a falta de informação e os conceitos que ainda persistem.

Nessa perspectiva, Silva (2003) contribui com o tema afirmando que o acolhimento é mais do que uma triagem qualificada ou uma escuta interessada, pressupondo um conjunto formado por atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções resolutivas para seu enfrentamento. Isso pode possibilitar a ampliação da capacidade da equipe de saúde em responder às demandas dos usuários, reduzindo a centralidade das consultas médicas e melhor utilizando o potencial dos demais trabalhadores de saúde.

O autor ressalta ainda que a necessidade de cuidar, a humanização, o carinho, a atenção, o respeito e a responsabilidade são tão necessários quanto a assistência técnico-científica. Portanto, o modo como o usuário é acolhido tende a fortalecer a relação entre profissional e usuário, evidenciando a necessidade do preparo dos profissionais para lidar com a população assistida, independente da instituição de saúde, na busca da otimização destes serviços.

Dimitrov (2002) esclarece que o acolhimento deve ser produzido em um processo relacional, (profissional e usuário) neste encontro onde cada um se coloca com toda sua inteireza, isto é, suas necessidades, projetos, ansiedades, dores, medos, desejos, sonhos, potencialidades, em um dado contexto que deve ser respeitado por ambas as partes.

Vale esclarecer ainda, que para ser capaz de impactar a realidade local e ser eficaz enquanto modelo assistencial é necessário que cada equipe cumpra as determinações do Ministério da Saúde que enfatiza as características do processo de trabalho das equipes como: definição do território de atuação das Unidades Básicas de Saúde; desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou

ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis; assistência básica integral e contínua, organizando a população adscrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial (BRASIL, 2006).

4.1 IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO NA SAÚDE

Tomando-se o sistema de saúde como referência, o Acolhimento pode significar a facilitação do acesso da população aos serviços de saúde e também o oferecimento de assistência adequada. Para Dimitrov (2002) acolher significa, entre outras coisas, dar crédito a; dar ouvidos a; tomar em considerações.

Nesse sentido, o acolhimento nos serviços de saúde tradicionalmente é identificado como uma recepção administrativa onde são realizados: a triagem e o encaminhamento para procedimentos e serviços especializados; em ações isoladas e descomprometidas de atitudes; e produção de vínculo. A organização é “a partir das filas por ordem de chegada, sem avaliação do potencial de risco, de agravo ou do grau de sofrimento”, tendo como foco a doença e não o sujeito e suas necessidades (BRASIL, 2006e).

De acordo com a Política Nacional de Humanização - PNH, a estratégia do acolhimento não deve ser restrita à demanda espontânea, mas ser apreendida e implantada em todos os momentos e etapas que ocorrem nos serviços de saúde. “O acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se o entendemos como uma passagem para o acolhimento nos processos de produção de saúde” (op. cit., p. 16).

Desse modo, o acolhimento se apresenta como “ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia de acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços. O processo de trabalho em saúde norteado pela estratégia do acolhimento pressupõe: os sujeitos como protagonistas do processo; valorização das relações entre os sujeitos; ampliação do processo democrático de discussão e decisão coletiva entre equipe multiprofissional e usuários; valorização da escuta e do compromisso de ser resolutivo no atendimento das necessidades de saúde apresentadas pelo usuário (BRASIL, 2006e).

Franco et al (2006) fazem uma reflexão sobre o ato de acolher. Numa relação entre pessoas, no caso, entre um usuário e um profissional, é esperado que ocorra uma dimensão

individual na perspectiva do trabalho em saúde. As ações clínicas resultantes são consideradas o encontro das necessidades em saúde com processos tecnológicos de intervenção, com o objetivo de estabelecer escutas qualificadas, responsabilizações, vínculos, e assim, recuperar / manter a saúde em sua plenitude.

Na visão de Franco e Merhy (2005), a reorganização do trabalho em saúde esbarra em muitos poderes instituídos. Assim, torna-se necessário desconstruir um modelo de atenção centrado em procedimento e construção de um novo modelo centrado no cuidado e no usuário.

Os autores esclarecem ainda que são os trabalhadores da saúde que têm a capacidade de mudar o modelo de atenção, através da transformação do processo de trabalho, desde que a organização e operacionalização dos serviços de saúde sejam determinadas pelo trabalho vivo. Este último é estabelecido pelo conhecimento dos profissionais (formação técnica e experiências no cotidiano dos serviços) e pelas relações estabelecidas entre os profissionais e destes com os usuários. Estas relações resultam em energia transformadora, viabilizando um modelo de atenção centrado no usuário.

Corroborando Mariotti (2002, p. 14) afirma que o uma boa definição de Acolhimento: “É a arte de interagir, construir algo em comum, descobrir nossa humanidade mais profunda na relação com os outros e com o mundo natural. É dizer que os outros descubram em nós sua humanidade mais profunda na relação e o mundo nos mostre sua amplitude.”

Segundo Malta et al. (2000) Na saúde acolhimento consiste na mudança do processo de trabalho de forma a atender a todos os que procuram os serviços de saúde. Assume-se então nos serviços, uma postura capaz de acolher, escutar e dar a resposta mais adequada a cada usuário, restabelecendo a responsabilização com a saúde dos indivíduos e a conseqüente constituição de vínculos entre os profissionais e a população.

Portanto, pode-se concluir que o acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto”, ou seja, uma atitude de inclusão, implicando, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém. Nesse sentido, o Ministério da Saúde destaca o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2008).

4.2 PROPOSTA DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

Com o objetivo de viabilizar a humanização do atendimento nas unidades de saúde, foi inicialmente implantado pelo Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, sob a Portaria GM/MS nº 881, de 19 de junho de 2001, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. De acordo com Deslande (2004) trata-se de uma política pública que procura além de construir – no sentido restrito de elaborar-instituir um novo modelo de atendimento e funcionamento das Unidades de Saúde.

Deslande (2004) destaca ainda que a legitimidade da temática ganhou novo status quando, em maio de 2000, o Ministério de Saúde regulamenta o Programa Nacional de Humanização (PNHAH) e a humanização é também incluída na pauta da 11ª Conferência nacional de saúde, realizada em dezembro do mesmo ano. A partir de 2003, o Ministério da Saúde propôs a mudança deste programa para uma política nomeada como Política Nacional de Humanização (PNH) ou Política de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde no Sistema Único de Saúde: HumanizaSUS (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, a Política Nacional de Humanização tem como objetivo a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de coresponsabilidade, a produção de saúde e de sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e da participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão no processo de trabalho, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento (BRASIL, 2006).

A partir dessa proposta, a Humanização começa a ser definida como uma política, e não mais, como programa, dessa forma, implica ser tomada como diretriz política transversal na medida em que são perpassadas todas as ações e instâncias de efetuação, além de traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações dos diferentes atores da rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Bem como, pautar-se pela construção de trocas solidárias, comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e de produção de sujeito (BRASIL, 2006).

Aos princípios norteadores da Política Nacional de Humanização, cabe destacar: o aumento do grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS,

implicando mudanças na atenção aos usuários e na gestão dos processos de trabalho; a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo e estimulando processos integrados e promotores de compromissos; a garantia de condições para que os profissionais atuem de modo digno e participem como co-gestores do sistema, incluindo o fortalecimento do trabalho em equipes multiprofissionais (BRASIL, 2006).

4.3 UM BREVE HISTÓRICO SOBRE A HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE

O conceito de humanização é reavaliado no momento em que surge a humanização como aspecto fundamental nas políticas de saúde. Segundo Benevides e Passos (2005) o conceito de humanização já foi e continua sendo palco de muitos debates. Suas possibilidades interpretativas variam desde o senso comum do “ser bom com o outro que sofre, passando por leituras essencialistas da busca do que seria o fundante do humano, até as leituras de um humanismo revisitado, aberto sinergicamente ao singular de cada experiência humana (p.58)”.

Para Toledo (2007) a humanização nos serviços de saúde teve início com o edifício hospitalar, idealizado pelo filósofo persa Avicena que viveu entre os anos de 979 e 1037. Em meados do século XIX, a enfermeira Florence Nightingale, ficou conhecida por reduzir os índices de morte de soldados na guerra da Criméia cuidando desses de forma humana, sendo convidada a trabalhar nos hospitais ingleses com o intuito de humanizar a assistência aos enfermos.

Cassate e Correa (2004) ressaltam que as primeiras publicações sobre humanização têm registro a partir do final da década de 50 do século XX e foram realizados em contextos hospitalares. A maioria dos textos das décadas de 1950, 1960 e 1970, compreende a humanização como uma possibilidade de resgatar valores caritativos e religiosos. Desse modo, a humanização também é enfocada de modo circunscrito às relações interpessoais estabelecidas com o doente, assim como às questões administrativas das instituições de saúde.

Na década de 1980, em meio ao movimento da reforma sanitária, questionava-se o modelo assistencial vigente, centrado na figura do profissional médico e nas práticas curativas. Este modelo, segundo Rizzoto (2002) era muito especializado e caro, enfatizava a doença em detrimento da promoção e da prevenção à saúde e configurava-se como desumano na forma de assistir, tanto pelo uso exagerado de tecnologias como pelo relacionamento que se estabelecia entre os profissionais de saúde e os usuários do sistema.

Rizzoto (2002) esclarece ainda, que com o resultado do Movimento de Reforma Sanitária e as lutas populares que marcaram os anos setenta e oitenta, surge um novo projeto de saúde para o país, trazendo consigo a possibilidade de resolver grande parte dos problemas deste setor público. O projeto chamado SUS – Sistema Único de Saúde carrega nas suas entranhas os princípios e as diretrizes daquilo que poderia ser a grande política de humanização da assistência à saúde no país. O SUS foi criado para garantir o acesso gratuito e integral a todos os brasileiros, e retira o caráter de mendicância para transformá-lo em direito assegurado.

A Constituição Federal de 1988 tem a seguinte redação no seu Art. 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990, p. 88)”.

Corroborando Sousa (2002) ressalta que o Sistema Único de Saúde considera, no seu ideário, a organização da rede de atendimento à saúde a partir da Atenção Básica, recomendando como filosofia a prática do atendimento humanizado. A Atenção Básica, enquanto porta de entrada do cidadão brasileiro ao sistema público de saúde, inclui a humanização do atendimento considerando o acolhimento ao usuário como uma de suas principais ações.

Klutchcovsk e Takayanagui (2006) afirmam que para colocar em prática o pressuposto na Constituição Federal em relação aos princípios básicos do SUS, no que se refere à organização tradicional dos serviços de saúde, implantou no país, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com propostas de mudanças no modelo de assistência pública tradicional à saúde.

Os autores ressaltam ainda que o PACS gerou demanda crescente nos serviços de saúde. E, em 1994 o Ministério da Saúde lançou o Programa Saúde da Família (PSF), adotado como estratégia para reorientação do modelo assistencial, reconhecida como sendo a política pública de maior potencial para alcançar, com custos suportáveis, a universalização do acesso à atenção integral. Esse programa tem como um dos princípios o trabalho em equipe.

Mercadante (2002) esclarece que as equipes do PSF geralmente são compostas de um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. É recomendado o limite de atendimento a 4.500 pessoas por equipe. Entretanto, a depender da concentração de famílias no território sob a responsabilidade, a Unidade de Saúde da Família, também denominada Unidade Básica, atua com uma ou mais equipes de profissionais.

Segundo Teixeira (2003) a atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se: como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde, dentre outros. Nunes *et al.* (2002) diz que o Agente Comunitário de Saúde seria pessoa moradora das próprias comunidades com as seguintes atribuições: analisar as necessidades da comunidade, atuar nas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças; participar das ações de saneamento básico e melhoria do ambiente, participar das reuniões das equipes de saúde e outros eventos.

Mercadante (2002) afirma que o ACS teria também o papel de tradutor do universo científico, atuando como facilitador do acesso das pessoas aos serviços de saúde. Podem ser encontrados em duas situações distintas em relação à rede do SUS: a) ligados a uma unidade básica de saúde ainda não organizada na lógica da Saúde da Família; e b) ligados a uma unidade básica de Saúde da Família como membro da equipe multiprofissional.

Vale esclarecer ainda, que no estudo sobre a humanização dos serviços e o direito à saúde, constata-se algumas direções fundamentais em diversos trabalhos sobre humanização, publicados nas revistas científicas da área de saúde. Klutchcovsk e Takayanagui (2006) ressaltam que nesses trabalhos, a humanização, ora aparece como uma noção de amenização da lógica do sistema social, centrado, sobretudo, numa crítica à tecnologia e como tentativa de criar um capitalismo humanizado; ora como uma busca de uma essência humana perdida; ora como uma negativa existencialista da realidade concreta, imaginando uma autonomia das emoções e afetividades individuais da *práxis* humana; ora como processo de organização institucional que valoriza a escuta no ato assistencial; ora como valorização de direitos sociais.

Nessa perspectiva, a implementação do acolhimento nas unidades básicas de saúde da família apresenta-se como uma potencial ferramenta na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), pois o acolhimento é apresentado como a possibilidade de universalizar o acesso, abrir as portas dos serviços de saúde a todos os usuários que dela necessitarem, especialmente ao segmento de homens na idade entre 40 a possibilitando a reorganização do sistema de saúde.

5 METODOLOGIA

No processo de trabalho de educação em saúde o instrumento utilizado neste projeto será socializado e incorporado ao movimento de capacitação dos sujeitos para um Acolhimento Humanizado, especialmente aos homens na faixa etária de 40 a 69 anos - por ser esse o seguimento mais resistente em cuidar da saúde - na Unidade Básica de Saúde da Família – PSF Sede I do Município de Oliveira dos Brejinhos – Bahia, Brasil.

Neste contexto a pesquisa interligada com a educação pode ser considerada como um instrumento de transformação que possibilitará mudança de comportamento a partir de uma reflexão crítica da realidade vivenciada.

5.1 CENÁRIO DA INTERVENÇÃO

Oliveira dos Brejinhos está situado na Mesorregião do Centro-Sul Baiano, a 590 km de Salvador. Trata-se de um município do estado da Bahia, que faz parte da micro-região de Boquira. O município situa-se a 550 m de altitude e tem 23.596 habitantes dos quais 6.584 residem na area urbana, numa área total de 3.563,908 km², densidade 6,13 hab./km², e clima tropical, seco (IBGE, 2010).

5.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado na Unidade Básica de Saúde da Família Sede I, localizada na sede do município de Oliveira dos Brejinhos - BA. Os trabalhos na Unidade foram iniciados atendendo aos usuários do SUS em maio de 2005 por uma equipe composta de um médico, um odontólogo, uma enfermeira, 8 agentes comunitários de saúde, 2 técnicos de enfermagem, uma técnica de saúde bucal, uma recepcionista, duas assistentes administrativas e uma auxiliar de limpeza. A estrutura física conta com dois consultórios médicos e dois de enfermagem, uma sala de espera, uma recepção, dois banheiros com adaptação para deficientes, uma sala de imunização, uma sala de procedimentos de enfermagem, um expurgo, uma sala de esterilização, um gabinete odontológico, uma sala de reunião, uma copa, um DML (departamento de material limpo), uma

farmácia básica e um sanitário para os funcionários. Atualmente conta com 12 agentes comunitários aprovados no processo seletivo de 2010.

5.2.1 Programa Saúde da Família - PSF

O programa Saúde da Família consiste na reorganização da prática assistencial com novas bases, critérios e atenção centrada na família. O PSF atua preventivamente, evitando doenças e tratando casos mais simples para evitar que se agravem. Além do médico generalista cada equipe tem uma enfermeira, um odontólogo, um auxiliar de enfermagem e nove agentes comunitários. O trabalho dos agentes tem como princípio o fato de que as doenças banais devem ser enfrentadas com medida preventiva, e não curativa. São tratadas principalmente com informação e educação.

Porém, algumas distorções precisam de correção: primeiro fazer uma clara distinção entre o médico da família e o médico de família, para evitar mal entendidos que possam prejudicar a população. O médico da família é um clínico que conhece os problemas familiares de cada um dos seus membros, atendendo sempre quando ocorre problemas de saúde em um membro dessa família. O médico de família faz parte de uma política de saúde, em que o profissional atende um determinado número de pacientes, nas especialidades de pediatria, clínica médica, ginecologia, obstetrícia, dentre outros, encaminhando os casos mais complexos para as unidades referenciadas que após solução do problema, devolverão o paciente e seu prontuário (MERCADANTE, 2002).

Em 2005, a Secretaria Municipal da Saúde de Oliveira dos Brejinhos iniciou a implantação do Programa de Saúde da Família. As Equipes de Saúde da Família desenvolvem as seguintes atividades: diagnóstico da saúde da comunidade, atendimento nas unidades de saúde, incentivo às atividades físicas e a reorganização alimentar, organização de grupos de educação para a saúde, atenção domiciliar e encaminhamento de pacientes.

O referido programa não se constitui em um modelo para atender somente regiões pobres e famílias ou comunidades excluídas, embora tenha como parte de suas responsabilidades ajudar a superar as desigualdades no campo da saúde, mas como uma política de fortalecimento dos princípios propostos pelo SUS. No entanto, a prioridade de atendimento do PSF recai em regiões de maior risco social. Para tanto, sua atuação baseia-se na concepção de que as unidades de saúde devem oferecer cuidados de atenção básica à comunidade, aproximando-se dos usuários,

estendendo os serviços para as localidades onde não estão disponíveis e introduzindo a assistência à saúde no espaço-domicílio (BRASIL, 1994).

O PSF traz ainda em sua proposta de trabalho ações contínuas no processo de educação e informação em saúde, visando atender às necessidades dos problemas sociais vivenciados pelos usuários. Dentro dessa dinâmica, destacam-se as práticas dos grupos educativos, direcionados para atender os usuários que se encontram em situação de risco, visando também atender às suas necessidades sociais. Esses grupos são caracterizados pela substituição da demanda espontânea pela demanda programada, isto é, são estrategicamente formados com um objetivo determinado, seja por patologia, por faixa etária, ou por algum trabalho que a equipe queira realizar a partir da demanda posta pela comunidade. Em sua maioria, os grupos educativos são os de gestantes, crianças desnutridas, diabéticos, aleitamento materno, adolescentes, hipertensos, idosos, saúde mental, planejamento familiar (PÉRET, 2001). Sendo que, uma das metas deste Projeto de Intervenção é trazer o grupo de homens em uma faixa etária bastante vulnerável às doenças como o câncer de próstata, dentre outras.

5.3 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE OLIVEIRA DOS BREJINHOS

O município de Oliveira dos Brejinhos (BA) surgiu praticamente na década de 40 do século XVII e se chamou primeiramente Brejos e foi inicialmente ocupada pelas famílias Brito, Maia, Vale e Borges. Os habitantes dos Brejos nos primeiros anos eram conhecidos como os brejeiros e cultivavam feijão, arroz, cana e mandioca. Havia também dois engenhos produzindo melado e rapadura, duas casas de farinha de mandioca, dez teares e dois carros de boi.

O município ficou com o nome de Brejos até a década de setenta do mesmo século, quando passou a ser chamado Brejo Grande. No final dessa década até a de noventa, Brejo Grande foi surpreendido por uma epidemia de bexiga preta, “varíola”, moléstia que em duas décadas contagiou a população e matou parte dela. Muitos foram mortos por discriminação e abandono dos próprios parentes, com medo do contágio. Brejo Grande estagnou depois da peste, voltando a ordem crescente no início do século XIX com a chegada das famílias Reis, Ramos, Cunha e Pereira. Estas famílias, duas décadas mais tarde, tornaram-se comerciantes e fizeram prosperar a produção agrícola durante todo o século XIX. Neste período, o crescimento de Brejo

Grande não foi além de duas praças localizadas à margem do riacho da Cana Brava e outra meia dúzia de casas salteadas. A maioria da população habitava em localidades vizinhas.

Na década de vinte, do século XIX, o padre Custódio havia construído uma capela na localidade de Coité, no sul do município, sob a invocação de Nossa Senhora da Conceição. Tendo-se formado a localidade dos Brejos e, com seu rápido crescimento, padre Custódio juntou-se a Victória T. Torres e à população dos brejos e, juntos, construíram a igreja de Nossa Senhora da Conceição. Em seguida, trouxeram as imagens da capela do Coité para a igreja dos Brejos.

Na década de sessenta, do século XIX, o capitão José Manoel Teixeira Leite foi a Portugal. Ao retornar a Brejo Grande, foi até Santo Antônio do Urubu pedir junto ao conselho da freguesia, a mudança da denominação de Brejo Grande para Brejo Grande de Oliveira, em homenagem ao Monte das Oliveiras de Portugal. Mas o novo nome só foi confirmado em 1865. Em 1880, Brejo Grande de Oliveira foi elevado à categoria de freguesia com a denominação de Oliveira dos Brejinhos, nome dado por José Manoel, de acordo com a vontade da população. E aos trinta dias de novembro de 1900, José Manoel Teixeira Leite faleceu com 69 anos de idade.

Na economia, as principais fontes são: Agricultura, Pecuária e a produção minerária a exemplo do quartzo com diversas utilidades, principalmente na formatação de fios ópticos. O mármore imperial também é encontrado neste município, sendo que a produção é exportada para a Europa, principalmente para a Itália e Países Baixos.

Os principais bens representativos da cultura e da história da microrregião de Boquira têm-se as Igrejas que datam do século XIX. Entretanto vale destacar que as Freguesias ou Paróquias e as Dioceses tiveram tal importância no contexto político-administrativo que chegaram a confundir-se com distritos e municípios. Tal fato é bastante explícito em Oliveira dos Brejinhos, pois a partir do levante da capela de Nossa Senhora das Oliveiras formou-se num núcleo populacional, o qual, posteriormente, fora elevado a categoria de cidade. A microrregião geográfica de Boquira apresenta ainda áreas livres para a realização de eventos artístico-culturais e constam de praças, parques, balneários. Já aos atrativos naturais, ricos em belezas cênicas tão característicos da Chapada Diamantina e de potencial turístico, são representados por rios, cachoeiras, morros, grutas e uma reserva florestal localizada em Macaúbas da qual os últimos levantamentos das unidades de conservação do Estado realizados pela SEI (Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia) não fazem referência.

População por faixa etária e sexo de Oliveira dos Brejinhos (2009)

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1	253	243	496
1 a 4	994	958	1.952
5 a 9	1.149	1.092	2.241
10 a 14	1.152	1.002	2.154
15 a 19	1.194	1.028	2.222
20 a 29	2.287	1.978	4.265
30 a 39	1.493	1.218	2.711
40 a 49	1.225	1.186	2.411
50 a 59	904	840	1.744
60 a 69	786	839	1.625
70 a 79	494	607	1.101
80 e +	312	362	674
Ignorada	-	-	-
Total	12.243	11.353	23.596

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas (2010)

Vale ressaltar que a Atenção Básica se configura como uma rede de ações e serviços que devem estar na comunidade, mais próximo às residências da população, para acolher suas necessidades e facilitar o acesso aos serviços de saúde. É a Política Nacional de Atenção Básica que disponibiliza recursos aos municípios e orienta que a estratégia da Saúde da Família seja o principal modelo adotado para a organização e qualificação dessa rede.

5.4. SUJEITOS DA INTERVENÇÃO

Os sujeitos da intervenção serão todos os usuários (em especial os homens na faixa etária de 40 a 69 anos) propensos a doenças como o câncer de próstata, e profissionais da Equipe de Saúde da Família da Sede I como médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, ACS, recepcionistas, auxiliar de serviços gerais e motoristas.

5.5 PROCEDIMENTOS

1ª ETAPA - Identificar o cronograma semanal da equipe da UBASF – SEDE I através da observação e registro da demanda espontânea e fluxo já estabelecido dos sujeitos tema deste estudo;

2ª ETAPA - Realizar o planejamento do acolhimento seguindo o cronograma da Unidade, identificando o tema a ser trabalhado, de acordo com a necessidade do grupo de usuários e diagnóstico situacional;

3ª ETAPA - Mobilizar, sensibilizar e capacitar toda a equipe de saúde para a implementação do acolhimento nesta Unidade Básica de Saúde;

4ª ETAPA - Planejar ações educativas para todos os meses com os profissionais de saúde, objetivando facilitar a compreensão do atendimento junto aos homens com idade entre 40 a 69 anos de idade;

5ª ETAPA - Selecionar um profissional de saúde da equipe de saúde da família (enfermeiro, médico, odontólogo, auxiliar de enfermagem, atendente de consultório dentário e agente comunitário de saúde) para o acolhimento de cada dia obedecendo ao protocolo de classificação de risco.

5.6 RESULTADOS ESPERADOS

Com a implantação das ações propostas nesse Projeto, espera-se:

- a) Organização do serviço da Unidade Básica de Saúde Sede I em Oliveira dos Brejinhos - BA;
- b) Humanizar o atendimento, atender de forma personalizada, ouvindo e identificando às necessidades e dando respostas necessárias para a resolução dos problemas apresentados pelos usuários;
- c) Oferecer profissionais capacitados, sensibilizados e envolvidos com a implementação do acolhimento, o que contribuirá para elevar o nível de satisfação da comunidade;
- d) Elevar o nível de satisfação dos usuários e profissionais a partir da organização e humanização do atendimento, principalmente dos sujeitos tema deste estudo.

5.7 AVALIAÇÃO

A saúde do homem está intimamente ligada ao padrão de conhecimento adquirido por esses através da assistência à saúde e ações da atenção preventiva e promocionais no espaço limitado da unidade de saúde. A avaliação dessa forma serve tanto para possibilitar aos profissionais de enfermagem uma análise positiva ou não de sua prática como também perceber se as mulheres alcançaram a meta desejada.

A avaliação não deve ser fechada e nem encarada como um sistema de medida do conhecimento. Deve, sim, ser processual (por etapas), diária, contínua (deve ocorrer durante todo o processo), diagnóstica (deve detectar dificuldades ou problemas que possam gerar mudanças da prática preventivo-promocional).

Desse modo, o principal fundamento da avaliação é descobrir se o processo de ensino-aprendizagem está sendo efetivado e dinâmico. Para tanto, a avaliação do presente projeto dar-se-á diante da observação dos seguintes aspectos: participação, interesse, curiosidade, interação, compromisso, como também o desenvolvimento dos homens perante as atividades propostas.

Será repassada a unidade básica de saúde, painéis ilustrativos com intuito dos homens estarem fixando as técnicas de prevenção e cuidados em relação às doenças a exemplo do câncer de próstata em seu cotidiano.

Avaliando o acolhimento, a partir dos mecanismos que viabilizam sua implantação e das potencialidades qualificadoras da assistência, pode-se considerar sua efetividade, enquanto instrumento para a humanização da atenção à saúde. Esse conhecimento possibilita intervir nas relações entre trabalhadores de saúde e usuários e no próprio processo de trabalho, na tentativa de transformar os serviços em espaços resolutivos de construção de sujeitos valorizados, autônomos e criativos (MALTA, et al., 2001).

Embora a humanização do atendimento na saúde seja uma aspiração dos usuários dos serviços, tem sido tímido o investimento em pesquisas sobre humanização. E, até o presente momento, não foram identificados trabalhos referentes ao entendimento que os profissionais têm sobre a humanização no atendimento à saúde. Entende-se que a pesquisa em pauta é de relevância principalmente para o município de Oliveira dos Brejinhos – BA, pois, possivelmente, apresentará resultados, os quais poderão subsidiar os gestores na melhoria do planejamento e execução de ações visando o atendimento humanizado nas Unidades Básicas de Saúde. Além

disso, os resultados poderão levar as instituições formadoras de profissionais da área da saúde a incluírem a humanização como um dos temas transversais nas propostas pedagógicas dos cursos. Assim, justifica-se a realização desta pesquisa.

Dentre os vários aspectos a serem avaliados, alguns se referem ao processo de atendimento ao usuário que chega à unidade de saúde. É investigado se os gestores desenvolvem com as equipes estratégias para enfrentamento dos problemas encontrados no atendimento à população; se as informações sobre o funcionamento do serviço são disponibilizadas aos usuários de maneira clara e acessível; se existe escuta e atenção aos usuários durante todo o período de funcionamento da USF; se a ESF avalia e responde às sugestões e reclamações encaminhadas, viabilizando atendimento das solicitações; se a ESF desenvolve iniciativas para estimular o desenvolvimento da autonomia, do auto-cuidado e da co-responsabilidade por parte dos usuários; e se existem critérios orientadores diferenciando situações de atendimento imediato daqueles programados (BRASIL, 2005a).

É relevante que na avaliação haja sugestões e propostas decorrentes da experiência e resultados. As considerações finais devem ser redigidas sempre com base nos resultados obtidos, sem especulações e respeitando as conjecturas da fundamentação teórica

A avaliação do Projeto de Intervenção será feita através da observação e registro diário, da utilização de questionário com perguntas objetivas e subjetivas voltadas para os usuários (homens com idade entre 40 a 69 anos) com a implantação deste Projeto, analisando a satisfação, o acolhimento, o atendimento e a resolutividade dos problemas. Quanto aos profissionais, estes deverão ser avaliados com uma pergunta norteadora – Quais as mudanças percebidas por você (profissional) após a implementação do acolhimento humanizado nesta UBASF?

Após a aplicação e análise dos questionários com os registros das falas na perspectiva dos usuários, serão eleitos os indicadores que avaliarão a intervenção sugerida. Neste sentido, pode-se ressaltar que além da condição empírica, esta pesquisa proporcionará por meio do psicossocial um estudo gratificante por ter desenvolvido um tema de relevância para a sociedade, bem como está podendo contribuir no reforço da prática da Política Nacional de Humanização de forma significativa. Com este trabalho espera-se que novos horizontes sejam abertos para uma maior compreensão da importância das percepções dos profissionais de saúde em geral em relação à importância do atendimento humanizado. Ou seja, atender com respeito, atenção, amor e tratando

todos da mesma forma – humanizada – desejo de todo ser humano quando busca um atendimento para aliviar sua dor.

Após a aplicação deste Projeto de Intervenção na Unidade em estudo, pretende-se repassar nossa experiência para os gestores públicos, a fim de sensibilizá-los da necessidade real e da importância em subsidiar projetos como estes, que visam a melhoria do atendimento aos usuários, não apenas nas Unidades Básicas de Saúde da Família, mas também em toda a rede de saúde.

Desse modo, é preciso pensar, respeitar, o ser humano, quando se pensa em um espaço para atender seres humanos. Não se deve simplesmente alugar uma casa qualquer e lá depositar profissionais para atender pessoas que buscam o alívio de suas dores, sejam físicas ou psíquicas. Além da competência técnica, é preciso respeito, atenção, amor e humildade quando se tem o dever de cuidar do outro.

Nessa perspectiva, novas pesquisas que envolvam todos os profissionais de saúde, devem ser desenvolvidas não somente nas unidades de atenção básica de saúde da família, mas também em outros níveis de atenção. Devem ser realizadas, ainda, pesquisas com os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) em que eles possam participar da construção de um atendimento humanizado como é preconizado pela Política Nacional de Humanização (PNH).

Na visão de Caponi (2000) a temática humanização envolve questões amplas que vão desde a operacionalização de um projeto político de saúde calcado em valores como a cidadania, o compromisso social e a saúde como qualidade de vida, passando pela revisão das práticas de gestão tradicionais até os micros espaços de atuação profissional nos quais saberes, poderes e relações interpessoais se fazem presentes. Assim, é necessário compreender a humanização como temática complexa que permeia o fazer de distintos sujeitos.

Entendido assim, humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, o sofrimento humano, as percepções de dor ou de prazer no corpo, para serem humanizadas, precisa tanto que as palavras com que o sujeito as expressa sejam reconhecidas pelo outro, quanto esse sujeito precisa ouvir do outro, palavras de seu reconhecimento como um sujeito digno de respeito e consideração.

Caponi (2000) esclarece ainda, que a humanização depende de nossa capacidade de falar e ouvir, pois as coisas do mundo só se tornam humanas quando passam pelo diálogo com nossos semelhantes. O compromisso com a pessoa que sofre pode ter basicamente três, ou quatro, tipos

de motivação. Ou seja, pode resultar do sentimento de compaixão por quem sofre, ou da idéia de que assim contribui-se para o bem comum e para o bem-estar em geral. Pode resultar também da paixão pela investigação científica, que se funda sobre o ideal de uma objetividade, com a exclusão de tudo quanto lembre a subjetividade. Um quarto tipo de motivação de compromisso pode resultar da solidariedade genuína.

Não restam dúvidas de que quando se pretende promover a humanização dos serviços de saúde, a necessidade de inclusão de todas as dimensões da subjetividade do usuário – psíquicas, familiares, culturais e sociais – já é razoavelmente reconhecida e discutida pelo conhecimento médico. Deve-se chamar atenção para a necessidade de uma segunda inclusão, menos observada mas tão importante quanto a primeira, das mesmas dimensões da subjetividade do profissional de saúde. Merhy; Onocko (1997) ressaltam que do ponto de vista do profissional, a consideração dessas dimensões permite a ele melhores condições de enfrentamento do desgaste provocado pelo constante contato com a dor, com o sofrimento e com os limites e dificuldades na realização de seu trabalho. O respeito aos aspectos subjetivos do profissional constitui uma proteção à sua saúde porque lhe permite um agir menos defensivo, mais espontâneo e próximo às suas necessidades e às necessidades do usuário.

Os autores acima esclarecem ainda, que a humanização dos serviços de saúde envolve, ainda, três outros aspectos fundamentais, quais sejam:

a) a capacitação permanente dos profissionais de saúde e a criação de condições para sua efetiva participação na identificação das melhorias que considerem necessárias às suas condições de trabalho;

b) a criação de condições para uma participação ativa dos usuários na avaliação da qualidade dos serviços que lhe são oferecidos;

c) o envolvimento da comunidade organizada e sua efetiva participação como parceira dos agentes públicos de saúde, em ações de apoio e acompanhamento dos serviços.

Deve-se destacar que a falta de compromisso dos trabalhadores de saúde com o sofrimento dos usuários, a baixa capacidade resolutiva das ações de saúde, a intensa desigualdade ao atendimento dos diferentes estratos econômico-sociais e a vantagem dos cidadãos que podem pagar altos preços pelos serviços, no acesso ao melhor que se tem no setor, demonstra a desumanização do serviço na área de saúde, especialmente na saúde pública. Merhy; Onocko, (1997) afirmam que o usuário, qualquer que seja ele, espera que a relação trabalhadora de saúde e

usuário seja capaz de gerar acolhimento que permita uma atuação sobre seu sofrimento, o seu problema.

Nessa perspectiva, o presente trabalho que versa sobre o acolhimento humanizado em Ambiente da Atenção Básica de Saúde pode contribuir na implementação de novos valores, novos paradigmas, por meio do entendimento entre sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, gerindo a gestão participativa e adequando os serviços ao ambiente físico, social e a cultura local, promovendo a ambiência acolhedora e confortável conforme preconiza a Política Nacional de Humanização.

Portanto, este estudo me possibilitou fazer uma reflexão acerca do que representa o atendimento humanizado, ou o que é a humanização na saúde. É preciso entender que humanização não é simplesmente ser “bonzinho”, mas ser antes de tudo solidário e ético, ou seja, tratar o próximo como gostaria de ser tratado..

6 CRONOGRAMA

ETAPAS	AÇÕES	TEMPO
01	O cronograma semanal da UBSF – Sede I será identificado através da observação e registro da demanda espontânea e fluxo já estabelecido.	Março/2014
02	Realizar o planejamento do acolhimento seguindo o cronograma da UBASF – Sede I, identificando o tema a ser trabalhado, de acordo com a necessidade do grupo de usuários e diagnóstico situacional.	Abril/2014
03	Sensibilizar, mobilizar e capacitar toda a equipe de saúde para a implementação do acolhimento nesta UBASF.	Março/2014
04	Planejar ações educativas para todo o mês com os profissionais de saúde, objetivando facilitar a compreensão do atendimento junto ao usuário.	Abril/2014
05	Selecionar um profissional de saúde da equipe de saúde da família para o acolhimento de cada dia, obedecendo ao protocolo de classificação de risco.	Maio/2014
06	Avaliação.	Junho/2014

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARDAL, P.A.P. Saúde Bucal Coletiva. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**. Vol 11. nº 1. Rio de Janeiro. Janeiro/Março, 2004.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde in. **Ciências e Saúde Coletiva**., v.10, n.3, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/Acesso> em 17/02/2014.

BRASIL. **Constituição da Republica Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4.ed. São Paulo: Saraiva, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **PNH - política nacional de humanização**. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS); 2 ed. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2ªed. Brasília, DF, 2006e.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 3ª ed. Brasília, DF, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: política nacional de humanização: relatório de atividades Brasília, 2005a.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial, Brasília: 1998. Disponível em: < http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em 10/02/2014.

BUENO WS; MERHY EE. **Os equívocos da NOB 96**: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? 1997. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/htm> Acesso em: 15/03/2014.

CAPONI, S. **Da compaixão à solidariedade**: uma genealogia da assistência medica. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2000.

CASSATE, J.C.; CORREA, A.K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura de enfermagem brasileira. **Revista Latino americana de Enfermagem**, 13(1), p.105-111, 2004.

DESLANDE, S. F. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19819.pdf>. Acesso em: 10/02/2014.

DIMITROV, P. A **Importância do acolhimento no projeto cabeça feita**: o pensar, o fazer, o viver. São Paulo: Sistema único de Saúde, Secretaria Municipal da Saúde Prefeitura de São Paulo, 2002.

FRANCO T. B, BUENO W. S, MERHY E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 1999.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um Programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.E.; et al. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2005.

GAS, Beverly Witter Du. **Enfermagem prática**. 4ª edição. Editora Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 1988.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (2010). **Estudos e Pesquisas**: informação demográfica e sócio econômica. N. 17.

Disponível em: www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao.pdf. Acesso em: 10/02/2014.

KLUTCHCOVSK, A.C.G. C. e TAKAYANAGUI. O agente comunitário de saúde: uma versão da literatura. **Rev. Latino em Enfermagem**, 2006.

MALTA D. C; et al. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. **Saúde Debate**, 2000.

MARIOTTI, H. Ciência e Saúde. In: **Acolhimento**: o pensar, o fazer, o viver. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde 2002.

MERCADANTE, O. A. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: Finkelman, J. (org) **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MERHY, E. E; ONOCKO, R. (ORG.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec: Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.

NÓBREGA, M.I.A. **Temas em saúde da família**: diversidades de saberes e práticas profissionais fundamentadas na pesquisa. Fortaleza: Eduece, 2006.

RIZZOTTO, M.L.F. As Políticas de Saúde e a Humanização da Assistência. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2002.

SALES, F.M.S. **Ações de educação em saúde para prevenção e controle da dengue**: um estudo em Icaraiá, Caucaia, Ceará. 2008. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?>. Acesso em: 15/02/2014.

SILVA JAG. Programa saúde da família: bom para a população e para a enfermagem. **Revista Nursing**, Barueri, v. 62, n. 6, 2003.

SOUSA, M.F.de. **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: HUCITEC, 2002.

TEIXEIRA R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R; Mattos R. A. (Org.) **Construção da Integralidade**: cotidianos saberes e práticas em saúde. IMS-UERJ/ABRASCO: Rio de Janeiro, 2003.

TOLEDO, L.C.M. **Humanização do edifício hospitalar**: um tema em aberto. (2007). http://mtarquitectura.com.br/humanização/edificio_hospitalar.pdf. Acesso em 05/03/2014.