

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DA SAÚDE

Emanoeli Züge

A HUMANIZAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Porto Alegre, RS
março de 2012

Emanoeli Züge

A HUMANIZAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado ao Curso de Especialização em
Gestão da Saúde – modalidade a distância da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
como requisito para a obtenção do título de
especialista.

Orientadora: Prof^a Andrea Bonamigo

Porto Alegre, RS

2012

Emanoeli Züge

HUMANIZAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentada ao Curso de Especialização em
Gestão da Saúde – modalidade a distância da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul como
requisito para a obtenção do título de especialista.

Aprovado emde..... 2012.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.

Prof.

Dedica este trabalho ao meu filho Gustavo,
pelas tantas vezes que não teve a mãe
presente.
E ao meu esposo Marcelo, pela paciência,
e acima de tudo pelo apoio incondicional.
Aos meus pais pelo orgulho e a confiança.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus colegas entrevistados da Prefeitura Municipal de Três Passos-RS que, prontamente, se colocaram a disposição para me ajudar nesta pesquisa.

Agradeço à Secretaria Municipal de Saúde pelos dados e ao pronto atendimento.

Agradeço a minha grande amiga Sirlei Vincenzi pela imensa ajuda, servindo muitas vezes de orientadora, na elaboração deste trabalho.

Agradeço pelo empenho da coordenadora de polo Janete Jussara Schmitz em busca de orientação na elaboração do trabalho.

Agradeço muito a Deus por não me deixar fraquejar nos momentos tão difíceis que passei, guiando meus passos para eu continuar seguindo no caminho das pedras.

No Meio do Caminho

*No meio do caminho tinha uma pedra
tinha uma pedra no meio do caminho
tinha uma pedra
no meio do caminho tinha uma pedra.*

*Nunca me esquecerei desse acontecimento
na vida de minhas retinas tão fatigadas.
Nunca me esquecerei que no meio do caminho
tinha uma pedra
tinha uma pedra no meio do caminho
no meio do caminho tinha uma pedra.*

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

Este trabalho pretende descrever e identificar o conhecimento e a prática dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família em um município do noroeste do estado do Rio Grande do Sul, quanto ao atendimento prestado nos serviços de saúde a cerca da Política de Humanização. A partir da pesquisa, busca-se um maior conhecimento acerca do assunto, trazendo sua contribuição acadêmica e para os profissionais de saúde e gestores, pois busca conhecer a magnitude da humanização na saúde e identificar os fatores que implicam na implantação da política no dia a dia do SUS. Estas informações poderão ser apresentadas aos atores envolvidos, gerando-se assim uma reflexão e análise sobre o assunto, quanto à inserção local dos serviços de saúde a esta política.

Palavras-chave: Humanização – Atendimento humanizado – Gestão humanizada

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	08
2.	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	10
3.	O CONCEITO DE HUMANIZAÇÃO	12
4.	A HUMANIZAÇÃO COMO POLÍTICA PÚBLICA	13
5.	ACESSO, QUALIDADE E OFERTA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	15
6.	GESTÃO HUMANIZADA	17
7.	OBJETIVOS	18
7.1.	Objetivo Geral.....	18
7.1.1.	Objetivos Específicos.....	18
8.	MÉTODO	19
8.1	Tipo de Estudo.....	19
8.2	Sujeitos Envolvidos.....	19
8.3	Instrumento.....	19
8.4	Procedimento de Coleta de Dados.....	19
9.	APRESENTAÇÃO DO LOCAL	21
10.	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	23
11.	CONCLUSÃO.....	26
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	30
	APÊNDICES.....	32
	A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	32
	B – Questionário com os Profissionais da Saúde	33

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) nasce em meio a lutas pela redemocratização nacional, em 1988, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto. Este sistema ainda traz consigo princípios básicos, de responsabilidade do Estado previstos na Constituição Federal de 1988.

Em 2003 nasce a Política Nacional de Humanização, a fim de efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão. Humanizar a atenção e a gestão em saúde no SUS se apresenta como meio para a qualificação das práticas de saúde, tais como, o acesso com acolhimento atenção integral com responsabilidade e vínculo, valorização dos trabalhadores e usuários com participação na gestão. Estas se tornam essenciais para o processo de implantação da política de humanização.

A humanização se apresenta para nós como estratégia de interferência no processo de produção de saúde, levando em conta que sujeitos, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades. Estes sujeitos, primeiramente, trabalhadores devem ter clareza do seu papel e sua inserção no processo de humanizar. Encontramos neste ponto um dos maiores problemas a serem enfrentados no Sistema Único de Saúde: a falta de formação e profissionalização dos sujeitos. A partir deste ponto surgem outros decorrentes do processo como a insatisfação por parte dos usuários, falta de resolutibilidade, a dificuldade no acesso e os problemas estruturais.

Nesta temática, esta pesquisa tem como objetivo analisar o grau de entendimento dos profissionais que atuam nas Equipes de Estratégia Saúde da Família no município de Três Passos – RS. A partir desta pesquisa busca-se maior conhecimento acerca do assunto, trazendo sua contribuição acadêmica e para os

profissionais e gestores da saúde, pois busca conhecer a magnitude da humanização e identificar os fatores que implicam na implantação da política no dia a dia do SUS. Estas informações poderão ser apresentadas aos atores envolvidos, gerando assim uma reflexão e análise sobre o assunto, quanto à inserção local dos serviços de saúde a esta política.

2. ESTRATÉGIA SAÚDE DE FAMÍLIA

No ano de 1994 o Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde da Família (PSF), que, atualmente, denomina-se Estratégia Saúde da Família (ESF), entendido como uma proposta estruturante do Sistema de Atenção à Saúde, com objetivo de colaborar, decisivamente, na organização do Sistema Único de Saúde e na municipalização, implementando os princípios fundamentais de universalização, descentralização, integralidade e participação comunitária. O ESF prioriza as ações de proteção, promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral, humanizada e contínua (BRASIL, 2001).

Desde sua institucionalização, a Estratégia de Saúde da Família vem assumindo relevância no discurso político, institucional e social no âmbito do Ministério da Saúde, com a implementação de mecanismos de alocação de recursos e outros dispositivos de financiamento (SOUZA, 2001).

A partir de 1998, o programa é concebido pelo conjunto dos atores institucionais (em âmbito nacional, estadual e municipal) como importante norteador para o desenvolvimento de sistemas locais de saúde, ganhando *status* de estratégia de reorientação assistencial.

A Equipe de Saúde da Família é formada por uma equipe multidisciplinar composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, odontólogo, auxiliar de saúde bucal, serventes e agentes comunitários de saúde que atuam na parte preventiva, curativa e de reabilitação do indivíduo.

As principais atividades desenvolvidas são: consultas médicas, de enfermagem e odontológicas; grupos de saúde; visitas domiciliares; exame preventivo de câncer; consultas pré-natais; vacinação; procedimentos técnicos e

educação em saúde nas escolas e na comunidade; além das ações e campanhas priorizadas pelo Ministério da Saúde.

A ESF prevê a utilização da assistência domiciliar à saúde, em especial, a visita domiciliar, como forma de instrumentalizar os profissionais para sua inserção e o conhecimento da realidade de vida da população, bem como o estabelecimento de vínculos com a mesma; visando atender as diferentes necessidades de saúde das pessoas, preocupando-se com a infra-estrutura existente nas comunidades e o atendimento à saúde das famílias (GIACOMOZZI E LACERDA, 2006).

Vários autores trazem que a estratégia da saúde de família e os espaços que ela ocupa são o ponto inicial e “a porta de entrada” de implantação das políticas de humanização na atenção a saúde da população.

3. O CONCEITO DE HUMANIZAÇÃO

Por humanização entende-se a retomada ou revalorização da imagem idealizada do homem e mais a incitação a um processo de produção de novos territórios existenciais (BENEVIDES & PASSOS, 2005).

De acordo com Lepargneur (2003), humanizar é saber promover o bem comum acima da suscetibilidade individual ou das conveniências de um pequeno grupo. Para Pessini (2004) é possível e adequado para a humanização se constituir, sobretudo, na presença solidária do profissional, refletida na compreensão e no olhar sensível, aquele olhar de cuidado que desperta no ser humano sentimento de confiança e solidariedade.

No campo das políticas de saúde “humanização” diz respeito à transformação dos modelos de atenção e de gestão nos serviços e sistemas de saúde, indicando a necessária construção de novas relações entre usuários e trabalhadores. A humanização em saúde volta-se para as práticas concretas comprometidas com a produção de sujeitos de tal modo que atender melhor o usuário se dá em sintonia com melhores condições de trabalho e de participação dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (CAMPO, 2000).

O termo “humanização” tem sido empregado, constantemente, no âmbito da saúde. É a base de um amplo conjunto de iniciativas, mas não possui uma definição mais clara, geralmente, designando a forma de assistência que valoriza a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e cultura, além do reconhecimento do profissional.

Como resumo e, em linhas gerais, o termo humanização pode ser definido como um conjunto de ações que valorizam e qualificam a prestação de serviços em saúde.

4. A HUMANIZAÇÃO COMO POLÍTICA PÚBLICA

A humanização, enquanto política pública de saúde, na atualidade, vem afirmando-se como criação de espaços que alteram as formas de produzir saúde, tomando como princípios o aumento do grau de comunicação entre sujeitos e equipes. Este movimento se faz com sujeitos que possam exercer sua autonomia de modo acolhedor, co-responsável, resolutivo e de gestão compartilhada dos processos de trabalho (DESLANDES, 2004).

A Política de Humanização parte de conceitos e dispositivos que visam à reorganização dos processos de trabalho em saúde, propondo, centralmente, transformações nas relações sociais, que envolvem trabalhadores e gestores em sua experiência cotidiana de organização e condução de serviços; e transformações nas formas de produzir e prestar serviços à população. Pelo lado da gestão, busca-se implantar instâncias colegiadas e horizontalização das “linhas de comando”, valorizando a participação dos atores, o trabalho em equipe, a chamada “comunicação lateral”, e democratizando os processos decisórios, com co-responsabilização de gestores, trabalhadores e usuários. E traz como fundamental a participação dos profissionais da saúde na elaboração de planos e ações (HUMANIZASUS, 2004).

Orientada pelos princípios da transversalidade e da integralidade, entre atenção e gestão, a humanização se expressa a partir de 2003, como Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2011). Como tal, compromete-se com a construção de uma nova relação seja entre as demais políticas e programas de saúde, seja entre as instâncias de realização do Sistema Único de Saúde (SUS), seja entre os diferentes atores que constituem o processo de trabalho em saúde.

A política de humanização surge em um cenário de desafios, ainda presentes na construção do SUS que exige mudanças no modelo de gestão e de atenção à saúde. Dentre eles, destacam-se: vínculo frágil nos grupos de trabalhadores *versus* usuários e controle social rudimentar, relações de trabalho precárias e pouca, ou

nenhuma, participação dos trabalhadores na gestão dos serviços, baixo investimento em educação permanente, desestímulo ao trabalho em equipe e despreparo dos profissionais para lidar com questões subjetivas que toda prática de saúde envolve. (HENNINGTON, 2008)

5. ACESSO, QUALIDADE E OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Para o usuário, a oferta de um tratamento digno, solidário e acolhedor por parte de quem o atende não é apenas direito, mas contribui com uma etapa fundamental na conquista da cidadania. O acolhimento, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário. Este conjunto de ações vai caracterizar o atendimento como sendo humanizado, gerando satisfação à clientela atendida.

Segundo Nobre (1999) o “atendimento ao cliente consiste numa atitude positiva de dar atenção ao cliente, permitindo que ele manifeste suas necessidades, ouvindo-o com interesse, dando solução aos seus problemas, ou, então, encaminhando-o à pessoa certa”.

Neste contexto a Estratégia de Saúde da Família encontra-se hoje na condição de estratégia prioritária para a organização da atenção básica, “de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2011). O Ministério da Saúde entende que o fortalecimento da atenção básica se dá com a ampliação do acesso e a qualificação e reorientação das práticas de saúde embasadas na promoção da Saúde.

A atenção básica como porta de entrada está referenciada na Carta dos Direitos dos Usuários do SUS (BRASIL, 2006), na qual o primeiro princípio assegurado a todos os cidadãos refere-se ao acesso dos sistemas de saúde “deve ser ordenado e organizado”, sendo que o primeiro item deste princípio estabelece que este acesso deve-se dá “prioritariamente pelos Serviços de Saúde da Atenção Básica próximos ao local de moradia”.

Estudos desenvolvidos acerca da percepção dos usuários sobre a qualidade dos serviços de saúde (GALINDO, 2001; GATTÁS, 2003) apontam para falhas relacionadas, basicamente, ao acesso, ao tratamento dispensado pelos profissionais, ao acolhimento e à baixa resolubilidade.

Conill (2002), discutindo a avaliação a partir da análise do Programa de Saúde da Família de Florianópolis, adota o acesso e a integralidade como categorias operativas, e identifica que na percepção tanto dos gestores como da população usuária, o acesso foi considerado um aspecto problemático na utilização dos serviços. Em estudo semelhante sobre a qualidade em saúde desenvolvido na rede básica de Natal, RN, Dimenstein *et al.* (2003) também identificou, entre outros fatores negativos associados à qualidade e a dificuldade no acesso.

A proposta do atendimento humanizado tem como meta uma nova cultura institucional, que possa instaurar, entre outras coisas, o bem estar físico, psíquico e social dos usuários dos serviços de saúde, resgatando, assim, a dignidade e o compromisso com o paciente, gerando sem dúvida qualidade de vida a clientela atendida, sanando alguns pontos fundamentais e problemáticos da porta de entrada do sistema.

6. GESTÃO HUMANIZADA

Identificamos uma transformação paradigmática organizacional crescente que começa a exigir novas formas de lidar com as pessoas dentro das organizações, ou seja, com orientação humanista. Na perspectiva humanista, e no âmbito da economia neoliberal, o homem deixa de ser um mero fator de produção subordinado aos interesses do capital e da técnica, para ser o fator principal de todo processo produtivo. Ademais, reivindica-se a satisfação das necessidades humanas tais como a dignidade e a valorização do indivíduo no trabalho (LEITÃO e LAMEIRA, 2005).

A gestão humanizada passa a ser uma necessidade no novo paradigma organizacional. Esta tem como intuito propor uma mudança do perfil do gestor em substituição ao estilo autocrático para tornar-se um líder e poder captar e desenvolver a capacidade criativa e os talentos que a organização dispõe. Este perfil de liderança, portanto, é dinâmico e multifacetado que transforma o gestor em um agente de mudanças via a arte de liderar pessoas, mobilizando energias para a qualidade dos serviços públicos (SILVA, 2006).

A melhoria da qualidade da assistência e conseqüente satisfação do usuário são resultantes do modo de gestão do trabalho desenvolvido nos serviços, cujo protagonista nesse processo é o trabalhador da saúde.

7. OBJETIVOS

7.1. Objetivo geral

Descrever e identificar o conhecimento e a prática dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família em um município do noroeste do estado do Rio Grande do Sul, quanto ao atendimento prestado nos serviços de saúde acerca da Política de Humanização.

7.1.1. Objetivos específicos

Ter conhecimento acerca do assunto, quanto ao desenvolvimento de políticas e programas de humanização desenvolvidos pelo município.

Conhecer o papel dos profissionais participantes da pesquisa na política de humanização na saúde.

Identificar os fatores que implicam na implantação da Política de Humanização no dia a dia do SUS.

Gerar uma reflexão e análise sobre o assunto, quanto à inserção local dos serviços de saúde à Política Nacional de Humanização.

8. MÉTODO

8.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo qualitativo que segundo Minayo (2002), “a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

8.2. Sujeitos envolvidos

Os sujeitos envolvidos na pesquisa foram quinze profissionais que atuam como médicos, enfermeiras e dentistas em cinco equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF). Porém os profissionais que concordaram participar da pesquisa foram uma médica, cinco enfermeiras e três dentistas.

8.3. Instrumento

Foram elaboradas quatro questões subjetivas, onde se desejou saber o entendimento dos profissionais quanto ao atendimento humanizado, se no seu local de trabalho acontece alguma política ou programa de humanização, qual seu papel nesta política ou programa e ainda se ocorre algum fator que impede a implantação de práticas ou ações humanizadas.

8.4. Procedimento de coleta dos dados

A coleta de dados se deu após a leitura e concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice I). Por meio deste foram explicados os objetivos da pesquisa, a justificativa e os procedimentos. Concomitante, os participantes receberam via email os questionários com quatro questões subjetivas. Os entrevistados tiveram dez dias para responder o questionário. O recolhimento

dos questionários foi procedido pela pesquisadora diretamente em cada uma das Equipes. Dos convidados apenas 09 aceitaram participar da pesquisa.

9. APRESENTAÇÃO DO LOCAL

O Município de Três Passos localiza-se na Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, estando a 480 km da capital, Porto Alegre. É considerado município polo da Região Ceilero por apresentar serviços especializados em saúde e educação. Sua população é de 23.965 habitantes (IBGE, 2010). Conta com 8 equipes de Saúde da Família, um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e uma Unidade Prisional abrangendo 100% da população. A população conta ainda com um hospital geral com 124 leitos e 10 leitos na UTI adulto. As atividades desenvolvidas nas equipes são as preconizadas pelo Ministério da Saúde.

O princípio do controle social baseia-se na premissa de que quanto mais a sociedade estiver envolvida na construção e fiscalização do SUS, maior será a probabilidade de que a implantação de políticas e ações obtenham êxito e tragam benefícios. Neste sentido o elo entre os usuários e os gestores são os conselhos municipais de saúde. O município possui sessenta e quatro conselhos, que acompanham os principais programas e ações, tanto na etapa de planejamento como na execução.

No ano de 2010, o município contava com apenas 5 equipes de saúde da família, quando foram realizadas 45.583 consultas médicas, 17.189 atendimentos odontológicos e 15.239 atendimentos de enfermagem. Neste mesmo ano o percentual de recursos municipais investidos em saúde chegaram a 18,64%. Com o objetivo de atingir 100% de cobertura da Estratégia da Saúde da Família no ano de 2011 foram inauguradas mais três unidades.

Observando os Indicadores de saúde do município, os que mais chamam atenção são referentes à saúde da criança. Em 2010 o município reduziu a zero o número de óbitos evitáveis em menores de um ano. É sabido que uma das ações mais importantes para a redução da mortalidade infantil é a prevenção através de

imunização contra doenças infectocontagiosas. Neste sentido o município tem conseguido atingir 100% da meta prevista, quando todas as crianças menores de um ano estão com a carteira de vacinação em dia. Houve também uma redução de 76% no índice de desnutrição infantil de 2000 a 2010. No ano de 2010, 4.433 foram avaliadas pelas equipes de saúde da família, destas apenas 0,2 estavam desnutridas.

Estes números mostram que a atenção básica no município vem se fortalecendo, resultando em uma melhora na qualidade de vida da população. O grande desafio é transformar o planejamento em ação na construção de um sistema de saúde que atenda às expectativas da população.

10. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os respondentes da pesquisa foram quinze profissionais que atuam como médicos, enfermeiras e dentistas em cinco equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF). Porém os profissionais que concordaram participar da pesquisa foram uma médica, cinco enfermeiras e três dentistas.

O primeiro questionamento foi sobre “O que você entende sobre atendimento humanizado?”. Todos os profissionais relatam o atendimento baseado no acolhimento, o respeito, o ato de ouvir o paciente, vê-lo como parte integrante do todo, buscando o resgate do ser humano e seus valores. Isso pode ser relatado por um trecho escrito por uma das entrevistadas:

*“...significa também acolher e reconhecer cada pessoa em sua singularidade, em suas necessidades específicas, isso é possível por meio do desenvolvimento do vínculo que acontece através da abertura para a escuta e o diálogo, mantendo relações éticas e solidárias”
(Relato da Enfermeira 1)*

Nesta mesma linha, alguns trazem como ponto fundamental a resolução do problema, conhecendo a causa do que o levou a procurar o serviço de saúde. Esta mesma linguagem é utilizada por outros pesquisadores, como Fortes (2000).

“(...) Humanizar significa reconhecer as pessoas que buscam nos serviços de saúde a resolução de suas necessidades de saúde, como sujeitos de direitos (...) é observar cada pessoa em sua individualidade, em suas necessidades específicas, ampliando as possibilidades para que possa exercer sua autonomia (...)”.

Alguns profissionais colocam como necessário que o profissional se colocasse como usuário e se perguntar “como eu gostaria de ser tratado?”. Emerge a necessidade de valorização do doente/usuário do serviço de saúde como sujeito de direitos, capaz de exercer sua autonomia, revelando uma ideia de humanização a partir da possibilidade de dar condições para que o usuário seja participante. “Partilhar das decisões é um caminho para implantar o princípio ético da autonomia dos indivíduos e da coletividade” (CASATE, 2005).

O segundo questionamento foi “Você desenvolve no seu trabalho alguma política ou programa de humanização?”. Os entrevistados relatam que está sendo constituído um grupo de humanização na Secretaria Municipal de Saúde que dará suporte às equipes, porém através do cotidiano das unidades, mesmo sem seguir uma política ou programa, “tentam” ser resolutivos e tratar seus pacientes na sua integralidade, bem como estabelecer vínculos com os mesmos. Grande parte destes profissionais esboça a necessidade de se implantar este grupo de suporte que terá como objetivos criar condições no espaço coletivo para a sensibilização e qualificação das relações de trabalho entre os profissionais e, conseqüentemente, qualificar e humanizar a assistência aos usuários.

Para desencadear este processo de sensibilização para a humanização dos serviços, a partir deste grupo de suporte, pode ser necessária uma mudança na organização do ambiente de trabalho e que os profissionais tenham conhecimento de seus pontos fortes e fracos. Segundo Siedler (2004), é necessário, também, que cada profissional tenha consciência de sua função e saiba o quanto é importante o compartilhamento de informações no espaço coletivo, para que os resultados sejam atingidos de forma integrada. A equipe, quando compartilha o mesmo sonho, supera o individualismo e os desafios da competitividade. Logo, as chances de sucesso aumentam, quando o trabalho é compartilhado e valorizado de acordo com as potencialidades de cada profissional.

A terceira questão questiona “Qual o seu papel nesta política ou programa?”. Os participantes citaram alguns propósitos da Política Nacional de Humanização (HUMANIZASUS), que se baseia em incentivar as práticas promocionais de saúde, estabelecer formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços. E ainda comprometer-se com o trabalho em equipe, tendo em vista o aumento da co-responsabilidade e maior eficácia na atenção em saúde. O processo de trabalho deve ser acordado entre os membros da equipe, definindo-se campo e núcleo de competência de cada profissional, com o objetivo de acolher e produzir vínculo com os usuários. A atividade de acolhimento deve ser de responsabilidade de toda a equipe.

O último questionamento foi “Ocorre em seu município algum fator que impeça a implantação de práticas ou ações humanizadas?”. A maioria dos participantes respondeu que não há fator que impeça ou interrompa a implantação, porém dois trouxeram a falta de comprometimento de alguns profissionais da equipe, e a necessidade de capacitações e sensibilizações para os profissionais. Isso se torna necessário para que as equipes de Estratégia Saúde da Família consigam atender os usuários de uma forma mais equânime, com uma maior participação dos mesmos nas questões relacionadas à saúde, adequando o serviço com as perspectivas de cada usuário ou comunidade.

11. CONCLUSÃO

Na perspectiva dos trabalhadores, a humanização da saúde tem relação direta com a valorização do trabalho e do trabalhador. Valorizar toma duas direções centrais: democratizar as relações de trabalho, o que se faz pela inclusão dos trabalhadores nos processos de gestão da saúde; e enfrentar temas fundamentais referentes às condições concretas de trabalho, como a remuneração, os espaços de trabalho e as condições de trabalho que interferem, diretamente, na produção de saúde dos que cuidam. Assim, a Humanização é uma aposta metodológica, certo modo de fazer, lidar e intervir sobre problemas do cotidiano do SUS, influenciando diretamente a Gestão da Saúde.

A humanização é um movimento que propõe a inclusão das pessoas de uma organização/serviço para que possam reconstruir de forma mais compartilhada e coletiva modos de gerir e de cuidar, considerando princípios e diretrizes, que são pressupostos éticos, clínicos e políticos. No que se refere à atenção básica, à Estratégia da Saúde da Família, à Política Nacional de Humanização propõe o exercício do método (inclusão dos sujeitos para a produção do comum), que deve ser orientado para a produção do acolhimento, da clínica ampliada, da co-gestão, da valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários.

Conclui-se que a humanização torna-se, sem dúvida, necessária e se estabelece como construção de atitudes éticas e políticas, em sintonia com um projeto de responsabilidade mútua e fortalecimento dos vínculos entre os profissionais e usuários dos serviços de saúde. Alguns profissionais relataram que está em fase de construção e formação de um grupo que será responsável por implantar a Política de Humanização na Atenção Básica. Este é um passo fundamental e indispensável aos gestores que pretendem qualificar o atendimento em saúde e melhorar a qualidade de vida de sua população. Esta seria uma das estratégias chaves, frente às dificuldades alavancadas pelos participantes da pesquisa.

A partir das entrevistas, pode-se perceber que os profissionais atuantes têm consciência do que é a Política de Humanização e de seu papel nesta construção. Isso será essencial para se efetivar a política e colher os frutos esperados.

Por fim, esperamos, sinceramente, que esta monografia sirva de estímulo ao estudo da gestão da saúde, em busca de avanços teóricos e práticos necessários para a implantação de uma política humanista, focada na coletividade e nos processos de trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A humanização dos serviços de saúde, da atenção aos usuários, do trabalho dos profissionais é discutida permanentemente. É necessário que se promova uma profunda discussão quanto à formação dos futuros profissionais de saúde, pois é necessário, além da formação técnica, preparar estes futuros profissionais para um novo olhar sobre a produção do cuidado em saúde, onde o paciente não seja visto de forma fragmentada, negando sua subjetividade, ou seja, é necessário “desenvolver a sensibilidade dos profissionais da saúde para conhecer melhor a realidade do paciente, ouvir suas queixas e encontrar, junto com ele, estratégias que facilitem a aceitação e a compreensão da doença”.(BACKES, 2003).

Segundo a Política Humaniza SUS, a humanização supõe troca de saberes, incluindo os dos usuários e sua rede social, diálogo entre os profissionais e modos de trabalhar em equipe (BRASIL, 2011). A partir do estudado, entendo a humanização como uma estratégia de interferência no processo de produção de saúde, levando em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de modificar as realidades. Trata-se, sobretudo, de investir na produção de um novo tipo de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde.

Para implantar e implementar a humanização nestas equipes, os profissionais precisam desenvolver uma consciência de aprimoramento profissional para que possam acompanhar a evolução das novas tecnologias e aliá-las à escuta, ao diálogo e à solidariedade durante o processo de cuidado. A humanização precisa ser sentida e percebida pelos pacientes, familiares e equipe de saúde, sendo que cada processo de humanização é único e singular, dependendo de cada profissional, de cada equipe e de cada instituição (CASATE, CORRÊA, 2005).

Então, não há possibilidade de transformar as relações entre pacientes e equipe de saúde em mais humanas, se os próprios profissionais não se derem conta da sua importância dentro deste processo.

Para finalizar, acredito que para a construção de uma política de qualificação da Gestão na Saúde, a humanização deve ser vista como uma das condições básicas, não podendo ser entendida como um programa a mais a ser aplicado aos serviços de saúde, mas como uma política que opere, diretamente, em todo o SUS.

REFERÊNCIAS

- BACKES, DIRCE STEIN. **A construção de um espaço dialógico-reflexivo com vistas à humanização do ambiente hospitalar**. 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2003.
- BENEVIDES DE BARROS, R. & PASSOS, E. **A humanização como dimensão pública das políticas públicas de saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3): 561- 571, 2005.
- BRASIL. **Política nacional de humanização. HumanizaSUS**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=389>. (Acesso em 12/12/11).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família – PSF**. Brasília, 2001
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartas dos direitos dos Usuários da Saúde**. Ministério da Saúde: Brasília, 2006.
- CAMPOS, G. W. **Um Método para Análise e Co-Gestão dos Coletivos: a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições – o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2000.
- CASATE JC, CORRÊA AK. **Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem**. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2005; 13(1):105-11.
- CONILL, ELEONOR MINHO. **Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000**. *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, supl. p. 191-202, 2002.
- DESLANDES, S. F. **Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar**. *Ciênc. Saúde Colet.*, 9(1): 7-13, 2004.
- DIMENSTEIN, M. ET AL. **Avaliação e qualidade em saúde na perspectiva da equipe multiprofissional na rede básica de Natal/RN**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA 7. 2003, Brasília. Anais... Brasília: Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2003. p. 521. Suplemento 2.
- FORTES PAC, MARTINS CL. A ÉTICA. **A Humanização e a Saúde da Família**. *Rev Bras Enfermagem*.2000; 53(Nº Especial):31-9.
- GALINDO, E. F. **Qualidade da atenção à saúde no Distrito Sanitário V da Cidade do Recife: a visão dos usuários**. 2001. Monografia. (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. Instituto Aggeu Magalhães. Recife.
- GATTÁS, GRAZIELA R. I. C.. **Análise do Programa Saúde da Família a Partir dos Usuários da USF de Vila União/DS IV no Recife**. 2003. Monografia. (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva). Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. Instituto Aggeu Magalhães. Recife.
- GIACOMOZZI CM, LACERDA MR. **A Prática da Assistência Domiciliar dos Profissionais Da Estratégia De Saúde Da Família**. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, 2006; 15(4): 645-53.
- HENNINGTON, ÉLIDA AZEVEDO. **Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia**. *Revista de Saúde Pública*. Rio de janeiro, 42(3):555-61, 2008.
- HumanizaSUS. Ministério da Saúde/Política Nacional de Humanização. **Relatório Final da Oficina**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de informações municipais**. Disponível em: <http://ibge.gov.br>. Acesso em: 12/12/11.

LEITÃO, Sérgio Proença; LAMEIRA, Valdir de Jesus. **Humanismo e mudança organizacional**. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 731-751, maio/jun. 2005.

LEPARGNEUR, H. **Princípios de autonomia**. Em C de A. Urbin (Org.), Bioética clínica. Rio de Janeiro: Revinter. 2003.

NOBRE, J. A. **Sua excelência o cliente**. Porto Alegre: RH, 1999.

PESSINI, L. & BERTACHINI, L. **Humanização e Cuidados Paliativos**. São Paulo: Loyola. 2004.

SIEDLER AJ ET AL. **Humanização em ação: sensibilizando os profissionais para o processo de Humanização**. Boletim da Saúde / Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul; Escola de Saúde Pública.-v. 18, n. 2, 2004.

SILVA, PATRICIA DOS SANTOS CALDAS. **Gestão Humanizada no Setor Público**. Instituto Anísio Teixeira. Feira de Santana, 2006.

SOUZA, S.P.S. **A inserção dos médicos no serviço público de saúde: um olhar focalizado no Programa de Saúde da Família**. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

APÊNDICES

A – QUESTIONÁRIO QUALITATIVO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DA SAÚDE

QUESTIONÁRIO QUALITATIVO

1. O que você entende por atendimento humanizado?
2. Você desenvolve no seu trabalho alguma política ou programa de humanização?
3. Qual o seu papel nesta política ou programa?
4. Ocorre em seu município algum fator que impede a implantação de práticas ou ações humanizadas?

Assinatura do entrevistado: _____

Data: _____

B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
 ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
 CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DA SAÚDE
TERMO DE COMPROMISSO LIVRE E ESCLARECIDO

1. **Título da Pesquisa:** “A humanização nos serviços de saúde”

2. **Objetivos da Investigação e Justificativa:** pretende descrever e identificar o conhecimento e a prática dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família quanto ao atendimento prestado nos serviços de saúde. A partir da pesquisa, busca-se um maior conhecimento acerca do assunto, trazendo sua contribuição acadêmica e para dos profissionais de saúde e gestores, pois busca conhecer a magnitude da humanização na saúde e identificar os fatores que implicam na implantação da política no dia a dia do SUS. Estas informações poderão ser apresentadas aos atores envolvidos, gerando-se assim uma reflexão e análise sobre o assunto, quanto à inserção local dos serviços de saúde a esta política.

3. **Procedimentos de Pesquisa:** A pesquisa será realizada por meio de um questionário que será respondido pelos profissionais de saúde que atuam nos ESF’s do município de Três Passos-RS. Após os dados serão analisados com base a Política Nacional de Humanização.

4. **Termo de Compromisso Livre e Esclarecido:** declaração de concordância do responsável pelos dados.

Eu, e (CARGO)..... declaro que fui informado(a) de maneira clara e detalhada sobre os objetivos da pesquisa “Humanização nos serviços de saúde”; que recebi informações a respeito dos procedimentos empregados e esclareci minhas dúvidas. Declaro que fui suficientemente informado(a) de que os dados solicitados não permitem aos pesquisadores a identificação dos indivíduos envolvidos, preservando esses indivíduos de qualquer tipo de constrangimento de ordem física, moral, social, intelectual, psíquica, espiritual e/ou financeira, além de impossibilitar a obtenção de seu consentimento explícito. Asseguro, ainda, que a coleta dos dados requeridos foi aprovada pela Instituição depositária dos mesmos; que o acesso aos dados solicitados é totalmente gratuita; que os resultados gerados a partir do uso dos dados repassados são de exclusiva responsabilidade dos pesquisadores constituindo-se, portanto, em propriedade intelectual dos mesmos, e que não há qualquer tipo de restrição quanto à divulgação pública desses resultados.

Três Passos, março de 2012.

Nome do responsável pelos dados
 Cargo
 CPF

Emanoeli Züge - Pesquisadora
 CPF – 005.855.780-60
 Contato para Esclarecimentos Adicionais:
 Nome do pesquisador (a): Emanoeli Züge
 Responsável: Andrea Bonamigo
 Departamento:
 Fone: (55) 96074284
 E-mail: manunutri2008@hotmail.com