

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE FORMAÇÃO PEDAGÓGICA EM EDUCAÇÃO
PROFISSIONAL NA ÁREA DE SAÚDE: ENFERMAGEM

HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA E OS AGENTES COMUNITÁRIOS
DE SAÚDE - UMA REVISÃO DE LITERATURA.

Mariely Teixeira Quirino

Belo Horizonte

2012

Mariely Teixeira Quirino

HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA E OS AGENTES COMUNITÁRIOS
DE SAÚDE - UMA REVISÃO DE LITERATURA.

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização em Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área da Saúde: Enfermagem – CEFPEPE, da Universidade Federal de Minas Gerais, Pólo Campos Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista.

Orientador: Prof^a Dra Lindalva Carvalho Armond

Belo Horizonte

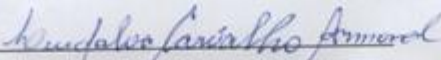
2012

Mariely Teixeira Quirino

**HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA E OS AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE- UMA REVISÃO DE LITERATURA.**

Trabalho apresentado ao Curso de
Especialização em Formação Pedagógica
em Educação Profissional na Área da
Saúde: Enfermagem – CEFPEPE, da
Universidade Federal de Minas Gerais, Pólo
Campos Gerais.

BANCA EXAMINADORA:


Profª Drª Lindalva Carvalho Armond-orientadora


Prof. Dr. Adriano Marçal Pimenta

Data de aprovação: 02/03/2012

Belo Horizonte

2012

Q8h Quirino, Mariely Teixeira.
Humanização da assistência e os agentes comunitários de saúde [manuscrito]: uma revisão de literatura. / Mariely Teixeira Quirino. – Campos Gerais: 2012. 32f.

Orientadora: Lindalva Carvalho Armond.
Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem (CEFPEPE) da Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do título de Especialista.

1. Enfermagem. 2. Humanização. 3. Dissertações Acadêmicas. I. Armond, Lindalva Carvalho. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título

NLM: WA 590

AGRADECIMENTOS

À minha família pelo apoio e compreensão nas horas difíceis, pela credibilidade e confiança que espero nunca desapontar.

Ao tutores João Henrique, Daclé Vilma e Lindalva Armond pelas orientações e incentivo e que tanto colaboraram neste trabalho.

RESUMO

O atendimento humanizado tem sido uma exigência crescente, em qualquer contexto. Na área da saúde é um imperativo para todos os profissionais que estão envolvidos com o atendimento dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Humanizar é resgatar a importância dos aspectos emocionais, indissociáveis dos aspectos físicos, na intervenção e do cuidado em saúde e significa respeitar o trabalhador e o usuário enquanto pessoas, enquanto seres humanos. Significa também valorizá-los em razão da dignidade que lhe é intrínseca. O objetivo do estudo foi discorrer sobre aspectos da humanização em serviços de saúde, educação em saúde, com o foco no desenvolvimento das habilidades afetivas do Agente Comunitário de Saúde. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica tipo narrativa, desenvolvida por meio de consultas a artigos publicados em português e indexados nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde - BVS (Enfermagem), Base de dados de enfermagem (BDENF); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Coleção Nacional das Fontes de Informação do SUS (Coleciona SUS) e SCIELO. O tema escolhido para a pesquisa deveu-se à experiência da autora em atuar em uma unidade básica de saúde e a sua percepção de que, nem sempre, os agentes comunitários de saúde desenvolvem seu atendimento aos usuários de forma humanizada. Espera-se que este estudo contribua para atuação plena e relevante dos profissionais de saúde na consolidação das políticas públicas de humanização e na sensibilização dos Agentes Comunitários de Saúde, para a dimensão afetiva que contempla a importância das relações humanas na sua atuação junto aos usuários.

Palavras-chave: agente comunitário de saúde, humanização; ações educativas, enfermagem.

ABSTRACT

The humanized care has been a growing require in any context. In the health area is a must for all professionals involved with the service users of the Unified Health System. Humanizing is to rescue the importance of emotional aspects, inseparable from the physical aspects, intervention and health care and means respecting the worker and the user as human beings. It also means valuing them because of the dignity that is inherent. The objective of this study was to address aspects of humanization in health services, health education, focusing on the development of affective skills Agent Community Health This is a bibliographic type narrative, developed through consultation with the articles published in Portuguese and indexed in the databases of the Virtual Health Library, Nursing database, Latin American and Caribbean Health Sciences, National Collection of Information Sources SUS and SCIELO. The theme chosen for the survey was due to the author's experience in working in a basic health unit and its perception that, not always, the community health workers develop their customer service in a humane way. It is hoped that this study will contribute to full performance and relevant health professionals in the consolidation of public policies of humanization and awareness of Community Health Workers to the affective dimension that addresses the importance of human relations in their work with users.

Keywords: community health agent; humanization, educational; nursing.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição da produção científica pesquisada de acordo com o ano de publicação, tipo, periódico ou editora, título do trabalho e número de autores.....15

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 09 |
| 2. OBJETIVOS..... | 13 |
| 3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS..... | 14 |
| 4. REVISÃO DE LITERATURA..... | 16 |
| 4.1 Caracterização das publicações consultadas..... | 16 |
| 4.2 Humanização..... | 18 |
| 4.3 Educação em Saúde..... | 22 |
| 4.4 Agente comunitário de Saúde..... | 24 |
| 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 29 |
| REFERÊNCIAS..... | 31 |

1 INTRODUÇÃO

Busquei a formação pedagógica no Curso de Formação Pedagógica em Educação Profissional na área de Saúde: Enfermagem- CEFPEPE, porque tenho a intenção de lecionar para o curso técnico de enfermagem e contribuir na formação de um cidadão mais crítico, participativo, responsável e comprometido com a sociedade. Decidi por este tema: “Humanização da assistência e os agentes comunitários de saúde”, para estudar sobre humanização e educação em saúde e também para conhecer a aplicação da humanização e das habilidades afetivas, nas relações usuários X Agentes Comunitários de Saúde- ACS. Este interesse surgiu na minha prática profissional porque percebo que muitas vezes, os profissionais não têm atitudes afetivas com o paciente, ocasionando um atendimento prejudicado.

Em 1994, através do Ministério da Saúde, foi adotado no Brasil o Programa de Saúde da Família- PSF, como modelo de assistência à saúde e focado na atenção coletiva. Estabeleceu-se para o seu funcionamento a criação de vínculos de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, dentro de um espaço físico delimitado.

A organização destes profissionais foi constituída por médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde, que, por trabalhar com a família, em uma área geograficamente demarcada e ter acesso ao modo de vida dessa população, tornou-se o agente principal para a consolidação do PSF.

Suas funções são as de realizar mapeamento de sua área de atuação; cadastrar as famílias e atualizar constantemente este cadastro; identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco; identificar áreas de risco; orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando-as e até agendando, quando necessário, consultas, exames e atendimento odontológico; realizar ações e atividades, no nível de suas competências, nas áreas prioritárias da Atenção Básica; realizar, por meio de visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade; estar sempre bem informado, e informar aos demais membros da equipe, sobre a situação das famílias acompanhadas, particularmente aquelas em situações de risco; desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças; promover educação e a mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente, entre outras; traduzir para a equipe a dinâmica social da

comunidade, suas necessidades, potencialidades e limites; identificar parceiros e recursos existentes na comunidade que possam ser potencializados pela equipe (BRASIL, 2001).

O agente comunitário de saúde, por vivenciar os problemas e morar na comunidade em que desempenha seu trabalho, figura como importante elo de interlocução entre a equipe de saúde e os usuários. Este fato define um envolvimento pessoal diferenciado com questões que comprometem a saúde das famílias acompanhadas por eles (BEZERRA et. al., 2005).

A atuação dos agentes comunitários de saúde em vários municípios do país lhes conferiu respeito e legitimação da população. Eles são hoje, compreendidos como um agente de cidadania, mediador social, elo entre os serviços de saúde e a comunidade, representando a ligação entre as necessidades de saúde da população e o que pode ser feito para melhorar suas condições de vida. OS ACS significam a ponte entre a população e os profissionais e serviços de saúde, ou seja, são os mensageiros de saúde de sua comunidade.

Para o Ministério da Saúde - MS, o ACS é um elo cultural do Sistema Único de Saúde- SUS com a população, fortalecendo o trabalho educativo e seu contato permanente com as famílias, facilitando o atendimento humanizado.

O atendimento humanizado tem sido uma exigência crescente, em qualquer contexto. Na área da saúde é imperativo e a promoção da humanização deve ser vista como garantia de tratamento digno. “O cuidado humanizado pressupõe acolhimento. Acolher é a atitude de inclusão do outro em sua singularidade, é um bom encontro que faz vínculo” (BRASIL, 2009, p. 171).

Humanizar significa respeitar o trabalhador enquanto pessoa, enquanto ser humano. Significa valorizá-lo em razão da dignidade que lhe é intrínseca. A dignidade jamais deve ser esquecida ou colocada em segundo plano.

Para Costa (2004) a prática da humanização deve ser observada ininterruptamente. O comportamento ético deve ser o princípio de vida da organização, uma vez que ser ético é preocupar-se com a felicidade pessoal e coletiva.

O que é Humanizar? Este verbo deve transcender seu significado etimológico e representar muito mais do que, simplesmente, tocar ou fazer um curativo, no que tange as questões técnicas. Humanizar é resgatar a importância dos aspectos emocionais, indissociáveis dos aspectos físicos, na intervenção e do cuidado em saúde (ROLIM; CARDOSO, 2006).

O atendimento humanizado é um processo para facilitar que a pessoa vulnerabilizada enfrente positivamente os desafios pelos quais está vivenciando naquele dado momento. Para que o cuidado seja possível, faz-se necessário olhar para si e para o outro, na tentativa de que

o autoconhecimento colabore positivamente no cuidado de cada ser. É o encontro entre cuidador e o Ser cuidado, na intenção da criação de um elo empático que norteará as ações para o cuidado (CARVALHO et.al., 2005).

Para promover saúde e humanização do atendimento é necessário considerar o ser humano em toda sua individualidade e sociabilidade, suas diferentes dimensões e sua dinâmica nos variados ambientes de integração e socialização. Para que esse novo pensar seja possível busca-se inicialmente o rompimento com o paradigma biomédico cartesiano mente-corpo, haja vista ser o processo saúde-doença um fenômeno bio-psico-social. As necessidades que implicam no processo de adoecer sejam biológicas, psicológicas ou sociais, devem ser consideradas em um mesmo patamar (CARVALHO et. al., 2005).

Portanto, a capacitação para os agentes comunitários de saúde deve levar em conta a formação e o aprimoramento profissional, visando uma adaptação do cidadão frente a um mundo em mudanças, mas que, paralelamente, necessita de desenvolver as suas habilidades afetivas para um atendimento mais humanizado.

É através de uma ação pedagógica que este profissional passa a usar a realidade para aprender com ela, ao mesmo tempo em que se prepara para transformá-la. Mas, para que isto ocorra, ele precisa de novos domínios do conhecimento.

Quanto às habilidades afetivas considerou-se que elas expressam “os sentimentos e atitudes que os indivíduos demonstram em relação a uma determinada situação” (BLOOM, et. al., 1973, p. 204).

Considerando tudo isso, podemos dizer que o comportamento do ACS tem sempre uma relação direta com o seu sistema de valores, com as suas experiências anteriores vividas e com a filosofia de vida das pessoas.

Segundo a classificação de Bloom (1973), as possibilidades de aprendizagem se dividem em três grandes domínios: o cognitivo, abrangendo a aprendizagem intelectual, o afetivo, abrangendo os aspectos de sensibilização e gradação de valores e o psicomotor que destina-se às habilidades de execução de tarefas que envolvem o organismo. Cada um destes domínios têm diversos níveis de profundidade de aprendizado. Para este estudo um maior enfoque será dado para o aspecto afetivo pela sua pertinência ao tema.

Para o autor supracitado, as habilidades afetivas podem ser compreendidas tendo por base uma constante que se desenvolve a partir de um nível no qual o indivíduo adquire uma noção clara de um determinado fenômeno, sendo capaz de percebê-lo e a ele prestar atenção. O indivíduo passa então a responder ao fenômeno com um interesse positivo, acompanhado

por um sentimento de satisfação, prazer ou contentamento. É daí que nasce o seu comprometimento com a causa na qual está envolvido.

É importante ressaltar que todo o desenvolvimento da pesquisa se dá sob a ótica do atendimento humanizado. Na área da saúde a promoção da humanização deve ser vista como garantia de tratamento digno. Ter uma formação humanística, “implica, principalmente, na capacidade de enxergar e de entender o paciente-pessoa, o paciente com seus valores” (PESSOTTI, 1996, p.47). Seu sentido maior é a visão integral do homem.

A delimitação da pesquisa se encontra na realidade brasileira, em que há uma constatação de que o universo da saúde pública necessita de enfrentar o desafio e dominar as mudanças atuais através de uma nova abordagem de ensino voltado para a humanização.

O estudo foi organizado em três partes. A primeira procurou discorrer sobre o tema humanização, na segunda, a educação em saúde e na terceira parte buscou-se apresentar a ação educativa voltada para os ACS, levando em conta o seu processo dinâmico e contínuo “que objetiva capacitar indivíduos e/ou grupos da comunidade para refletirem criticamente sobre as causas e problemas de saúde” (TORRES, ENDERS, 1999, p.71).

A conclusão deste trabalho certamente passará pelas questões de princípios e valores da sociedade humana e pelo atual questionamento das mudanças na realidade, em seus diversos aspectos. Por fim, será apresentado o rol das referências bibliográficas utilizadas pela pesquisa e suas fontes. Espera-se assim, poder oferecer alguma contribuição para o nosso setor de saúde.

Tal tema despertou meu interesse por estar atuando em uma unidade básica de saúde onde a equipe é composta por cinco agentes comunitários de saúde. Muitas vezes, percebo nestes profissionais, a falta de sensibilidade, de atenção e paciência, durante o atendimento do dia a dia para com as pessoas da comunidade.

Entende-se que esta pesquisa se justifica, primordialmente, por contribuir com o momento atual das complexidades de informações na área da saúde e pelas transformações atuais ocorridas junto ao SUS. É importante destacar que um estudo mais aprofundado sobre o tema, pode indicar a necessidade de elaboração de ações educativas, estratégias para desenvolver maiores habilidades afetivas dos ACS e conseqüentemente contribuir para um atendimento mais humanizado aos pacientes.

Justifica-se ainda a elaboração deste trabalho de conclusão de curso pela sua atualidade e importância acadêmica, por buscar compreender valores universais de uma sociedade verdadeiramente humana.

2 OBJETIVO

Discorrer sobre humanização, educação em saúde, bem como o desenvolvimento de habilidades afetivas do agente comunitário de saúde.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente trabalho constitui-se de uma pesquisa bibliográfica narrativa, sobre os aspectos da assistência humanizada e as habilidades afetivas necessárias aos agentes comunitários de saúde, no atendimento aos usuários.

O caminho metodológico da pesquisa se estabelece por um “processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico. O objetivo fundamental da pesquisa é “descobrir respostas para problemas mediante o emprego de procedimentos científicos” (GIL, 1999, p.42).

Para Cordeiro *et al.* (2007, p. 430) a revisão narrativa ou tradicional de literatura “apresenta uma temática mais aberta, não exigindo um protocolo rígido para a sua confecção; a busca das fontes não é pré-determinada e específica”.

Rother (2007) afirma que esta revisão é apropriada para discutir um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual e se forma através de análise da literatura publicada em livros, artigos de revistas impressas e/ou eletrônicas e análise crítica pessoal do autor.

Essa categoria de artigos tem um papel fundamental para a educação continuada, pois permitem ao leitor adquirir e atualizar o conhecimento sobre uma temática específica em curto espaço de tempo; porém não possuem metodologia que permitam a reprodução dos dados e nem fornecem respostas quantitativas para questões específicas. São considerados artigos de revisão narrativa e são qualitativos. Um artigo de Revisão Narrativa é constituído de: Introdução, Desenvolvimento (texto dividido em seções definidas pelo autor com títulos e subtítulos de acordo com as abordagens do assunto), Comentários e Referências (ROTHER, 2007, p.01).

O levantamento sobre este tema foi realizado através de pesquisas em periódicos nacionais, revistas, artigos e sites. Utilizou-se para a busca as seguintes palavras-chave: agente comunitário de saúde, humanização, ações educativas e enfermagem.

O período de busca dos artigos teve início em março de 2011 e seu término se deu em setembro de 2011. Dentre os 24 artigos selecionados para a pesquisa, permaneceram 20 que trouxeram grandes contribuições sobre o tema humanização, educação em saúde e as habilidades afetivas necessárias na formação do agente comunitário de saúde.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: artigos publicados em português e que na íntegra retratassem a pertinência ao objetivo da pesquisa desde que publicados e indexados nos referidos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS),

Base de dados de Enfermagem (BDENF), da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Coleção SUS (Coleção Nacional das Fontes de Informação do SUS) e SCIELO, para as publicações em Enfermagem.

Não houve restrição nos anos das publicações, apenas uma preferência para os estudos relacionados ao tema pesquisado e divulgados nos últimos 10 anos.

Ao final do levantamento, considerou-se que o material obtido foi suficiente para a elaboração do trabalho.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Caracterização das publicações consultadas

Para a realização desse estudo foram utilizados 20 artigos, publicados entre 2005 a 2011, por autores diferentes. Além do vasto material disponibilizado pelo Ministério da Saúde, fez-se também o uso de 5 livros, sendo o primeiro direcionado às metodologias científicas, o segundo à humanização hospitalar, o terceiro e o quarto à educação e o quinto à construção do sujeito. Por fim, contribuíram para este trabalho uma pertinente apresentação de seminário dedicado ao tema da humanização na enfermagem e ainda, duas dissertações de mestrado, sendo uma de 2011 sobre educação em saúde e a outra de 2007 sobre humanização e um trabalho de conclusão de curso em pedagogia.

O quadro I apresenta a caracterização da produção científica.

Quadro 1 - Distribuição da produção científica pesquisada de acordo com o ano de publicação, tipo, periódico ou editora, título do trabalho e número de autores.

(Início)

| ANO | TIPO | PERIÓDICO ou EDITORA | AUTORES | TÍTULO |
|------|--------|---|---|--|
| 2005 | Artigo | Interface: Comunicação, Saúde, Educação | ALVES, V. S. | Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial |
| 2010 | Artigo | Texto Contexto Enferm | BARROS, D.F.; BARBIERI, A.R.; IVO, M.L.; SILVA, M.G | O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. |
| 2008 | Artigo | Texto Contexto Enferm | MENDES, KDS; SILVEIRA, RCCP; GALVÃO, CM | Revisão integrativa: método de pesquisa para a Incorporação de evidências na saúde e na enfermagem |
| 2002 | Artigo | Interface - Comunic, Saúde, Educ | SILVA, JÁ; DALMASO, ASW. | O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde |
| 2006 | Artigo | Rev. Latino-Am. Enfermagem | ROLIM, KMC; CARDOSO, MVLML. | O discurso e a prática do cuidado ao RN de risco: Refletindo sobre a atenção humanizada |

(continua)

| | | | | |
|------|-------------|--|--|---|
| 2005 | Artigo | Ver. Saúde Pública | BEZERRA, A. F. B.; ESPIRITO SANTO, A.C.G.; BATISTA FILHO, M | Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso |
| 2005 | Artigo | 2 ° Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil 3.5 | CARVALHO, ARSPINHO, MCV; MATSUDA, LM; SCOCHI, MJ.4.12 | Cuidado e humanização na enfermagem: reflexão necessária |
| 2003 | Artigo | Taxionomia de objetivos educacionais: domínio afetivo | COSTA, WS, | Humanização, relacionam. interpessoal e ética |
| 2001 | Artigo | Brasília: Ministério da Saúde | CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO, M.R | A educação em saúde na prática do PSF |
| 2004 | Artigo | Ciência & Saúde Coletiva | DESLANDES, SF. | Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar |
| 2006 | Artigo | Boletim da Saúde | FALK, MLR. | Contextualizando a Política Nacional de Humanização: A Experiência de um Hospital Universitário |
| 2008 | Artigo | Revista Kairós | MINAYO, MCS | Sobre humanismo e humanização de cuidados à pessoa idosa |
| 2006 | Artigo | Scielo | PASSOS, E | Proposta de apresentação dos níveis de composição da PNH |
| 2010 | Dissertação | Londrina: UEL | PINAFO, E | Educação em saúde: o cotidiano da equipe de saúde da família |
| 2002 | Livro | São Paulo: Loyola | FREIRE, P. | Sobre educação popular: entrevista com Paulo Freire |
| 2007 | Dissertação | Aracaju: UNIT | RESENDE, AF | Humanização em ambiente da atenção básica à saúde: representações sociais de agentes comunitários de saúde |
| 1973 | Livro | Porto Alegre: Globo | Bloom, BS; KRATHWOHL, DR; MASIA, BB. | Taxionomia de objetivos educacionais: domínio afetivo |
| 2000 | Livro | São Paulo: Hucitec | 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 |
| 2007 | Artigo | Rev Col Bras Cir | CORDEIRO A.M.; OLIVEIRA G.M.; RENTERÍA J.M.; GUIMARÃES C.A. | Revisão sistemática: uma revisão narrativa. |
| 2002 | Artigo | Brasília: Bioética | FREITAS, C. B. D.; HOSSNE, W. S. | O papel dos Comitês de Ética em Pesquisa na proteção do ser humano |
| 1999 | Livro | São Paulo: Atlas | GIL, AC. | Como elaborar projetos de pesquisa |
| 2003 | Artigo | Brasília: Ministério da Saúde | LEVY, SN; SILVA JJC; CARDOSO IFR | Educação em saúde: histórico, conc. e propostas |

(término)

| | | | | |
|------|--------|--------------------------|----------------------------|--|
| 2006 | Artigo | Rev Adm Pub. | MÉDICI AC. | A força de trabalho em saúde no Brasil dos anos 70: percalços e tendências |
| 2002 | Livro | Fortaleza: Realce | MEZZOMO, AA | Humanização Hospitalar |
| 1996 | Artigo | FMRP Revista | PESSOTTI, I. | A formação humanística do médico |
| 2007 | Artigo | Acta paul. Enferm | ROTHER, E. T | Revisão sistemática X revisão narrativa |
| 2002 | TCC | Belém: Unama | Souza, CMM | A afetividade na formação da auto-estima do aluno |
| 1999 | Artigo | Rev.latino-am.enfermagem | TORRES, G.V.; ENDERS, B.C. | Atividades educativas na prevenção da AIDS em uma rede básica municipal de saúde: participação do enfermeiro |

Fonte: Elaborado pela autora Mariely Teixeira Quirino.

4.2 Humanização

A compreensão acerca da humanização não é tarefa fácil. A primeira questão que se apresenta é justamente definir o que é humanização e humanismo e como se manifestam junto aos profissionais da saúde. Ter uma formação humanística, “implica, principalmente, na capacidade de enxergar e de entender o paciente-pessoa, o paciente com seus valores. Seu sentido maior é a visão integral do homem.”. Não se trata de ser humanitário¹, embora isso também seja desejável: “trata-se de ser, em alguma medida, um humanista, um conhecedor, mesmo principiante, do que constitui a essência da chamada natureza humana: a criação de valores, a atribuição de significado e sentido aos eventos e condições da vida” (PESSOTTI, 1996, p.01).

É no campo das políticas públicas de saúde que o conceito de humanização assume o seu potencial como “prática concreta comprometida com a produção de saúde e produção de sujeitos implicados em novas práticas de saúde. (...) Define-se, assim, a humanização como a valorização dos processos de mudança dos sujeitos na produção de saúde” (CAMPOS, 2000, p.231).

¹ Humanitário no sentido caritativo: “que ou aquele que se dedica a promover o bem-estar do homem e o avanço das reformas sociais, filantropo”. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001, p. 1555.

Humanizar, verbo relativo ao homem, significa dar condições humanas a qualquer coisa ou lugar. O Humanismo apresenta uma perspectiva exclusivamente antropocêntrica, ou seja, tem o homem como o centro das atenções.

A Política Nacional de Humanização- PNH (Brasil b, 2004), por sua vez, não demarca um conceito, habilmente afirma apenas um entendimento:

Assim, entendemos Humanização como: 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 corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos 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 b, 2004, p. 08)

A humanização é entendida como valor, na medida em que resgata o respeito à vida humana. Abrange circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano, que segundo Mezzono (2002, p. 14-15) pode ser assim compreendida:

Humanizar é resgatar a importância dos aspectos emocionais, indissociáveis dos aspectos físicos na intervenção em saúde. Humanizar é adotar uma prática em que profissionais e usuários consideram o conjunto dos aspectos físicos, subjetivos e sociais que compõem o atendimento à saúde. Humanizar refere-se, à possibilidade de assumir uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento e de reconhecimento dos limites. Humanizar é fortalecer este comportamento ético de articular o cuidado técnico-científico, com o inconsolável, o diferente e singular. Humanizar é repensar as práticas das instituições de saúde, buscando opções de diferentes formas de atendimento e de trabalho, que preservem este posicionamento ético no contato pessoal.

Deslandes (2004) destaca a dificuldade de lidar com o termo humanização pelo fato de este resultar na condição de humanizar o humano. E realmente isto se torna um problema que só pode ser equacionado quando se entende que só se é humano quando se expressa determinadas condutas. Isto implica em uma questão: a partir do que tais condutas se estruturam? Duas possibilidades recebem maior destaque na literatura: Tais condutas refletem a “natureza” humana, sendo que, neste caso, é necessário assumir que a natureza humana é “boa”, ou seja, constitui-se de atributos capazes de possibilitar uma convivência harmoniosa e de respeito à vida, tomada como uma relação humanizada; ou tais condutas não refletem uma “natureza humana”, mas expressam a construção histórica do ser humano e, neste caso, o resultado reflete as relações sociais historicamente estabelecidas. A palavra humano aparece,

então, como adjetivo contrapondo-se ao adjetivo desumano, e não como substantivo, contrapondo-se a não humano. Estas reflexões levam o autor à afirmação de que o termo humanização tem contornos teóricos e operacionais pouco definidos e ainda não consensuais, estando sua abrangência e aplicabilidade pouco demarcadas.

Adota-se para este trabalho de pesquisa, o conceito desenvolvido por Freitas e Hossne (2002, p. 01) para o Simpósio realizado sobre o papel dos comitês de ética em pesquisa na proteção do ser humano:

Humanização é o esforço de tratar as pessoas respeitando suas necessidades intrínsecas, considerando a sua autonomia nas escolhas para defender seus interesses, sua necessidade de valorização e desenvolvimento do autovalor, de pertencer a determinado grupo social e de se sentir aceito, de ser escutado e compreendido, entre outras coisas que constroem a sua dignidade.

Afirma-se que o conceito de humanização tem ocupado um lugar de destaque nas atuais propostas de reconstrução das práticas de saúde no Brasil, no sentido de alcançar sua maior integralidade, efetividade e acesso.

Ao buscar a compreensão sobre a representatividade histórica do homem, da humanização e do humanismo esbarra-se numa espécie de paradoxo: “o ser humano precisa ser humanizado? Esse pensamento central tem atravessado toda a história e sempre que é retomado por determinadas circunstâncias – como é o caso atual do setor saúde no Brasil” (MINAYO, 2008, p. 51).

O humanismo é conceituado como “a valorização ou a ênfase, que está no presente, no aqui e agora, e na capacidade de mudança, de escolha do indivíduo”. (ROGERS, 1992, apud RESENDE, 2007, p. 14)

Para tanto, destaca os principais pressupostos do humanismo:

a natureza humana é intrinsecamente boa; os indivíduos são livres e autônomos, e eles são capazes de fazer grandes escolhas pessoais; o potencial humano para o crescimento e desenvolvimento é virtualmente ilimitado; o auto conceito desempenha um papel importante no crescimento e desenvolvimento (RESENDE, 2007, p. 14).

A expressão “humanizar” está relacionada ao pensamento de “tornar humano, civilizar, dar condição humana” (RESENDE, 2007, p. 346).

Assim, “só os homens são capazes de promover e de se submeter a um processo de humanização, e como processo, este se encontra em constante transformação, sofrendo as influências do contexto em que ocorre” (RIZZOTTO, 2002, apud RESENDE, 2007, p.197).

Para a União Internacional Humanista e Ética, o humanismo é uma postura de vida democrática e ética que afirma que os seres humanos têm o direito e a responsabilidade de dar sentido e forma às suas próprias vidas, além de defender a construção de uma sociedade mais humana através de uma ética baseada em valores humanos e outros valores naturais, dentro do espírito da razão e do livre-pensamento, com base nas capacidades humanas (IHEU, 1996).

Minayo (2008, p. 49) busca em Gadamer o seguinte conceito: “o humanismo constitui uma postura de vida que ultrapassa o âmbito profissional e entra na esfera da profunda compreensão ética e hermenêutica do outro”.

Minayo (2008, p. 49) aponta que o conceito de humanismo significa:

a) acreditar na intersubjetividade: quer dizer que estamos sempre em relação uns com os outros e todos somos semelhantes; (b) exercitar a compreensão: significa que, para atingir o mundo do vivido do outro, (...) temos que entender a sua situação, as suas histórias e a sua realidade social como significativas; (c) aceitar a racionalidade e intencionalidade do outro: o mundo social é constituído por ações e interações que obedecem a usos, costumes e regras e dizem respeito a meios, fins e resultados.

A Política Nacional de Humanização (PNH) existe desde 2003 e trouxe propostas para qualificar a atenção e gestão em saúde pública no Brasil, atuando em todas as políticas do SUS.

Falk (2006) aponta que a PNH em seus referenciais teóricos considera a saúde como direito de todos e dever do Estado, entendendo que a humanização como política deve, necessariamente, atravessar as diferentes ações e instâncias gestoras dos serviços de saúde e, nessa perspectiva, comprometer-se com as dimensões de prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, enfim, de produzir saúde.

A PNH coloca-se como uma política que se constitui com base em um conjunto de princípios e diretrizes que operam por meio de dispositivos. O princípio é compreendido como o que impulsiona ações, disparando movimentos no plano das políticas públicas. No caso da PNH, o movimento que se propõe, é o da mudança dos modelos de atenção e gestão fundados na racionalidade biomédica (fragmentados, hierarquizados, centrados na doença e no atendimento hospitalar). Nos dizeres de Passos (2006) a PNH se afirma como política pública de saúde com base nos seguintes princípios: a inseparabilidade entre clínica e política, o que implica a inseparabilidade entre atenção e gestão dos processos de produção de saúde; e a transversalidade, entendida como aumento do grau de abertura comunicacional nos grupos e entre os grupos, isto é, a ampliação das formas de conexão intra e intergrupos, promovendo mudanças nas práticas de saúde.

As diretrizes da PNH são suas orientações gerais e se expressam no método da inclusão de usuários, trabalhadores e gestores na gestão dos serviços de saúde, por meio de práticas como: a clínica ampliada, a co-gestão dos serviços, a valorização do trabalho, o acolhimento, a defesa dos direitos do usuário, fomento das grupalidades, coletivos e redes e construção da memória do SUS que dá certo (BRASIL, 2008).

Os dispositivos, por sua vez, atualizam essas diretrizes por meio de estratégias construídas nos coletivos concretos destinadas à promoção de mudanças nos modelos de atenção e de gestão em curso, sempre que tais modelos estiverem na contramão do que preconiza o SUS. Entre os dispositivos propostos pela PNH, estão: acolhimento com classificação de risco, colegiado gestor, visita aberta e direito a acompanhante, equipe transdisciplinar de referência, Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST), projetos co-geridos de ambiência. A implantação desses dispositivos se efetiva caso a caso, considerando-se a especificidade dos serviços, partindo sempre da análise dos processos de trabalho, processos que nunca se repetem. A PNH traz, em seu escopo, a articulação de um conjunto de referenciais e instrumentos, operando com eles para disparar processos. Na prática a PNH pode ser implantada em qualquer serviço de saúde, como Centro de Saúde, Unidade de Saúde da Família, Serviço de Urgência, hospital, nível central das secretarias de saúde, inclusive, em toda a rede de saúde pública do município, desde que haja compromisso para reorganização do serviço numa outra ótica, ou seja, por adesão à proposta da PNH. Essa proposta se baseia na produção de saúde e produção dos sujeitos envolvidos: trabalhadores, gestores e usuários (BRASIL, 2008).

4.3 A educação em saúde

A educação em saúde, segundo publicação do Ministério da Saúde (MS), é um processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa a apropriação temática pela população, tornando-se um conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado, a fim de alcançar uma atenção de acordo com suas necessidades. Ela potencializa o exercício do controle social sobre as políticas e os serviços de saúde para que esses respondam às necessidades da população. Assim, as ações educativas têm como objetivo promover na sociedade a inclusão social e a promoção da autonomia das populações na participação em saúde (BRASIL, 2008).

O conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde atinge a vida cotidiana das pessoas por intermédio dos profissionais de saúde, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde (ALVES, 2005).

Esta assertiva é corroborada por Levy et.al. (2003, p.1) quando afirmam que é importante: “Encorajar as pessoas a adotar e manter padrões de vida saudável, tomar suas próprias decisões, tanto individual como coletivamente, visando melhorar suas condições de saúde e as do meio em que vive”.

Todo profissional de saúde é um educador em potencial, sendo a educação em saúde uma atividade essencial para a sua prática e seu próprio reconhecimento enquanto sujeito do processo educativo, bem como o reconhecimento dos usuários enquanto sujeitos em busca de autonomia (ALVES, 2005).

Nos textos da Política Nacional de Atenção Básica (AB) são descritas as atribuições dos profissionais, quanto à prática da educação em saúde, sendo:

- ACS: estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco.
- Auxiliar de enfermagem: realizar ações educativas em saúde na comunidade.
- Enfermeiro: realizar práticas de educação em saúde na comunidade, no âmbito da AB; supervisionar, coordenar ações de educação em saúde realizada pelos ACS e equipe de enfermagem, além de contribuir e participar das atividades de Educação Permanente em Saúde (EPS) da equipe de enfermagem, ACS e Técnico de Higiene Dental (THD).
- Médico: a prática de educação em saúde deve ser realizada para grupos específicos e famílias em situação de risco, conforme planejamento da equipe, além de contribuir e participar das atividades de EPS dos ACS, auxiliares de enfermagem e THD (BRASIL, 2006).

A educação é uma prática fundamental no contexto do SUS. De acordo com os pressupostos pedagógicos de Freire (2005), apud Pinafo (2010), a educação é uma atividade mediadora entre o indivíduo e a sociedade, entre a teoria e a prática que se constrói na relação de diálogo. A educação tem o potencial de desenvolver sujeitos ativos, participantes da transformação social.

A educação em saúde segundo L'abbate (1994) apud Pinafo (2010) pode ser definida como um campo de práticas que ocorre nas relações sociais estabelecidas pelos profissionais de saúde, entre si, com a instituição de ensino e, sobretudo, com o usuário, no desenvolvimento cotidiano de suas atividades.

A busca de uma educação que seja capaz de mudar a sociedade nasceu com Paulo Freire (2002), numa nova pedagogia denominada de educação popular, que desenvolve o diálogo com novas teorias e práticas de “um ouvir o outro para educá-lo” e para “educar-se com ele”. Para ele, a educação é um ato intencional, no qual educador e educando o vivenciam e possuem o compromisso de ambos serem transformados. Este aspecto transformador da sociedade não admite reduzir o processo educativo à transmissão de conhecimentos e acúmulos de informações. Segundo este autor “(...) ensinar é desafiar os educandos a que pensem sua prática a partir da prática social, e com eles, em busca dessa compreensão, estudar rigorosamente a teoria da prática”. Ele revela ser essencial integrar a prática com a teoria por meio da compreensão teórica da prática que os sujeitos possuem (FREIRE, 2002, p. 104).

4.4 Agente Comunitário de Saúde

Conforme Médice (2006) é justamente na metade do século XX que aparecem os precursores dos ACS, na figura dos visitantes sanitários, instituída pelo Serviço Especial de Saúde Pública para trabalhar na Amazônia. Ainda em seu resumo histórico o autor aponta que por volta de 1970, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste levava serviços básicos à população carente por meio de agentes de saúde e a Universidade de Brasília desenvolvia estratégias similares para atuar junto às comunidades através das visitadoras.

Já na década de 1980 foram implementados no Brasil alguns projetos isolados voltados ao atendimento de indivíduos e da família:

atuações no Vale do Ribeira, em São Paulo; ações da Igreja Católica, em 1983, dirigidas ao atendimento e educação familiar para o cuidado dos filhos; a Casa Amarela, em Recife; e a experiência bem-sucedida do Estado do Ceará, em 1987, que contou com a ajuda de agentes de saúde para combater as doenças da infância nos bolsões periféricos da Grande Fortaleza. (BARROS, et. al., 2010, p. 81).

Nos anos 1990 houve a incorporação dos agentes comunitários de saúde nas políticas de governo, mais como um reconhecimento pela interferência positiva do agente comunitário na Pastoral da Criança da Igreja Católica.

Assim foi oficialmente criada a atividade de ACS em um programa específico, em 1991 (...). A finalidade desses profissionais era a de serem educadores permanentes e elos entre os serviços de saúde e a comunidade. (...) Em 1997 foi estabelecida a base legal para a profissão de ACS, com a publicação de um documento normativo contendo suas atribuições básicas. Em 1999 foram definidas as diretrizes para o exercício das atividades. Após 11 anos de atuação, em 2002 foi oficialmente criada a profissão de ACS e, em 2006, foi editada uma medida provisória que regulamentou suas atividades (BARROS, et. al. 2010, p. 79).

A formação dos agentes comunitários de saúde foi definida pelo Ministério da Saúde de modo que os cursos fossem organizados para “habilitar o profissional para o reconhecimento da realidade social e suas necessidades, tendo como base uma construção compartilhada, estimulando a reflexão do saber, saber ser e saber fazer” (BARROS, et. al. 2010, p. 80).

Em 2003, o MS aprovou a Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS com o propósito de capacitar os operadores de saúde. Em 2004 foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, para viabilizar a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores do setor (BRASIL b, 2004).

Essa nova política deu visibilidade aos recursos humanos na agenda dos gestores e rompeu com a lógica centralizada e descendente da oferta de cursos padronizados, favorecendo transformações como a democratização institucional, o uso de metodologias participativas para discutir a realidade, o enfrentamento criativo das situações de trabalho e o trabalho em equipes matriciais (BRASIL b, 2004, p. 41).

Em 2004 foi desenvolvido o curso de Formação do Técnico Agente Comunitário de Saúde que trouxe a incorporação definitiva do ACS no quadro dos profissionais da saúde.

O agente comunitário de saúde se adaptou às transformações sociais e culturais, e à medida que foi evoluindo foi ganhando novas definições. Assim, as primeiras concepções enfatizavam o cuidado do doente, já as mais recentes destacam o seu papel na prevenção de doenças e na manutenção da saúde. O trabalho desenvolvido pelos ACS é definido pelas ações que realiza no âmbito da saúde com seus múltiplos papéis e funções que incluem o acesso da população às ações e serviços de informação, de saúde, promoção social e de proteção da cidadania.

Neste contexto as ações do ACS, como profissionais, incorpora três dimensões do saber: o saber-conhecer, o saber-ser e o saber-fazer. “Estas dimensões da competência

profissional estão expressas nas habilidades (saber-fazer), nos conhecimentos (saber-conhecer) e nas atitudes (saber-ser)” (BRASIL a, 2004).

As necessidades de novos conhecimentos e o desenvolvimento de suas competências específicas relacionadas ao trabalho dos agentes comunitários de saúde encontram seu eco nas palavras de Mendes et. al., (2008, p. 759) em que os mesmos “são constantemente desafiados na busca de conhecimento científico a fim de promoverem a melhoria do cuidado ao paciente”. É neste sentido que cabe ao pesquisador deste trabalho, realizar um estudo sobre a humanização em saúde.

As ações educativas relacionadas ao ACS têm como objetivo prevenir a doença e promover a saúde. Volta-se para um sentido de educação enquanto acesso a informação e divulgação da mesma.

Neste sentido, as ações realizadas pelo ACS, sejam elas individuais ou coletivas, necessitam de instrumentos capazes de proporcionar uma intervenção eficaz.

Conforme Chiesa e Veríssimo (2001, p. 35), estabelecer um ambiente de confiança durante as interações entre os profissionais e os usuários corresponde ao alicerce do processo educativo em saúde. Assim sendo, “a comunicação é indispensável para a assistência à saúde, pois é o principal meio de veiculação do processo educativo”, visto que “(...) enquanto atividade de suporte a programas de saúde constitui-se em recurso para estabelecer a confiança e a vinculação do usuário ao profissional e ao serviço de saúde”. Nesse sentido, pode-se criar uma barreira entre profissional e usuário, se, ao invés de o profissional utilizar-se de conselhos argumentados durante suas interações, fizer uso de ordens, o que pode ocorrer devido às diferenças cultural e social existentes entre os mesmos, prejudicando, assim, a interação e a comunicação com os indivíduos.

“A utilização de formas facilitadoras de comunicação que ajudam as pessoas a se sentirem melhor compreendidas, com maiores possibilidades de explorar sentimentos e experiências” se esbarra no aspecto afetivo da classificação de Bloom (CHIESA; VERÍSSIMO, 2001, p. 36).

O desenvolvimento humano está pautado em aspectos afetivos e nesta pesquisa o foco da sua aplicação recai sobre os ACS.

Como dito anteriormente, estes agentes garantiram a sua participação no SUS como uma estratégia para a organização da atenção básica à saúde no país, através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS que foi instituído para operacionalizar as mudanças do modelo de atenção em saúde (BRASIL, 1996).

Historicamente, a idéia que apóia a inserção do agente comunitário de saúde envolve um conceito que, sob as mais diferentes formas, nomenclaturas e racionalidades, aparecem em várias partes do mundo, ou seja, a idéia essencial de elo entre a comunidade e o sistema de saúde (SILVA; DALMASO, 2002, p. 77)

Suas funções são as de realizar atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas em saúde, realizadas em domicílios e junto à coletividade. Mas, para que ele possa atuar em suas funções o Ministério da Saúde enfatiza a necessidade de que, face o novo perfil de atuação para o agente comunitário de saúde, sejam adotadas formas mais abrangentes e organizadas de aprendizagem, o que implica que os programas de capacitação desses trabalhadores devam adotar uma ação educativa crítica capaz de referenciar-se na realidade das práticas e nas transformações políticas, tecnológicas e científicas relacionadas à saúde e de assegurar o domínio de conhecimentos e habilidades específicas para o desempenho de suas funções (BRASIL, 1999).

A busca de alternativas que propiciem a construção de programas de ensino com tais características, leva à incorporação do conceito de competência, “cuja compreensão passa, necessariamente, pela vinculação entre educação e trabalho” O conceito de competência é expresso como “a capacidade pessoal de articular conhecimentos, habilidades e atitudes inerentes a situações concretas de trabalho” (Brasil, 1999 b, p.4). É através desta competência que os ACS’s desenvolvem suas habilidades afetivas.

Sabe-se que o ser humano tem grande necessidade de ser ouvido, acolhido e valorizado. Neste sentido, a afetividade está intimamente ligada à construção da auto-estima. Sendo assim, sua importância em toda relação, é fundamental para os sujeitos envolvidos. Logo, a relação entre ACS’S e usuário, deve ser mais próxima possível, pautada em partilha de sentimentos e respeito mútuo das diferentes idéias.

O afeto apresenta várias dimensões, incluindo os sentimentos subjetivos (amor, raiva, tristeza) e aspectos expressivos (sorrisos, gritos, lágrimas). Para SOUZA (2002), o afeto se desenvolve no mesmo sentido que a cognição ou inteligência e, é responsável pela ativação intelectual. Com suas capacidades afetivas e cognitivas expandidas através da contínua construção, os usuários do sistema de saúde passam a ter os seus sentimentos validados.

Quanto às dificuldades apresentadas se considera que, a compreensão de uma parte significativa dos problemas, “a partir de sua vertente mais individual e biológica, ou mais coletiva e social; ou, em outros termos, uma vertente mais de vigilância a situações de risco e assistência a doenças mais prevalentes ou aquela da promoção da saúde e da qualidade de vida” fazem parte da amplitude da afetividade (SILVA; DALMASO, 2002, p. 80).

A valorização da pessoa através do vínculo afetivo será um grande facilitador da saúde. O clima de acolhimento permite que as dificuldades sejam percebidas como parte do processo, auxiliando na superação destas mesmas dificuldades.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu, através da metodologia da revisão narrativa, a intervenção do pesquisador em suas considerações finais, através de uma análise crítica.

Ao escolher o tema da pesquisa focado na humanização, na educação em saúde e nas habilidades afetivas do Agente Comunitário de Saúde, verificou-se a existência de um universo extremamente amplo sobre os desmembramentos do tema. Como o foco principal foi a humanização e a importância da atuação dos agentes comunitários de saúde neste contexto, restou a seguinte pergunta: como poderemos humanizar este ACS? A resposta me parece simples, fazendo-o se interessar pelos aspectos não diretamente ligados à doença. Fazendo-o perceber a dimensão pessoal do outro.

Mas como despertar o interesse no ACS? Ou melhor, para que fazê-lo? Creio que o principal argumento para justificar esta abordagem pessoal do usuário é o aumento da eficácia e da própria competência do ACS.

O próximo argumento é a maior satisfação de ambos, pois o ACS que vai além da parte estritamente burocrática e técnica pode usufruir também do próprio prazer em se envolver em novas realidades de pessoas diferentes e adquirir assim outros conhecimentos que lhe permitirão intensificar seu crescimento pessoal a partir destas mesmas experiências.

Um terceiro argumento é o de nos dar um novo senso da finalidade do trabalho que é o de compartilhar com os usuários as suas histórias de vida, seus valores e metas. Assim, o valor do que fazemos cresce na medida em que participamos, além do cuidado da saúde, em seus vários desafios.

Estes argumentos mostram o porquê de uma abordagem mais humanizada.

Mas como ensinar aos ACS a fazê-la? Creio que para além dos estudos profissionalizantes, o principal é ouvir. O usuário, como todos nós, falará de si e do próprio mundo em que vive e que por nós é compartilhado.

Esta é a habilidade afetiva que deve ser cultivada, pois é através dela que nos tornaremos o elo eficaz entre “as necessidades de saúde das pessoas e o que pode ser feito para a melhoria das condições de vida da comunidade” (BRASIL, 1996, p.01).

Por outro lado, a relação dos usuários e ACS deve se estabelecer também, dentro da perspectiva de olhar o outro como um ser, como o sujeito de sua própria história. Assim, o usuário do SUS deixa de ser objeto de cuidados e passa a ser o sujeito dos cuidados.

Finalmente fica a consideração de que a estratégia de humanização adotada como política de saúde pública é uma alternativa segura e desejável para os usuários e ACS e precisa se fortalecer e expandir por todo o complexo sistema de saúde para resgatar os ideais de cuidado e humanização. Cabe a nós resgatar todo o sentido da humanidade, como uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento.

Espera-se que este estudo contribua para reflexão dos profissionais de saúde, especialmente da equipe de enfermagem, visando proporcionar uma assistência ao usuário/paciente cada vez mais científica e humanizada.

Este trabalho finaliza acenando com um convite para os envolvidos com o tema proposto por esta pesquisadora: que ajudem através de reflexões e proposições, a realizar as mudanças necessárias para a sensibilização da sociedade, como um todo, para se construir uma base sólida junto ao SUS, estabelecendo uma defesa da saúde comprovadamente humanizada.

REFERÊNCIAS

- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu*, v. 9, n. 16, p. 39-52, set.2004/fev. 2005.
- BARROS, D.F.; BARBIERI, A.R.; IVO, M.L.; SILVA, M.G. O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, 2010 Jan-Mar; 19(1): 78-84.
- BEZERRA, A. F. B.; ESPIRITO SANTO, A.C.G.; BATISTA FILHO, M. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. *Rev. Saúde Pública*,[online]. v. 39, n. 5, p. 809-815. 2005.
- BLOOM, Benjamin S.; KRATHWOHL, David R.; MASIA, Bertran B. Taxionomia de objetivos educacionais: domínio afetivo. Porto Alegre: Globo, 1973. v. 2, 204 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Normas e Manuais. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde da Criança. Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica da Saúde da Criança. - Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em: 05 jun. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BRASIL. Decreto No 3.189, de 4 de outubro de 1999: fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências [online]; 1999 [acesso 2007 Fev 28]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3189.htm.
- BRASIL, a Ministério da Saúde. Perfil de competências profissionais do agente comunitário de saúde. Brasília (DF): MS; 2004.
- BRASIL, b. Ministério da Saúde. Política de educação permanente e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde. Pólos de educação permanente em saúde. Brasília (DF): MS, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Guia prático do Programa de Saúde da Família. Brasília (DF): 2001.128p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Agentes Comunitários de Saúde: Normas e Diretrizes. Brasília/ 1996. DF.
- 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.

CARVALHO, Ariana Rodrigues Silva; PINHO, Maria Carla Vieira; MATSUDA, Laura Misue; SCOCHI, Maria José. Cuidado e humanização na enfermagem: reflexão necessária. Disponível em: <http://cac-php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario2/trabalhos/saude/msau16.pdf>. Acesso em 07 set. 2011.

CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO, M.R. A educação em saúde na prática do PSF. In: BRASIL. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Manual de Enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CORDEIRO A.M.; OLIVEIRA G.M.; RENTERÍA J.M.; GUIMARÃES C.A. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. Rev Col Bras Cir. 2007; 34(6): 428-31.

COSTA, Wellington Soares da. Humanização, relacionamento interpessoal e ética. Caderno de Pesquisas em Administração, São Paulo, v. 11, nº 1, p. 17-21, janeiro/março 2004. Disponível em: <http://www.joinville.ifsc.edu.br/~debora/Artigo%20humaniza%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em 05 mai. 2011.

DESLANDES, Suely Ferreira. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Ciência & Saúde Coletiva, v. 9, n. 1, p. 1-12, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/cielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100002&Ing... Acesso em: 25 abr. 2010.

FALK, Maria Lucia Rodrigues. Contextualizando a Política Nacional de Humanização: A Experiência de um Hospital Universitário. Boletim da Saúde. Porto Alegre, Volume 20, Número 2, Jul./Dez, 2006.

FREIRE, P. Sobre educação popular: entrevista com Paulo Freire. In: TORRES, M. (Org.). Educação popular: um encontro com Paulo Freire. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

FREITAS, C. B. D.; HOSSNE, W. S. O papel dos Comitês de Ética em Pesquisa na proteção do ser humano. Bioética, Brasília, 2002, 10(2): 129-46.

GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas, 1999.

HOUAISS, A. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001, p. 1555.

IHEU - INTERNATIONAL HUMANIST AND ETHICAL UNION. Minimum statement on humanism. Disponível em www.ih.eu.org. Acesso em: 10.maio.2010.

LEVY, S. N. et al. Educação em saúde: histórico, conceitos e propostas. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

MÉDICI AC. A força de trabalho em saúde no Brasil dos anos 70: percalços e tendências. Rev Adm Pub. 2006 Jul-Set; 20(3):54-69.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira, GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na

saúde e na enfermagem *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64.

MEZZOMO, Augusto A. *Humanização Hospitalar*. Fortaleza: Realce Editora, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Sobre humanismo e humanização de cuidados à pessoa idosa. *Revista Kairós*, São Paulo, 11(2), dez. 2008, pp. 49-58.

PASSOS, E. Proposta de apresentação dos níveis de composição da PNH. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000500012&script=sci_arttext. Acesso em 18 set. 2011.

PESSOTTI, Isaias. A formação humanística do médico. *Medicina (Ribeirão Preto)* 29:440-448, out/dez. 1996. Disponível em: http://www.fmrp.usp.br/revista/1996/vol29_n4/10_aformacao_humanistica_medico.pdf. Acesso em: 03 abr. 2011.

PINAFO, Elisângela. Educação em saúde: o cotidiano da equipe de saúde da família. Dissertação de Mestrado. Londrina: UEL, 2010. Disponível em: <http://www.uel.br/pos/saudecoletiva/Mestrado/diss/102.pdf>. Acesso em 11 jul. 2011.

RESENDE, Alvaci Freitas. Humanização em ambiente da atenção básica à saúde: representações sociais de agentes Comunitários de saúde. Dissertação de mestrado. Aracaju: UNIT, 2007. Disponível em: http://www.unit.br/mestrado/saudeambiente/D_defendidas/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Alvaci%20Resende%202007.pdf. Acesso em 09 out. 2011.

ROLIM, Karla Maria Carneiro; CARDOSO, Maria Vera Lúcia Moreira Leitão. O discurso e a prática do cuidado ao recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2006, vol.14, n.1, pp. 85-92. ISSN 0104-1169. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000100012>. Acesso em 07 ago. 2011.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta paul. enferm.* São Paulo, v. 20, n. 2, June 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200001&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Mar. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>.

SILVA, Joana Azevedo da; DALMASO, Ana Sílvia Whitaker. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v6, n10, p.75-94, fev 2002.

SOUZA, Célia Maria Moraes de. A afetividade na formação da auto-estima do aluno. Trabalho de Conclusão de Curso, Belém: Unama, 2002. Disponível em: http://www.nead.unama.br/site/bibdigital/monografias/a_afetividade_na_formacao_da_auto.pdf. Acesso em 07 ago. 2011.

TORRES, G.de V.; ENDERS, B.C. Atividades educativas na prevenção da AIDS em uma rede básica municipal de saúde: participação do enfermeiro. *Rev.latino-am.enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, p. 71-77, abril 1999.