

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

JOSENILDA SOARES PEREIRA

**A HUMANIZAÇÃO NA ATUAÇÃO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA – PSF**

**ARAÇUAÍ-MG
2013**

JOSENILDA SOARES PEREIRA

**A HUMANIZAÇÃO NA ATUAÇÃO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA – PSF**

Trabalho de Conclusão do Curso de
Especialização em Atenção Básica em Saúde da
Família, Universidade Federal de Minas Gerais
para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora : Profa. Dra. Andrea Maria Silveira

ARAÇUAÍ-MG
2013

JOSENILDA SOARES PEREIRA

**A HUMANIZAÇÃO NA ATUAÇÃO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA – PSF**

Trabalho de Conclusão do Curso de
Especialização em Atenção Básica em Saúde da
Família, Universidade Federal de Minas Gerais
para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora : Dra. Andrea Maria Silveira

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Andrea Maria Silveira (orientadora)

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete (UFMG)

Aprovado em Belo Horizonte, 30 de abril de 2013

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por está sempre ao meu lado me dando forças para continuar esta batalha;

A minha família por me apoiar sempre nos meus projetos de vida e dar o melhor deles por mim abrindo mão, às vezes, dos seus próprios sonhos para realizarem os meus,

e aos colegas de curso pela amizade e atenção.

"Os que têm a oportunidade de se consagrar aos estudos científicos deverão ser os primeiros a por seus conhecimentos a serviço da humanidade."

(Karl Marx)

RESUMO

Trata-se de uma reflexão sobre a humanização da atenção à saúde na atenção básica, especificamente na Estratégia de Saúde da Família com o objetivo de realizar estudo bibliográfico acerca de educação para humanização na atenção básica. Para atingir este objetivo, realizamos pesquisa na base de dados do SciELO. A leitura dos artigos mostra a importância da educação e capacitação dos profissionais de saúde e da comunidade para a realização de uma atenção humanizada à saúde. Mostra, ainda, experiências de educação inspiradas em novas metodologias para estimular a reflexão sobre as práticas de saúde, valorizando a participação da população, a integração dos profissionais da equipe de saúde e a valorização da experiência dos sujeitos.

Palavras-chave: Humanização. Programa de Saúde da Família. Educação. Atenção básica

ABSTRACT

It is a reflection on the humanization of health care in primary care, specifically in the Family Health Strategy with the objective of carrying out bibliographical study on humanization of education in primary care. To achieve this goal, we conducted research on the SciELO database. After reading these articles shows the importance of education and training of health professionals and the community to achieve a humanized health. It shows education experiences inspired new methodologies to stimulate reflection on the practice of health enhancing public participation, integration of professionals from the health and enhancement of the experience of the subjects.

Keywords: Humanization. Family Health Program. Education. primary care

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 OBJETIVO	11
3 METODOLOGIA	12
4 REVISÃO DA LITERATURA	13
4.1 O programa saúde da família	13
4.2 Fundamentos do Programa Saúde Da Família	13
4.3 A importância da humanização no atendimento ao usuário	15
4.4 Conceito de Educação Continuada	10
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	21
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERÊNCIAS	26

1 INTRODUÇÃO

A sociedade brasileira vem enfrentando problemas complexos no setor saúde. Ao longo dos anos, devido à precariedade do atendimento nos espaços públicos de saúde tais como o grande contingente de pessoas nas filas à espera do atendimento clínico e acesso a propedêuticas, o usuário, muitas vezes, desiste de utilizar o serviço e retornar à casa, com consequente risco de agravar sua doença o que pode, em última instância, até levá-lo a óbito.

Pode-se considerar desumana essa situação em que o cidadão vê seus direitos solapados e que foge ao que reza a Constituição (CF) de 1988, que garante como direito de cidadania o atendimento de saúde gratuito e de qualidade (BRASIL, 1988).

Naquele mesmo ano, ou seja, em 1998, o Ministério da Saúde (MS) oficializou o Programa Saúde da Família (PSF) através da Lei nº 2177 de 30/12/98 e o Decreto nº 2043 de 23/02/99 que estabeleceram as gestões desse programa (BICCA e TAVARES, 2006).

Com a implantação do PSF, os serviços de assistência foram ampliados e oferecidos nos centros de saúde e, na residência do usuário. As ações de saúde, além de expandidas, vieram para promover a saúde e prevenir agravos através das orientações e da educação em saúde promovidas pelos profissionais de saúde.

Minha preocupação tem, por foco, a saúde da família - aquela que é atendida em sua residência ou acolhida na unidade de saúde. Enquanto enfermeira da Estratégia Saúde da Família percebi que muitas doenças são ocasionadas pela falta de conhecimento dos pacientes em relação às medidas preventivas, consideradas alternativas mais baratas e eficazes, no controle de doenças.

Para que o atendimento de saúde se materialize de acordo com os pressupostos do Sistema Único de família (SUS) é essencial que os profissionais o façam pautados na humanização, no acolhimento, na escuta dos usuários.

Em 2003, a secretaria Executiva do Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Humanização (PNH) a partir de algumas experiências do SUS, visando ampliar a discussão sobre o conceito de humanização e tendo como princípio a indissociabilidade entre a atenção e gestão. É uma política pública de saúde que reafirma os princípios da universalidade, equidade e integralidade do SUS (BRASIL, 2004).

Destaca-se que o usuário hoje vê a unidade básica de saúde como referência para tudo: desde problemas familiares, psicológicos, sanitários, do processo de adoecimento propriamente dito, até, muitas vezes, para ter algo para fazer, conversar com alguém, por

exemplo. Então é necessário oferecer ao usuário um atendimento amplo e qualificado de forma mais humanizada. Nesse sentido, vale trazer à tona o pensamento de Matos (2007) de que os procedimentos conservadores ainda prevalecem nos serviços de saúde e contribuem para que a realidade se mostre fria, impessoal e impregnada de carência e afetividade nos hospitais. O mesmo pode ser dito em relação ao atendimento primário de saúde.

A humanização se faz necessária, considerando que nos serviços de saúde ocorrem situações que agridem a dignidade do usuário, relacionadas às falhas no atendimento, à descortesia, à precariedade das instalações e das condições de trabalho. Isso leva à questionamentos e, à exigência, da parte dos usuários, de respeito aos direitos dos cidadãos nos espaços públicos de saúde. Desta forma, os pacientes estão reivindicando melhor assistência e acolhimento.

Todavia, a humanização do atendimento, em qualquer situação, implica na transformação de como os profissionais pensam e executam esse atendimento.

Neste estudo, reflito sobre questões que devem fundamentar as ações de humanização, destacando a importância da dimensão humana nas relações profissionais, a qual necessita estar na base de todo o processo de intervenção no campo interdisciplinar da saúde, fazendo-se necessária a atuação de profissionais da saúde qualificados para o alcance do atendimento diferenciado no cenário educacional desse espaço não formal.

Ao longo do processo de consolidação do SUS e de informação e educação os usuários passam a compreender a saúde como um direito de cidadania. Isto faz com que os mesmos passem a exigir melhores serviços nas unidades básicas de saúde, com eficiência e eficácia, voltadas para o conforto, comodidade, segurança e bem-estar. Isso, sem dúvida, potencializa o resultado obtido através do tratamento médico e da assistência de enfermagem.

2 OBJETIVO

Realizar estudo bibliográfico acerca de educação para humanização na atenção básica.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo sobre o tema de humanização na atenção básica de saúde a partir de uma revisão bibliográfica .

Para a busca do material bibliográfico, foi consultado o *Scientific Electronic Libray Online* (SciELO), com os descritores: “humanização” “educação” “saúde da família” e “Atenção básica”.

Foram identificados 16 estudos, dentre os quais um tratava, especificamente, do trabalho do Agente Comunitário de Saúde, três de educação para humanização, um sobre saúde bucal, dois sobre percepção de usuários e trabalhadores sobre humanização, três sobre avaliação de programas, dois sobre ensino e pesquisa na atenção básica, três sobre a inserção das profissões da saúde nas equipes de saúde da família e um sobre a singularização versus a padronização de procedimentos.

De posse dos artigos, todos foram lidos e analisados para produção deste trabalho.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 O Programa Saúde da Família

O Programa Saúde da Família surgiu em 1994 como uma estratégia proposta pelo governo Federal aos municípios para implementar a atenção básica à saúde.

Na década de 1970, a Estratégia de Saúde da Família foi objeto de debates e análises que visavam apoiar o processo de mudança do paradigma que sustentava o modelo de atenção à saúde vigente, o qual pouco valorizava as ações de promoção de saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas (BRASIL, 2004).

Atualmente, o PSF é definido como Estratégia Saúde da Família (ESF), em contraponto a ideia de programa que aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. Desta forma, o PSF é uma estratégia de reorganização da atenção primária a saúde. No Brasil, a origem do PSF remonta criação do PACS em 1991, como parte do processo de reforma do setor da saúde e que, visava aumentar o acesso ao sistema de saúde e incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 2007).

A Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006, estabeleceu que o PSF é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica, que tem como um dos seus fundamentos o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde de qualidade, reafirmando os outros princípios básicos do SUS: equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade, mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários (BRASIL, 2004).

4.2 Fundamentos do Programa de Saúde da Família

O principal objetivo do PSF é a transformação do modelo tradicional de assistência no qual, entre outras práticas, os trabalhadores da saúde aguardavam passivamente à procura dos serviços pela população. No PSF, os serviços de saúde têm o papel dinâmico de ir ao encontro da população, principalmente por meio da visita domiciliar, cujo foco é centrado na família e não no indivíduo isoladamente (BRASIL, 2007).

A família é observada em seu contexto socioeconômico e cultural através de seu cadastro que reúne informações que permitem a identificação de um conjunto de fatores de risco, os quais, até então não eram percebidos pelos serviços de saúde.

Os trabalhos do Programa de Saúde da Família são organizados a partir das seguintes etapas:

- Sensibilização e divulgação para a população;
- Adesão;
- Recrutamento, seleção e contratação de pessoal;
- Capacitação das equipes;
- Treinamento introdutório;
- Educação continuada;
- Acompanhamento e avaliação;
- Manutenção e financiamento.

Percebida a adesão da população, são iniciados o recrutamento, seleção e contratação do pessoal que vai atuar e deve ser no mínimo:

- Um médico;
- Um enfermeiro;
- Dois Auxiliares de Enfermagem;
- Quatro ou cinco Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2007).

Quando a equipe de saúde se encontra formada, ela precisa ser capacitada por meio do Treinamento Introdutório, para a seguir iniciar a realização do cadastro das famílias.

O número de famílias cadastradas, de acordo as recomendações oficiais, é de 600 a 1000 famílias por equipe, o que corresponde de 2500 a 4000 habitantes.

Cadastradas as famílias, a equipe vai planejar o seu trabalho e de cada um de seus componentes, incluindo períodos para as reuniões da equipe para avaliar os resultados do trabalho.

O trabalho da equipe deve seguir os seguintes princípios norteadores:

- Promover o conceito de saúde como direito da cidadania;
- Promover a saúde como núcleo básico de abordagem para saúde;
- Prevenir doenças e identificar, e atuar sobre os fatores de risco ambientais (áreas de invasão, enchentes, acúmulo de lixo, falta de água tratada, poluição do ar, terra, águas etc.); sociais (desemprego, violência, drogas, condições de moradia, etc.); saúde (doenças infecto

- contagiosas e crônicas degenerativas, populações de risco – crianças e gestantes, doenças referidas pela população etc.);
- Atender a população cadastrada, preferencialmente;
- Buscar a humanização do atendimento;
- Incentivar a participação popular (BRASIL, 2007).

As recomendações estabelecem que a atenção básica deve contemplar no mínimo um conjunto de ações voltadas a assistência à criança, à mulher, à hipertensão arterial, ao diabetes, à tuberculose, à hanseníase e à saúde bucal.

Para tanto, é responsabilidade do nível central (regional, municipal e estadual) desenvolver um processo de educação continuada para a capacitação e atualização das equipes, contribuindo para o seu bom desempenho no processo técnico e humanizado nos trabalhos aos usuários do PSF (BRASIL, 2004).

A manutenção dos trabalhos da equipe depende, também, dos órgãos da administração pública, pois estes precisam continuamente propiciar os materiais permanentes e de consumo necessários para a operacionalização dos trabalhos, bem como dos recursos financeiros exigidos para a manutenção das equipes.

Os trabalhos do Programa de Saúde da Família, como foi citado antes, dependem para o seu sucesso da qualidade dos cursos de formação continuada. Com esses a equipe pode refletir sobre suas ações, tendo por meta humanizar o seu trabalho.

4.3 A importância da humanização no atendimento ao usuário

A Humanização encontra respaldo na atual Constituição Federal, no Artigo primeiro Inciso III, que assinala “a dignidade da pessoa humana” como um dos fundamentos do Estado Democrático de Direito. Se a constituição garante isto ao usuário, portanto, lhe é de direito um atendimento eficaz e humanizado (BRASIL, 1998).

O trabalho humanizado prestado pelos profissionais aos usuários deve ocorrer desde o início da vida do ser humano. Começa com o atendimento às mulheres grávidas desde o pré-natal até à hora do parto. A mulher gestante tem direito de ser informada de seu estado físico, emocional e psicológico para sua melhor comodidade. Ela tem o direito de dar à luz como melhor lhe convier. Que o ato de parir ocorra naturalmente desde que seu estado clínico esteja saudável.

Para Dias e Domingues (2005, p.700).

A humanização da assistência ao parto implica também e, principalmente, que a atuação do profissional respeite os aspectos de sua fisiologia, não intervenha desnecessariamente, reconheça os aspectos sociais e culturais do parto e nascimento, e ofereça o necessário suporte emocional à mulher e sua família, facilitando a formação dos laços afetivos familiares e o vínculo mãe-bebê. Outros aspectos se referem à autonomia da mulher durante todo o processo, com elaboração de um plano de parto que seja respeitado pelos profissionais que a assistirem; de ter um acompanhante de sua escolha; de serem informadas sobre todos os procedimentos a que serão submetidas; e de ter os seus direitos de cidadania respeitados

A Resolução 02 CNE/ MEC/Secretaria de Estado de Educação – Departamento de Educação Especial, datada em 11 de setembro de 2001, determina expressamente:

O direito à saúde, segundo a Constituição Federal (Art.196), deve ser garantido mediante políticas econômicas e sociais que visem ao acesso universal e igualitário às ações e serviços, tanto para a sua promoção quanto para sua proteção e recuperação. Assim, a qualidade do cuidado em saúde está referida diretamente a uma concepção ampliada em que o atendimento às necessidades de moradia, trabalho e educação, entre outras, assume relevância para compor a atenção integral. A integralidade é, inclusive, uma das diretrizes de organização do sistema Único de Saúde, definido por lei (Art. 197) (BRASIL, 1988, Art. 196 e Art.197).

Se o atendimento for humanizado, em muitos casos, os usuários se libertarão da doença mais rápido. Sendo assim, se faz necessário: informação correta, atenção e competência pelos atendentes. Martins (2003) e Mazzetti (2005), em pesquisas realizadas em hospitais, mostraram que quando se trabalha de forma humanizada ocorre melhora do ambiente hospitalar, o que traz benefícios como à redução do tempo de internação, aumento do bem estar geral dos pacientes e funcionários e diminuição das faltas de trabalho entre a equipe de saúde. Conseqüentemente, a instituição também reduz seus gastos, trazendo benefícios para todos.

O uso das tecnologias se faz necessário, mas também o serviço humanizado demanda um esforço, principalmente, nas atitudes e comportamento dos profissionais envolvidos direta e indiretamente no cuidado ao paciente. Os avanços tecnológicos interferem diretamente na vida dos indivíduos e acirram conflitos éticos e morais, o que nos desafia mais ainda a estar atentos e sempre considerar o indivíduo como um ser biopsicossocial (CLOTET e KIPPER, 1998).

Atualmente, devido à necessidade de mudanças nas políticas de saúde, muitos projetos de humanização vêm sendo desenvolvidos, e um deles é o da assistência ao idoso. O movimento de humanização nos hospitais com idoso é voltado para o processo de educação e treinamento dos profissionais de saúde, para que sua estadia no Hospital seja mais confortável.

Como salientei antes, o trabalho humanizado tem como meta o respeito ao usuário e a qualificação e aumento da efetividade das ações de saúde. A abordagem humanizada do indivíduo deve começar desde o pré-natal. Essa tarefa tem que se estender no que se refere ao atendimento aos familiares. A pessoa tem que ser tratada com respeito, e os familiares munidos de informações, orientações e palavras de conforto pelos trabalhadores da saúde (GUIDO, 1995).

Ao trazer a educação como mediadora da humanização podemos perceber que ambas estão interligadas e que a oferta humanizada de ações de saúde depende de processos formativos adequados do profissional de saúde. No entanto, os profissionais até então não refletiram que a junção dos procedimentos e a humanização se tornam mais satisfatórios tanto para o paciente quanto para o profissional.

A proposta de humanização da assistência à saúde visa, além da melhoria da qualidade de atendimento ao usuário, a melhoria das condições de trabalho para os profissionais, pois condições salariais decentes, ambientes de trabalho saudáveis com instalações adequadas, oferta de informação sobre os riscos do trabalho à saúde e das formas de proteção de doenças e prevenção de riscos, equipamentos de proteção da saúde, observância pelo gestor da legislação trabalhista e de proteção a saúde no trabalho, dentre outras medidas, contribuem para aumentar a satisfação do trabalhador da saúde com sua atividade e fortalece seu sentimento de pertencimento a unidade de saúde, o que favorece a implementação de práticas humanizadas na assistência a saúde da comunidade.

O atendimento por um profissional de saúde imbuído das pressupostos da assistência humanizada faz uma grande diferença no atendimento ao usuário, seja na portaria, na recepção, no consultório médico e na enfermaria. Todos esses serviços contribuem para bem-estar do paciente

O contato direto com seres humanos coloca o profissional diante de sua própria vida, sua própria saúde ou doença, seus próprios conflitos e frustrações. Se ele não toma contato com esses fenômenos, corre o risco de desenvolver mecanismos rígidos de defesa, que podem prejudicá-lo tanto no âmbito profissional como no pessoal. Ao desenvolver mecanismos que o protejam emocionalmente da dor e do sofrimento, o profissional também se distancia do outro ser humano que está à sua frente. Quando esse distanciamento é intenso, o profissional tende a desumanização, à insensibilidade e apatia. Percebemos esse profissional desumanizado como aquele que “já se acostumou” a tudo (CALEGARI e LIMA, 2008, p. 2).

Fazem parte das diretrizes do Programa Nacional de Humanização:

- Ampliar o diálogo entre os profissionais, entre profissionais e população, entre profissionais e administração, promovendo a gestão participativa;
- Implantar, estimular e fortalecer Grupos de Trabalho de Humanização com plano de trabalho definido;

- Estimular práticas resolutivas, racionalizar e adequar o uso de medicamentos, eliminando ações intervencionistas desnecessárias;
- Reforçar o conceito de clínica ampliada: compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e co-responsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde;
- Sensibilizar as equipes de saúde ao problema da violência intrafamiliar (criança, mulher e idoso) e à questão dos preconceitos (sexual, racial, religioso e outros) na hora da recepção e dos encaminhamentos;
- Adequar os serviços ao ambiente e à cultura local, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável.
- Viabilizar participação dos trabalhadores nas unidades de saúde através de colegiados –
- Implementar sistema de comunicação e informação que promova o autodesenvolvimento e amplie o compromisso social dos trabalhadores de saúde;
- Promover ações de incentivo e valorização da jornada integral ao SUS, do trabalho em equipe e da participação em processos de educação permanente que qualifiquem sua ação e sua inserção na rede SUS (BRASIL, 2004, p.12,13).

4.4 Parâmetros para acompanhamento da implementação na Atenção Básica

O Ministério da Saúde definiu parâmetros para o monitoramento do processo de implementação da Política Nacional de Humanização em cada nível do sistema de saúde. Para a atenção básica, foram definidos os seguintes parâmetros:

- Elaboração de projetos de saúde individuais e coletivos para usuários e sua rede social, considerando as políticas intersetoriais e as necessidades de saúde;
- Incentivo às práticas promocionais da saúde;
- Formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema efetivadas (BRASIL, 2004, p.14).

Com a implementação da Política Nacional de Humanização (PNH) trabalhamos para consolidar quatro marcas específicas: busca-se reduzir as filas e o tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco; todo usuário deve saber quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial; as unidades de saúde devem garantir as informações ao usuário e o acompanhamento de pessoas de sua rede social e deverão, ainda, Garantir a gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários bem como a educação permanente aos trabalhadores (BRASIL, 2004).

4.5 A Formação Continuada

A formação continuada em saúde tem repercutido na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade da atuação profissional, constituindo um componente essencial para efetivação da política de humanização no interior do SUS.

No que diz respeito ao processo de educação continuada de enfermeiros, considerado elemento essencial à melhoria da qualidade do trabalho, é importante analisar as concepções dos enfermeiros sobre a qualidade da formação continuada, classificar as competências adquiridas pelos enfermeiros nessa formação no contexto da questão teoria-prática e descrever de que maneira a formação interfere na práxis educativa da saúde.

As diferentes realidades de inserção profissional dos enfermeiros na atenção básica, em comunidades que possuem características diversas e expressam múltiplas carências, tem exigido desses trabalhadores um repertório amplo de habilidades e competências.

Segundo Salles (2006), os processos diferenciam a formação inicial e continuada. A palavra formar que dizer estruturar, fazer crescer e essa formação depende de determinados requisitos indispensáveis para iniciar-se na formação que se concretizam na formação acadêmica.

De acordo com Menezes (2001), a formação é a preparação para o trabalho de uma grande variedade de profissionais voltados ao apoio, à orientação e à condução do desenvolvimento humano, em diferentes etapas da educação, faixas etárias, áreas do conhecimento, especialidades, ou seja, o conjunto de informações e habilidades a serem desenvolvidas pelos profissionais.

Com as atuais demandas educativas e as exigências de formação, muitas pessoas deixam a condição de profissionais leigos para realizar a formação inicial, marcada pela ênfase na certificação de habilidades, tendo essa fase a característica de habilitação para o exercício prático da profissão.

O contexto da formação no seu sentido continuado quer seja ela em serviço ou não, significa antes de tudo, uma continuação dos seus esforços para apreender conhecimento atualizado e envolve uma dimensão maior que reflete na questão da profissionalidade, na identidade e na postura reflexiva diante da prática didático-pedagógica (SALLES, 2006).

Para Ramos (2001, p. 34), "a questão das competências está profundamente arraigada nas transformações da sociedade globalizada que trouxe novos conhecimentos, competição no mercado de trabalho e uma maior interconectividade".

Portanto, a formação continuada reflete-se no contexto das políticas educacionais que têm repercussão nos processos de atuação profissional, como elementos inerentes à melhoria da qualidade do atendimento. Salles (2006, p. 3) avalia que a formação continuada tem a função de:

Uma construção de identidade do profissional que remete para uma concepção da aprendizagem, encarada como um processo interno ao sujeito em que as diferentes e parcelares aquisições se combinam num sistema harmonioso a partir de uma atribuição de sentidos.

Assim, compreende-se que a concepção de identidade profissional se reflete na forma como o profissional faz e transforma a sua prática educativa na saúde, dentro de um caminho novo de descobertas através das parcelas de aquisições de conhecimentos que a formação continuada em serviço permite ampliar.

Portanto, conforme Salles (2006)

[...] a formação inicial e a formação continuada são fases da formação e tem por função o aprimoramento do trabalho pedagógico. A formação continuada trata da continuidade da formação profissional, proporcionando novas reflexões sobre a ação profissional e os novos meios para desenvolver e aprimorar os trabalhos pedagógicos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Carta Política de 1988 consagra como fundamento da República, em seu art. 1º, inc. III a dignidade da pessoa humana. Mais ainda, o art. 5º garante a todos o direito à vida, bem que deve ser resgatado por uma única atitude responsável do estado, qual seja, o dever de fornecimento da medicação e/ ou da intervenção médica necessária a todo cidadão que dela necessite. O direito à saúde, além de qualificar-se ao direito fundamental que assiste a todas as pessoas, representa consequência constitucional indissociável do direito a uma vida digna (BRASIL, 1988).

A qualificação técnica dos profissionais do SUS tem constituído um desafio particularmente quando se mira na oferta de uma atenção humanizada.

Os formuladores e implementadores de políticas de saúde têm se dedicado à busca de estratégias de formação que sejam eficientes e apresentem boa relação custo benefício.

Na literatura estudada foi possível identificar reflexões sobre o tema e algumas experiências bem sucedidas no que diz respeito à educação voltada para a promoção da gestão participativa e humanização da atenção a saúde e das relações de trabalho.

Cardoso (2012) relata experiência implementada pela Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (Espírito Santo) que adotou as “rodas de educação permanente” em sua política educacional e de humanização na rede de Atenção Básica.

Segunda a autora, apesar de se formarem no Brasil profissionais de saúde com domínio de técnicas e tecnologias do setor, esses profissionais se mostram, em sua maioria, incapazes de trabalhar com a subjetividade e a diversidade cultural da clientela, além de apresentarem dificuldades e falta de habilidades para o trabalho integrado em equipe e o enfrentamento de problemas concernentes à organização da assistência à saúde, a implementação dos princípios do SUS, a universalização do o direito à saúde e à informação, a ampliação da autonomia das pessoas e aos problemas sociais e comportamentais.

A necessidade de implementar novas práticas desafia instituições e ensino e gestores do sistema dos quais espera-se mudanças nos processos de formação, para que os mesmos sejam adequados à realidade de saúde da população e às exigências de novas práticas de saúde demandadas por um novo modelo de assistência.

O Método da Roda constitui-se de um método crítico à racionalidade gerencial prevalente que propõe a reconstrução operacional das maneiras de fazer-se a cogestão de instituições e a constituição de sujeitos que tenham capacidade de análise e de intervenção. O método parte do princípio de que a construção de um projeto é um trabalho coletivo e que as

peças se constroem em interação com o mundo e as outras pessoas. O trabalho seria uma das maneiras de construir os coletivos e as instituições. O Método da Roda busca favorecer a autonomia, o protagonismo e a valorização da subjetividade propiciando a análise e intervenção dos indivíduos e dos coletivos (CARDOSO, 2012).

As Rodas de Educação Permanente implementadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Vitória em 2005 foram espaços para reflexão do processo de trabalho do qual participaram membros da equipe de saúde local, gestores, usuários do SUS e instituições de ensino em saúde.

A implementação das Rodas ocorreu nas seis regiões de saúde do município. As reuniões aconteciam quinzenal ou mensalmente, durante o horário de trabalho e tinham por pressuposto a participação voluntária. Cada unidade de saúde possuía uma a quatro rodas a depender da realidade local. Questionário aplicado posteriormente a 629 servidores mostrou que 53% estava satisfeito ou muito satisfeito com a Roda, 42% dos acreditava que as Rodas implicaram em melhorias no processo de trabalho e 61% acreditavam que as Rodas contribuíram para humanizar as relações no trabalho, apontando assim, a utilidade da aplicação desse método (CARDOSO, 2012).

Marin, Storniolo e Moravcik (2010) estudaram a concepção de humanização dos profissionais da atenção básica por meio de 20 entrevistas em profundidade aos profissionais da equipe de saúde da família de um município de São Paulo. Para esses profissionais o significado de humanização diz respeito à observância dos princípios éticos da oferta de serviços de atenção a saúde, a facilitação do acesso e a possibilidade de um olhar ampliado sobre a situação de saúde e o contexto de vida dos usuários. Como dificuldades para a humanização foram citados a dificuldade de acesso aos serviços de referência, o pouco investimento na qualificação e preparo dos profissionais, a burocratização e verticalização do sistema de saúde, a grande demanda por serviços. Como possíveis soluções foram apontadas a qualificação dos profissionais, o alinhamento das atividades ao papel profissional e uma melhor organização dos serviços.

Guedes, Pitombo e Barros (2009) relataram a experiência vivenciada em um curso de formação da Política Nacional de Humanização oferecida em uma cidade do estado do Rio de Janeiro. O objetivo foi a formação de referências e facilitadores institucionais habilitados a estimular a rede no Sistema Único de Saúde (SUS), fomentar mudanças nos modos de atenção e de gestão dos serviços. Do ponto de vista metodológico foi utilizado um modelo de "formação-intervenção" que se fundamenta em práticas de intervenção dos

trabalhadores nos processos de trabalho em saúde. Participaram desta iniciativa 40 alunos entre gestores, trabalhadores de nível médio e superior, todos envolvidos na atenção básica.

O curso foi organizado em dois eixos: momentos presenciais de concentração e os momentos de dispersão com realização de atividades pelos alunos em seus serviços. Nos momentos de concentração foi observada programação prévia e a presença de consultores / “professores” convidados de acordo com o tema a ser discutido. Os momentos de concentração se deram ao longo de 7 encontros quinzenais.

Foram abordados nesses encontros os princípios, diretrizes e dispositivos da Política Nacional de Humanização, SUS e rede; princípios, diretrizes e dispositivos da PNH; acompanhamento avaliativo na PNH; clínica ampliada; acolhimento; saúde do trabalhador e processo de formação; direito dos usuários e apresentação de linhas de ação nos serviços. Os momentos de dispersão se deram através de atividades propostas pelos consultores / “professores” (GUEDES, PITOMBO E BARROS, 2009).

Segundo os autores, ao longo do processo, percebeu-se a intercalação de movimentos de desânimo, mobilização, passividade e luta. Foram recuperadas experiências dos participantes e realizadas reflexões sobre essas experiências buscando dar um rumo às mesmas. Na avaliação após o curso, foram relatadas mudanças subjetivas como sentimentos de entusiasmo, potencialização e visualização de abertura para novas possibilidades. Foram ainda relatadas mudanças afetivas como ampliação da comunicação algumas com repercussões nos processos de trabalho, introdução de sistematicidade na realização de reuniões de serviço e recuperação da função gestora dessas reuniões.

Maxta et al. (2010) ressaltam que as diretrizes que orientam Estratégia de Saúde da Família (ESF) apontam para a democratização das instituições considerando a o papel protagônico da comunidade, com suas vivências e saberes sobre o território e as necessidades de saúde locais. Apresentam, também, a experiência do Bingão de Saúde realizado no município de São Carlos (São Paulo). Esta atividade reúne mensalmente residentes multiprofissionais, profissionais da equipe mínima de referência e usuários da unidade de saúde estudada. Os encontros têm duração de duas horas e são realizados a noite na unidade de saúde, são abertos a toda a comunidade e as atividades começam com a identificação dos presentes, buscando-se fazer isto de forma interativa e criativa. Em seguida é explicado o funcionamento pelo moderador que explica os objetivos e abre espaço para as falas dos presentes, para que falem de suas expectativas e vivências relacionadas ao tema a ser debatido. Os residentes multiprofissionais e agentes comunitários atuam como moderadores. Um dos moderadores sistematiza e escreve a ideia central de cada relato em um quadro. Em

seguida o grupo destaca as palavras-chaves que constarão nas cartelas do jogo de bingo e as cartelas são numeradas para dar origem ao bingo.

Para os autores o 'bingão da saúde' representa uma nova prática, que coloca o coletivo como produtor de saúde tendo o cotidiano do território como cenário de reflexão e intervenção. A experiência realizaria a ideia da indissociabilidade entre os saberes profissionais e populares em saúde e reinventa o espaço do controle social, em que pese as dificuldades em sustentar a realização regular dos bingões. Os autores entendem ainda que o 'bingão da saúde' constitui um meio de educação para a cidadania, estimulando a mobilização comunitária e o protagonismo da população de forma criativa.

Moretti-Pires e Bueno (2009) argumentam que as deficiências na formação do enfermeiro, do médico e do odontólogo são evidenciadas por meio das dificuldades desses profissionais em redirecionarem suas ações de forma a ter por foco a família e as ações de promoção da saúde. Destacam as lacunas no que diz respeito as formas de operacionalizar a formação de enfermeiros, médicos e odontólogos de forma alinhada aos princípios norteadores do SUS. Com isso, sugerem que uma alternativa seria a formação integrada da equipe com a participação de enfermeiro, médico, odontólogo, outros profissionais e os pacientes no cenário no SUS.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Encerramos este trabalho com os dizeres de Marques e Souza (2010, p. 143) tendo em vista que eles expressam o que acreditamos ser humanização:

Compreendemos que a humanização dos serviços de saúde implica em transformação do próprio modo como se concebe o usuário do serviço - de objeto passivo a sujeito, de necessitado de atos de caridade àquele que exerce o direito de ser usuário de um serviço que garanta ações técnica, política e eticamente seguras, prestadas por trabalhadores responsáveis. Enfim, essa transformação exige um posicionamento político que enfoca a saúde em uma dimensão ampliada, relacionada às condições de vida inseridas em um contexto sociopolítico e econômico.

Portanto, cabe ao profissional de saúde, inserido em qualquer contexto atender o ser humano de forma ética, respeitosa e humanizada. A educação ou orientações a serem feitas seja formal ou não formal devem respeitar o conhecimento trazido por eles, em respeito as suas singularidades.

Várias experiências de educação em saúde, realizadas a partir de metodologias que inserem o usuário nas discussões e tomadas de decisão em prol de sua saúde, estão acontecendo nos diversos estados do Brasil e com respostas positivas.

Os novos processos de educação e capacitação de equipes e usuários devem se pautar pela reflexão crítica, reflexiva, interativa e plural em busca da qualidade e da humanização da atenção a saúde.

REFERÊNCIAS

BICCA, L.H; TAVARES, K.O. A Atuação da Enfermeira no Programa Saúde da Família: uma breve análise da sua prática assistencial. **Revista Nursing**, v.92, n.9, p. 632-637, jan.2006.

BRASIL. **Constituição** (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado, 1988

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CEB nº 2 de 11 de setembro de 2001. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, , Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde . Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília : CONASS, 2007

CALEGARI, Rita de Cássia, LIMA, Abgair Xavier. Relato de experiência: **Ações de humanização frente à morte no ambiente hospitalar.** Centro Universitário São Camilo, São Paulo, SP, 2008.

CARDOSO,Ivana Macedo. "Rodas de educação permanente" na atenção básica de saúde: analisando contribuições. **Saude soc.**, v.21, suppl.1, p.18-28, Maio 2012.

CLOTET, J. KIPPER, D. Os princípios da beneficência e não-maleficência In: COSTA, S.I.F., GARRAFA, V., OSELKA, G. *Iniciação à bioética.* Brasília, p. 37-51, 1998.

DIAS, Marcos Augusto Bastos; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v.10, n.3, p. 699-705, 2005

GUEDES, Carla Ribeiro, PITOMBO, Luciana Bettini, BARROS, Maria Elizabeth Barros de Os processos de formação na Política Nacional de Humanização: a experiência de um curso para gestores e trabalhadores da atenção básica em saúde. **Physis.** v.19, n.4, p.1087-1109, 2009

MARIN , Maria José Sanches, STORNILO, Luana Vergian and MORAVCIK, Maria Yvette Humanization of Care from the Perspective of the Family Health Strategy Teams in a City in the Interior of São Paulo, Brazil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.18, n.4, p.763-769,2010,

MARTINS , Leonard, M. A ética da humanização hospitalar. **O Mundo da saúde.** v.27, n.2,

p. 206 -218, abr-jun, 3003

MARQUES, Isaac Rosa; SOUZA, Agnaldo Rodrigues de. Tecnologia e humanização em ambientes intensivos. **Rev Bras Enferm.** v.63, n.1, p. 141-4, jan-fev; 2010

MATOS, Elizete Lúcia Moreira. Pedagogia Hospitalar: a humanização integrando Educação e Saúde 2 ed. – Petrópolis, RJ: Vozes 2007.

MAXTA, Bruno Souza Bechara et al. Educação popular em saúde a partir de um jogo: gestão e cuidado em uma unidade de Saúde da Família. **Trab. educ. saúde,** , v.8, n.1, p.155-166, Jun 2010

SILVA JÚNIOR, Roberto Menezes da. **Um Programa de formação continuada para professores de Matemática de Escolas Públicas.** Trabalho de conclusão de curso, 2011.

MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio, BUENO, Sonia Maria Villela Freire e formação para o Sistema Único de Saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo. **Acta paul. enferm.** v.22, n.4, p.439-444, 2009

RAMOS, L. Juliana. Prioridades Axiológicas e Comprometimento Organizacional. **Psicologia: Teoria e Pesquisa.** v. 17 n. 1, p. 027-035, 2001

SALLES, F. Casadei. A formação continuada em serviço. **Revista Iberoamericana de Educación.** 2006