

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

MÔNICA COMUNIAN

**ESTRATÉGIA DE HUMANIZAÇÃO PARA PROFISSIONAIS DE
SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA AO ATENDIMENTO INFANTIL**

CONSELHEIRO LAFAIETE - MINAS GERAIS

2014

MÔNICA COMUNIAN

**ESTRATÉGIA DE HUMANIZAÇÃO PARA PROFISSIONAIS DE
SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA AO ATENDIMENTO INFANTIL**

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

Orientador: Prof. Dr. Eugênio Marcos de Andrade Goulart

CONSELHEIRO LAFAIETE - MINAS GERAIS

2014

MÔNICA COMUNIAN

**ESTRATÉGIA DE HUMANIZAÇÃO PARA PROFISSIONAIS DE
SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA AO ATENDIMENTO INFANTIL**

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

Orientador: Prof. Dr. Eugênio Marcos de Andrade Goulart

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Eugênio Marcos de Andrade Goulart (orientador)

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, 19 de julho de 2014.

Dedico este trabalho ao meu marido Arthur, pelo amor, paciência e muita ajuda. A toda minha família pelo carinho, e a minha linda Ceci, por encher minha vida de alegrias. Além das crianças que passaram e ainda virão passar pelos meus cuidados.

RESUMO

Injeção, pesagem e barulho do “motorzinho” do consultório do dentista são algumas situações críticas que geram ansiedade, medo e resistência à rotina de atendimentos de saúde pelas crianças. Essas situações críticas dificultam a relação profissional/cliente nos atendimentos e nas ações de saúde, resultando, na maioria das vezes, em traumas e obstinação a determinados procedimentos que nem sempre são compreendidos, principalmente, pelo público infantil. Presidente Bernardes, município que fica situado na região da zona da Mata do Estado de Minas Gerais cuja população infantil, menor de 10 anos, é de 261 crianças (SIAB, 2013), conta com uma equipe de profissionais de Saúde da Família que buscou novas alternativas de aproximar as crianças à rotina de atendimentos de saúde na ESF através de um projeto de intervenção. Assim, este estudo objetivou identificar intervenções necessárias para minimizar o medo, a angústia e a resistência das crianças aos atendimentos de rotina da unidade de saúde com vistas à obtenção de subsídios para uma assistência mais humanizada e de qualidade entre profissionais e clientes. Para tal, fez-se pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde, nas bases de dados da LILACS, SciELO, MEDLINE, com os descritores: humanização, Programa Saúde da Família e criança. As ações, que incluem a criatividade, o lúdico e o humor humanizam o atendimento e fazem com que as crianças se sintam acolhidas e bem cuidadas, aumentando a aceitação dos atendimentos. Portanto, faz-se necessária a atuação de toda a equipe em identificar as intervenções necessárias para minimizar o medo, a angústia e a resistência das crianças aos atendimentos de rotina da unidade de saúde, com a proposta de obter subsídios para uma assistência mais humanizada e de qualidade entre profissionais e clientes, promovendo a adesão aos atendimentos, a interação equipe/cliente, os progressos nos tratamentos e proporcionando uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Humanização. Programa Saúde da Família. Criança.

ABSTRACT

Injection, weighing and noise of the "little engine" the dentist's office are some critical situations that generate anxiety, fear and resistance to routine health care for children. These critical situations hinder the professional / client relationship in care and in health care, resulting most often in trauma and obstinacy certain procedures that are not always understood, especially by children. Presidente Bernardes municipality that is located in the Zona da Mata of Minas Gerais region whose area the child population, less than 10 years, is 261 children (SIAB 2013), has a team of professionals from the Family Health which sought new alternative approach children to routine health care in the ESF through an intervention project. Thus, this study aimed to identify interventions needed to minimize the fear, anguish and resilience of children to care for routine health unit with a view to securing funds for a more humanized care and quality between professionals and clients. To this end, there was literature in the Virtual Health Library, the databases LILACS, SciELO, MEDLINE, using the keywords: humanization, Family and Child Health Program. The actions, which include creativity, playfulness and humor humanize care and make the children feel welcomed and well cared for, increasing the acceptance of care. Therefore, it is necessary the performance of the whole team in identifying interventions to minimize the fear, anguish and resilience of children to care for routine health unit, with the proposal to obtain data for a more humanized and quality between professionals and clients, promoting adherence to care, interaction team / client progress in treatment and providing a better quality of life.

Keywords: Humanization. Family Health Program. Child.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 JUSTIFICATIVA	9
3 OBJETIVOS	11
3.1 Objetivo Geral.....	11
3.2 Objetivos Específicos	11
4 METODOLOGIA.....	12
5 REFERENCIAL TEÓRICO	13
5.1 Cuidando da criança na atenção básica.....	13
5.2 A importância da qualidade da atenção básica para a saúde da criança.....	16
5.3 A importância da humanização e do acolhimento no atendimento infantil.....	18
5.4 Usando a criatividade e o lúdico para vencer o medo infantil na Atenção Básica....	21
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	30
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
REFERÊNCIAS	33
ANEXOS	39

1 INTRODUÇÃO

Injeção, pesagem e barulho do “motorzinho” do consultório do dentista são algumas situações críticas que geram ansiedade, medo e resistência à rotina de atendimentos de saúde pelas crianças. Essas situações críticas dificultam a relação profissional/cliente nos atendimentos e nas ações de saúde, resultando, na maioria das vezes, em traumas e obstinação a determinados procedimentos que nem sempre são compreendidos, principalmente, pelo público infantil.

De acordo com Oliveira, Cadete (2009), o desenvolvimento das atividades de educação em saúde na assistência às crianças merece ser priorizado e planejado, com o objetivo de promover mudanças de comportamentos por meio da adoção de práticas sistemáticas e participativas pela equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família (ESF). E nada melhor para vencer medos e angústias, além de atrair olhares, do que o uso da criatividade, por meio do lúdico, das cores e da alegria. Pois o riso tem o poder de diminuir a ansiedade e libertar a tensão, facilitando o contato humano e possibilitando maior interação entre as pessoas.

Presidente Bernardes, município que fica situado na região da zona da Mata do Estado de Minas Gerais cuja população infantil, menor de 10 anos, é de 261 crianças conforme dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2013) conta com uma equipe de profissionais de Saúde da Família, que busca alternativas de aproximar as crianças à rotina de atendimentos de saúde na ESF. As ações, que incluem a criatividade e o humor, objetivam humanizar o atendimento e fazer com que as crianças se sintam acolhidas e bem cuidadas, aumentando a aceitação dos atendimentos (odontológico, médico, de enfermagem, fonoaudiólogo, de nutrição, de acompanhamento e de imunização).

Diante desse contexto sentiu-se a necessidade de se conhecer melhor as intervenções imprescindíveis para minimizar o medo, a angústia e a resistência das crianças aos atendimentos de rotina da unidade de saúde, com o propósito de obter subsídios para uma assistência mais humanizada e de qualidade entre profissionais e clientes. E, sobretudo, de estimular a humanização na assistência da criança nos estabelecimentos de saúde (ESF, clínicas odontológicas, psiquiatrias, oncologia, entre outras), para uma maior adesão aos atendimentos e progressão nos tratamentos, retardando prognósticos negativos ou até

proporcionando uma melhor qualidade de vida. Pois um corpo aquecido pela alegria consegue, com mais facilidade, enfrentar as dificuldades do dia a dia.

2 JUSTIFICATIVA

A discussão das dificuldades enfrentadas pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família em sua rotina diária com as crianças contribuiu para o desenvolvimento de um plano de intervenção voltado para a melhoria das ações da equipe, sob a prática da humanização, além de contribuir para uma maior e mais efetiva participação dos familiares no processo de acompanhamento das crianças em seu ciclo vital.

O vínculo entre a equipe de saúde e a família deve ser forte logo no início do acompanhamento, pois as atividades exercidas pela Estratégia Saúde da Família, nesta fase da vida, contribuem para o crescimento e desenvolvimento de seus filhos, do presente para o futuro.

De acordo com Motta (2004), a sensibilidade, o respeito ao outro, a bioética e a criatividade associados ao conhecimento técnico-científico são elementos fundamentais para o desempenho de um profissional crítico, reflexivo e comprometido com a qualidade do cuidado.

O desenvolvimento das atividades de educação em saúde na assistência as crianças merece ser priorizado e planejado com o objetivo de promover mudanças de comportamentos, com a adoção de práticas sistemáticas e participativas pela equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família (OLIVEIRA *et al.*, 2009).

As propostas de humanização em saúde também envolvem repensar o processo de formação de profissionais ainda centrados; predominantes no aprendizado técnico, racional e individualizados; com tentativas muitas vezes isoladas de exercício da crítica, criatividade e sensibilidade.

Acreditamos que para prestar o cuidado em saúde, devemos ter uma visão integral do ser humano em todas as suas faixas etárias, estando o cuidado aliado ao acolhimento, ao vínculo, à responsabilização e às implantações das ações de saúde, para que, desta forma, seja prestada uma atenção qualificada e com resolutividade frente à população alvo. Além de não causar traumas, medos, angústias e resistência das mesmas as ações oferecidas pela equipe.

De acordo com Yamamoto (1998), o atendimento por equipe multiprofissional se coloca como uma alternativa para o acompanhamento ambulatorial das crianças ao nível da assistência primária, visando uma abordagem mais abrangente de cada caso. A atuação da

equipe multiprofissional permite aperfeiçoar não somente a atenção específica de cada profissional de saúde envolvido no atendimento individual, mas também aprofundar a compreensão global das necessidades de cada criança e de sua família.

Apesar das dificuldades encontradas no processo de trabalho para a consecução de medidas capazes de humanizar o atendimento às crianças na atenção básica, acredita-se que cada trabalhador possui a responsabilidade de empreender esforços e de construir alternativas para agir em sua realidade, no intuito de superar as dificuldades vivenciadas no cotidiano do processo de trabalho (MONTEIRO *et al.*, 2012).

Neste sentido, a promoção da saúde integral à criança e o desenvolvimento das ações de prevenção de doenças e assistência adequada são objetivos que devem promover maior qualidade de vida, ou seja, possibilitando que cresça e desenvolva todo o seu potencial. Sendo essencial a organização de serviços de saúde e também sua avaliação, pois esta permite identificar as falhas e programar as ações para se atingir os objetivos preconizados pela equipe de saúde da família.

Desse modo, a atenção à criança sofre forte influência da carência de ambientes adequados e da organização das atividades no cotidiano dos serviços, que por vezes dificultam o estabelecimento de relações saudáveis e a promoção de diálogos francos para o esclarecimento de dúvidas durante o processo de produção do trabalho em saúde, culminando na desvalorização da criança enquanto ser integral.

Portanto, faz-se necessário a atuação de toda a equipe em identificar as intervenções necessárias para minimizar o medo, a angústia e a resistência das crianças aos atendimentos de rotina da unidade de saúde. Com a proposta de obter subsídios para uma assistência mais humanizada e de qualidade entre profissionais e clientes, promovendo a adesão aos atendimentos, à interação equipe/cliente, os progressos nos tratamentos e proporcionando uma melhor qualidade de vida.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Identificar intervenções necessárias para minimizar o medo, a angústia e a resistência das crianças aos atendimentos de rotina da unidade de saúde com vistas à obtenção de subsídios para uma assistência mais humanizada e de qualidade entre profissionais e clientes.

3.2 Objetivos Específicos

- Sensibilizar a equipe de saúde sobre a importância de uma assistência mais humanizada;
- Melhorar a interação entre equipe/cliente e equipe/família;
- Promover a qualidade, a eficácia e a resolutividade nas ações de rotina na unidade de saúde pelos profissionais;
- Estimular a criatividade da equipe nas ações de saúde.

4 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa do tipo bibliográfica exploratória que, segundo Gil (2006), tem como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. Desse modo foi desenvolvido um estudo bibliográfico com a trajetória de busca de artigos em bases de dados nacionais por meio da realização de leitura seletiva de artigos direcionados para o tema de estudo.

A busca dos artigos se deu via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), do *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), da Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações e Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Unicamp a partir dos seguintes descritores: humanização, Programa Saúde da Família, criança.

A partir do levantamento bibliográfico realizado pela equipe fez-se descrição sobre a humanização no atendimento infantil na atenção básica, ações da equipe de saúde (médico, enfermeiro, dentista, nutricionista, psicóloga e toda equipe de saúde) na assistência infantil, doutores da alegria, entre outros. Todo esse material foi reunido e, em seguida, foi elaborado um plano de ação de acordo com a realidade da equipe na ESF.

O cenário de aplicação do plano de ação será na Estratégia de Saúde da Família “Amigos da família”, situada na região da zona da mata mineira do município de Presidente Bernardes - MG.

Nesta unidade são lotados diversos profissionais, como agentes comunitários de saúde (ACS), enfermeira, técnicos de enfermagem, médica, recepcionista, nutricionista, psicóloga, cirurgiã-dentista e auxiliar em saúde bucal. Ressaltam-se as atividades cotidianas prestadas por essa equipe no cuidado ao paciente adulto e infantil tendo como núcleo a família. Em especial para a assistência infantil enfatizam-se ações de promoção, prevenção e recuperação como puericultura, vacinação, procedimentos odontológicos, médicos e nutricionais além de assistência psicológica e outras.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Cuidando da criança na atenção básica

A atenção à saúde da criança tem sido alvo de preocupação de profissionais da saúde, gestores e políticos, representando um campo prioritário de investimentos dentro dos cuidados à saúde da população. Ao longo do tempo, percebe-se que em cada período histórico houve inúmeras transformações nas diretrizes das políticas de saúde voltadas à população infantil. Estas diretrizes enfocam um importante indicador, a mortalidade infantil, o qual reflete não apenas o nível de saúde, mas a qualidade de vida da população de acordo com o instituído pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2006).

No sistema de saúde brasileiro, a Política de Atenção à Criança sempre esteve interligada à saúde materna, definida como política de Saúde Materno-Infantil. A percepção mais difundida da criança como ser em permanente desenvolvimento foi resultado de um longo processo que envolveu transformações na organização social, desde o ponto de vista da esfera privada das famílias, alcançando as políticas públicas, que permitiram a adoção de práticas e condutas para esse processo de mudanças (MENDONÇA, 2002).

Em 1984, o Ministério da Saúde intensificou sua atuação na promoção da saúde de crianças até cinco anos de idade, através da criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC). Este programa foi um grande marco assistencial, de uma política de universalização da assistência à saúde, objetivando a diminuição das condições que determinam a morbimortalidade infantil no país, nos últimos vinte anos (MALVEIRA *et al.*, 1998).

Diante deste contexto e percebendo a necessidade de atividades mais amplas e integradas, três ações/estratégias foram incorporadas na última década à política de saúde do Brasil pelo Ministério da Saúde: o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, que teve como objetivo reorganizar a atenção básica em saúde e tendo como princípios da universalidade, equidade e integralidade da assistência; a estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI), em 1996; e em 2004, o Ministério da Saúde lançou a “Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil”, priorizando o cuidado integral e multiprofissional, com um olhar para as necessidades sanitárias e sociais das crianças e suas famílias, com enfoque na promoção da saúde. A

agenda estabelece como linhas de cuidado da atenção integral da saúde da criança e redução da mortalidade infantil: 1 - ações da saúde da mulher: atenção humanizada e qualificada; 2 - atenção humanizada e qualificada à gestante e ao recém-nascido; 3 - triagem neonatal: teste do pezinho; 4 - incentivo ao aleitamento materno; 5 - incentivo e qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; 6 - alimentação saudável e prevenção do sobrepeso e obesidade infantil; 7 - combate à desnutrição e anemias carências; 8 - imunização; 9 - atenção às doenças prevalentes; 10 - atenção à saúde bucal; 11 - atenção à saúde mental; 12 - prevenção de acidentes, maus tratos/violência e trabalho infantil; e, 13 - atenção à criança portadora de deficiência (BRASIL, 1997; BRASIL, 1998, BRASIL, 2003, BRASIL 2004).

Estas ações objetivam um maior acesso aos cuidados básicos de saúde, tornando mais resolutivo o nível de atenção primária. Em termos de saúde infantil, fica evidente a evolução ocorrida na implementação de políticas assistenciais no país ao longo das últimas décadas do século passado. São ações de promoção do crescimento e desenvolvimento infantil saudáveis, enfocando a vigilância da saúde das crianças e o cuidado às doenças prevalentes, de modo articulado às diretrizes do PSF.

De acordo com Samico; Hartz; Felisberto (2005), a atenção à saúde da criança representa, um campo prioritário dentro dos cuidados à saúde da população. Nesse contexto, as autoras enfatizam que os cuidados básicos em saúde apresentam relevância como possibilidade para o enfrentamento dos problemas de morbidade, mortalidade e qualidade de vida da população infantil.

A assistência à criança se baseia na promoção da saúde, prevenção, diagnóstico precoce e recuperação dos agravos à saúde. O acompanhamento programado do crescimento e desenvolvimento, complementado por atividades de controle das doenças prevalentes, e pelas ações básicas, contribui para a promoção de uma boa qualidade de vida. Para isso, torna-se imprescindível o esforço conjunto da família, da equipe e das diversas organizações, governamentais ou não.

A garantia de acesso, de boa qualidade, de atenção integral à saúde, de cuidados preventivos e esquemas de tratamento, postulada nos programas de saúde, tem efeito positivo de ação de saúde pública sobre direitos humanos. A criança tem direitos que se referem, principalmente, à autonomia pública, ou seja, aos direitos sociais, tais como direito ao adequado crescimento e desenvolvimento, aleitamento materno, nutrição, vacinação, higiene, saneamento ambiental,

medidas de proteção, prevenção de acidentes, acesso à educação, cuidados à saúde, enfim direito à vida. Aliado a esses aspectos, também é considerado importante a garantia de que os pais conheçam os princípios básicos de saúde, recebendo apoio para aplicação dos conhecimentos no cuidado à criança, de acordo com a Convenção sobre os Direitos da Criança, de 1989 (UNICEF, 1990).

Atualmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS), na perspectiva da Atenção Integral à Saúde da Criança, e para a organização da assistência, aponta como estratégia as Linhas de Cuidado. Coloca-se, assim, como possibilidade para a superação da desarticulação entre os diversos níveis de atenção em saúde e a possibilidade para o cuidado integral (BRASIL, 2005).

Nessa perspectiva, a Atenção Integral à Saúde da Criança organiza - se em três principais eixos, que compreendem ações que vão da anticoncepção à concepção, à atenção ao parto e ao puerpério, passando pelos cuidados com o recém-nascido (acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, triagem neonatal, aleitamento materno, doenças prevalentes da infância e saúde coletiva em instituições de educação infantil). As linhas estratégicas de intervenção da Atenção à Saúde da Criança explicitam o conceito de integralidade por meio da oferta de ações educativas, promocionais, preventivas, de diagnóstico e de recuperação da saúde. É, portanto, uma importante contribuição, como política pública inovadora e abrangente, tanto em suas concepções como nas ações propostas, em virtude de defender a integralidade com grande mobilização social de agentes e de instituições diversas (BRASIL, 2004).

Desse modo, a Atenção à Saúde da Criança representa um marco, ao propor o atendimento à saúde infantil no contexto da integralidade do cuidado, e a sua adoção mostra-se como um passo importante para o reconhecimento dos direitos da criança. São condições que convergem para a integralidade do cuidado, compreendendo o desenvolvimento das ações de prevenção e assistência a agravos como objetivos que, para além da redução da mortalidade infantil, apontam para o compromisso de se prover qualidade de vida para a criança. Resume-se, portanto, no desafio de possibilitar à criança crescer e desenvolver-se com todo o seu potencial (ERDMANN; SOUZA, 2009).

5.2 A importância da qualidade da atenção básica para a saúde da criança.

Os princípios fundamentais da atenção básica no Brasil são: integralidade, qualidade, equidade e participação social. Mediante a adstrição de clientela, as equipes do PSF estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade entre profissionais, usuários e a comunidade (BRASIL, 2008).

A assistência integral tem uma abordagem global da criança, contemplando todas as ações de saúde adequadas para prover resposta satisfatória na produção do cuidado, não se restringindo apenas às demandas apresentadas. Compreende, ainda, a integração entre todos os serviços de saúde, da atenção básica à atenção especializada, apoio diagnóstico e terapêutico até a atenção hospitalar de maior complexidade, com o acompanhamento de toda a trajetória da criança pela atenção básica (BRASIL, 2005).

O Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), instituído pela Lei Federal nº 8.069,1990, diz que é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes: a vida, saúde, lazer, alimentação educação, esporte profissionalização, dignidade, liberdade, convivência familiar e comunitária. Existem também várias ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, que são os cuidados com a saúde infantil, buscando oferecer um atendimento mais humanizado e de melhor qualidade para nossas crianças (BRASIL, 2005).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a atenção primária “é o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde (...) constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde, sendo as unidades básicas de saúde, definidas como porta de entrada”. Ela é caracterizada por um conjunto de ações em saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2008).

Os serviços de saúde de alta qualidade estão preocupados não somente com a adequação dos serviços para o diagnóstico e manejo de doenças, mas também com a adequação dos serviços que previnem doenças futuras e promovem melhoras na saúde (STARFIELD, 2004).

O primeiro estudo nacional que procurou avaliar qualitativamente o cuidado primário materno-infantil após a implantação da Estratégia de Saúde da Família foi realizado em São

Paulo e buscou avaliar a relação entre a utilização de serviços de Atenção Primária e o nível de saúde das crianças (MOURA 1998). Os resultados desse estudo destacavam que a maioria das crianças tinha acesso a uma atenção fragmentada, com associação direta entre esse tipo de assistência e o seu estado de saúde. Destaca-se, assim, a relevância do cuidado primário continuado, pois acredita-se que a longitudinalidade esteja intimamente associada com a qualidade da atenção (STARFIELD, 2004).

No subsetor público do Sistema Único de Saúde (SUS), há iniciativas como o processo Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) voltada para a requalificação da Atenção Primária, além de vários instrumentos de planejamento como a Programação Pactuada e Integrada (PPI), o Termo de Ajuste de Metas (TAM) e o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica em Saúde (MINAS GERAIS, 2004).

O governo federal lançou em julho de 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), uma atitude louvável desde que adequada a indicadores factíveis e acoplada a uma mudança no paradigma assistencial, que envolve tanto a escolha de parâmetros adequados para a avaliação quanto o investimento do próprio governo na qualidade dos profissionais estando ainda vinculado à mudança da organização do próprio sistema de saúde brasileiro como um todo, e não somente de uma parte dele (BRASIL, 2002).

Gerir a qualidade em organizações públicas de saúde é um desafio. Mais do que uma mudança gerencial ou de financiamento, é necessário reorganizar a cadeia produtiva com novos conceitos e quebrar paradigmas assistenciais que alterem a cultura organizacional no sentido da qualidade no atendimento. E o novo paradigma mundial dos sistemas de saúde aponta a Atenção Primária como reestruturante. A atenção primária e/ou ambulatorial, embora mais flexível e menos hierárquica, também se baseia na cooperação, com um forte componente de trabalho em equipe, necessário para a prestação de serviços adequados e sucesso das intervenções (SAVASSI, 2010).

Sendo assim, quando o usuário recebe atenção, seja pelo atendimento prestado, pelo vínculo já estabelecido com os trabalhadores, ou ainda pela acolhida oferecida, o retorno a este serviço se dá com maior frequência, pois a qualidade no atendimento está evidenciada. Dessa forma, a qualidade dos serviços de saúde, passa a figurar como resultado de diferentes fatores ou dimensões que constituem instrumentos, de fato, tanto para a definição e análises dos

problemas como para a avaliação do grau de comprometimento dos profissionais e gestores com as normas técnicas, sociais e humanas.

5.3 A importância da humanização e do acolhimento no atendimento infantil

A saúde brasileira, apesar de muitos problemas, tem apresentado nos últimos anos alguns dados favoráveis. Neste sentido, evidencia-se o aumento da expectativa de vida, a diminuição da taxa de mortalidade infantil, além da ampliação do acesso aos serviços de saúde. Portanto, a relação entre instituição e usuário deve permitir a participação social, a gestão democrática de serviços, a humanização das relações entre usuários e trabalhadores de saúde e ampliação da consciência sanitária da população em geral (SILVA, 1998).

A partir desta caracterização, pode-se dizer que humanização do atendimento é uma forma de recuperação e construção de vínculo entre trabalhadores e indivíduos, famílias e comunidades; estabelecimento do caráter integral do atendimento, visando a promoção, a proteção, ao tratamento, a recuperação da saúde e a reabilitação (SILVA, 2003).

A humanização é um enfoque que perpassa toda a proposta, é prioridade da atenção básica a saúde e pode ser resumida em duas palavras: acolhimento e respeito. Humanizar, na maioria das vezes, é adotar soluções simples e criativas que se traduzem em um atendimento acolhedor, digno e solidário, mantendo sempre a qualidade da atenção, principalmente na assistência infantil.

O acolhimento tem a potencialidade de inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo dos seguintes princípios: atender todas as pessoas que procuram os serviços, possibilitando a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de intervir sobre os problemas de saúde da população; reorganizar o processo de trabalho, de forma que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a intervir sobre seu problema de saúde; qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve se pautar em parâmetros humanitários, de solidariedade e de cidadania (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

A humanização tem sido tema de muitas reflexões atualmente. A necessidade de um modelo biomédico que volte a entender o paciente como pessoa e não como leito é uma constante discussão na área médica e um tema de muita polêmica. As propostas de humanização em

saúde também envolvem repensar o processo de formação de profissionais ainda centrados, predominante, no aprendizado técnico, racional e individualizado, com tentativas muitas vezes isoladas de exercício da crítica, criatividade e sensibilidade.

Deslandes (2004), em um estudo que analisa o discurso do Ministério da Saúde sobre a proposta de humanização na assistência à saúde, em nosso meio, destaca que o termo humanização, como tem sido empregado, carece de uma definição mais clara e tem significado um amplo conjunto de iniciativas que abrange: A assistência que valoriza a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico; O reconhecimento dos direitos, da subjetividade e da cultura do paciente e o valor do profissional da saúde.

Campos (2005), em seu artigo sobre humanização em saúde, pressupõe uma mudança nas pessoas, na forma de trabalhar e nas estruturas, fazendo-se necessária uma reforma da tradição clínica e epidemiológica, onde deve estar presente a combinação da objetivação científica do processo saúde/doença/intervenção com novos modos de trabalhar, incorporando o sujeito e sua história desde o momento do diagnóstico até o da intervenção. Em sua percepção, o trabalho em saúde se humaniza quando busca combinar a defesa de uma vida mais longa com novos padrões de qualidade para sujeitos concretos. Essa integração só é possível com a participação ativa do usuário e com a contribuição do saber tecnológico.

Assumir uma postura mais solidária e respeitosa para com o outro e valorizar o ser humano, são elementos importantes na prática do acolhimento, mas apesar do benefício que pode trazer para o atendimento em saúde e, conseqüentemente, na qualidade de vida do usuário, ainda é pouco utilizado, em algumas instituições, por alguns trabalhadores (MATUMOTO, 1998).

Considerando o paciente como alguém que possui necessidades, desejos, medos e angústias, e não somente como uma doença a ser tratada, atividades diferenciadas que o levem a um bem estar físico e psíquico podem e devem ser realizadas de modo a tornar mais fácil seu dia-a-dia no serviço de saúde. Sendo assim, a humanização aparece como uma forma de prover a interação entre a equipe de saúde, a família e o paciente.

Humanizar o ambiente de saúde é resgatar e fortalecer o comportamento ético, articular o cuidado técnico-científico, com o cuidado que incorpora a necessidade de acolher o imprevisível, o incontrolável, o diferente e singular. Mais do que isso, humanizar é adotar uma prática em que profissionais e usuários considerem o conjunto dos aspectos físicos,

subjetivos e sociais, assumindo postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido e de reconhecimento de limites (UFMG, 2004).

De acordo com a Política Nacional de Humanização, a humanização é um pacto, uma construção coletiva que só pode acontecer a partir da construção e troca de saberes, através do trabalho em rede com equipes multiprofissionais, da identificação das necessidades, desejos e interesses dos envolvidos, do reconhecimento de gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde, e da criação de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS (BRASIL, 2005).

A necessidade de cuidar, a humanização, o carinho, a atenção, o respeito e a responsabilidade são tão necessários quanto a assistência técnico-científica (SILVA; SANTOS, 2003). Portanto, o modo como o usuário é acolhido tende a fortalecer a relação entre trabalhador e usuário, evidenciando a necessidade do preparo dos trabalhadores para lidar com a população assistida, independente da instituição de saúde, na busca da otimização destes serviços.

Deslandes (2004), baseada em estudos da sociologia médica, aponta que a desumanização dos cuidados em saúde vai sendo construída a partir da racionalidade científica e tecnológica hoje hegemônica, que se constrói com o enrijecimento das relações entre os profissionais de saúde e as pessoas, em que a neutralidade e a objetividade são construtoras da lógica operante. A transformação da doença e do doente em objeto de estudo e de intervenção e as diferenças na relação de poder são fatores, entre outros, dessa desumanização progressiva dos serviços de saúde. Humanização e cuidado implicam na capacidade de comunicação e entendimento entre os que se relacionam. Dessa forma, pode-se dizer que a humanização está dirigida para a relação e para a linguagem que se estabelecem na relação desses atores sociais.

O ambiente físico e os recursos materiais e tecnológicos são importantes para a atuação da equipe de saúde, porém a humanização é, sem dúvida, essencial. Como parte da filosofia de atuação profissional, a humanização faz com que a equipe de saúde tenha seus pensamentos e suas ações guiadas para a criação de uma consciência crítica e construtora de uma nova realidade que enfatize a integralização da assistência.

Sendo assim, promover saúde não se restringe à ordem curativa, e, sim, à necessidade de se ajudar a criança a atravessar a situação de medo, ansiedade e ou doença com mais benefícios que prejuízos. Atitudes nesse sentido podem transformar uma situação de sofrimento e dor em experiências ricas em conteúdos que contribuam para a saúde da criança.

5.4 Usando a criatividade e o lúdico para vencer o medo infantil na Atenção

Básica

Atualmente surge cada vez mais a necessidade dos profissionais da saúde fazer a diferença, renovar e inovar de modo a trazer algo novo para a sociedade e para seu processo de trabalho, buscando, desse modo, concretizar os objetivos definidos por todos e tornando-se primordial a originalidade e flexibilidade. E em se tratando da assistência à saúde da criança sabe-se que a mesma exige maior atenção e cuidados, e que qualquer desestruturação em sua faixa etária interfere na qualidade de vida e em seu pleno desenvolvimento.

Diante disso, várias pesquisas apontam sobre a importância da inserção das atividades lúdicas no processo de cuidado no atendimento infantil, podendo contribuir na diminuição dos efeitos estressores, medos e ansiedade, além de tornar a assistência prestada consideravelmente mais humanizada e com mais qualidade.

A promoção do lúdico na ótica dos profissionais de saúde pode ser uma ferramenta significativa para que lidem com questões, tais como: a integralidade da atenção; a adesão ao tratamento; o estabelecimento de canais que facilitem a comunicação entre criança, profissional de saúde e acompanhante; a manutenção dos direitos da criança; a (re)significação da doença por parte dos sujeitos (MITRE; GOMES, 2004).

No entanto, algumas experiências comprovam que ações criativas, com foco mais na conscientização da equipe profissional do que nos recursos financeiros, são capazes de produzir resultados recompensadores, não só para os pacientes, mas também para os profissionais de saúde (SOARES; ZAMBERLAN, 2001).

Outros autores reafirmam essa ideia quando dizem que, apesar dos esforços para a implementação do lúdico, ainda se encontram equipes despreparadas e desmotivadas que centram o atendimento na relação queixa-conduta e nos procedimentos (BEGNES; CARVALHO, 2006). Especialistas que trabalham com humanização são unânimes em afirmar que a mudança do ambiente hospitalar traz benefícios como a redução de tempo de internação; aumento do bem-estar geral dos pacientes e funcionários e a diminuição das faltas de trabalho entre a equipe de saúde.

Os trabalhadores de saúde devem fazer práticas, que não estão alinhavadas em gestões meramente técnicas, impessoais do que difere o cuidado, e sim, realizar atitudes mais

humanistas, que faz com que a escuta seja de forma integral, além de disponibilizar o que já sabe para melhorar a vida do outro. A equipe deve estar apta a seguir práticas, que valorizem não só o que está instituído pelos saberes, que ocupam o serviço de saúde, e sim, uma escuta mais humana das necessidades singulares de cada pessoa. É preciso inventar novas formas de cuidado e novos modos de encontro, entre trabalhadores e usuários, para que resultem na potência, criação e reinvenção do humano (CECILIO, 2009).

Sendo o trabalho em equipe um facilitador no atendimento, há necessidade de investimentos de infraestrutura, capacitação de profissionais, políticas públicas que garantam integralidade do cuidado e maior articulação entre diferentes setores da sociedade no intuito de fortalecimento das famílias para o desenvolvimento infantil. Diante do exposto, faz dizer que a integralidade do cuidado passa pela questão do asseguramento do bem-estar fisiológico, intelectual, sociocultural, psicológico e espiritual da criança e dos seus cuidadores (ALEXANDRE *et al.*, 2010).

A humanização no cenário da unidade de saúde pode ser mais bem planejada se oferecida num ambiente favorável, estruturando programas dirigidos especialmente à criança, através da inclusão do brinquedo, das cores, e do lúdico. O ambiente deve incentivar a saúde e deve ser organizado de maneira que atenda melhor às necessidades dos pacientes, considerando-se os aspectos psicológicos, pedagógicos e sociológicos da criança e de sua família. O trabalho do profissional e toda equipe de saúde será mais bem sucedido se sustentado em uma relação de confiança e segurança entre o paciente e a equipe, para que assim o profissional exerça sua tarefa sem que o paciente ofereça resistência ao tratamento (SOARES; ZAMBERLAN, 2001).

Para que isso seja alcançado é necessário que o profissional detenha algum conhecimento do desenvolvimento infantil, intelectual e especialmente o psicológico, para conhecer as facetas que predisõem ao medo e à ansiedade. Para Klatchoian (1998), o comportamento do paciente infantil é de considerável importância. Muito se pode fazer pela criança para que a ida ao dentista ou médico possa ser vivida sem traumas ou sofrimento.

A perspectiva da utilização do lúdico em unidades de saúde é a de servir como meio de comunicação entre os profissionais e a criança e detectar a singularidade de cada uma. Do ponto de vista da criança, ele promove o desenvolvimento físico, psicológico, social e moral; ajuda-a a perceber o que ocorre consigo, libera temores, raiva, frustração e ansiedade. Ajuda a criança, ainda, a revelar seus pensamentos e sentimentos, promovendo satisfação, diversão e espontaneidade, favorecendo o exercício de suas potencialidades (FRANÇANI *et al.*, 1998).

Dessa maneira, a presença do lúdico funciona como elo entre a criança e os profissionais de saúde, caracterizando-se como uma atividade-meio, ou seja, um recurso que tem como finalidade facilitar ou conduzir aos objetivos estabelecidos (BEGNES; CARVALHO, 2006). Principalmente na área de saúde, a extensão assume particular importância na medida em que se integra à rede assistencial e pode servir de espaço diferenciado para novas experiências voltadas à humanização, ao cuidado e à qualificação da atenção à saúde (HENNINGTON, 2005).

De acordo com Motta (2004), a sensibilidade, o respeito ao outro, a bioética e a criatividade associados ao conhecimento técnico-científico são elementos fundamentais para o desempenho de um profissional crítico, reflexivo e comprometido com a qualidade do cuidado. De acordo com Fontoura e Mayer (2006), no âmbito das práticas dos profissionais de saúde, a integralidade busca substituir a assistência fragmentada, ou seja, enxergar o paciente como um todo. Oferecendo ao cuidador um novo modelo de prestação de serviço. O cuidado é compreendido pelo cuidador a partir do encontro com o outro.

A necessidade de cuidar, a humanização, o carinho, a atenção, o respeito e a responsabilidade são tão necessários quanto a assistência técnico-científica (SILVA; OMURA, 2005). Portanto, o modo como o usuário é acolhido tende a fortalecer a relação entre trabalhador e usuário, evidenciando a necessidade do preparo dos trabalhadores para lidar com a população assistida, independente da instituição de saúde, na busca da otimização destes serviços.

Através da reorganização do processo de trabalho é possível uma melhor utilização dos recursos da Unidade de Saúde, qualificando o trabalho dos profissionais, integrando-os na assistência e resgatando o trabalho multiprofissional. Essa mudança pode possibilitar a ampliação de espaços democráticos de discussão, de decisão, de escuta e de trocas, desencadeando um intenso movimento de forças criativas e propostas inovadoras (MALTA; MERHY, 2004).

A estratégia Saúde da Família vem realizando esforços para a modificação do processo de cuidado, revisitando conceitos fundamentais de vínculo, respeito, humanização, climatização, corresponsabilidade, entre outros, apontando para a reorientação do modo de operar os serviços de atendimento, visando a incrementar a capacidade resolutiva dos serviços de saúde na atenção à criança. E utilizando a criatividade no cuidado predispõe a ação, a manifestação de potencialidades, associa sensibilidade ao conhecimento e desperta formas de cuidar para além dos muros da racionalidade técnica biologicista (BRASIL, 1997).

Na tentativa de alcançar a qualidade e a humanização na assistência à criança por meio das ações de rotina na unidade de saúde da família no município de Presidente Bernardes MG, a equipe de saúde da família composta por médico, enfermeiro, dentista, técnico de enfermagem, técnico de higiene bucal e agente de saúde, dispôs-se a formular um instrumento de intervenção, com o objetivo de proporcionar vivências com novos objetos, sensações, atividades e sentimentos não ameaçadores pelas crianças.

Assim, na perspectiva da integralidade do cuidado, na promoção e prevenção da saúde, além da construção do vínculo e da qualidade dos cuidados prestados na infância, a equipe mediante às dificuldades enfrentadas no cotidiano de suas ações, constatou ser necessário buscar novas alternativas para melhor assistir às crianças e todos aqueles que participam deste cenário. Fez-se necessário identificar as intervenções necessárias para minimizar o medo, a angústia e a resistência das crianças aos atendimentos de rotina da unidade de saúde, com o propósito de obter subsídios para uma assistência mais humanizada e de qualidade entre profissionais e clientes.

Como primeiro “**nó crítico**”, observamos que a equipe de saúde estava despreparada em trabalhar no atendimento infantil, visto que ainda se debruçava no modelo centrado apenas na doença e de modo bem técnico. Esta realidade possivelmente resultava medo e ansiedade nas crianças nas consultas, além da falta de entendimento dos usuários a respeito da importância dos procedimentos realizados e do acompanhamento periódico das crianças.

Necessitou-se, desse modo, investir em um paradigma que corresponda na reorientação do modelo de assistência, no qual a criança seja vista em seu contexto biopsicossocial e familiar. As ações elencadas poderiam ser voltadas a promoção, a avaliação e a recuperação da saúde em todos os níveis de assistência, de maneira integrada e multiprofissional. Assim, faz-se necessário uma ação que reorganize o modelo assistencial de toda equipe, atuando nos processos decisórios que ocorrem no ato mesmo da produção da saúde (FRANCO; MERHY, 1999).

Assim, verificou-se a necessidade de reorganizar a rede de poderes e dos processos de trabalho de modo que as equipes de saúde estejam, ao mesmo tempo, estimuladas e sendo preparadas para assumir novos padrões de autonomia e de responsabilidade (CAMPOS, 1992).

Barros e Victoria (2008) refere-se que o acompanhamento do desenvolvimento da criança na atenção básica objetiva sua promoção, proteção e a detecção precoce de alterações passíveis de modificação que possam repercutir em sua vida futura. Isso ocorre principalmente por meio de ações educativas e de acompanhamento integral da saúde da criança.

A assistência integral tem uma abordagem global da criança, contemplando todas as ações de saúde adequadas para prover resposta satisfatória na produção do cuidado, não se restringindo apenas às demandas apresentadas. Compreende, ainda, a integração entre todos os serviços de saúde, da atenção básica à atenção especializada, apoio diagnóstico e terapêutico até a atenção hospitalar de maior complexidade, com o acompanhamento de toda a trajetória da criança pela atenção básica (BRASIL, 2005).

Ações simples, como, pesar, medir, avaliar novas habilidades adquiridas pela criança utilizando o cartão, nem sempre são realizadas de forma correta e sistemática pelas equipes de saúde, sendo imprescindível o registro adequado e frequente dos dados pela equipe (OLIVEIRA; CADETE, 2009). E para que estas ações colaborem para o progresso da saúde infantil, é necessária a capacitação técnica e o seguimento de normas já estabelecidas, bem como o trabalho integrado das equipes de atenção à criança, articulando as ações básicas de saúde (BRASIL, 2002).

Deste modo, o momento das consultas como rotina na atenção básica, deve ser caracterizado pela atenção à criança de forma mais humanizada e centralizada no integral, abordando tanto seu crescimento físico, desenvolvimento biopsicossocial, como também espiritual em seu contexto familiar, além de respeitar medos e ansiedades na assistência infantil. Essa prática possibilita a atenção à população infantil em suas necessidades e contempla os princípios da integralidade, equidade e universalidade das ações de saúde, favorecendo a qualidade da assistência que é de direito da criança e sua família.

Assim, a atenção básica exerce um papel fundamental na dimensão da garantia do acesso e do acolhimento por ser o primeiro contato da criança e da família com o serviço. Neste sentido, os profissionais de saúde que compõem a equipe de Saúde da Família são os atores principais na referida abordagem (BRASIL, 2010; FERREIRA, 2005). Por isso a importância de se investir na capacitação dos profissionais em se trabalhar no atendimento infantil.

Outra dificuldade apontada pela equipe foi em relação à resistência das crianças nas atividades/procedimentos de rotina na unidade. Muitas crianças ainda são temerosas nas

consultas na unidade e se exaltam por uma simples paisagem, demonstrando muito pavor e medo.

Medo pode ser definido como um temor a algo ou alguma coisa que nos é externo e que se apresenta como um perigo real que ameaça a nossa integridade física ou psicológica. O medo também é visto como um estado emocional de alerta ante o perigo, caracterizado por um conhecimento intelectual do mesmo (CÔRREA, 2002).

Todas as crianças passam por períodos de medo. Estes são normais e ajudam-nas a resolverem os problemas de desenvolvimento. Também servem para chamar a atenção dos pais para esses problemas, geram apoio da sua parte numa altura em que as crianças dele precisam. A ansiedade pode ser um fator de risco para o não comparecimento da criança ao dentista e como um fator inibitório ao tratamento odontológico (ISSÁO; GUEDES, 1998). Quanto maior a ansiedade do paciente maior será a sua sensibilidade à dor (MORAIS, 2003).

Crianças aparentemente tranquilas podem estar ansiosas e de repente começar a chorar ou não colaborar diante de situações inesperadas ou desconhecidas, por exemplo: barulho da alta rotação, luz do refletor, jato de água. O choro pode ter origens em várias causas, como: apreensão (tensão), birra, medo do tratamento ou do desconhecido. O clínico deve estar preparado para saber analisar sua origem e ser capaz de discernir a sua atitude a ser tomada (GRUBITS, 2003).

As crianças sentem uma variedade de medos ao longo do seu crescimento, que podem ser de caráter leve e passageiro ou que podem instalar-se de forma mais duradoura. Os temores surgem desde o nascimento e vão mudando durante a evolução infantil, porque a criança vai agir de acordo com as vivências passadas, boas e más.

Schimitz (2005) contempla o fato de que a criança é um ser em crescimento e desenvolvimento com necessidades e vulnerabilidades decorrentes da hospitalização, em que a importância da equipe de saúde é desenvolver um modelo de assistência focalizado na criança em sua unidade biopsicoespiritual, constituindo a justaposição de três universos distintos, mas quando reunidos constituem o objeto de conhecimento do ser humano de si mesmo, enfatizando a identificação de suas características individuais e no seu estágio de crescimento e desenvolvimento.

Diante disso, para minimizar os medos e ansiedades das crianças na unidade de saúde, a equipe propôs incluir o humor e o lúdico no cotidiano das ações como forma de intervenção.

Acreditando que o lúdico e o humor contribui para minimizar traumas, permitindo o desenvolvimento e crescimento saudável, como também fornecendo subsídios para profissionais da saúde no atendimento infantil (FROTA, 2007).

A equipe apostou na confecção da "máscara da alegria" como forma de inclusão do humor e do lúdico nos atendimentos na unidade, além de tentar conquistar a confiança das crianças e minimizar seus medos referentes aos atendimentos. Foram anexadas figuras cômicas, como bigodes e bocas na frente das máscaras cirúrgicas (Anexo A). Deste modo, acreditamos que, somente um atendimento humanizado com amor, carinho e atenção exclusiva a cada paciente, faz toda a diferença, especialmente se vierem acompanhados de alegria e bom humor (SARNO *et al.*, 2002).

A expressão “rir é o melhor remédio” esteve presente conosco desde a época de criança, já que rir modifica e proporciona uma vida mais agradável às pessoas. Todavia, considerando que a maior preocupação da equipe multiprofissional concentra-se em transformar o ambiente hospitalar em um local mais agradável, o ato de rir apresenta-se de grande valia neste meio. (SILVA; OMURA, 2005).

De acordo com Ravelli e Motta (2005), a criança se constrói como ser ao interagir com o outro e com o mundo, o brincar se destaca nessa relação de construção do ser. O lúdico na vida da criança é de fundamental importância sendo que a imaginação não tem limites. A brincadeira faz com que a criança entre em contato com o mundo de fantasia, e é nesse mundo que ela tenta assimilar suas angústias e medos.

O papel do humor pela experiência de médicos e enfermeiros é visto como parte do cuidado psicossocial do paciente. O humor pode diminuir dor e ansiedade em pacientes, normalizando situações de estresse. Com respeito e sensibilidade, o humor é valioso e pode ser associado a outros cuidados médicos (PENSON, 2005).

Para estimular o contato sadio entre equipe e o paciente, a terapia do riso propõe o fim da barreira na relação entre esses indivíduos, seja através de um sorriso, um abraço, uma dança, um olhar, ou mesmo a atitude de ouvir o cliente (MAZOCCO; HENTGES, 2010).

Várias pesquisas mostram que após a participação em atividades como a risoterapia, crianças, adolescentes ou adultos hospitalizados são mais colaborativos durante exames e procedimentos e acessíveis ao entendimento do processo saúde-doença, contando com a

minimização do sofrimento e demais receios oriundos da hospitalização, assim como adoção de uma postura mais positiva frente ao processo (SILVA; OMURA, 2005).

A fim de garantir condições para o atendimento de qualidade e o respeito à dignidade, um hospital baseado em princípios humanísticos contempla, em sua estrutura física, tecnológica, administrativa e humana, o respeito e a valorização da pessoa humana, seja ela paciente, familiar ou o próprio profissional da saúde (LIMA; AZEVEDO, 2009).

E para finalizar e complementar os nós críticos referentes ao plano de intervenção, a equipe ressaltou a importância de se adequar um ambiente apropriado para crianças, com decoração nas paredes, bem iluminado e arejado, com cores alegres, com brinquedos, fantoches, que são auxiliares importantes para proporcionar um ambiente mais receptivo à criança.

As crianças adoentadas e que frequentam instituições de saúde necessitam de atividades lúdicas para experimentarem uma nova forma de ser. Apesar das mudanças propostas em novos modelos concernentes ao atendimento em saúde da criança, a estrutura física das unidades não acompanha a demanda das necessidades no que se refere ao desenvolvimento da criança, em ambiente acolhedor e interativo inclusive para o familiar.

Segundo Meneghini e Campos (2003), os comportamentos infantis são influenciados pelo ambiente físico e social, fornecido pelos adultos, que os organizam de acordo com seus objetivos, construídos com base em suas expectativas sobre os comportamentos e desenvolvimento infantis. Essa realidade pode ser transformada, se trabalharmos a impessoalidade do ambiente, transformando-o em um local humanizado, e se tornarmos o atendimento numa visão holística, promovendo além do cuidado um auxílio no desenvolvimento e crescimento da criança.

Para Beuter (1998), durante o processo de atendimento, as pessoas ficam expostas a um ambiente estranho e impessoal, onde o relacionamento dos profissionais de saúde com elas é caracterizado pela distância, formalidades, informações rápidas e utilização de terminologias técnico-científico, sempre com o olhar voltado ao papel tecnicista da equipe de saúde, muitas vezes sem a devida especialização, ou simplesmente por pouca afeição as crianças.

Jaume (2004) ressalta que o ambiente deve facilitar e promover o desenvolvimento e crescimento global da criança em todas as suas potencialidades. Para isso, afirma que no planejamento dos espaços internos e externos e materiais é preciso considerar todas as necessidades das crianças: necessidades afetivas, necessidade de autonomia, necessidade de

movimento, de socialização, necessidades fisiológicas, como também necessidade de descoberta, exploração e conhecimento.

Lacy (2000) refere que as cores do ambiente podem alterar a comunicação, as atitudes e a aparência das pessoas presentes; a cor pode tranquilizar e diminuir o stress e a violência ou aumentar a vitalidade e a energia. Compreende-se que cada grupo, pacientes ou profissionais, sofre um tipo de influência das cores de acordo com suas necessidades.

Para Corbella (2003), uma pessoa está confortável em um ambiente quando se sente em neutralidade em relação a ele. No caso dos edifícios hospitalares, a arquitetura pode ser um instrumento terapêutico se contribuir para o bem-estar físico do paciente com a criação de espaços que, além de acompanharem os avanços da tecnologia, desenvolvam condições de convívio mais humana.

Miquelin (1992) lembra que o desconforto ambiental nos hospitais não pode ser um problema a mais nesses espaços, construído para, muitas vezes, situações estressantes de atendimento associadas a pacientes com risco de vida ou sofrimento profundo.

Deste modo, a atenção à criança sofre forte influência da carência de ambientes adequados, e da organização das atividades no cotidiano dos serviços, que por vezes dificultam o estabelecimento de relações saudáveis, e a promoção de diálogos francos para o esclarecimento de dúvidas durante o processo de produção do trabalho em saúde, culminando na desvalorização da criança enquanto ser integral.

Portanto, as atividades lúdicas, as cores, os brinquedos, o humor e a humanização no ambiente de saúde proporciona a criança em atendimento, maior adaptação ao ambiente, auxílio na aceitação da criança aos cuidados da equipe, mudança da percepção da criança sobre o ambiente e a equipe, menor ansiedade e medos no período de atendimento. Isso contribui na adaptação da criança ao cuidado terapêutico, além de colaborar para a qualidade dos serviços de saúde prestados pelos profissionais envolvidos.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

No Quadro 1 apresenta-se a síntese do plano de intervenção, elaborado de acordo com o problema prioritário definido, seus nós críticos, operação e resultados e produtos esperados.

Quadro 1 – apresentação da síntese do plano de intervenção

Nó Crítico	Operação	Resultado esperado	Responsáveis	Prazos
Equipe de saúde despreparada para um atendimento infantil mais humanizado.	Capacitação da equipe através de reuniões para um atendimento mais humanizado.	Atendimento mais humanizado, maior interação da equipe com o usuário e família.	Enfermeiro, médico, dentista e nutricionista.	Imediato após apresentação do plano de ação para os profissionais.
Dificuldades dos profissionais de saúde no atendimento das ações de rotina.	Máscara da alegria: usar a criatividade em customizar figuras cômicas como: bigodes, línguas, coladas nas máscaras cirúrgicas, usadas pelos profissionais nos atendimentos.	Usar do humor para vencer medos e angústia, além de ganhar confiança das crianças nas ações de saúde como: dentista, puericultura, vacinas, entre outras.	Enfermeiro, dentista, psicólogo e técnico de enfermagem.	Imediato após recurso para aquisição do material para confecção das máscaras.
Ambiente impróprio ao atendimento infantil.	Criar uma sala lúdica (com brinquedos, músicas, livros e figuras nas paredes) para recepcionar as crianças. Além de enfeitar os consultórios e sala de vacina.	Humanizar o atendimento, vencer medos e angústia além de acolher e incentivar a adesão das crianças nas ações de saúde na unidade.	Toda equipe de saúde	Imediato após recurso para aquisição do material para decoração do ambiente.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção à saúde da criança demanda enfoque intersetorial e multiprofissional que agregue saberes diversificados para uma atenção resolutiva e de qualidade, levando em conta a multiplicidade de fatores que interferem no crescimento, desenvolvimento e integração social da criança.

Para que essas ações contribuam para a melhoria da saúde infantil é necessária a capacitação continuada das equipes de saúde, o seguimento dos protocolos estabelecidos, bem como o trabalho integrado das equipes de saúde.

Ações simples como pesar, medir, avaliar os marcos de desenvolvimento e aquisição de novas habilidades, devem ser incorporadas na rotina de atendimento às crianças e adolescentes pelas equipes de saúde de forma mais humanizada.

Trabalhar com crianças requer conhecimento específico e principalmente habilidade em lidar com elas, pois muitas crianças ainda são temerosas aos serviços de saúde, demonstrando medo e ansiedade frente aos procedimentos clínicos. Gerando traumas e prejudicando a qualidade do atendimento pelos profissionais que a assistem.

Partindo desses princípios voltamos nossa atenção para a necessidade de incluir no cotidiano das ações, um projeto de intervenção voltado para a melhoria da qualidade da assistência a saúde infantil, buscando amenizar seus medos e ansiedades através da humanização na assistência.

Entendemos que humanizar na atenção à saúde é entender cada pessoa em sua singularidade, tendo necessidades específicas, e, assim, criando condições para que tenha maiores possibilidades para exercer sua vontade de forma autônoma.

Diante disso, para atender a criança de forma humanizada e individualizada, pautadas na promoção da saúde e na integralidade da assistência, a equipe de saúde elaborou um projeto de intervenção, onde se incluiu o lúdico, ambiente adequado, o riso como forma de inovar a assistência a saúde da criança na atenção básica. Além da capacitação da equipe voltada para atender de forma mais humanizada e integralizada a saúde da criança.

Acreditamos que desta forma, a criança poderá perder o medo e demonstrará mais confiança, pois acontecerá uma aproximação entre ambos, e ela passará a enxergar toda equipe não mais com estranheza e medo, mas como alguém que conhece seu mundo e se interessa por ele.

Assim, com este projeto de intervenção podemos melhorar a qualidade do atendimento a criança através do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento adequado, pois a partir do mesmo é possível identificar precocemente alterações e buscar atuar de forma precoce nas intercorrências.

Deste modo, o propósito do projeto foi chamar atenção da criança para algo mais alegre, colorido e divertido. Dessa forma, o ambiente colorido e acolhedor não ocasionariam desconforto e medo na criança antes dos procedimentos dos profissionais. Além disso, o diálogo, a atenção e o carinho que os profissionais dispõem, ajudará a criança a sentir maior segurança neste ambiente que na sua maioria é considerado frio e desumano. Pois um corpo aquecido pela alegria consegue, com mais facilidade, enfrentar as dificuldades do dia a dia.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE A. M. C.; BICUDO, D. O; FERNANDES, A. P. P.; SOUZA, C.; MAFTUM, M. A.; MAZZA, V. A. Organização da atenção básica à saúde da criança segundo profissionais. **Braz. J. Nurs.** v. 9 n.1; p.10, 2010.

BARROS, F. C.; VICTORIA, C. G. Maternal-child health in Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil: major conclusions from comparisons of the 1982, 1993, and 2004 birth cohorts. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2008.

BEGNES J. G.; CARVALHO, A. M. Brincar em unidades de atendimento pediátrico: aplicações e perspectivas. **Estudo Psicologia**, 2006. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em 25 de jan. de 2014.

BEUTER, M. Prática de atividades lúdicas com mulheres portadoras de câncer no contexto hospitalar. **Texto e Contexto de Enfermagem**. V.7, n.3, p.59-72, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. 2ªed. Brasília (DF): **Ministério da Saúde**; 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção integrada às doenças prevalentes na infância, Curso de Capacitação. Brasília (Brasil): **Ministério da Saúde**; 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. «**Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**». **Normas e Manuais Técnicos**. 2. reimpressão, Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de bases técnicas de oncologia**. 10. edição. Brasília-DF: Ministério da Saúde, novembro, 2008. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/download/Manual%20_Onco%20_211106.pdf>. Acesso em: 16 de abril de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa da Saúde da Família**. Brasília. Ministério da Saúde; 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da família. **Painel temático dos indicadores do SUS**, n. 4. Brasília: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Painel_de_indicadores_saude_da_familia_4.pdf>. Acesso em 19 de janeiro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência**: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança**: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil / Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB**. Situação de Saúde. Presidente Bernardes. Disponível em: <[http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe? siab/cnv/SIABSMG.de](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABSMG.de)>. Acesso em: 14 abr. 2013.

BRASIL. Política nacional de humanização. **HumanizaSUS** (2005). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=389>. Acesso em 12/06/13.

CAMPOS, G. W. S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Revista Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, v. 9, n.17, 2005.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec; 1992.

CECÍLIO, L. C. O. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstoi. Elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Revista Interface**, v.13, supl.1, Botucatu, 2009.

CORBELLA, O. Em busca de arquitetura sustentável para os trópicos – conforto ambiental. Rio de Janeiro: **Revan**, 2003.

CÔRREA, M. S. N. P. **Sucesso no atendimento odontopediátrico**: aspectos psicológicos. São Paulo: Santos; 2002.

DESLANDES, S. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar comunicacional. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n.1, p.7-14, 2004.

ERDMANN, A. J. L. SOUZA, F. G. M. Cuidando da criança na atenção básica de saúde: Atitudes dos profissionais da saúde. **O mundo da saúde**. São Paulo; v. 33, n.2, p.150-160, 2009.

FERREIRA, A. L. Acompanhamento de crianças vítimas de violência: desafios para o pediatra. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 5, p. 173-180, 2005.

FIGUEIREDO, G. L. A.; MELLO, D. F. Atenção à saúde da criança no Brasil: aspectos da vulnerabilidade programática e dos direitos humanos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 6, p.1.171-1.176, Ribeirão Preto 2007.

FONTOURA, R. T.; MAYER, C.N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Santo Ângelo-RS v. 59, n 4, 2006, Disponível em: <www.scielo.br/scielo> Acesso em: 10 out. 2013.

FRANÇANI, G. M. D. Z. ; ZILIOLI, D. SILVA, P. R. F.; SANT'ANA, R. P. M.; LIMA, R. A. G. Prescrição do dia: Infusão de alegria. Utilizando a arte como instrumento na assistência à criança hospitalizada. **Revista Latino americana Enfermagem**. 1998, Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 25 de jan. de 2014.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p.345-353, 1999.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa Saúde da Família: contradições de um Programa destinado à mudança do modelo tecno assistencial para a saúde. In: **Congresso da Associação Paulista de Saúde Pública**, 1999, Águas de Lindóia: APSP; 1999.

FROTA, M. A. O Lúdico Como Instrumento Facilitador na Humanização do Cuidado de Crianças Hospitalizadas. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.12, p. 69-75, 2007.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. Editora: Atlas. São Paulo, 2006.

GRUBITS S. A casa: cultura e sociedade na expressão do desenho infantil. **Estudo Psicologia**.v.8 p.97-105, 2003.

HENNINGTON, A. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. **Caderno de Saúde Publica** 2005, Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 25 de jan. de 2014.

ISSÁO, M.; GUEDES-P. A. C. **Manual de odontopediatria**. São Paulo: Artes Médicas; 1988.

JAUME, M. A. R. O Ambiente e a Distribuição de Espaços. IN: ARRIBAS, T. L. **Educação Infantil: desenvolvimento, currículo e organização escolar**. Porto Alegre: Artmed, 2004

KLATCHOIAN D. A. O comportamento da criança como elemento chave em Odontopediatria. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria**. Odontologia bebê, v. 1, n.4, p. 102-109, 1998.

LACY, M. L. O poder das cores no equilíbrio dos ambientes. 2. ed.. São Paulo: **Pensamento**, 144p. 2000.

LIMA, R. A. G.; AZEVEDO, E. F.; A arte do teatro Clown no cuidado às crianças hospitalizadas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v.43, n.1, p. 186-193, 2009.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. Avaliação do projeto vida e do acolhimento no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte. **REME. Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 8, n.2, p.259-267, 2004.

MALVEIRA, E. A. P.; SOUZA, I. E. O. O cuidado de saúde às crianças: a posição prévia a partir das políticas públicas. **Texto contexto-enfermagem**. v.7, n.2, p.244-254, 1998.

MATUMOTO S. **O acolhimento**: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1998.

MAZOCCO, F.; HENTGES, J. M. **Terapia do Riso**: Enfermagem humanizando o ambiente hospitalar. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Enfermagem) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Toledo, 2010. Disponível em: <http://www.corenpr.org.br/artigos/fabiano_joana.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2013.

MENDONÇA, M. H. M. O desafio da política de atendimento à infância e à adolescência na construção de políticas equitativas. **Caderno de Saúde Pública**. v.1., n.18, p.113-120, 2002.

MENEGHINI, R.; CAMPOS, C. M. Arranjo Espacial na Creche: Espaços para Interagir, Brincar Isoladamente, Dirigir-se Socialmente e Observar o Outro. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 2003, v.16 n.2, p. 367-378.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Pacto de gestão**: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte: SESMG, p.80; 2004.

MIQUELIN, L. C. **Anatomia dos edifícios hospitalares**. São Paulo: CEDAS, 1992.

MITRE, R. M. A.; GOMES, R. A. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. **Ciência Saúde Coletiva**. v.9, n. 1, p. 147-54, 2004.

MONTEIRO, A. I. Humanização do atendimento à criança na atenção básica: visão dos profissionais. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 13, n. 4, p. 724-733, 2012.

MORAIS, E. R. B. O medo do paciente ao tratamento odontológico. **Revista Faculdade Odontologia**, Universidade Federal Rio Grande do Sul, v. 4 p.39-42, 2003.

MOTTA, M. G. Cuidado Humanizado no Ensino da Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 6, 2004. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.> Acesso em: 10 mai. 2013.

MOURA E.C. The relationship between the use of primary care and infant health status at 12 months in Brazilian community. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.1 n.1, p.79-87,1998.

OLIVEIRA, C. B.. As ações de educação em saúde para crianças e adolescentes nas unidades básicas da região de Maruípe no município de Vitória. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 635-644, 2009.

OLIVEIRA, V. C., CADETE, M. M. M. Anotações do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. **Acta Paul Enfermagem**. v.22.n.3, p.301-306, 2009.

PENSON, R. T., Laughter: The Best Medicine? **The Oncol** v.10, p.651–660, 2005.

RAVELLI, A. P. X. ; MOTTA, M. G. C. O lúdico e o desenvolvimento infantil: um enfoque na música e no cuidado de enfermagem. **REBEN- Revista Brasileira de Enfermagem** v.58, p. 611-613, 2005.

SAMICO, I. ; HARTZ Z. M. A.; FELISBERTO E. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do Estado de Pernambuco, Brasil. **Saúde Materno Infantil**, v.5, n.2, p.229-240, 2005.

SARNO, G. D. ; CHIATTONE, H. B. C.; MATSUMOTO, D. Y.; REZENDE, M. S. M.; CARNEIRO, R. A. Cuidados paliativos e dignidade: a experiência da casa de apoio-Hospedaria de cuidados especiais do HSPM-São Paulo. **Revista Administração Saúde**; v.25, p.123-132, 2002.

SAVASSI, L. C. M. A satisfação do usuário e a autopercepção da saúde em atenção primária. **Revista Brasileira Medicina Fam Comunidade**, v. 5 n.17, p.3-5, 2010.

SCHIMITIZ, E. M. R. **A Enfermagem em Pediatria e Puericultura**. São Paulo: Ed Atheneu, 2005.

SILVA, J. ; SANTOS, A. S. Opinião da População de Rio Grande da Serra sobre o Programa de Saúde da Família. **Revista Nursing**, Barueri, v. 64, n. 6, p. 21-26, 2003.

SILVA, J. A. G. **Modelos tecno assistenciais em saúde: o debate no campo da Saúde Coletiva**. São Paulo: Editora Hucitec, 1998.

SILVA, J. A. G. Programa saúde da família: bom para a população e para a enfermagem. **Revista Nursing**, Barueri, v. 62, n. 6, p.16-17, jul., 2003.

SILVA, P. H.; OMURA, C. M. Utilização da risoterapia durante a hospitalização: um tema sério e eficaz. **Revista de Enfermagem da UNISA**. São Paulo, v. 6, p. 70-73, 2005.

SOARES, M. R. Z. ; ZAMBERLAN, M. A. T. A inclusão do brincar na hospitalização infantil. **Estudo Psicologia**, v.18, n.2, p. 64-9, 2001.

STARFIELD B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2004.

UNICEF . Brasília: UNICEF (BR). Situação da Infância Brasileira 2006. Crianças de até 6 anos: o direito à sobrevivência e ao desenvolvimento. Available from: http://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10167.htm. Acesso em 26 de fev. 2014.

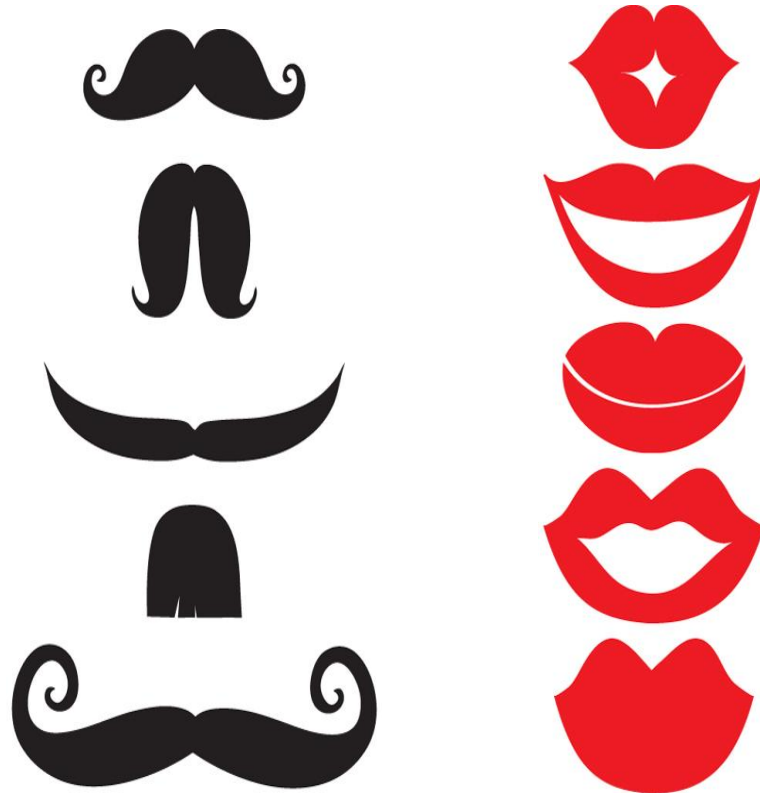
UNICEF. World declaration on the survival, protection and development of children. New York: **UNICEF**; 1990.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS -UFMG Hospital das Clinicas da Universidade Federal de Minas Gerais HC- -. **Humanização**. 2004. Disponível em <http://www.hc.ufmg.br/projetos/humanizacao/porque.html> acesso em 13 de outubro de 2013.

YAMAMOTO, R. M. Abordagem multiprofissional da desnutrição energético - proteica em uma unidade básica de saúde: relato de uma experiência. **Pediatria**, v. 20, n. 4, p.399-405, 1998.

ANEXOS

ANEXO A - MÁSCARA DA ALEGRIA



Fonte: <http://simplesmentebranco.com/tag/lets-celebrate/page/2/>

