

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE FORMAÇÃO PEDAGÓGICA PARA
PROFISSIONAIS DE SAÚDE

**HUMANIZAÇÃO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JOSÉ
GORDIANO, RIO ESPERA, MINAS GERAIS: PROPOSTA DE
INTERVENÇÃO**

ADELAIDE DIAS DE OLIVEIRA

CONSELHEIRO LAFAIETE – MG
2014

Adelaide Dias de Oliveira

**HUMANIZAÇÃO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JOSÉ
GORDIANO, RIO ESPERA, MINAS GERAIS: PROPOSTA DE
INTERVENÇÃO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização de Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde, CEFPEPS, oferecido pela Universidade Federal de Minas Gerais, Polo Conselheiro Lafaiete, MG, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista.

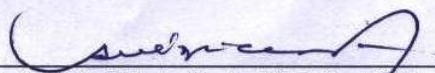
Orientadora: Profa. Dra. Anézia M. F. Madeira

Adelaide Dias de Oliveira

HUMANIZAÇÃO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização de Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

BANCA EXAMINADORA:



Prof. Anézia Maria Faria Madeira (Orientadora)



Prof. Lenice de Castro Mendes Villela

Data de aprovação: 09/05/2014

RESUMO

A humanização em saúde volta-se para as práticas concretas comprometidas com a produção de saúde e capacitação de sujeitos, de tal modo que atender melhor o usuário se dá em sintonia com melhores condições de trabalho e de participação dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Neste sentido, a educação permanente pode ser considerada uma ferramenta a ser explorada pelas instituições de saúde, com o intuito de melhorar o processo de trabalho na unidade de saúde, por sua vez melhorar a qualidade de atenção aos usuários que procuram o serviço. Sendo assim, este trabalho tem como objetivo realizar, por meio de uma proposta de intervenção, a educação permanente em serviço enfocando o tema humanização na Unidade Básica de Saúde José Gordiano, município de Rio Espera, Minas Gerais. Para dar sustentação teórica à proposta foi realizado inicialmente levantamento bibliográfico acerca dos temas Humanização nos Serviços de Saúde e Educação Permanente, nos bancos de dados Lilacs e Bireme da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Além disso, foram consultados programas do Ministério da Saúde que trata do assunto. A proposta de intervenção será realizada por meio de três oficinas, nas quais será trabalhado o tema humanização no serviço de saúde com leituras de textos, discussões em grupos, plenárias e participação de palestrante. O material construído nas oficinas será organizado na forma de protocolo, o qual será cumprido pelos profissionais que atuam na UBS José Gordiano.

Palavras-chave: Humanização. Educação Permanente. Atenção Primária.

ABSTRACT

The humanization in healthcare turns to concrete practices engaged in the production of health and production of subject, so that better serve the user in line with better working conditions and participation of the different subjects involved in the production process. In this sense, the permanent education can be considered a tool to be exploited by healthcare institutions, aiming to improve the work process in the health unit, in turn, improve the quality of attention to users seeking the service. Thus, this work aims to perform, by means of a proposal for intervention, the permanent education in service focusing on humanizing in basic unit of Health José Gordian, municipality of Rio Espera, Minas Gerais. To give theoretical support to the proposal was carried out initially about the bibliographic survey themes Humanization in healthcare services and permanent Education in the databases Lilacs and Bireme Virtual Health Library (VHL). In addition, programmes have been consulted by the Ministry of health that deals with the subject. The proposed intervention will be held through three workshops, in which will be worked the humanizing the health service with readings of texts, discussions in groups, plenary and participation of speaker. The material built in the workshops will be organized in the form of Protocol, which will be fulfilled by professionals working in the UBS José Gordian.

Keywords: humanization. Permanent Education. Primary Health Care

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVO	10
3 JUSTIFICATIVA	11
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	12
4.1 Alguns aspectos sobre o contexto de estudo	12
4.2 Humanização no Serviço de Saúde	13
4.3 Educação Permanente no serviço	16
5 METODOLOGIA	19
5.1 Operacionalização da Proposta de Intervenção	19
5.1.1 <i>Local de Estudo</i>	19
5.1.2 <i>Sujeitos do Estudo</i>	19
5.1.3 <i>Plano de Ação</i>	20
5.2 Cronograma da Proposta de Intervenção	17
5.3 Avaliação e acompanhamento da proposta	22
5.4 Orçamento da proposta	22
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
REFERÊNCIAS	24

1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Humanização (PNH) preconiza que os serviços propostos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) tenham suas ações pautadas em princípios como transversalidade, integralidade, gestão participativa, e protagonismo dos sujeitos. Visa um trabalho conjunto entre a rede de serviços, gestores e profissionais da saúde, juntamente com a atuação dos usuários, sempre levando em conta a intersubjetividade envolvida no processo de atenção, criando um ambiente propício para promoção e prevenção à saúde e de cuidados cada vez mais dignos. Para que isso aconteça é necessário junção de fatores: financiamento e tecnologia, vontade política e social, postura ética dos profissionais, cogestão, visando a desfragmentação e desverticalização dos processos de trabalho (BRASIL, 2004a).

Para tal, é necessário que as equipes do campo da saúde vislumbrem a possibilidade de interferência na produção de subjetividades, tanto de si próprios quanto nos outros, mediante um processo de trocas e de influências recíprocas entre o público e os trabalhadores de dada instituição. Cogerir implica diálogo com as necessidades sociais alterando os modos de atender a elas, mediante um processo de trocas recíprocas entre trabalhadores e público (CAMPOS, 2005).

A humanização em saúde volta-se para as práticas concretas comprometidas com a produção de saúde e capacitação de sujeitos de tal modo que atender melhor o usuário se dá em sintonia com melhores condições de trabalho e de participação dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Este voltar-se para as experiências concretas se dá por considerar o ser humano em sua capacidade criadora e singular inseparável dos movimentos coletivos que o constituem, conforme Campos (2005).

Neste sentido, ainda nas palavras de Campos (2005), transformar práticas de saúde exige mudanças no processo de construção dos sujeitos inseridos nessas práticas. Somente com trabalhadores e usuários protagonistas e corresponsáveis é possível efetivar a aposta que o SUS faz na universalidade do acesso, na integralidade do cuidado e na equidade das ofertas em saúde. Por isso falamos da ‘humanização’ como processo de subjetivação, que se efetiva com a alteração dos modelos de atenção e de gestão em saúde, isto é, novos sujeitos implicados em novas práticas de saúde. Pensar a saúde como experiência de criação de si e de modos de viver é tomar a vida em seu movimento de produção de normas e não de sujeição a a novas práticas de saúde.

Para o Ministério da Saúde, humanizar a relação com o doente realmente exige que o trabalhador valorize a afetividade e a sensibilidade como elementos necessários ao cuidar. Porém, tal relação não supõe um ato de caridade exercido por profissionais abnegados e já portadores de qualidades humanas essenciais, mas um encontro entre sujeitos, pessoas humanas, que podem construir uma relação saudável, compartilhando saber, poder e experiência vivida. O cuidar humanizado implica ir ao encontro do outro e acolhê-lo em suas angústias e inquietações no sentido de priorizar suas necessidades materiais e subjetivas e agir com uma conduta ética. Com base nesse entendimento, a humanização do cuidar requer do profissional de saúde um agir ético e atencioso para com o ser humano que está necessitando de cuidados, tanto no âmbito da prevenção como da promoção, tratamento e recuperação da saúde (BRASIL, 2009).

É necessário que o trabalhador em saúde tenha sensibilidade para a escuta e o diálogo, mantendo relações éticas e solidárias que envolve um aprendizado contínuo e vivencial, pouco enfatizado no ambiente de trabalho, levando-se em conta, ainda, o predomínio de estruturas administrativas tradicionais, rígidas e burocratizadas. As propostas de humanização em saúde também envolvem repensar os processos de formação dos profissionais ainda centrados, predominantemente, no aprendizado técnico, racional e individualizado, com tentativas muitas vezes isoladas de exercício da crítica, criatividade e sensibilidade (BRASIL, 2009).

Apesar dos grandes avanços do sistema vigente, ainda há muitos entraves nos modelos de atenção no que se refere ao modo como o usuário é acolhido nos serviços de saúde. Isto pode ser visualizado durante um simples diálogo do usuário com o profissional. Este muitas vezes tem a escuta pouco qualificada e é pouco solidário em sua relação com o outro (BRASIL, 2006).

Neste sentido, a partir da experiência profissional da autora deste trabalho como Gestora de Saúde em uma Unidade Básica observou-se situações complexas enfrentadas pelos profissionais no exercício de suas funções e pelos usuários em relação ao atendimento recebido na unidade. Devido insatisfação dos usuários, percebemos a necessidade de um atendimento mais humanizado.

Um dos caminhos para ajudar a minorar tal situação é a educação permanente em serviço. A educação permanente é definida como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho (BRASIL, 2004b). E

ainda pode ser considerada uma ferramenta a ser explorada pelas instituições de saúde, com o intuito de atingir metas relativas ao fornecimento de uma assistência à saúde qualificada.

Neste sentido, entende-se que a educação permanente é uma estratégia que pode ser utilizada na tentativa de melhorar o processo de trabalho na unidade, ao procurar conscientizar os profissionais da importância de um cuidado mais humanizado àqueles que procuram o serviço.

Sendo assim, o tema humanização em serviço será trabalhado por meio da educação permanente, configurada em uma proposta de intervenção na Unidade Básica de Saúde José Gordiano, município de Rio Espera, Minas Gerais.

2 OBJETIVO

Realizar, por meio de uma proposta de intervenção, a educação permanente em serviço enfocando o tema humanização na Unidade Básica de Saúde José Gordiano, município de Rio Espera, Minas Gerais.

3 JUSTIFICATIVA

A humanização está presente em todos os momentos por ações desenvolvidas nos contextos dos vários segmentos de atenção à saúde, desde o mais simples ao mais complexo. Em se tratando da atenção primária, apesar dos pressupostos estabelecidos na Estratégia Saúde da Família, percebe-se distanciamento entre o preconizado e a realidade do serviço. Existe certa intenção dos profissionais em cumprir tais pressupostos, mas, muitas vezes, o excesso de trabalho, o descaso da população, a falta de recursos humanos e materiais, os conflitos nas equipes, e a perpetuação do modelo biomédico, impedem que os profissionais tenham uma postura diferenciada para consigo mesmos e para com os usuários que procuram o serviço.

Humanização pode ser entendida como sendo valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, sejam eles usuários, trabalhadores e gestores. Seus valores são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários tanto no serviço quanto na população, e a participação coletiva no processo de gestão (BELO HORIZONTE, 2006).

Neste sentido, acreditamos que a capacitação dos profissionais que atuam na Unidade Básica de Saúde José Gordiano, Rio Espera, Minas Gerais, acerca da humanização em serviço poderá melhorar as relações de trabalho, bem como melhorar a qualidade do atendimento ao usuário.

4 CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

4.1 Alguns aspectos sobre o cenário do estudo

A cidade de Rio Espera localiza-se próximo a Viçosa, a 170 Km de Belo Horizonte. Com relevo bastante acidentado, Rio Espera possui altitude de 172 metros e limita-se com os municípios de Cipotanea, Senhora de Oliveira, Lamim, Santana dos Montes, Capela Nova e Alto do Rio Doce. Sua área territorial é de 240,4 Km² e abriga uma população de 7.474 habitantes. É responsável pelos lugarejos Rio Melo, Piranguita, Araras, Buraco do Paiol, Moreira e Padilha (RIO ESPERA, 2010).

Segundo sua história, por volta de 1710 a busca pelo ouro trouxe bandeirantes paulistas à região. Um deles, Manoel de Melo, que chefiava um grupo de exploradores paulistas, no entanto frustrado na procura do metal resolveu fundar uma fazenda e dedicar-se à agricultura. Nessas terras cresceu o povoado de Espera. Em 1765 foi erguida a Capela de Nossa Senhora da Piedade, em terreno doado por Mateus Pereira da Ponte, que foi um dos primeiros moradores de Rio Espera. Em 1850, Espera tornou-se uma freguesia, denominada Nossa Senhora da Piedade de Boa Esperança. No entanto, só em 1911 passou à condição de município, desmembrando-se do município de Piranga. Doze anos mais tarde, passou a chamar-se Rio Espera (RIO ESPERA, 2010).

A economia do município está centrada na agropecuária, não possui indústrias. O município necessita de incentivos para organizar cooperativas, com objetivo de criar possibilidade de trabalhos manuais, ou até mesmo para a população aprender a utilizar os recursos existentes no município (RIO ESPERA, 2010).

A administração municipal, através da Secretaria Municipal de Saúde, implantou em 2005 o Programa Saúde da Família no município e cadastrou os usuários dos serviços de saúde para a implantação do Cartão Nacional do SUS. O cadastro foi realizado pelos agentes municipais de saúde que visitaram todos os municípios em busca do perfil das famílias (RIO ESPERA, 2010).

Rio Espera possui dois centros de saúde, o Centro de Saúde Dr Liberato Miranda, que possui infraestrutura para atendimento básico, e um outro que atende a população de Piranguita e Rio Melo. Possui também um hospital/maternidade de pequeno porte, Hospital São Francisco.

O atendimento odontológico é feito por três dentistas, que atendem diariamente no centro de saúde da cidade; além disso, estes profissionais atendem os moradores da região de

Piranguita e Rio Melo. É realizado pela equipe de saúde bucal um trabalho de prevenção nas escolas da zona urbana e rural que envolve bochecho com flúor, distribuição de escova de dente e creme dental. Também, realiza-se um trabalho de promoção da saúde, através de palestras e ações educativas. Este trabalho futuramente será feito juntamente com os profissionais que atuam no PSF, focando principalmente a zona rural.

Com a implantação do PSF no município diminuiu a demanda de trabalho nos centros de saúde, e os usuários estão sendo atendidos melhor. Além disso, a integração do PSF com alguns segmentos da sociedade, como a Associação Pastoral da Criança e o Conselho Tutelar Municipal, tem possibilitado desenvolver ações voltadas para o combate da desnutrição infantil, e para o acompanhamento de crianças e adolescentes de forma geral. O PSF tem possibilitado também acompanhar de forma mais organizada gestantes, hipertensos e diabéticos.

A Unidade Básica de Saúde José Gordiano de São José possui uma equipe da Estratégia Saúde da Família composta por um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem e sete agentes comunitários de saúde. Além das especialidades em psicologia, fonoaudiologia e nutrição, conta com atendimento odontológico (realizado pelos dentistas do Programa Saúde Bucal). As especialidades como cardiologia, pediatria, ginecologia e obstetrícia, são oferecidos uma vez por semana. São realizados na unidade curativos, exames preventivos, teste da orelhinha e eletrocardiograma. A triagem dos usuários é feita pelo enfermeiro, por meio do Protocolo de Manchester.

4.2 Humanização no serviço de saúde

A humanização é definida pela Política Nacional de Humanização (PNH) e Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), como valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde, com base em valores como a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, a criação de vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde. A PNH pauta-se na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade. Objetiva, dessa forma, provocar inovações nas práticas de gerência e de promoção à saúde (BRASIL, 2009).

Os princípios norteadores dessa política envolvem: a valorização da dimensão subjetiva, coletiva e social, fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade, apoio à construção de redes cooperativas,

solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos coletivos implicados na rede do SUS; corresponsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção; fortalecimento do controle social, com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS; compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos trabalhadores da saúde, estimulando processos de educação permanente; valorização da ambiência, com organização de espaços saudáveis e acolhedores de trabalho (BRASIL, 2009).

Humanizar refere-se à possibilidade de uma transformação cultural da gestão e das práticas desenvolvidas nas instituições de saúde, assumindo uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido, de respeito ao usuário entendido como um cidadão e não apenas como um consumidor de serviços de saúde. Humanizar perpassa as várias nuances da comunicação: uso da linguagem, toque, olhar, palavra e encontro com o outro e a sua dignidade ética (RECH, 2003).

Ainda conforme Rech (2003) a humanização depende de nossa capacidade de falar e de ouvir, depende do diálogo com nossos semelhantes. Humanizar a assistência à saúde é dar lugar não só à palavra do usuário como também à palavra do profissional de saúde, de forma que tanto um quanto outro possam fazer parte de uma rede de diálogo. É resgatar o respeito à vida humana, levando-se em conta as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas em todo relacionamento humano.

Para Oliveira *et al.* (2008) a humanização na assistência está associada à capacidade do indivíduo em compreender o outro, e isso se faz a partir de um pensamento que possibilite apreender o contexto, o ser e o seu meio ambiente, o local e o global, o multidimensional, em conjunto, permitindo compreender as condições objetivas e subjetivas igualmente.

Entretanto, segundo ainda Oliveira *et al.* (2008), na atenção básica não é comum encontrar um campo fértil para o desenvolvimento de habilidades que visem a humanização do atendimento, devido à própria lógica dos serviços, e a configuração dos processos de trabalho em saúde.

Com efeito, o que se presencia atualmente na atenção básica é a persistência do modelo biomédico, hegemônico, o qual se reflete em consultas baseadas no atendimento de queixas, na pouca realização de ações de acolhimento, no atendimento de grande contingente de usuários e, por conseguinte, em longas filas de espera. Essa conformação do atendimento repercute no desenvolvimento de ações curativas em detrimento às preventivas e

promocionais, configurando-se como um considerável empecilho para a humanização da assistência ao usuário (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

No Brasil modelo do pronto atendimento ainda é o vigente nos serviços primários de saúde no Brasil, baseado na queixa-conduta e não na atenção integral ao indivíduo, muito menos nas ações em defesa da vida coletiva. Para Merhy; Cecílio; Nogueira Filho (1994) é necessário incorporar o atendimento clínico individual, agregando recursos humanos capazes de fazer vigilância á saúde. Para tal, acesso, acolhimento, vínculo e resolutividade são eixos centrais do modelo tecno-assistencial em defesa da vida.

Segundo Ramos e Lima (2003), deve se pensar no desenvolvimento de novas habilidades e competências gerenciais, técnicas e de relacionamento que viabilizem um acesso com equidade e resolutividade, visando atender a PNH. Para esta reorganização dos serviços, com vistas à garantia de acesso solidário e universal dos indivíduos ao sistema de saúde, a implantação do acolhimento é fundamental (RAMOS; LIMA, 2003). A porta de entrada para os serviços de saúde é por meio do acolhimento.

A diretriz do acolhimento consiste na escuta qualificada do profissional de forma humanizada para identificar a demanda do usuário buscando resolução para seu problema. A responsabilização para com o problema de saúde vai além do atendimento propriamente dito, diz respeito também ao vínculo necessário entre o serviço e a população usuária (SOLLA, 2005). O acolhimento possibilita a criação de vínculo e confiança dos usuários com as equipes e os serviços de saúde e é uma das diretrizes mais importantes da PNH do SUS (BRASIL, 2006).

Esta política deve operar transversalmente em toda a rede do SUS para ofertar atendimento de qualidade em todos os níveis de atenção. Supõe-se o diálogo e a troca de saberes entre os profissionais e entre estes e os pacientes e familiares, levando em conta as necessidades sociais, desejos e interesses dos diferentes atores envolvidos no campo da saúde (BRASIL, 2004c). Desta forma, o acolhimento deve contribuir para a edificação de uma ética da diferença, da tolerância com os diferentes e da inclusão social (BECK; MINUZI, 2008).

O processo de humanização implica, nessa perspectiva, na transformação da cultura assistencial, a fim de que sejam valorizados os aspectos subjetivos, históricos e culturais dos profissionais e usuários para melhorar as condições de trabalho e a qualidade do atendimento, segundo Oliveira *et al.* (2008).

A construção de um espaço que legitime o ser humano, no entanto, está relacionada ao processo de trabalho de uma organização e à forma como as equipes interagem entre si. Como todo o trabalho, este é produzido por sujeitos e é produtor de subjetividades. Desse modo, o

trabalho deve estar organizado de tal forma que permita a participação de todos os profissionais nas discussões e tomado de decisões (PESSINI *et al.*, 2003).

Não há humanização da assistência sem preocupar-se com a realização pessoal e profissional dos que a fazem. Assim, a organização do trabalho “pode ser vista como uma forma de maximizar as potencialidades humanas, tornando produtivos os recursos humanos, em fazer as pessoas trabalharem juntas, levando para uma tarefa comum suas potencialidades e conhecimentos individuais” (LUNARDI FILHO, 1995, p.35).

O respeito à singularidade e dignidade do ser humano vai além do cuidado técnico e prescritivo. Este envolve compromisso e uma valorização do ser humano como um todo, sem distinção de raça, cor, etnia; favorece um vínculo entre ambos, cuidador e ser cuidado. A humanização, nesse sentido, remete à necessidade de resgate de um atendimento diferenciado, focando a dignidade das pessoas em situações de cuidados ou atenção. Propõe ações que valorizam e qualificam a prestação de serviços de saúde. Esta enquanto um conjunto de valores humanos e éticos apostará em novos caminhos e novas possibilidades para atingir a qualidade e credibilidade dos serviços de saúde (BACKS; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2008).

Humanizar o atendimento não é apenas chamar o usuário pelo nome, nem ter constantemente um sorriso nos lábios, mas, além disso, é compreender seus medos, angústias e incertezas; é dar apoio e atenção permanente. Humanizar também é, além do atendimento fraterno e humano, procurar aperfeiçoar os conhecimentos continuamente valorizar no sentido antropológico e emocional, todos os elementos implicados na assistência. Na realidade, a humanização do atendimento, seja em saúde ou não, deve valorizar o respeito afetivo ao outro, deve prestigiar a melhoria na vida de relação entre as pessoas em geral (BALLONE, 2008).

Neste sentido, o profissional da saúde é o responsável pela melhoria da qualidade da assistência e conseqüente a satisfação do usuário. Entretanto, deve-se pensar na produção de cuidados e práticas humanizadoras levando-se em conta as especificidades desse ofício que envolve a utilização intensiva de capacidades físicas e psíquicas, intelectual e emocional, incluindo troca de afetos e de saberes (HENNINGTON, 2008).

4.3 Educação permanente em serviço

O Ministério da Saúde evidencia a educação permanente como um dos eixos de ação da Política Nacional de Humanização, propondo a mesma como estratégia de transformação das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social no setor saúde (BRASIL, 2004a).

A educação permanente consiste no pressuposto de que, sendo o serviço de saúde um local de constante transformação, aprendizado contínuo e participação no processo de trabalho, o profissional possui também a função de educador (BELO HORIZONTE, 2006).

A humanização, como política nacional, tem como algumas de suas implicações: a troca e a construção de saberes, o trabalho em rede com equipes multiprofissionais, o compromisso com a democratização das relações de trabalho e a valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente (BRASIL, 2004a).

A educação permanente em saúde tem como objeto de transformação o processo de trabalho voltado para a melhoria da qualidade dos serviços, para a equidade no cuidado e no acesso aos serviços de saúde. Estimula a produção de saberes a partir da valorização da experiência e da cultura do trabalhador em saúde, com postura crítica, partindo da reflexão sobre o que está acontecendo no serviço e o que precisa ser transformado (BRASIL, 2004c).

Para o Ministério da Saúde, uma proposta pedagógica que utiliza a educação permanente necessita considerar os trabalhadores como sujeitos de um processo de construção de saberes e práticas, preparando-os para serem sujeitos dos seus próprios processos de formação ao longo de toda a sua vida (BRASIL, 2004c).

A educação permanente é centrada, no “processo de trabalho e tem como propósito melhorar a qualidade de vida humana em todas as dimensões pessoais e sociais, auxiliando na formação integral do indivíduo e na transformação do meio para uma futura sociedade” (MOTA; MARTINS; VERAS, 2006).

O que diferencia a educação permanente de outras intervenções educativas é a reflexão sobre as questões do trabalho onde se produz condições de reelaborar o conhecimento frente à realidade dos serviços, promovendo espaço para o diálogo (MOTA *et al.*, 2006).

Segundo Ceccim (2005), para que uma pessoa ou organização decida mudar ou incorporar novos elementos à sua prática e aos seus conceitos, é fundamental detectar e ter contato com os desconfortos experimentados no cotidiano de trabalho, percebendo que a maneira atual de fazer ou pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho. Logo, para conseguirmos mudanças nas práticas de gestão e de atenção à saúde é

necessário um diálogo aberto com todos envolvidos no processo, e no coletivo a busca, por meio da problematização da realidade, pela transformação de nossa prática.

Problematizar significa refletir sobre determinadas situações, questionando fatos, fenômenos e ideias, compreendendo os processos e propondo soluções. É colocar questões às perguntas em lugar de respostas, tornar a reflexão uma prática de pensamento (buscar questões, interrogações, desafios, exploração de campos) (GADOTTI, 1995, p.23).

A pedagogia libertadora e problematizadora de Paulo Freire é vista como possibilidade de reflexão crítica em torno dos tópicos abordados nos cotidianos da vivência do grupo, sendo o diálogo seu instrumento básico (MORETTO, 2001).

Centrada no diálogo crítico, a pedagogia libertadora e problematizadora ocorre de forma horizontal, partindo das vivências de cada um; valoriza todo e qualquer conhecimento (GADOTTI, 1995, p.23).

Segundo Freire (1979, p.28), o diálogo é considerado uma atividade pedagógica por excelência, pois parte-se dos conhecimentos existentes para adquirir novos conhecimentos: “Ninguém é ignorante absoluto. Todos detêm algum conhecimento O que lhes falta é um saber sistematizado”.

Ao promover encontros de reflexão devemos ter em mente que o processo educativo deve ser agradável a todos os participantes, constituindo momentos de prazer e de paixão, em que o grupo busca dividir suas vivências, suas frustrações e também seus sonhos, porque o sonho com outro (s) é um sonho que se torna realidade (FREIRE, 1992).

Assim, o processo da educação permanente é complexo. Para que cause mudanças na forma de pensar e de agir do trabalhador, este deve inserir-se na mesma como elemento atuante e importante; sendo valorizado, fica motivado a participar do processo de capacitação, e se sente comprometido com o seu fazer.

5 METODOLOGIA

Este trabalho configura-se uma proposta de intervenção. Ao realizarmos o Curso de Especialização de Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde (CEFPEPS) deparamos com a possibilidade de desenvolver esta proposta. O material didático-pedagógico fornecido pelo curso foi fundamental para nossas aproximações com o tema.

Para dar sustentação teórica à proposta realizou-se inicialmente a busca do referencial bibliográfico no período de abril de 2013 a janeiro de 2014, acerca dos temas Humanização nos Serviços de Saúde e Educação Permanente, nos bancos de dados Lilacs e Bireme da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a partir dos descritores: humanização; educação permanente; atenção primária. Foram selecionados artigos completos no idioma português. Além disso, foram consultados programas do Ministério da Saúde, livros, tese de doutorado e dissertação de mestrado. Sendo assim, 26 publicações foram utilizadas neste trabalho.

5.1 Operacionalização da Proposta de Intervenção

Tema: “*Educação permanente em serviço: trabalhando a Humanização na Atenção Básica.*”

Objetivo: Criar protocolo respaldado nas Diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS (Ministério da Saúde), para melhoria do processo de trabalho e atenção aos usuários na UBS Jose Gordiano, município de Rio Espera, Minas Gerais.

5.1.1 Cenário da proposta

O local de implantação e implementação da proposta de intervenção será a Unidade Básica de Saúde José Gordiano de São José, município de Rio Espera, Minas Gerais.

5.1.2 Sujeitos envolvidos

Os sujeitos serão os profissionais que atuam na Unidade Básica de Saúde José Gordiano de São José, Equipe da Estratégia Saúde da Família composta pelo enfermeiro, médico, agentes de saúde, dentista e técnico de enfermagem e também as especialidades nutricionista, fonoaudióloga, psicóloga, ginecologista, cardiologista, pediatra, e também recepcionista, funcionários da faxina, técnicos de enfermagem da sala de vacina.

5.1.3 Plano de ação

O plano de ação definido com a implantação e implementação de ações que visem, por meio da aquisição de novos conhecimentos, discutir e refletir as práticas nas rotinas da unidade básica, no sentido de transformar o ambiente de trabalho e a qualidade da assistência ao usuário em algo mais acolhedor. Desta forma a proposta de intervenção seguirá os seguintes passos:

- 1 – Apresentação da ideia da proposta de intervenção para o Gestor Municipal da Saúde, para conhecimento e aprovação;
- 2 - Sensibilização. Inicialmente os profissionais da unidade serão convidados a participar de uma reunião para informação da proposta de intervenção, seu objetivo e operacionalização. O Gestor Municipal da Saúde também será convidado para esta reunião;
- 3 - Divulgação na unidade, por meio de cartazes, sobre a atividade a ser desenvolvida para conhecimento de todos, principalmente da população usuária da unidade de saúde;
- 4 – Realização de Oficinas: Serão realizadas três oficinas com carga horária de oito horas cada uma, ocorridas uma vez ao mês. As oficinas acontecerão na própria Unidade Básica de Saúde e o atendimento será feito pelo Hospital e Maternidade São José, que é uma unidade que atende urgência e emergência e também procedimentos básicos, quando necessário. Na porta de entrada da Unidade será afixado um cartaz informando o acontecimento e também dias antes será comunicado pela rádio da cidade à população sobre do evento a ser realizado na cidade.

- **Primeira Oficina** – Inicialmente será realizada uma dinâmica de grupo, visando acolher e descontrair os participantes. Logo após, serão formados pequenos grupos e será solicitado aos participantes que discutam e reflitam sobre o processo de trabalho na unidade: abordando seus conflitos, estresse, sobrecarga de trabalho, forma de atendimento à população adscrita à unidade de saúde e outros. O produto gerado em cada grupo será apresentado pelo relator em plenária na oficina subsequente. Os grupos serão acompanhados e orientados na discussão pelo coordenador da atividade, ou seja, o enfermeiro da ESF.

- **Segunda Oficina** – Apresentação por cada grupo em plenária do produto gerado na primeira oficina. A estratégia metodológica utilizada será a problematização, a qual permite discutir a realidade e pensar na possibilidade de transformá-la. O resultado da plenária será registrado para que sirva de substrato para próxima oficina. Após discussão e reflexão acerca do que foi

apresentado pelos participantes, novos grupos serão formados. Serão fornecidos aos grupos textos que tratam da Humanização em Serviço, além da leitura do documento do Ministério da Saúde sobre a Política Nacional de Humanização do SUS. O produto gerado nos grupos será apresentado na terceira oficina.

- **Terceira Oficina** – Primeiramente os participantes apresentarão as reflexões construídas a partir da leitura do material fornecido na segunda oficina. Em seguida farão uma comparação com a realidade da UBS José Gordiano, tendo como norte as reflexões da primeira oficina. A partir das reflexões acerca da prática e de posse da teoria proporão medidas para melhoria do processo de trabalho, por sua vez o atendimento ao usuário, tendo como foco a Humanização em Serviço. Por último, o momento será selado com a presença de um palestrante que falará sobre a Humanização no processo de trabalho das organizações de saúde.

- Os produtos gerados nas oficinas serão transformados em um Protocolo, elaborado por uma comissão, a qual será definida na Terceira Oficina. Este protocolo terá como título “Humanização na Unidade Básica de Saúde UBS José Gordiano”, que depois de revisto e aprovado por todos interessados, inclusive pelo Gestor Municipal, será implantado e implementado na unidade de saúde.

5.1.4 Recursos materiais

Para o desenvolvimento das oficinas será utilizado equipamento de áudio, vídeo, textos impressos, e material de escritório.

A organização das atividades será de responsabilidade da enfermeira juntamente com os demais membros da equipe.

5.2 Cronograma da Proposta de Intervenção.

ANO 2014	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
AÇÕES												
Apresentação da ideia da proposta de intervenção para o Gestor Municipal da Saúde, para conhecimento e aprovação.				x								
Sensibilização - Busca de adesão à proposta de intervenção por parte de todos os profissionais da UBS.					x	x						
Divulgação da proposta na unidade, por meio de cartazes.							x					
Realização das Oficinas (Educação Permanente).								x	x	x	x	
Criação do Protocolo de Humanização.												x

5.3 Avaliação e acompanhamento da proposta

Conforme Gadin (2000), a avaliação tem significado quando é feita intrinsecamente, num processo de início, meio e fim. Neste sentido, o protocolo de humanização, ao ser implantado e implementado, estará sempre aberto a novas sugestões e avaliações dos sujeitos envolvidos, como forma de aprimorá-lo em prol da melhoria do processo de trabalho e da garantia de um atendimento de qualidade.

5.4 Orçamento da proposta

Os custos dispendidos com esta proposta de intervenção serão de responsabilidade da própria Unidade de Saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta de intervenção focada na educação permanente em serviço sobre o tema humanização reflete o processo de trabalho na atenção à saúde. O acolhimento tido, segundo pressupostos da Estratégia Saúde da Família, como um momento de escuta qualificada, de diálogo, de respeito, se transformou numa oportunidade de extravasamento de problemas sociais, de trocas de receitas, e de marcação de consultas médicas. Perpetua-se o modelo biomédico, centrado na medicalização da assistência. Percebe-se também sobrecarga do trabalho dos profissionais, principalmente do enfermeiro, gerando estresse, cansaço e falta de humanização consigo próprio.

Neste sentido, consideramos importante o atendimento humanizado para melhoria do acesso e resolutividade das necessidades apresentadas pelos usuários quando procuram a Unidade de Saúde. Também acreditamos na possibilidade da humanização nas relações de trabalho. Melhorando-se o processo de trabalho nas equipes da ESF e na unidade como um todo, com certeza o trabalho será mais prazeroso e de qualidade, refletindo assim na melhoria do atendimento ao usuário.

No entanto, apontamos alguns desafios desta proposta, os quais poderão ser tratados em outros momentos, como a tentativa de se mudar o modelo de atenção à saúde ainda centrado na consulta médica, e a ausência de ações voltadas para promoção da saúde. Estes aspectos, com certeza, tornam-se empecilhos para se cumprir os preceitos estabelecidos pela ESF com relação à humanização na atenção primária à saúde.

Esta proposta fará com que os profissionais percebam uma grande necessidade de melhoria nas relações interpessoais entre si mesmos e os usuários. E que essa evolução irá proporcionar uma humanização no atendimento, pois um ambiente com amizade e consenso entre os colegas de trabalho e usuários, cria uma atmosfera de paz, levando ao atendimento com respeito e atenção.

REFERÊNCIAS

BACKES, D. S.; LUNARDI FILHO, W. D; LUNARDI, V. L. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. **Revista Escola Enfermem USP**, v.40, n.1, p.221-27, 2008.

BALLONE, G. J. Humanização do atendimento em saúde. **PsiquWeb**, 2008. Disponível em <www.psiqweb.med.br>

BECK, C. L. C.; MINUZI, D. O acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica. **Saúde**. Santa Maria, v.34, n.1-2, p.43, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c

BELO HORIZONTE. Prefeitura de Belo Horizonte. **Organização da Atenção Básica na Rede Municipal de Saúde de Belo Horizonte**. A atenção básica de saúde em Belo Horizonte. PBH, Secretaria Municipal de Belo Horizonte. 2006. 172p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: MS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **O HumanizaSUS na atenção básica**. Brasília: MS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização: documento para discussão**. Brasília: MS, 2004a. (Série B. Textos Básicos de Saúde). (*on-line*). Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf>>. Acesso em 19 de março de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programas promovem humanização do SUS**. Brasília: MS, 2004b. (*on-line*). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=20700>. Acesso em 20 de Agosto de 2013.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. 2.ed. São Paulo: HUCITEC, 2005.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v.9, n.26, p.161-177, set.2004/fev.2005.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 3.ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1979.

FREIRE, M. O que é um grupo? In: GROSSI, E. P; BORDIN; J (Org.). **Paixão de aprender**. Rio de Janeiro: Vozes, 1992.

GADIN, D. **A prática do planejamento participativo**. Petrópolis: Vozes, 2000.

GADOTTI, M. **Pensamento pedagógico brasileiro**. 3.ed. São Paulo: Ática, 1995.

HENNINGTON, E. A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n.3, p.555-561, jun.2008.

LUNARDI FILHO, W. D. Divisão do trabalho: trabalhador especializado, trabalho (des)qualificado? **Sinergia**, v.7, n.2, p.10-18, 1995.

MORETTO, E. S. **Os enfermeiros e o SUS: da realidade à possibilidade**. Passo Fundo: UPF, 2001.

MOTA, R. A.; MARTINS, C. G. M.; VÉRAS, R. M. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. **Psicologia em Estudo**, v.11, n.2, p.323-330, 2006.

MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C. O.; NOGUEIRA FILHO, R. C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. **Saúde em Debate**, v.33, p.83-89, 1994.

OLIVEIRA, A. *et al.* Communication within the context of user welcoming into a family health unit in São Carlos, São Paulo. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v.12, n.27, p.749-62, 2008.

PESSINI, L. *et al.* Humanização em Saúde: o resgate do ser com competência científica. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.27, n.2, p.203-205, abr./jun., 2003.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Rio de Janeiro, **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.1, jan/feb. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2003000100004>. Acesso em 06 de março de 2014.

RECH, C. M. F. **Humanização hospitalar: o que pensam os tomadores de decisão a respeito?** São Paulo, 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

RIO ESPERA. **Plano Municipal de Saúde**. Rio Espera, MG, 2010.

SOLLA, J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, v.5, n.4, p.493-503, 2005.