

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

MÁRCIA MARIA FANTINATTI GUERRA

HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA.

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

MÁRCIA MARIA FANTINATTI GUERRA

HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA: REVISÃO DE LITERATURA.

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem - Opção Doenças Crônicas Não Transmissíveis - do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Ms. Priscila Balderrama

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA** de autoria do aluno **MÁRCIA MARIA FANTINATTI GUERRA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Profa. Ms. Priscila Balderrama

Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes

Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos

Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

AGRADECIMENTOS

Agradeço a coordenação deste curso e, especialmente, a Profa. Fabíola Santos Ardigo e a orientadora Profa. Ms. Priscila Balderrama pela compreensão e orientação precisa neste momento muito peculiar de minha vida.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	1
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	3
3 MÉTODO.....	8
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	12
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	16
REFERÊNCIAS.....	17

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Caracterização das referências utilizadas, segundo tipo de publicação, identificação, título, identificação de autores, ano e local de publicação e objetivos.....	9
---	---

HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA.

RESUMO

Introdução: A humanização no serviço público de saúde deve ser uma prática constante em todos os atendimentos de saúde. Para qualificar a saúde praticada nos diferentes pontos de atenção surgiu a Política Nacional da Humanização (PNH), a fim de reconstruir de forma compartilhada modos de se construir saúde. Considerando-se a importância da PNH nos serviços públicos de saúde, bem como a necessidade de maior conhecimento dos profissionais sobre essa temática, este estudo justifica-se para proporcionar uma melhor compreensão do processo de humanização. **Método:** Trata-se de uma revisão de literatura sobre a humanização no serviço público de saúde, utilizando meios eletrônicos para busca de periódicos, artigos publicados em português, documentos técnicos e cadernos publicados pelo Ministério da Saúde. **Resultado e Análise:** A principal mudança do serviço para a prática da humanização está nas pessoas: no usuário disposto a mudar hábitos e aprender novas formas de ter saúde; no trabalhador sentir-se motivado a ser aproximar mais do usuário, estabelecendo elos de comunicação e vínculo e, no gestor, incentivando e oportunizando essa prática. Esse é um processo que depende de cada gestão, de cada pessoa, equipe, pois uma parte importante nessa caminhada é o envolvimento pessoal de cada um, seja usuário, profissional de saúde ou gestor trabalhando em rede para a divulgação das informações e qualificação da assistência. **Considerações Finais:** A Humanização pressupõe o envolvimento e o comprometimento de todos os profissionais, sejam eles gestores ou técnicos, assim como da participação comunitária. Acredita-se que o desenvolvimento deste trabalho foi de suma importância para o maior conhecimento da temática e será disseminado entre os profissionais de saúde da Secretária Municipal de Saúde de Curitiba/PR.

DESCRITORES: Humanização da Assistência; Atenção Primária à Saúde; Sistema Único de Saúde.

1 INTRODUÇÃO

O conceito de humanização das práticas e da atenção à saúde está na pauta de discussões mundo afora há várias décadas e, nos últimos anos vem ganhando destaque na literatura científica nacional, principalmente nas publicações ligadas à saúde coletiva (GOULART; CHIARI, 2010).

A humanização é um movimento que propõe a inclusão das pessoas de uma organização/serviço para que possam reconstruir de forma mais compartilhada e coletiva modos de gerir e de cuidar, considerando princípios e diretrizes, que são pressupostos éticos, clínicos e políticos (PASCHE, 2010, p. 25).

A humanização tem sido abordada constantemente, nos atuais debates sobre o contexto de saúde e nas recentes pesquisas da área da saúde, como tema relevante e como subsídio para a melhoria do cuidado e para a consolidação dos princípios e valores do SUS (CASATE; CORREA, 2005, p. 220).

Devido às dificuldades em colocar os princípios norteadores do SUS em prática nos diversos serviços públicos de saúde do país, o Ministério da Saúde elaborou a Política Nacional de Humanização (PNH), onde a humanização é compreendida como uma mudança na forma de se praticar a saúde, desde a gestão do sistema até a prática assistencial executada pelos profissionais de saúde, objetivando suprir as necessidades de todos os envolvidos, ou seja, cidadãos, trabalhadores e gestores do sistema (PASSOS; BENEVIDES, 2006, p. 80).

A fim de dar um embasamento teórico aos profissionais com vistas ao desenvolvimento do atendimento das equipes de atenção básica, estratégia saúde da família, núcleo de apoio à saúde da família (NASF) entre outras.

Na prática assistencial a humanização ocorre nas relações estabelecidas entre trabalhadores de saúde e usuários, ambos envolvidos uns com os outros, numa relação de respeito e apoio mútuo, com comprometimento e responsabilidade num processo criativo para o estabelecimento do cuidado necessário (ARRUDA; SILVA, 2012).

No que se refere à atenção básica - Unidade Básica de Saúde, à Estratégia da Saúde da Família (ESF), a Política Nacional de Humanização propõe o exercício do método (inclusão dos sujeitos para a produção do comum), que deve ser orientado para a produção do acolhimento, da clínica ampliada, da co-gestão, da valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários (PASCHE, 2010, p. 25).

Assim deve-se compor a atenção primária à saúde, com profissionais (das unidades de saúde, da rede credenciada, dos hospitais e ambulatórios), com gestores, estudantes e professores em prol da saúde do paciente sempre visando um atendimento digno e humanizado, seguindo os princípios da Política Nacional de Humanização.

A concretização da universalidade, da integralidade e da equidade da atenção em saúde, no cotidiano das instituições, depara-se com inúmeros problemas que persistem sem solução, impondo a urgência, seja de aperfeiçoamento do sistema, seja de mudança de rumos (PASSOS; BENEVIDES, 2006, p. 81).

Goulart e Chiari (2010) citam que diante dos inúmeros obstáculos que hoje se apresentam para a assistência à saúde no país, sejam de ordem financeira, política, organizativa ou ética, coloca-se em pauta o fundamental debate sobre a qualidade da atenção prestada.

Nesse sentido, considerando-se a importância da PNH nos serviços públicos de saúde, bem como a necessidade de maior conhecimento dos profissionais sobre essa temática, este estudo justifica-se para proporcionar uma melhor compreensão do processo de humanização, desde sua concepção enquanto política pública, até sua aplicabilidade prática nos serviços de saúde. Sendo assim, torna-se necessário preparar o trabalhador para atuar de forma humanizada em todas as Unidades de Saúde, frente à essa nova premissa do SUS.

OBJETIVO GERAL

Realizar uma revisão narrativa de literatura sobre a humanização no serviço público de saúde, para posterior aplicação prática dos conhecimentos levantados às equipes de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba/PR.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Atualizar os conhecimentos sobre humanização no serviço público de saúde;
Divulgar as informações sobre atendimento humanizado para as equipes de saúde;
Auxiliar as equipes de saúde na conscientização da importância do atendimento humanizado.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Política Nacional de Humanização

A saúde como um sistema, é compreendida dentro de uma complexidade onde o SUS deve nortear as práticas assistenciais para dar o embasamento teórico necessário para as equipes de saúde trabalharem dentro de um padrão estabelecido objetivando o alcance dos resultados esperados. Práticas essas fundamentadas dentro dos princípios da universalidade, equidade e integridade. Para isso a PNH propõe modificações no processo de trabalho, pois ao se trabalhar com pessoas e para pessoas a flexibilidade torna-se importante para se alcançar o atendimento a todos os usuários que precisam do SUS (SANTOS; FERNANDES; OLIVEIRA 2012).

A Humanização, como política que atravessa todas as instâncias do SUS, propõe-se a atuar na descentralização, isto é, na autonomia administrativa da gestão da rede de serviços, de maneira a articular processos de trabalho e as relações entre os diferentes profissionais e a população atendida (BRASIL, 2009, p. 5).

A PNH apóia-se no contato direto das pessoas, com uma significativa melhora nas relações humanas, onde a comunicação entre os indivíduos deve ser clara, objetiva e motivadora no processo de interação e vínculo entre usuários e profissionais. Gestores e trabalhadores também devem trilhar por esse caminho, diminuindo as barreiras na comunicação e valorizando a participação destes no planejamento institucional das práticas de saúde locais (NORA; JUNGES, 2013).

Mitre, Andrade e Cotta (2012) referem que “a PNH veio para afirmar a indissociabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde, assegurar a inclusão de usuários e trabalhadores na gestão dos serviços de saúde, e impulsionar ações para disparar processos no plano das políticas públicas para transformar os modelos de atenção e da gestão da saúde”.

Segundo a PNH, a humanização é a valorização dos processos de mudança dos sujeitos na produção de saúde. E esta humanização deve se expressar nas práticas dos serviços de saúde, "com os profissionais e usuários, de forma dialógica, em busca da construção de novos caminhos capazes de propiciar um novo paradigma de gestão da saúde pública para todos" (CAMPOS, 2007).

A humanização precisa ser vista como de forma ética entre os cidadãos, gestores e trabalhadores, estalecendo-se uma relação harmoniosa, clara e de parceria entre esses visando a melhoria da saúde da população envolvida. Estética no sentido de se produzir saúde de forma criativa, adaptando-se as tecnologias disponíveis às necessidades do usuário. E política com o foco na organização institucional que mostra o caminho a ser seguido em consonância com as orientações da PNH (BRASIL, 2006, p. 82).

Na enfermagem, a humanização está presente em todos os ramos da assistência. Desde o planejamento desta quando propomos a participação ativa dos gestores, usuários e comunidade e também na prática assistencial entendendo que para se fazer saúde é necessário a participação, colaboração, comprometimento e engajamento de todos para se alcançar uma a qualidade assistencial (CHERNICHARO; FREITAS; FERREIRA, 2013).

2.2 Atenção Primária à Saúde

Ao longo do tempo, a atenção primária à saúde se estabeleceu em torno da organização dos serviços, ampliando o acesso aos serviços de saúde e proporcionando o cuidado integrado a outros recursos no sistema de serviços de saúde (HEIMANN et. al, 2011).

Atenção primária à saúde é o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (GOMES; SILVA, 2011).

A partir de um enfoque familiar e comunitário, os serviços de atenção primária à saúde devem responder à maior parte das necessidades em saúde de uma população, devendo ainda conduzir ações de saúde articuladas a outras abordagens políticas mais amplas (HEIMANN et. al, 2011).

O programa de saúde da família (PSF) surgiu em 1994, posteriormente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) como uma estratégia proposta pelo Ministério da Saúde para superar o modelo assistencial centrado em procedimentos hospitalar, apontados como responsáveis pela “ineficiência do setor; insatisfação da população; desqualificação profissional; iniquidades” (SANTOS; SANTOS, 2011).

A estratégia saúde da família tem o foco no usuário, família e comunidade tendo o território físico como referência para as ações de saúde das equipes. Ações essas voltadas para práticas de promoção da saúde e, não somente, nas doenças que acometem os usuários que buscam o serviço de saúde, fazendo o papel de articulador com outras instâncias públicas na busca da resolução dos problemas que acometem a saúde destes usuários (DOWBORL; WESTPHALL, 2013).

A ESF é uma alternativa para o SUS, que propõe mudanças na forma de se fazer saúde pública. Ao centrar o foco na promoção da saúde, considerando o processo saúde-doença como determinante nas condições de vida das pessoas, trabalha-se com a diversidade do cuidado, necessitando ampliar as formas de atenção e de assistência, agregando-se várias categorias profissionais para o alcance dos resultados esperados. Na ESF, a equipe multidisciplinar mínima é composta por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS) (PEREIRA; OLIVEIRA, 2013).

O PSF teve início com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), pelo Ministério da Saúde, em 1991, e foi “a partir daí que começou a se focar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais somente o indivíduo” (SANTOS et al., 2011).

Os ACS devem residir na própria comunidade em que trabalham, por isso têm o domínio dos problemas de saúde locais, conhecem as dificuldades, as crenças e valores daquelas pessoas podendo contribuir de forma efetiva e individualizada para a melhoria das condições de vida desta população (PEREIRA; OLIVEIRA, 2013)

O ACS é uma figura fundamental na saúde da família, pois possibilita que as necessidades da população cheguem ao conhecimento das equipes de profissionais, que intervirão junto à comunidade. O agente também mantém o fluxo contrário, transmitindo à população informações de saúde, orientando a comunidade e buscando junto com esta soluções para seus problemas (COSTA et. al, 2013).

Segundo Oliveira, Rocha e Cutolo (2012)

“(…) o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (...) visa aumentar a capacidade das equipes de ESF, respondendo às necessidades da população abrangida pelo território delimitado para cada equipe. O trabalho do NASF é baseado nos princípios da integralidade e da interdisciplinaridade. Portanto, o

que diferencia dos outros programas já implantados é a possibilidade de trabalhar com a proposta da clínica ampliada”.

O NASF deve ser constituído por equipes de profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de saúde da família nos quais o NASF está inserido.

São duas modalidades de NASF, conforme a especificidade de profissionais que a compõe: o NASF 1 deverá ter no mínimo cinco profissionais de nível superior (psicólogo; assistente social; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; profissional da educação física; nutricionista; terapeuta ocupacional; médico ginecologista; médico homeopata; médico acupunturista; médico pediatra; e médico psiquiatra), vinculado a no mínimo 8 e no máximo 20 equipes de saúde da família, e o NASF 2, que deverá ter no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes (assistente social; profissional de Educação Física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; nutricionista; psicólogo; e terapeuta ocupacional), vinculado a no mínimo 3 equipes de saúde da família (BRASIL, 2010, p. 11).

De forma geral, o NASF deve buscar, junto às ESF's, a concretização do cuidado integral, a partir da qualificação e complementaridade das ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação em saúde e a organização e coordenação da rede de cuidados, com vistas ao acompanhamento longitudinal dos usuários, aumentando a resolutividade e diminuindo os encaminhamentos a outros níveis de atenção (LANCMAN; BARROS, 2011).

Segundo Santeiro (2012) o Ministério da Saúde espera que os profissionais do NASF desenvolvam seu trabalho diretamente com a população e em conjunto com as equipes da ESF. Esse trabalho pode ser realizado de forma individualizada ou coletivamente com a população. E em conjunto com a ESF somando conhecimentos e experiências, se responsabilizando por aquele território, praticando a clínica ampliada e participando do processo de gestão do sistema.

Várias são as atividades a serem desenvolvidas pelos profissionais que compõem os NASF. O diferencial do trabalho é o apoio às equipes da ESF. ”Toda proposta deve ser compartilhada com a equipe — seja ela de atendimentos individuais, atenção domiciliar a acamados, atendimentos em grupo, oficinas de educação em saúde ou estudos de caso, entre outras” (OLIVEIRA; ROCHA; CUTOLO, 2012).

2.3 Trabalho em Rede

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) “são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010).

“Redes correspondem à articulação entre serviços e sistemas de saúde, e às relações entre atores que aí atuam, mediante relações de interdependência entre os pontos da rede. As redes de ações e serviços de saúde devem assegurar os princípios de universalidade do acesso, equidade e integralidade” (PIMENTA, 2008).

A RAS propõe uma melhoria na integração entre os serviços de saúde com constantes trocas de informações, conhecimentos e experiências inovando a forma de se produzir saúde, tornando esta mais eficaz quando se diversifica a assistência avançando na “inovação da organização e na gestão do sistema de saúde” (Portal da Saúde, 2014).

A PNH sugere que o trabalhador seja um co-responsável dentro da rede, articulador de interesses para que as situações de trabalho não sobrecarreguem apenas uma pessoa, mas que seja compartilhada entre vários profissionais afim de facilitar a tomada de decisão frente as variabilidades encontradas dentro dos ambientes familiares e fora destes. De forma a se produzir saúde com criatividade, comprometimento e engajamento de vários pelo bem comum do usuário/família/comunidade (BRASIL, 2009, p. 18).

Quando se trata do acesso da população aos serviços de saúde, a atenção básica tem sido pensada, tanto como a porta de entrada do sistema, como o primeiro nível de contato da população com o sistema, aquele mais próximo às famílias e à comunidade. Para Starfield (2002) apud Cecilio et al. (2012), “é a atenção básica que deve coordenar os fluxos dos usuários entre os vários serviços de saúde, buscando garantir maior equidade ao acesso e à efetiva utilização das demais tecnologias e serviços do sistema, para responder às necessidades de saúde da população”.

A proposta de organização de redes tem assumido diferentes significados, utilizada de forma distinta por diferentes atores. Especificamente em seu recorte de organização de serviços de saúde, uma vertente de discussão - refletindo o debate observado na literatura e na experiência internacional -, centra-se no “campo do cuidado integrado” (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

3 MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, com objetivo de rever a temática da humanização no serviço público de saúde com a contribuição de diferentes autores para uma ampla compreensão do tema.

Segundo Gil (1991) a pesquisa bibliográfica se desenvolve tentando explicar um problema, utilizando o conhecimento disponível a partir das teorias publicadas em livros, publicações periódicas e em outras obras científicas. Para isso, o investigador irá levantar o conhecimento disponível na área.

O objetivo desse tipo de pesquisa é o de conhecer e de analisar as principais contribuições teóricas existentes sobre um determinado tema ou problema (KOCHE, 1997).

A revisão narrativa foi realizada no período de 24 de fevereiro de 2014 a 14 de abril de 2014, utilizando meios eletrônicos para pesquisa on-line, na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), e tendo como critérios de seleção: somente periódicos e artigos publicados em português. A bibliografia que serviu para a construção do estudo compreendeu publicações do ano de 2006 a 2013. Utilizou-se, para a busca, as seguintes palavras-chave: humanização, acolhimento, atenção primária à saúde, estratégia saúde da família (ESF), núcleo de apoio em saúde da família (NASF), rede de atenção à saúde.

Além disso, foram pesquisados também documentos técnicos e cadernos publicados pelo Ministério da Saúde, cuja consulta foi realizada por meio eletrônico, no Portal da Saúde do Ministério da Saúde. Nesta busca, considerou-se a utilização de livros e outros documentos técnicos.

Após análise e seleção de publicações pertinentes ao assunto, encontrou-se um total de 21 artigos, 5 documentos técnicos, 1 apresentação em evento e 1 livro, descritos conforme o Quadro 1.

Quadro 1 – Caracterização das referências utilizadas, segundo tipo de publicação, identificação, título, identificação de autores, ano e local de publicação.

Tipo de Publicação	Identificação	Autores	Ano	Local de Publicação
Artigo	Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus	Cecília Arruda Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva	2009	Rev. Brasil. de Enferm.
Documento Técnico	Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS	Ministério da Saúde	2009	Portal da Saúde
Documento Técnico	Oficina de Qualificação do NASF/	Ministério da Saúde	2010	Portal da Saúde
Artigo	Humanização dos Cuidados em Saúde	Antonio Carlos Campos	2007	Cad. Saúde Pública
Artigo	A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação	Juliana Cristina Casate e Adriana Kátia Corrêa	2012	Rev. Esc. Enferm. USP
Artigo	A atenção básica à saúde e a construção das redes temáticas e saúde: qual pode ser o seu papel?	Luiz Carlos de Oliveira Cecílio et. al	2012	Rev. Ciênc. Saúde Coletiva
Artigo	Humanização no cuidado de enfermagem: contribuição ao debate sobre a Política Nacional de Humanização	Isis de Moraes Chemicharo, Fernanda Duarte da Silva e Freitas, Márcia de Assunção Ferreira	2013	Rev. Brasil. de Enferm.
Artigo	Agente comunitário de saúde: elemento nuclear das ações em saúde	Simone de Melo Costa et. al	2013	Rev. Ciênc. Saúde Coletiva
Artigo	Determinantes sociais da saúde e o programa saúde da família no município de São Paulo	Tatiana Pluciennik Dowborl e Márcia Faria Westphal	2013	Rev. Saúde Pública
Artigo	Programa Saúde da Família como estratégia de atenção primária: uma realidade em	Francisco Maglionio Gomes e Marcelo Gurgel Carlos da Silva	2011	Rev. Ciênc. Saúde Coletiva

	Juazeiro do Norte			
Artigo	Humanização nas práticas do profissional de saúde – contribuições para reflexão	Bárbara Garcia de Goulart e Brasília Maria Chiari	2010	Rev. Ciênc. Saúde Coletiva
Artigo	Atenção primária em saúde: um estudo multidimensional sobre os desafios e potencialidades na Região Metropolitana de São Paulo (SP, Brasil)	Luiza Sterman Heimann et. al	2011	Rev. Ciênc. Saúde Coletiva
Documento Técnico	Humaniza Sus: documento base para gestores e trabalhadores do SUS	Ministério da Saúde	2006	Portal da Saúde
Artigo	Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate	Rosana Kuschnir e Adolfo Horácio Chorny	2010	Rev. Ciênc. Saúde Coletiva
Artigo	Estratégia de saúde da família (ESF), núcleo de apoio à saúde da família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces	Selma Lancman e Juliana de Oliveira Barros	2011	Rev. Ter. Ocup.
Artigo	Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na atenção primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil	Sandra Minardi Mitre et. al	2012	Rev. Ciênc. Saúde Coletiva
Artigo	Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática	Carlise Rigon Dalla Nora e José Roque Junges	2013	Rev. Saúde Pública
Artigo	Algumas palavras sobre o nasf: relatando uma experiência acadêmica	Inajara Carla Oliveira et. al	2012	Rev. Bras. Educ. Med.
Artigo	Tecnologia e humanização em ambientes intensivos	Isaac Rosa Marques e Agnaldo Rodrigues de Souza	2010	Rev. Bras. Enferm.
Documento técnico	Contribuições da política de humanização da saúde para o	Dário Frederico Pasche	2010	Cadernos Humaniza SUS

	fortalecimento da atenção básica			
Documento Técnico	Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde	Eduardo Passos e Regina Benevides	2006	Política Nacional de Humanização: Humaniza SUS
Artigo	O trabalho do agente comunitário na promoção da saúde: revisão integrativa da literatura	Iara Cristina Pereira e Maria Amélia de Campos Oliveira	2013	Rev. Bras. Enferm.
Apresentação em Encontro	Rede de atenção à saúde	Aparecida Linhares Pimenta	2008	Evento CONASEMS
Apresentação em página eletrônica	Saúde mais perto de você	Ministério da Saúde	2014	Portal da Saúde
Artigo	Processos clínicos em núcleos de apoio à saúde da família/NASF: estágio supervisionado	Tales Vilela Santeiro	2012	Rev. Psicol. Ciênc. Prof.
Artigo	Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do programa saúde da família?	Karina Tonini dos Santos	2011	Rev. Ciênc. Saúde Coletiva
Artigo	Acolhimento e humanização na visão dos anesthesiologistas	Maria de Fátima Oliveira dos Santos et. al	2012	Rev. Bras. Anesthesiol.
Livro	As redes de atenção à Saúde	Eugênio Vilaça Mendes	2011	Organização Pan-Americana da Saúde
Artigo	Acolhimento no programa saúde da família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros	Ialane Monique Vieira dos Santos e Adriano Maia dos Santos	2011	Rev. Salud Pública

Procedeu-se, então, à análise do material, seguindo-se as etapas: leitura exploratória, a fim de conhecer todo o material; leitura seletiva, através da qual foram selecionados os artigos pertinentes aos propósitos da pesquisa; leitura analítica dos textos, momento de apreciação e julgamento das informações, evidenciando-se os principais aspectos abordados sobre o tema a fim de se chegar ao objetivo proposto.

Por não se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

4 RESULTADO E ANÁLISE

Para se desenvolver uma reflexão acerca da prática assistencial com base nos princípios da PNH é necessário ampliar o conhecimento dentro uma visão humana e centrada no paciente, considerando sua individualidade, suas necessidades como pessoa, valorizando a escuta ativa, a comunicação clara e aberta ao diálogo (CAMPOS, 2007).

No campo da saúde, a humanização diz respeito à atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e co-responsáveis, acarretando um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades. Refere-se ainda à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS (ARRUDA; SILVA, 2012).

A humanização dos serviços de saúde implica em transformação do próprio modo como se concebe o usuário do serviço - de objeto passivo ao sujeito, de necessitado de atos de caridade àquele que exerce o direito de ser usuário de um serviço que garanta ações técnica, política e eticamente seguras, prestadas por trabalhadores responsáveis (MARQUES; SOUZA, 2010).

Para atingir tal proposta os trabalhadores de saúde precisam de ações criativas para humanizar o atendimento. As características do atendimento, seja ele dentro do consultório ou nas atividades coletivas realizadas em grupos específicos, precisam ser remodeladas para que os usuários sintam-se à vontade para participar, motivados para aprender e dispostos a mudar conceitos e hábitos visando o bem-estar e a melhora do seu estado de saúde.

A atenção básica tornou-se um posto avançado do SUS, lugar onde as pessoas buscam recursos fundamentais para compor o cuidado de que precisam. A vida dos brasileiros seria mais difícil sem ela. A rede básica é uma produtora de valores de uso para milhões de cidadãos (CECÍLIO et al., 2012).

Com a caracterização das unidades básicas de saúde em estratégia saúde da família e a inclusão do núcleo de apoio à saúde da família vivenciamos uma preocupação política e institucional em avançar nos cuidados de saúde à população e melhorar o atendimento ofertado aos usuários.

Cecílio et al. (2012) citam “que em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica ampliou os seus objetivos e reafirmou a ESF como estratégia prioritária e modelo substitutivo para a organização da atenção básica”. Dados de 2009, do Ministério da Saúde (Portal da Saúde),

indicam que 94% dos municípios do Brasil dispunham da ESF na sua rede de UBS, responsáveis pelos cuidados de saúde primários, com cobertura de 51% da população brasileira.

O trabalho na ESF requer um novo perfil para os profissionais e novos olhares para a compreensão ampliada das necessidades de saúde da população. “A sensibilidade dos profissionais requer uma ação reflexiva, desenvolvimento ético e solidário para escutar e dialogar, recuperando o sentido da clínica e colocando as pessoas em primeiro lugar” (SANTOS; SANTOS, 2011). Mitre, Andrade e Cotta (2012) colocam que “ao profissional, cabe dispensar a atenção ao usuário, o que envolve escuta, valorização da queixa e identificação das necessidades individuais e coletivas”.

O comprometimento é a palavra-chave desta relação entre usuário e profissionais de saúde e instituição. Comprometimento do usuário consigo mesmo e com o outro, dos gestores oportunizando a prática da humanização dentro das unidades de saúde e proporcionando aos sujeitos a autonomia necessária para ações criativas dentro das práticas de saúde. E comprometimento dos trabalhadores em atuar com uma visão individualizada para cada caso, com interesse pelo usuário criando um ambiente interativo, somando conhecimento técnico com os saberes e interesses individuais de cada paciente atendido.

A participação da população nos espaços oportunizados pelos gestores torna-se estratégica para atingirmos tal proposta. Usuários e trabalhadores devem participar da gestão dos serviços de saúde. Chernicharo (2013) cita que “a PNH foi pensada no sentido de se evidenciar a interface entre o cuidado e a gestão nos serviços de saúde, potencializando os que trabalham e os que utilizam os serviços de saúde como protagonistas e co-responsáveis pela produção de saúde”.

As redes integradas e regionalizadas de atenção à saúde surgiram para garantir que os princípios de equidade, universalidade e integralidade sejam aplicados a cada usuário que utilize o serviço público de saúde. Garantir para cada cidadão uma saúde pública de qualidade, tanto na atenção primária como demais serviços que dão continuidade ao cuidado, que devido sua complexidade, foi referenciado a outro estabelecimento de saúde sem prejuízo às informações e à continuidade da assistência (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

“As propostas de RASs são recentes, tendo origem nas experiências de sistemas integrados de saúde, surgidas na primeira metade dos anos 90 nos Estados Unidos. Dali, avançaram pelos sistemas públicos da Europa Ocidental e para o Canadá, até atingir, posteriormente, alguns países em desenvolvimento” (MENDES, 2011, p. 61).

Para a garantia do acesso universal e o cuidado integral em saúde as redes vem para contribuir na disseminação da informação e no compartilhamento ético de cada caso. Assistência de forma integral para o cidadão em diferentes pontos de atenção da saúde. Para que isso ocorra governos municipais, estaduais e federal precisam continuar investindo numa rede que garanta essa comunicação eficaz e necessária para a qualidade dos serviços (PIMENTA, 2008).

Para Pimenta (2008), as Redes, em essência, correspondem à articulação entre serviços e sistemas de saúde, e às relações entre atores que aí atuam, mediante relações de interdependência entre os pontos da rede, pois os usuários do SUS “caminham” nestas redes para buscar a atenção a sua saúde, e dependem da eficácia desta articulação para ter suas necessidades atendidas.

Mendes (2011, p. 79) apud Podolny e Page, (1998) cita que as principais vantagens das redes são: a capacidade de aprendizagem, o funcionamento como canais de difusão de conhecimentos e a utilização das informações existentes para produzir novos conhecimentos.

Certas características das redes limitam sua eficácia ou criam dificuldades para sua gestão, tais como o envolvimento de numerosos atores dificulta a prestação de contas; o processo de negociação e de formação de consensos pode ser lento; a diluição de responsabilidades pode afetar o alcance dos objetivos; a exclusão de atores sociais ou regiões importantes em função da fragilidade dos critérios de participação; e as dificuldades de controle e coordenação das interdependências tendem a gerar problemas na gestão (MENDES, 2011, p. 80 apud FLEURY e OUVÉRY, 2007).

Pimenta (2008) ainda aponta que o desafio para organizar e trabalhar em redes é romper com a fragmentação dos serviços e trabalhar de forma articulada dentro do município. Para isso é necessário investir em espaços de integração dos atores envolvidos na gestão e no cuidado

Dentro das redes a atenção primária em saúde exerce um papel fundamental como o centro das informações. É nesta que deve concentrar todas as articulações intersetoriais, desmembramentos e decisões em conjunto com os demais integrantes do processo. Pois é na atenção primária que o usuário possui e mantém o vínculo, sendo esta o primeiro lugar onde ele deve buscar a resolução de seus problemas (HEIMANN et al., 2011).

Enfim, como estratégia de atenção à saúde, é necessário que a humanização seja implementada como uma política transversal, que atualiza um conjunto de princípios e diretrizes por meio de ações e modos de agir nos diversos serviços, práticas de saúde e instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva. A humanização como política transversal supõe,

necessariamente, ultrapassar as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde (GOULART; CHIARI, 2010).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de implantação da PNH nos serviços públicos de saúde depende muito de cada gestão. Num primeiro momento temos que ter a vontade política para que tal prática aconteça e se dissemine por toda uma estrutura organizada. A partir disso, a sensibilização das equipes de saúde e dos profissionais que estão trabalhando em contato direto com o usuário será norteadora para o sucesso dessa estratégia. O comprometimento individual de cada trabalhador será determinante para o sucesso desta política para, além de comprometer-se com o projeto, incentivar os usuários a participarem ativamente da proposta objetivando qualidade no trabalho aos profissionais de saúde e qualidade de vida aos usuários.

O envolvimento dos usuários é de extrema importância, pois a participação da comunidade nas decisões de saúde dentro de um contexto de saúde pública legitima a proposta de trabalho e abre um canal de comunicação valioso entre profissionais de saúde e usuários e, conseqüentemente, com a gestão do município.

Dessa forma a atenção básica em saúde sai fortalecida, pois confirma sua importância como porta de entrada do usuário ao sistema de saúde pública uma vez que há uma equipe de saúde que o acolhe em todos os momentos estabelecendo um vínculo mais forte e duradouro, ampliando o olhar para sua família e comunidade, buscando o fortalecimento das relações para a resolução dos problemas apresentados. A ESF e o NASF se somam aos objetivos das unidades básicas de saúde e juntos podem proporcionar uma saúde mais integralizada e interativa, onde o saber será partilhado entre todos os envolvidos em prol do usuário que será beneficiado com uma assistência de saúde de qualidade e quando este for encaminhado para outros níveis de atendimento essas equipes comporão a rede de assistência à saúde para articular formas de comunicação garantindo a integralidade da atenção em saúde.

Assim, conclui-se que Humanizar pressupõe o envolvimento e o comprometimento de todos os profissionais, sejam eles gestores ou técnicos, bem como da participação comunitária.

Acredita-se que o desenvolvimento deste trabalho foi de suma importância para o maior conhecimento da temática e será disseminado entre os profissionais de saúde da Secretária Municipal de Saúde de Curitiba/PR.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, C.; SILVA, D.M.V. Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 5, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HUMANIZA sus: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 3 ed. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Oficina de qualificação do NASF**. Brasília, 2010.

CAMPOS, A. C. S. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, 2007.

CASATE, J. C.; CORREA, A.K. Humanização no atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, Ribeirão Preto, v. 46, n. 1, 2012.

CECILIO, L. C. O. et al. A atenção básica à saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, 2012.

CHERNICHARO, I. M.; FREITAS, F.D.S.; FERREIRA, M. A. Humanização no cuidado de enfermagem: contribuição ao debate sobre a Política Nacional de Humanização. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 66, n. 4, 2013.

COSTA, S. M. et al. Agente comunitário de saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18. n.7, 2013.

DOWBORL, T.P.; WESTPHALL, M. F. Determinantes sociais da saúde e o programa saúde da família no município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 4, 2013.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1991.

GOMES, F. M.; SILVA, M. G. C. Programa Saúde da Família como estratégia de atenção primária: uma realidade em Juazeiro do Norte. *Rev. Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, supl. 1, 2011.

GOULART, B. N. G.; CHIARI, B. M. Humanização nas práticas do profissional de saúde - contribuições para reflexão. *Rev. Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, 2010.

HEIMANN, L.S. et al. Atenção primária em saúde: um estudo multidimensional sobre os desafios e potencialidades na Região Metropolitana de São Paulo (SP, Brasil). **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, 2011.

KÖCHE, J. C. **Fundamentos de metodologia científica: teoria da ciência e prática da pesquisa**. Petrópolis: Vozes, 1997.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A.H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, 2010.

LANCMAN, S.; BARROS, J. O. Estratégia de saúde da família (ESF), núcleo de apoio à saúde da família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces. **Rev. Ter. Ocup**, São Paulo, v.22, n.3, 2011.

MARQUES, I.R.; SOUZA, A.R. Tecnologia e humanização em ambientes intensivos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 1, 2010.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MITRE, S.M. et al. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na atenção primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, 2012.

NORA, C.R.D.; JUNGES, J.R. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 6, 2013.

OLIVEIRA, I. C.; ROCHA, R. M.; CUTOLO, L. R. A. Algumas palavras sobre o nasf: relatando uma experiência acadêmica. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v.36, n.4, 2012.

PASCHE, D.F. Contribuições da política de humanização da saúde para o fortalecimento da atenção básica. In: BRASIL. **Cadernos HumanizaSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. v.2.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R. Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: Humaniza SUS**. 3a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

PEREIRA, I.C.; OLIVEIRA, M.A.C. O trabalho do agente comunitário na promoção da saúde: revisão integrativa da literatura. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 66, n.3, 2013.

PIMENTA, A.L. **Rede de atenção à saúde**. 20 anos CONASEMS, 2008. Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/evento/pnan10/rede_a_basica.pdf. Acesso em 13/04/2014.

PORTAL DA SAÚDE. **Atenção básica da saúde da família: resultados alcançados em 2009**. Brasília, 2009. (site da internet). (acessado em 28/04/2014). Disponível em: <http://dab.saúde.gov.br/abnumeros.php>.

PORTAL DA SAÚDE. **Saúde mais perto de você**. Disponível em http://dab.saúde.gov.br/portaldab;smp_rasphp. Acessado em 13/04/2014.

SANTEIRO, T.V. Processos clínicos em núcleos de apoio à saúde da família/NASF: estágio supervisionado. **Rev. Psicol. Ciênc. Prof.**, Brasília, v.32, n.4, 2012.

SANTOS, K.T. et al. Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do programa saúde da família? **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl.1, 2011.

SANTOS, M. F. O.; FERNANDES, M. G. M.; OLIVEIRA, H. J. Acolhimento e humanização na visão dos anesthesiologistas. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, Campinas, v. 62, n. 2, 2012.

SANTOS, T. M. V.; SANTOS, A. M. Acolhimento no programa saúde da família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. **Rev. Salud. Pública**, Bogotá, v.13, n. 4, 2011.