

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
SISTEMA DE BIBLIOTECAS DA UNICAMP
REPOSITÓRIO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA E INTELECTUAL DA UNICAMP

Versão do arquivo anexado / Version of attached file:

Versão do Editor / Published Version

Mais informações no site da editora / Further information on publisher's website:

Sem URL

DOI: 0

Direitos autorais / Publisher's copyright statement:

©2016 by Livronovo. All rights reserved.

DIRETORIA DE TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO

Cidade Universitária Zeferino Vaz Barão Geraldo

CEP 13083-970 – Campinas SP

Fone: (19) 3521-6493

<http://www.repositorio.unicamp.br>

CAPÍTULO 9 – HUMANIZAÇÃO: ACOLHIMENTO E VÍNCULO

Autores:

Livia Fernandes Probst

Especialista em Saúde Coletiva e em Atenção Primária à Saúde

Cirurgiã-dentista na Prefeitura Municipal de Saúde de Vitória-ES; Mestranda em Odontologia em Saúde Coletiva pela FOP-Unicamp

Sonia Mara de Andrade

Especialista em Neuropsicologia com ênfase no ensino-aprendizagem, Enfermeira Responsável Técnica do Hospital da Criança Prefeito João Vargas de Oliveira em Ponta Grossa-PR, Docente Colaboradora da Universidade Estadual de Ponta grossa – UEPG, Mestranda em Odontologia em Saúde Coletiva pela FOP – Unicamp

Antonio Carlos Pereira

Mestre e Doutor em Saúde Pública pela FSP-USP; Docente do Departamento de Odontologia Social da FOP-UNICAMP

GUIA DO CAPÍTULO

Objetivos

Nossa proposta neste capítulo é fazer algumas reflexões sobre conceitos, práticas e desafios no processo de humanização na área da saúde, bem como, sobre o uso de ferramentas como acolhimento e vínculo para o desenvolvimento do mesmo, sem a pretensão de dar conta do assunto, mas com o objetivo maior de aproximação ao tema.

Conteúdo Programático

- Considerações iniciais
- Acolhimento e vínculo no contexto prático diário
- A prática do acolhimento
- O exercício do vínculo: uma consequência do acolhimento
- A humanização nos diferentes níveis de atenção à saúde
- A humanização na atenção primária à saúde
- A humanização na atenção secundária à saúde
- A humanização na atenção terciária à saúde
- Considerações finais

Leitura Obrigatória

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: política nacional de humanização – documento para discussão. Brasília: Ministério da Saúde; 2003 [acesso 2015 maio 29]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [acesso 2015 maio 29]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf.
- 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. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008 [acesso 2015 maio 29]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf.

Leitura complementar

- Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública. 1999; 15(2): 345-53.
- Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. Ciên Saúde Colet. 2009; 14(Suppl 1): 1523-31.

Atividades Recomendadas:

Para que serve a Humanização e por que ela foi instituída como política pública de saúde no Brasil? Fazer uma discussão crítica.

Elabore um exemplo prático de acolhimento e vínculo em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde e em um Pronto Atendimento.

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Compartilhando a ideia de que a palavra humanização tem a ver com o conceito de “ser humano” e de praticar a humanidade, surgem algumas indagações: Precisamos de um programa ou de uma política que nos direcione a praticarmos o processo de humanização? Este processo já não estaria intrínseco à condição humana? Pois bem, neste sentido, percebe-se que há um retrocesso no ato de praticar a humanização. Abordaremos neste capítulo conceitos, práticas e desafios no processo de humanização na área da saúde, bem como, o uso de ferramentas como acolhimento e vínculo para o desenvolvimento do mesmo.

No campo da saúde, o conceito de humanização surgiu como um princípio vinculado ao paradigma de direitos humanos, expressos individual e socialmente. O núcleo do conceito da palavra é a ideia de dignidade e respeito à vida humana, enfatizando-se a dimensão ética na relação entre pacientes e profissionais de saúde (Vaitsman e Andrade, 2005).

Deslandes (2004), em um estudo que analisa o discurso do Ministério da Saúde sobre a proposta de humanização na assistência à saúde, 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, além do valor do profissional da saúde.

Inicialmente, o termo humanização era usado para definir um conjunto de princípios que criticavam o caráter impessoal e desumanizado da assistência à saúde. Mais tarde passou a traduzir as diferentes propostas visando modificar as práticas assistenciais (Vaitsman e Andrade, 2005).

Humanizar na atenção à saúde é reconhecer a natureza humana em sua essência e elaborar acordos de cooperação, de diretrizes de conduta ética, de atitudes profissionais condizentes com valores humanos coletivamente pactuados (Rios, 2009).

No Brasil, no ano 2000, foi realizada a 11ª Conferência Nacional de Saúde – O Brasil falando como quer ser tratado. Apresentada com o título: Efetivando o SUS – Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social, pode ser apontada como um grande passo para mudanças nas agendas das políticas públicas de saúde no sentido da Humanização (Brasil, 2001a).

Do ano 2000 a 2002, dois programas de saúde estabeleceram a humanização como um de seus princípios: o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – PHPN (Brasil, 2002) e o Programa de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH (Brasil, 2001b).

Finalmente, em 2003, foi lançada a Política Nacional de Humanização – PNH (Brasil, 2003, grifo nosso). Dentre os princípios norteadores dessa política destacamos:

- **Valorização das dimensões subjetiva e social** em todas as práticas de **atenção e gestão** no SUS, fortalecendo o compromisso com os **direitos** do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.);
- Construção de **autonomia e protagonismo** de sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS;
- **Corresponsabilidade** desses sujeitos nos processos de gestão e de atenção; e
- Compromisso com a **democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde**, estimulando processos de educação permanente.

Apesar de só ter sido concretizada enquanto política no ano 2003, pode-se dizer que a humanização nasceu dentro do SUS desde o seu início, uma vez que seus princípios constitucionais são totalmente de inspiração humanista: universalidade, integralidade, equidade e participação social (Rios, 2009).

Mais do que uma política, atualmente entende-se que a Humanização refere-se à transformação dos modelos de atenção e de gestão nos serviços e sistemas de saúde, indicando a necessária construção de novas relações entre usuários e trabalhadores e destes entre si, podendo ser definida como a valorização dos processos de mudança dos sujeitos na produção de saúde (Pereira e Barros, 2008).

Para transformar a teoria em prática, ou seja, tornar o que está previsto pela política em ação real na atenção à saúde, é necessário a utilização das tecnologias leves, definidas por Merhy (2004, 2007a, 2007b), dentro da produção dos atos em saúde, com a consequente valorização de dispositivos como o **vínculo e o acolhimento**.

Acolhimento e vínculo são dois instrumentos que possuem enfoques diferentes, mas são transformadores das relações e possibilitadores da efetivação da Humanização. O acolhimento possui uma dupla dimensão: de um lado é considerado como parte de uma etapa do processo de trabalho, sobretudo no momento da recepção dos serviços de saúde, relacionando-se ao primeiro contato com o usuário; de outro lado, aparece como um dispositivo do processo intercessor do trabalho em saúde, necessário em todos os lugares em que se deem os encontros entre trabalhador e usuário (Merhy, 2004).

Pode-se afirmar, portanto, que acolhimento é bem mais que uma atividade somente da recepção no serviço, atribuída a um determinado profissional em um espaço físico específico, pode ser considerado como uma técnica de conversa podendo ser efetuada em qualquer momento do atendimento e que auxilia no conhecimento das necessidades dos usuários a serem satisfeitas (Teixeira, 2005).

No que se refere ao vínculo, podemos destacar que é outra ferramenta compatível com a ideia das tecnologias leves e importante no sentido da humanização da atenção à saúde. É um instrumento importante e privilegiado dentro da Estratégia Saúde da Família (ESF), que busca promover a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais da equipe e a população da área de cobertura que está sob sua responsabilidade, permitindo uma maior aproximação entre serviço e comunidade (Santos-Filho, 2006).

O vínculo vai além do estabelecimento de um simples contato com a população de uma determinada área ou de um simples cadastro. É uma prática especializada que demanda uma real aproximação do profissional com a realidade vivenciada pelo usuário dentro de seu contexto social para que possa compreender suas condições de vida e suas verdadeiras necessidades, comprometendo-se com elas (Silva e Alves, 2008).

2. ACOLHIMENTO E VÍNCULO NO CONTEXTO PRÁTICO DIÁRIO

O usuário se conecta ao serviço de saúde por meio de fluxos comunicantes por onde transitam ofertas, demandas, desejos, realizações de expectativas, satisfação de necessidades. É nessa comunicação que se realiza a relação de cuidado ou descuidado (Franco e Merhy, 2010).

Obter acesso aos serviços é uma primeira etapa a ser vencida pelo usuário-paciente quando parte em busca da satisfação de uma necessidade de saúde (Lima et al., 2007). Em qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente há um encontro entre duas pessoas, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes como momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro (Merhy, 1999).

Nesse encontro do usuário com a equipe de saúde deveria prevalecer o compromisso e a preocupação de se fazer a melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas por aquela pessoa que busca o serviço (Cecílio, 2006). Deveriam ser momentos de possíveis cumplicidades, nos quais poderiam haver a

produção de uma responsabilização em torno do problema que será enfrentado, ou mesmo de momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação (Merhy, 1999).

O aumento do grau de comunicação em cada grupo e entre os grupos (princípio da transversalidade) e o aumento do grau de democracia institucional por meio de processos cogestionados da produção de saúde e do grau de corresponsabilidade no cuidado são decisivos para a mudança que se pretende (Pereira e Barros, 2008).

A ênfase da gestão, organização da atenção e capacitação dos trabalhadores deveria ser no sentido de uma maior capacidade de escutar e atender às necessidades de saúde, mais do que a adesão pura e simples a qualquer modelo de atenção dado aprioristicamente (Cecílio, 2006).

O maior ou menor comprometimento com o trabalho está diretamente relacionado com a melhor qualidade da relação funcionário-usuário. E esta qualidade depende, sobretudo, do reconhecimento das necessidades dos funcionários no desempenho de suas funções, pois a mesma satisfação dos funcionários, enquanto clientes internos, é determinante para a qualidade dos serviços (Maciel-Lima, 2004).

A assistência de saúde humanizada e com qualidade é responsabilidade de toda a equipe multiprofissional e garantida pelo acolhimento, como resultado de práticas de saúde a serem executadas antes, durante e após o atendimento (Silva e Alves, 2008).

Uma vez que, nas práticas de saúde, individual e coletiva, o que buscamos é a produção da responsabilização clínica e sanitária e da intervenção resolutiva, tendo em vista as pessoas, como caminho para defender a vida, reconhecemos que, sem acolher e vincular, não há produção desta responsabilização e nem otimização tecnológica das resolutividades que efetivamente impactam os processos sociais de produção da saúde e da doença (Franco et al., 1999).

3. A PRÁTICA DO ACOLHIMENTO

O acolhimento surge a partir das relações que se estabelecem entre usuário e profissionais no atendimento e está ligado à utilização dos recursos disponíveis para a solução dos problemas dos usuários (Lima et al., 2007). Ele propõe, principalmente, reorganizar o serviço, no sentido da garantia do acesso universal, resolubilidade e atendimento humanizado, oferecendo sempre uma resposta positiva ao problema de saúde apresentado pelo usuário (Franco et al., 1999).

O acolhimento é um modo de operar o processo de trabalho em saúde a fim de atender a todos os usuários, ouvindo seus pedidos, elegendo suas reais necessidades e assumindo uma postura acolhedora capaz de escutar e pactuar respostas mais adequadas. Este modo de agir permite que haja um atendimento com maior resolutividade e responsabilização. Um ambiente acolhedor, uma postura responsável e confiável de toda equipe que assistirá esse indivíduo, desde sua entrada até a saída do serviço após o atendimento, são fatores condicionantes para que se estabeleça o acolhimento (Silva e Alves, 2008).

De acordo com Franco et al. (1999), o acolhimento propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo dos seguintes princípios:

Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população.

Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento –, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde.

Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

Percebe-se, portanto, a necessidade de qualificar e capacitar a equipe multiprofissional para que seja implementado, de forma eficaz, o processo de acolhimento nos serviços de saúde, seja de nível de atenção primária, secundária ou terciária (Silva e Alves, 2008) (figuras 01 e 02).



Figuras 01 e 02: Relato da experiência de Goiânia (GO) para reorganização dos processos de acolhimento nos diferentes serviços para ampliar o acesso, integrar e qualificar o cuidado em rede, por meio da qualificação profissional. As Rodas de Acolhimento oportunizaram encontros, trocas, aprendizado em grupo e trabalho conjunto entre os profissionais envolvidos e contribuíram para promover ampliação da visão dos problemas, empoderamento e instrumentalização dos profissionais.

Fonte: <https://novo.atencaobasica.org.br/relato/506>.

Se o foco do acolhimento está no comprometimento em resolver o problema de saúde do usuário, entende-se que ele vai além da organização da demanda em um ponto de atendimento à saúde, mas implica no diagnóstico de problemas e no planejamento em saúde para determinada população. É preciso identificar os problemas e as potencialidades relacionadas às diferentes questões envolvidas com o acolhimento, como aquelas relativas à própria organização dos serviços, à satisfação dos usuários e ao desenvolvimento e crescimento profissional e pessoal dos trabalhadores/equipes nesse processo (Santos-Filho, 2006).

A organização do atendimento às demandas espontâneas e programadas, ambas integrantes do processo de acolhimento em saúde, deve basear-se nas necessidades observadas e se dar como um processo contínuo que permite modificações à medida que novas demandas surgem (Mattos, 2004). Os diferentes aspectos envolvidos no processo de acolhimento devem ser discutidos amplamente na perspectiva de uma avaliação participativa e formativa envolvendo profissionais, usuários e gestão municipal, buscando provocar movimentos diversos, como a capacitação, o levantamento, a construção e a pactuação de ações que orientem a renovação do trabalho/serviços e propiciem aprendizagens coletivas (Santos-Filho, 2006).

4. O EXERCÍCIO DO VÍNCULO: UMA CONSEQUÊNCIA DO ACOLHIMENTO

A relação do trabalhador com o usuário, o estabelecimento de vínculos, a credibilidade e a confiança entre eles são, aparentemente, consequências do acolhimento (Silva e Alves, 2008).

Vincular-se à unidade de saúde gera satisfação e segurança ao usuário, pois ele se percebe aceito e próximo dos cuidadores. O vínculo implica estabelecer relações tão próximas e tão claras que todo o sofrimento alheio causa sensibilização. É a responsabilização do profissional da saúde junto ao usuário pelo seu bem-estar (Lima et al., 2007).

Dessa forma, considera-se vínculo a responsabilização pelo problema de saúde do usuário, individual e coletivo. (Franco et al., 1999).

As referências criadas pelo vínculo entre usuários e equipe geram uma forte ideia de empoderamento dos usuários, que ocorre por processos de aprendizagem de como se cuidar e também processos de subjetivação que fazem com que eles se sintam com condições, competentes e aptos a se cuidar (Franco e Mehry, 2010) (figuras 03 e 04).



Figuras 03 e 04 – Relato da experiência de uma Unidade de Saúde de Minas Gerais onde o atendimento odontológico domiciliar fortaleceu o vínculo, qualificou o acesso à saúde bucal para pacientes acamados e com dificuldades de locomoção, incentivou o autocuidado e orientou sobre as medidas de prevenção de doenças e outros agravos. Fonte: <https://novo.atencaobasica.org.br/relato/2260>

O vínculo é uma conquista, não um acontecimento imediato. Quanto mais apropriado for o vínculo, melhor será o resultado, maior a troca de saberes entre trabalhadores da saúde e comunidade (Coelho e Jorge, 2009).

5. A HUMANIZAÇÃO NOS DIFERENTES NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE

As práticas de humanização nos serviços de saúde podem variar de acordo com a complexidade da assistência prestada, uma vez que os arranjos organizacionais são feitos, em cada nível, segundo as suas densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade (atenção primária à saúde), ao de densidade tecnológica intermediária (atenção secundária à saúde), até o de maior densidade tecnológica (atenção terciária à saúde). Neste sentido, antes de descrever as práticas de humanização serão necessários alguns conceitos dos diferentes níveis de atenção à saúde, bem como, uma breve reflexão de como isso interfere na implementação de práticas humanizadas.

A reestruturação do SUS, na perspectiva de rede de atenção, representou uma estratégia de superação do modo fragmentado de operar a assistência e a gestão em saúde (Erdmann et al., 2013). A Rede de atenção à saúde (RAS) é constituída por um conjunto de organizações que prestam ações e serviços, de diferentes densidades tecnológicas, com vistas à integralidade do cuidado. Essas organizações interagem por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscando-se a horizontalidade nas relações entre pontos de atenção, que se encontram articulados, tanto para a recuperação da saúde quanto em medidas preventivas e de promoção (Brasil, 2010a; Mendes, 2011).

O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada. Para isso, fundamenta-se na compreensão da atenção primária como seu eixo estruturante, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção (figura 05) (Brasil, 2010a; Mendes, 2011).

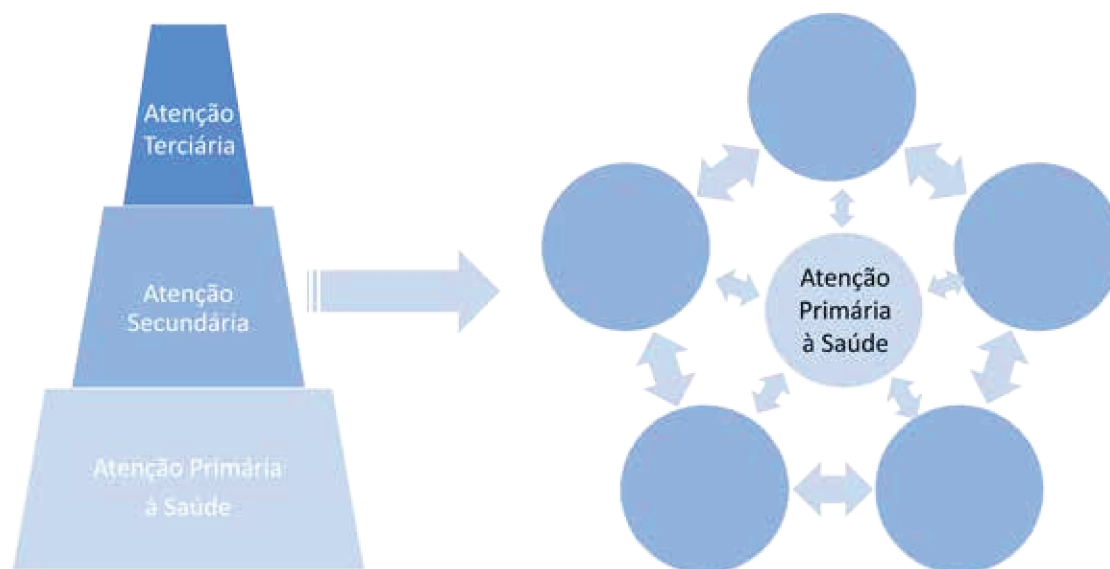


Figura 05 – Mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde, que apresentam uma singularidade: seu centro de comunicação situa-se na APS.

Fonte: Adaptado de Mendes, 2011

A Política Nacional da Atenção Básica define a Atenção Básica como um conjunto de ações que engloba promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, bem como a redução de danos ou de sofrimento que possam comprometer as possibilidades de viver de modo saudável. É uma forma de assistência à saúde que desenvolve-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigida à população de territórios delimitados, pelas quais a equipe assume responsabilidades sanitárias (Brasil, 2012).

Classificam-se como de Nível Primário, as Unidades de Atenção Primária, onde se configura a porta de entrada do Sistema Único de Saúde. No SUS, a Estratégia Saúde da Família, representa o principal modelo para a organização da APS (Brasil, 2010a).

A atenção secundária é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, historicamente interpretada como procedimentos de média complexidade. Compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência (Erdmann et al., 2013).

Neste nível estão as Clínicas, Unidades de Pronto Atendimento e Hospitais Escolas, locais onde são realizados procedimentos de intervenção bem como tratamentos a casos crônicos e agudos de doenças (Fonseca, 2008).

Por fim, o nível terciário preocupa-se com o tratamento especializado das doenças ainda mais complexas, concentra os equipamentos com alta incorporação tecnológica, aqueles de última geração e, portanto, mais caros (tais como Ressonância Magnética e PET Scan) e o pessoal que trabalha necessita de formação especializada mais intensiva, no caso dos médicos até em áreas superespecializadas (neurocirurgia, cirurgia de mão, nefrologia pediátrica, cancerologia, dentre outras) que demandam de três a cinco anos de Residência Médica para obter a capacitação (Potter, 2003).

O nível terciário deve estar aparelhado para atender a situações que o nível secundário não conseguiu resolver e eventos mais raros ou aqueles que demandam assistência deste nível do sistema. Nos níveis Terciários, para que os Hospitais de Grande Porte, quer sejam mantidos pelo estado seja pela rede privada, são realizadas manobras mais invasivas e de maior risco à vida, bem como, condutas de manutenção dos sinais vitais, como suporte básico à vida (Potter, 2003).

Todos os pontos de cuidado à saúde em seus diferentes níveis de atenção (as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital/dia, entre outros) são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da rede de atenção à saúde e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam (Brasil, 2010a).

5.1 A HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O nível primário de atenção à saúde engloba um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde da população. Deve ser o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde e, portanto, o atendimento deve seguir uma cadeia progressiva, garantindo o acesso aos cuidados e às tecnologias necessárias e adequadas à prevenção e ao enfrentamento das doenças, para prolongamento da vida (Brasil, 2008; Brasil 2010a; Brasil, 2012).

Para sua efetividade, deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade e inserção sociocultural. Portanto, orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da **coordenação do cuidado, do vínculo, da continuidade**, da integralidade, da responsabilização, **da humanização**, da equidade e da participação social (Brasil, 2004; Brasil, 2008).

A Atenção Primária à Saúde apresenta, portanto, determinadas características, como a extensão e capilaridade de sua rede de serviços, que conferem especial relevância à proposta de humanização (Teixeira, 2005).

O acesso a dados epidemiológicos pode ser útil para indicar uma necessidade e assim organizar o serviço, no entanto é importante se ter em mente que não é a única forma de caracterizar essas necessidades (Mattos, 2004). Para isso os profissionais da APS podem realizar um diagnóstico das principais queixas decorrentes das demandas espontâneas e também das necessidades observadas e relatadas durante visitas domiciliares ou nos grupos. A partir desse diagnóstico podem-se programar quantas consultas de demanda espontânea e programada serão disponibilizadas, quantas consultas serão destinadas aos retornos de rotina dos pacientes programados, como organizar a agenda do médico, da enfermagem e da odontologia e como organizar o atendimento no curativo, vacina, farmácia e em outros setores da Unidade de Saúde (Santos-Filho, 2006).

Para organizar o acolhimento, a partir das necessidades dos usuários, as equipes precisam de espaço para reflexão e discussão do seu processo de trabalho, para planejarem as ações e definirem o modo como os diferentes profissionais participarão do acolhimento, isto é, quem vai receber o usuário que chega; como avaliar o risco e a vulnerabilidade desse usuário; o que fazer de imediato; quando encaminhar/agendar uma consulta médica; como organizar a agenda dos profissionais; que outras ofertas de cuidado (além da consulta) podem ser necessárias (Brasil, 2013b).

O acolhimento com classificação de risco, um dos dispositivos da Política Nacional de Humanização, prevê mudanças nos modelos de atenção e gestão, com o rompimento com a lógica perversa do atendimento por ordem de chegada, buscando-se uma organização de modo a promover ampliação efetiva do acesso à Atenção Básica e aos demais pontos de atenção do SUS, objetivando a redução/eliminação de filas, a organização do atendimento com base em riscos priorizados e a adequação da capacidade de resolubilidade (Brasil, 2008).

Em razão dessas possibilidades na APS, tem-se um ambiente fértil para um trabalho com vistas à interação social, o qual possibilita a construção da saúde com a participação de diferentes saberes. Além

disso, a forma como o serviço está organizado influencia as ações dos trabalhadores e usuários dentro dos serviços (Coelho e Jorge, 2009). Para aprimorar as ações de saúde na atenção básica e fazer valer os princípios do SUS faz-se necessário também a implementação do espaço físico, com a criação de espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas (Brasil, 2013a).

Todos esses cuidados são importantes para promover um ambiente acolhedor para o paciente e confortável para o trabalho da equipe de saúde (figura 06).



Figura 06 – Relato da experiência de revitalização das Unidades de Saúde em Curitiba (PR). Cantinhos, disposição das cadeiras da sala de espera, presença de revistas, identificação das duplas de consultórios médico/enfermagem pintados por cores alegres, trouxe um novo marco para Atenção Primária: o cuidado com a ambiência para que todos se sintam quase em casa, profissionais e usuários.

Fonte: <https://novo.atencaobasica.org.br/relato/187>

Todavia, o cuidado com o ambiente físico não é o único ponto a ser observado. Tão, ou até mais importante, é o acolhimento realizado por um profissional da equipe de saúde, independentemente do setor a que ele pertença. Portanto, torna-se importante não somente a redefinição física, incorporação de insumos tecnológicos e quantitativos de recursos humanos, mas a reconfiguração do processo de trabalho em saúde, de modo a articular serviços usuários centrados (Malta, 2001).

Na perspectiva de promover um ambiente acolhedor, o treinamento dos trabalhadores no sentido de humanizar a atenção é de vital importância para a execução de atividades de acolhimento, pautadas nas tecnologias das relações, tendo em vista a satisfação dos usuários (Coelho e Jorge, 2009).

Nesse sentido, a Política Nacional de Humanização elege a Educação Permanente como principal estratégia para o desenvolvimento profissional na área da Saúde. Baseada na aprendizagem significativa, a Educação Permanente constrói os saberes a partir das experiências das pessoas (Brasil, 2003; Rios, 2009).

Na relação do profissional com o paciente, a escuta não é só um ato de generosidade e boa vontade, mas um recurso técnico imprescindível para o diagnóstico e a adesão terapêutica. Na relação entre profissionais, esses espaços são a base para o exercício da gestão participativa e da transdisciplinaridade (Rios, 2009).

Emerge aqui a pertinência de estratégias que reformulem o processo de trabalho em saúde, o acesso, a responsabilização e o trabalho em equipe no uso dos saberes e tecnologias para a solução dos problemas, na definição de papéis e modos de exercícios cotidianos dos saberes (Malta, 2001) (figuras 07 e 08).



Figuras 07 e 08 – Relato da experiência de uma Unidade de Saúde da Família de Minas Gerais, onde na assistência às gestantes, a agenda dos profissionais – médico, enfermeiro e dentista – é compartilhada, com realização de consultas de pré-natal e de reuniões mensais, favorecendo assim o vínculo com este público alvo.

Fonte: <https://novo.atencaobasica.org.br/relato/1757>

O contato entre profissional e paciente deve propiciar o conhecimento do usuário e a continuidade de acompanhamento. Os trabalhadores da saúde devem assumir a responsabilidade pelo acompanhamento do serviço de saúde para com o usuário e reconhecer os limites tecnológicos do serviço. Como trabalhadores da saúde, ao agirem como participantes da saúde dos usuários, estarão trabalhando a subjetividade e a participação dos sujeitos como responsáveis por sua vida e tendo papel central na construção de sua saúde (Coelho e Jorge, 2009).

A organização do acolhimento na APS deve promover a ampliação efetiva do acesso, incluindo à referência aos demais níveis do sistema, eliminando as filas, organizando o atendimento com base em riscos/vulnerabilidade priorizados e buscando adequação da capacidade resolutive (Brasil, 2008).

Contudo, é preciso estar atento para um risco: o de individualizar o problema e culpar o profissional de saúde pela “desumanização” dos serviços. Diante disso, torna-se imprescindível que os gestores promovam condições de trabalho apropriadas com estímulo à educação permanente, de modo a permitir a atenção integral e qualificada (Lopes et al., 2014).

Um ambiente verdadeiramente humanizado requer, necessariamente, a educação dos profissionais da saúde dentro dos princípios da humanização e o desenvolvimento de ações protetoras contra as situações de sofrimento e estresse decorrentes do próprio trabalho e ambiente em que se dão as práticas de saúde (Rios, 2009), de tal forma que o processo de humanização ocorra, para além das ações burocráticas, na e pela intersubjetividade dos sujeitos que (re)produzem as práticas de cuidado. Caso contrário, corre-se o risco de consolidar regras e normas que engessam as ações e constroem práticas mais uma vez estereotipadas, descontextualizadas e acríticas (Lopes et al., 2014).

A Humanização requer ações na prática cotidiana, que criem bases para a gestão participativa, com a criação de espaços de discussão para a contextualização dos impasses, sofrimentos, angústias e desgastes a que se submetem os profissionais de saúde no dia a dia (pela própria natureza do seu trabalho), e estimulem o pensar e decidir coletivamente sobre a organização do trabalho, envolvendo gestores, usuários e trabalhadores, em grupos com diversas formações (Rios, 2009).

O baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe, diminui a possibilidade de um processo crítico e comprometido com as práticas de saúde e com os usuários em suas diferentes necessidades (Brasil, 2004).

Nas rodas de conversa, oficinas e reuniões é possível discutir os problemas de trabalho, propõem-se soluções gerenciais, mudanças na sua organização e definem-se ações educativas de acordo com as necessidades observadas (Rios, 2009).

Nota 1: Esse texto ganhou destaque, pois trata-se de experiências de uma das autoras durante o trabalho em Unidades de Atenção Primária à Saúde, no Espírito Santo. Foram compartilhadas aqui, pois acreditamos que podem contribuir com a realidade de outros locais e porque queremos aproximar o leitor ainda mais das situações reais do trabalho.

Nota 2: Durante o texto o leitor encontrou algumas imagens com relatos de experiências. Essas imagens foram retiradas do site “Comunidade de Práticas”, que trata-se de um espaço online criado pelo Ministério da Saúde, onde gestores e trabalhadores da saúde se encontram para trocar informações e compartilhar experiências sobre seu cotidiano de trabalho. Sugerimos que o leitor acesse o site “<https://novo.atencaobasica.org.br/>” e visualize alguns relatos. Acreditamos que lá será possível encontrar inspiração para o enfrentamento das situações que lidamos no dia a dia.

5.2 A HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE

A atenção à saúde, em seu nível secundário, desempenha um papel imprescindível na resolubilidade e integralidade do cuidado, com ampliação do acesso às consultas e procedimentos especializados, articulando os pontos da rede de atenção à saúde que tradicionalmente encontravam-se distantes (Erdmann et al., 2013).

A organização dos fluxos assistenciais que facilitam ou dificultam o acesso dos pacientes aos serviços de saúde é um domínio importante para garantia da Humanização (Nora e Junges, 2013). Ou seja, no segundo nível de atenção é importante que o paciente tenha acesso e garantia de cuidados contínuos, fortalecendo a ação da atenção primária. Para isso, o estabelecimento de fluxos e contrafluxos deve organizar o caminhar do usuário pela rede, evitando o surgimento de situações “desumanizadas”, onde o paciente fica perdido e sem ter condições de, sozinho, se orientar pelos pontos de atendimento (Erdmann et al., 2013).

A organização, pelos gestores da saúde, de um adequado sistema de referência à atenção especializada ainda representa um dos mais importantes desafios a serem enfrentados e evidencia, no cotidiano dos serviços, a busca por uma assistência integral aos cidadãos (Rodrigues et al., 2013).

A referência é representada pelo encaminhamento do paciente com necessidades de saúde complexas para centros de atenção especializada. O sentido contrário, ou seja, o retorno do paciente ao nível da atenção primária próxima de sua residência é denominado contrarreferência. O estabelecimento de métodos para facilitar esse fluxo é primordial para que se faça um atendimento integral e, dessa forma, uma atenção à saúde de fato humanizada (Rodrigues et al., 2013) (figura 09). As dificuldades encontradas nesse trajeto são definitivamente os entraves da integralidade. Superá-las e/ou amenizá-las, pode encurtar o caminho para a resolução das necessidades em saúde (Vazquez et al., 2014).

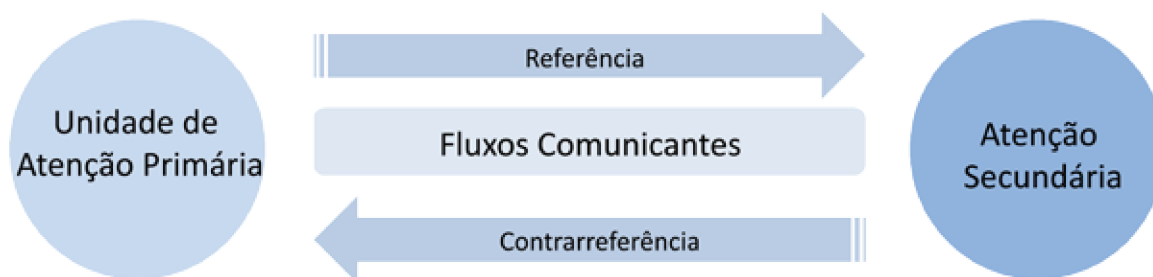


Figura 09 – Esquema de referência e contrarreferência entre APS e atenção secundária. Os gestores devem ter atenção cuidadosa para garantir que não haja empecilhos nos fluxos comunicantes que possam impedir o caminhar do paciente pela rede, uma vez que o atendimento integral (com a referência) e a continuidade do cuidado próxima à residência (com a contrarreferência) são primordiais para uma atenção à saúde humanizada.

Entre os pontos de atendimento da Atenção Secundária encontram-se os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), que devem se constituir em unidades de referência para a Atenção Básica, integrados ao processo de planejamento loco-regional e ofertar, minimamente, as especialidades de periodontia, endodontia, pacientes com necessidades especiais, diagnóstico bucal e cirurgia oral menor (Brasil, 2006).

A organização do referenciamento dos pacientes para os CEOs é feita a partir da Atenção Básica. Com o sentido na Humanização do cuidado à saúde, espera-se que a interface ideal entre a atenção primária e secundária apresente as seguintes características (Morris e Burke, 2006, grifo nosso):

Equidade – onde todos os casos, diagnosticados apropriadamente, devem ser referenciados a um nível de maior complexidade **sem barreiras** para este referenciamento;

Integralidade – todo tratamento requerido deve estar disponível e acessível, seja no nível primário ou secundário, onde o **fluxo entre os níveis é facilmente conseguido**; e

Interface eficiente e eficaz – garantindo-se que as referências sejam apropriadas e devidamente **oportunas** e com mecanismos de triagem adequados e que as **contrarreferências também sejam asseguradas** após o tratamento completado, ou até mesmo, ao longo do mesmo

Considerando que o acesso às ações e a qualidade do cuidado oferecido aos cidadãos são princípios do sistema de saúde que refletem as práticas realizadas (Erdmann et al., 2013), torna-se imperioso afirmar que os encaminhamentos feitos no primeiro nível de atenção devem basear-se em critérios pactuados com a equipe de saúde, visando a diminuição de filas, tempo de espera por consulta, economia de recursos, otimização e melhoria na qualidade do serviço. Mas também, que a contrarreferência assume papel singular no sentido de **coordenação do cuidado, da continuidade**, da integralidade, da responsabilização e **da humanização** (Brasil, 2004; Brasil, 2008).

5.3 A HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO TERCIÁRIA À SAÚDE

O significado da humanização na assistência em âmbitos de maior complexidade, como os hospitais, precisa ser compreendido dentro de um panorama bastante amplo. A questão do termo humanismo, ou seja, o ser humano colocado como valor e acima de todas as outras coisas, é antiga na história da humanidade, porém até o momento existem definições generalistas sobre humanização, mas não um consenso quanto ao conceito de humanização da assistência hospitalar.

O hospital sempre foi modelo hegemônico no setor de saúde do país e está presente na nossa história desde a criação da Santa Casa de Misericórdia de Santos, em 1543. Durante séculos sua missão esteve praticamente inalterada, mas a partir do final do século XIX, como consequência de grandes trans-

formações externas ao seu ambiente, modificou-se e transformou-se em uma organização bastante complexa e dispendiosa.

Em 2001, o Ministério da Saúde propôs algumas definições no programa que posteriormente transformou-se em política, a PNHH (Política Nacional de Humanização Hospitalar) criada para incentivar a humanização nas organizações de saúde (Brasil, 2001b).

Em 25 de março de 2015 foi publicada a Portaria Interministerial número 285 (Saúde e Educação), no Diário Oficial da União, que estabelece critérios para certificação e reconhecimento dos hospitais de ensino. Entre os critérios elencados para ser reconhecido como hospital de ensino está a implantação das diretrizes recomendadas na Política Nacional de Humanização (PNH) para ambiência, clínica ampliada, cogestão, valorização do trabalho e do trabalhador, defesa dos direitos dos usuários e redes de produção de saúde (Brasil, 2015).

É relevante considerar que aspectos éticos na administração das organizações de saúde são importantes interfaces da política de humanização da assistência, pois os modelos de gestão de qualidade propõem metodologias para melhorar o desempenho das organizações, como por exemplo, os programas de QVT (Qualidade de vida no trabalho).

A falta de investimento em todos os níveis do setor saúde, a falta de porta de entrada eficaz na rede de atendimento básico, assim como todos os impasses e desafios ao pleno desenvolvimento do SUS, dentre outros aspectos, contribuem para a sobrecarga dos serviços de emergência que se encontram com número excessivo de usuários que não requerem cuidados hospitalares, mas sim, cuidados primários de saúde (Silva, 2003).

A necessidade de se realizar uma gestão humanizada do serviço de emergência, com procedimentos uniformes realizados pela equipe multiprofissional, através de protocolos de atuação e apoio para tomada de decisão clínica, que tenham como objetivo assegurar que os clientes graves tenham prioridades no atendimento (Brasil, 2004) contribuiu para a implantação de um sistema classificação de risco e acolhimento dos usuários.

Para a implementação das ações de Humanização na Urgência e Emergência, nos prontos socorros, nos prontos atendimentos, na assistência Pré-Hospitalar e outros, alguns parâmetros são necessários. Dentre eles estão o acolhimento da demanda por meio de critérios de avaliação de risco, garantindo o acesso referenciado aos demais níveis de assistência (Brasil, 2004; Brasil 2008).

Dentre os protocolos de classificação de risco já existentes destaca-se o Sistema de Triagem de Manchester (STM). Esse Sistema, muito utilizado na União Europeia, visa padronizar o atendimento nas emergências e garantir um tempo de espera condizente com a gravidade dos casos. Ao ser empregado permite que a priorização do atendimento seja feita de acordo com a condição clínica do paciente e não por ordem de chegada (Cordeiro Junior et al., 2014).

A Triagem de Manchester teve origem na Inglaterra, na cidade de Manchester, sendo utilizado pela primeira vez em 1997 (Cordeiro Junior et al., 2014). No Brasil a política nacional de humanização foi um dos reforços que ocorreram para implementar sua utilização, que se deu pela primeira vez em 2007, em Belo Horizonte, no Estado de Minas Gerais. Posteriormente a palavra triagem acabou sendo substituída por classificação de risco (Brasil, 2009; Cordeiro Junior et al., 2014).

O STM dispõe de 52 condições pré-definidas ou fluxogramas de apresentação. Resumidamente, a queixa do paciente leva a um fluxograma de apresentação composto pelos discriminadores e, as respostas positivas ou negativas a esses discriminadores levam a uma prioridade clínica definida por cores, que correspondem à gravidade e ao tempo máximo que o paciente pode esperar por atendimento (Quadro 01) (Cordeiro Junior et al., 2014).

Quadro 01: Classificação de risco para acolhimento da demanda

Cor	Gravidade	Conduta	Tempo Máximo de espera por atendimento
Vermelho	Emergência	O paciente necessita de atendimento imediato	Nenhum tempo de espera
Laranja	Muito urgente	O paciente necessita de atendimento o mais prontamente possível	10 minutos
Amarelo	Urgente	O paciente precisa de avaliação. Não é considerada uma emergência, já que possui condições clínicas para aguardar	60 minutos
Verde	Pouco urgente	É o caso menos grave, que exige atendimento médico, mas pode ser assistido no consultório médico ambulatorialmente	120 minutos
Azul	Não urgente	É o caso de menor complexidade e sem problemas recentes. Este paciente deve ser acompanhado no consultório médico ambulatorialmente	240 minutos

Fonte: Adaptado de Cordeiro Junior et al., 2014.

O processo de classificação se dá com a abertura de ficha no setor. Após, o paciente é direcionado para a sala de triagem. O enfermeiro triador identifica a queixa principal e através dela associa um fluxograma de Manchester a ser aplicado. Baseado nas respostas do paciente ele identificará uma cor para o risco. O enfermeiro é o profissional responsável por este processo.

Dessa maneira, ressalta-se que o atendimento num serviço de emergência pode ser um momento crucial para a escuta da necessidade de consumo de certas tecnologias para melhorar e prolongar a vida do indivíduo, mas que por sua vez, podem não estar disponíveis no pronto-socorro, mas sim em outros setores ou unidades.

A intervenção do especialista se faz necessária para alcançar a eficácia plena no uso das tecnologias, porém, se não souber do modo e condições de vida do paciente, inclusive seu vínculo com outra equipe ou profissional, seu grau de autonomia e a interpretação que faz de sua doença, não haverá resolutividade. Simples como hipótese, muito difícil de implementar na prática (Cecílio, 2006).

Logo, vem a questão de como cada profissional percebe e decide realizar práticas humanizadas, como contribui com o serviço ou com a Política de humanização, como se preocupa em estabelecer vínculo com outros serviços e com o usuário referenciando-o para continuidade do tratamento?

O conceito de humanização é extremamente amplo podendo ser entendido por cada um, de acordo com seu grau de preparo, concepção de vida e boa vontade. O importante é que cada ator envolvido parta para a “práxis” e dê a contribuição que julgar pertinente para a humanização do sistema de saúde (Mello, 2008).

Ser um profissional humanizado é algo que está intrínseco na sua formação pessoal que se aprimora com formação profissional. Nem todos os profissionais de saúde tem facilidade em desenvolver o processo de humanização, ter a capacidade de se colocar no lugar do outro, ter vontade de ajudá-lo sem pensar que somente é sua obrigação. Por isso, implantar a humanização nos serviços de urgência e emergência é mais que um desafio, é uma constante batalha, dentro de um ambiente repleto de tensões e estresse.

Quadro 02: Exemplos de programas, projetos e políticas na área de saúde criados ou estimulados pelo ministério da saúde que favorecem práticas de humanização:

PROGRAMAS E PROJETOS	OBJETIVOS	AGENTES
Parto humanizado	Objetiva garantir o nascimento natural, saudável e prevenir mortalidade de recém-nascidos. As mães permanecem poucas horas no local de atendimento e, após sua saída, recebem visita domiciliar para orientações.	Parteiras qualificadas dos locais credenciados.
Atenção integral à mulher	Objetiva ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS.	Trabalhadores das organizações de saúde.
Rede bancos de leite	Objetiva fornecer leite humano pasteurizado para crianças prematuras, de baixo peso ou hospitalizadas, através da coleta de leite de mulheres voluntárias, cadastradas e avaliadas sistematicamente quanto à saúde. O Brasil possui a maior rede de banco de leite humano do mundo.	Profissionais de 150 hospitais credenciados do país.
Método Canguru (assistência à criança recém-nascida de baixo peso)	Objetiva melhorar, substancialmente, as chances de vida de recém-nascidos de baixo peso em hospitais de risco do SUS, através da interação com a família e do aleitamento materno.	Hospitais públicos ou privados que aderiram ao método.

Hospital amigo da criança	Objetiva atenção humanizada à mãe e filho através do incentivo ao aleitamento materno. O programa é credenciado pelo MS, do qual recebe suporte financeiro além da capacitação de seus profissionais. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) apóiam o trabalho dessas instituições.	Profissionais capacitados que pertencem ao quadro dos hospitais credenciados.
Carteiro amigo	Objetiva levar material educativo para mães, estimulando o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade.	Carteiros inseridos no programa mantido pelo MS em parceria com a Empresa Brasileira de Correios e telégrafos
Bombeiro amigo	Objetiva recolher o leite humano coletado por mulheres voluntárias em seus domicílios, para aumentar o estoque dos bancos de leite.	Bombeiros de estados do Brasil que trabalham em parceria com o MS.
Registro civil	Objetiva fornecer o registro gratuito de nascimentos e óbitos (documentos de cidadania) e desburocratização do processo: a) Dispensa a necessidade de duas testemunhas quando o parto ocorre em estabelecimento de saúde. b) Dispensa multa dos pais quando o registro da criança é feito fora do prazo estipulado em lei. c) Disponibiliza postos avançados em maternidades do SUS.	Equipes do programa “Agente Comunitários em Saúde” e equipes da Estratégia “Saúde da Família para Atenção de Qualidade à criança”
Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI)	Objetiva integrar promoção, prevenção e assistência às doenças mais comuns da infância para reduzir prevalência e mortes em crianças até cinco anos de idade.	Equipes do programa “Agente Comunitários em Saúde” e equipes da Estratégia “Saúde da Família para Atenção de Qualidade à criança”

Prevenção de Acidentes e Violência na Infância	Objetiva o reconhecimento de crianças em situação de risco para violência, embasado em protocolos e na cartilha “Violência Intrafamiliar e Direitos Humanos”. Esse material foi elaborado, especialmente, para reconhecer situação de risco. O programa é uma parceria entre o MS, Sociedade Brasileira de Pediatria e Ministério da Justiça.	Equipes da Estratégia “Saúde da Família” (protocolos) e equipes dos agentes comunitários (cartilha).
Biblioteca viva	Objetiva proporcionar atividades de leituras para a criança e seus familiares, quando a mesma encontra-se internada, através de parceria do MS, Fundação Abrinq pelos Direitos da Criança e Citybank.	Mediadores de leituras capacitados pelo programa “Biblioteca Viva”
Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD)	Objetiva acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança para detectar, precocemente, eventuais problemas de saúde, estado nutricional, capacidade mental e situação social. Fornece o “cartão da criança” ao usuário, que fica com a família.	Servidores inseridos nos programas de atenção básica do governo e Sociedade Viva Cazuza.
Sociedade Viva Cazuza	Objetiva (com apoio do MS e Coordenação Nacional de DST e AIDS) proporcionar vida melhor aos portadores do HIV/AIDS, por meio da cidadania, assistência à saúde, educação e lazer.	Fundadores da Sociedade, com equipe de funcionários e voluntários, que foram capacitados em HIV/AIDS e receberam treinamento para oferecer atendimento humanizado a portadores (crianças e adultos).
Academia da saúde	Lançado em abril de 2011, estimula a criação de espaços públicos adequados para a prática de atividade física e de lazer. O objetivo é contribuir para a promoção da saúde da população.	Profissionais de saúde das UBS e ESF.

Projeto Expande	Lançado em 2001 pelo Instituto Nacional de Câncer (Inca) e pelo Ministério da Saúde, tem o principal de objetivo estruturar a integração da assistência oncológica no Brasil, a fim de obter um padrão de alta qualidade na cobertura da população.	Unidades hospitalares de alta complexidade.
Melhor em casa	Lançado em 8 de novembro de 2011, o programa amplia o atendimento domiciliar aos brasileiros no Sistema Único de Saúde (SUS). O princípio é oferecer, aos pacientes da rede pública de saúde, um serviço humanizado e acolhedor.	Profissionais de saúde vinculados ao SUS.
Saúde do idoso	Busca garantir atenção integral à saúde da população idosa, enfatizando o envelhecimento familiar, saudável e ativo.	Profissionais de saúde do ESF.
Saúde do homem	Lançada dia 27 de agosto de 2009, tem por objetivo facilitar e ampliar o acesso da população masculina aos serviços de saúde.	Profissionais de saúde do ESF.
Crack: é possível vencer	Está inserido dentro da Política Saúde Mental. Tem por objetivo aumentar a oferta de serviços de tratamento aos usuários de crack e seus familiares.	Profissionais de saúde, assistentes sociais, Ministério Público, Polícias.

Fonte: Adaptado de Mello, 2008.

6. Condutas Humanizadas No Pronto Atendimento

Triagem

É uma etapa determinante no processo de humanização em ambiente terciário, é o momento da escuta e da empatia, é o início de um vínculo de confiança tanto no contexto individual para com o profissional que o atende, quanto para com o serviço.

Se o usuário não se sentir acolhido e receber orientações adequadas durante a triagem, fará um prejulgamento de que todo o serviço não está apto ou interessado em resolver seus problemas “graves” de saúde. Por experiência prática, a maioria dos usuários com ou sem acompanhantes que procuram um pronto atendimento ou pronto socorro por meios próprios, sem ter sido referenciado por um outro serviço de menor complexidade, tem a predefinição de que seu problema é o mais grave de todos, de que precisam ser atendidos antes daquelas pessoas que já foram classificadas por prioridade na triagem e estão aguardando o atendimento médico.

Portanto, o estresse que pode ocorrer nas portas da triagem do serviço terciário é uma questão pontual, o medo de não receber atenção e o devido atendimento médico. A falta de informações e de um direcionamento retilíneo entre os serviços de saúde ou até mesmo uma má experiência que já vivenciou neste aspecto, tudo influencia o usuário a se sentir em um ambiente frio e desumano. Sendo assim, os profissionais da triagem além de ter a capacitação do STM (sistema triagem de Manchester), precisam ter o perfil de educadores, não só para realizarem as melhores orientações, mas de se fazerem compreender pelos usuários, demonstrando preocupação, responsabilidade e solidariedade com a dor do outro.

Atendimento a vítimas de violência sexual

O atendimento dos casos de violência não deve ser uma ação solitária do profissional. É, desde o princípio, uma ação multiprofissional, no próprio serviço, e articulada com a rede de cuidado e de proteção social.

A atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situações de violência em linha de cuidado fortalece a responsabilização dos serviços, o envolvimento do profissional numa cadeia de produção do cuidado em saúde e de proteção social no território (Brasil, 2010b).

A qualidade do acolhimento, a escuta competente e afetiva, a amplitude das relações estabelecidas pelos profissionais de saúde com seus usuários, a facilidade do acesso às ações de saúde oferecidas e as linhas de cuidado definidas pelos serviços e suas equipes é que possibilitam maior capacidade de identificação dos casos de violência, mesmo aqueles mais difíceis (Brasil, 2010b).

Atitudes positivas do profissional de saúde no atendimento a vítimas de violência – aplicado às crianças e adolescentes (Brasil, 2010b):

- Garantir o **direito** à individualidade e à singularidade de cada família e de cada vítima.
- Garantir o atendimento específico da saúde **sem prejuízo** das ações de proteção e vice-versa.
- Estimular a criança ou o (a) adolescente e suas famílias a adotarem estratégias de proteção para **enfrentarem** as dificuldades geradas a partir do momento da publicitação da violência sofrida.
- Oferecer orientações e suporte para que a criança ou adolescente possa compreender com mais clareza o processo que está vivendo.
- Ouvir, atenta e exclusivamente, a criança ou o adolescente. Evitar interrupções, para não fragmentar todo o **processo de confiança** adquirido. Se necessário, primeiramente, conversar sobre assuntos diversos, podendo contar com o apoio de jogos, desenhos, livros e outros recursos lúdicos.
- Demonstrar segurança durante o atendimento, a fim de **fortalecer a confiança**.
- Evitar que a ansiedade ou curiosidade do profissional leve-o a pressionar o paciente ou sua família para obter informações. Procurar não perguntar diretamente os detalhes da violência sofrida.
- Permitir que a criança ou o adolescente se expresse com suas próprias palavras, **respeitando** seu ritmo. Perguntas que obriguem a precisão de tempo devem ser sempre associadas a eventos comemorativos, como Natal, Páscoa, férias, aniversários e outros.
- Utilizar linguagem simples e clara para que a criança ou o adolescente entenda o que está sendo dito. Utilizar as mesmas palavras usadas pela criança (para identificar as diferentes partes do

corpo, por exemplo). Se a criança perceber que o profissional reluta em empregar certas palavras, ela poderá também relutar em usá-las.

- Confirmar com a criança ou o adolescente se você, como profissional, está, de fato, compreendendo o que ela está relatando.
- **Expressar apoio e solidariedade por meio do contato físico** com a criança/adolescente apenas se ela/ele assim o permitir. O contato físico entre o profissional e a criança ou o(a) adolescente pode **fortalecer vínculos** e, principalmente, **transmitir segurança e quebrar ansiedade**.
- Explicar à criança/adolescente o que acontecerá em seguida, como a equipe procederá, ressaltando sempre que ela estará protegida.
- Analisar, sempre em equipe, as soluções possíveis para as situações de violências suspeitas ou confirmadas. A tomada de decisão das medidas de proteção a serem adotadas em cada caso deve ser sempre em conjunto, apoiada em evidências, após prestar **acolhimento e atendimento**.
- Refletir durante o processo do atendimento quando será o melhor momento e a forma de o Conselho Tutelar ser comunicado e sempre informar a criança, o (a) adolescente e/ou a família sobre o procedimento que será feito.

Maneiras de humanizar durante procedimentos dolorosos

Executar a humanização durante os procedimentos dolorosos é um ato de profissionalismo, ética e solidariedade para com a dor do outro, é realmente praticar a humanidade e repudiar o sadismo em ambientes de saúde.

Um exemplo prático disso é durante as punções venosas, onde existe o medo da agulha, o medo de que o profissional não consiga o acesso na primeira “picada” e a ansiedade do próprio profissional em terminar aquele procedimento rapidamente, tudo isso dificulta no controle da dor e define o tipo de experiência que o usuário terá com o serviço. Logo, é possível realizar boas práticas antes, durante e após este procedimento, tais como: aquecer o membro antes da punção, garrotear o membro com uma pressão moderada, utilizar um campo de tecido entre o garrote e o membro para não repuxar a pele causando dor desnecessária, palpar a veia com delicadeza e só puncionar quando realmente sentir e/ou ver a veia, sendo assertivo na introdução da agulha e evitando ter que fazer isso mais que uma vez.

Durante todo o procedimento invasivo e doloroso, ser comunicativo e agradável com o paciente facilita com que ele sinta o profissional como alguém que se importa com sua dor, tornando aquela experiência menos traumática. No caso de crianças, evitar fazer contenções agressivas, de preferência deixá-la em um ambiente tranquilo e no colo da mãe ou de alguém na qual tem confiança, distraíndo-a com algum brinquedo, música, desenho e/ou pintura, sempre comunicando-se com um tom de voz ameno.

Quando for um procedimento onde está previsto o uso de anestésicos, realizar protocolo no serviço para o uso adequado do mesmo.

Nota 3: Durante o tópico sobre “Humanização na Atenção Terciária” o leitor encontrou parte do texto. Esses relatos ganharam destaque, pois representam experiências vividas por uma das autoras em ambientes hospitalares no Paraná. Foram compartilhados aqui, pois como mencionado no texto, acreditamos que ser um profissional humanizado é algo que está intrínseco em nossa formação pessoal, mas que é possível de ser aprimorado pela formação profissional e pela experiência no serviço. Dessa forma esperamos contribuir para reflexão dos leitores sobre o cuidado que um profissional de saúde deve ter em cada fase de relacionamento com o usuário.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Humanização só é possível na prática se gestores, profissionais de saúde e também usuários fizerem dela mais que uma política ou um discurso, mas a transformarem em um modelo de gestão (gestores), uma conquista diária na prática do serviço (profissionais) e um desafio a ser incansavelmente debatido nas instâncias pertinentes ao controle social (usuários).

A atenção primária, por ser o eixo estruturante da rede de atenção à saúde apresenta especial relevância para humanização. Como porta de entrada no sistema a APS deve garantir que o usuário-paciente terá de fato uma atenção integral. Mesmo que para isso, em alguns casos, a APS dependa de referências para os pontos de atenção em níveis de maior complexidade, uma vez que ele sempre voltará (contrarreferência) para acompanhamento com a equipe da APS. Essa garantia permite o acolhimento e o vínculo entre a equipe e o paciente. Para tal, é de importância inegável o papel do gestor em garantir condições de trabalho adequadas com valorização e cuidado dos trabalhadores da saúde.

Sendo assim, o acolhimento e o vínculo são essenciais para resolver os problemas de saúde da população, promovem a acessibilidade ao serviço e estabelecem uma relação de confiança, são facilitadores da aprendizagem do usuário não só em realizar o autocuidado, mas de multiplicar o conhecimento sobre como cuidar da saúde. Neste sentido, a humanização deixa de ser uma palavra para se tornar uma prática.

8. REFERÊNCIAS

- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório final da 11. Conferência Nacional de Saúde; 2000 dez 15-19; Brasília, Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2001a [acesso 2015 maio 29]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/11_cns.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Diário Oficial da União; 2010a dez 30.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 599, de 23 de março de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Diário Oficial da União; 2006 mar 24.
- Brasil. Ministério da Saúde. Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE). Portaria Interministerial MS/MEC n. 285, de 24 de março de 2015 [acesso 2015 maio 29]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0285_24_03_2015.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa nacional de humanização da assistência hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde; 2001b [acesso 2015 maio 29]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010b. 104p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [acesso 2015 maio 29]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização – PNH. Brasília: Ministério da Saúde; 2013a [acesso 2015 maio 29]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde; 2013b [acesso 2015 maio 29]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf.
- 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. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008 [acesso 2015 maio 29]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasisus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [acesso 2015 maio 29]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento – cartilha de informações para gestores e técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2002 [acesso 2015 maio 29]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: política nacional de humanização – documento para discussão. Brasília: Ministério da Saúde; 2003 [acesso 2015 maio 29]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [acesso 2015 maio 29]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasisus_2004.pdf.
- Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ; 2006.
- Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciênc Saúde Colet*. 2009; 14(Supl 1): 1523-31.
- Cordeiro Junior W, Torres BLB, Rausch MCP. Sistema Manchester de classificação de risco: comparando modelos. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco; 2014 [acesso 2015 maio 29]. Disponível em: <http://www.gbcr.org.br/downloads>.
- Deslandes S. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciênc Saúde Colet*. 2004; 9(1): 7-14.
- Erdmann AL, Andrade SR, Mello ALSF, Drago LC. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013; 21(nesp): 131-9.
- Fonseca RP, Trentini CM, Valli F, Silva RAN. Representações do envelhecimento em agentes comunitários da saúde e profissionais da enfermagem comunitária: aspectos psicológicos do processo saúde-doença. *Ciênc Saúde Colet*. 2008; 13(4): 1275-84.
- Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1999; 15(2): 345-53.
- Franco TB, Merhy EE. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ; 2010.

- Lima MADS, Ramos DD, Rosa RB, Nauderer TM, Davis R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. *Acta Paul Enferm.* 2007; 20(1): 12-7.
- Lopes GVDO, Menezes TMO, Miranda AC, Araújo KL, Guimarães ELP. Acolhimento: quando o usuário bate à porta. *Rev Bras Enferm.* 2014; 67(1): 104-10.
- Maciel-Lima SM. Acolhimento solidário ou atropelamento? A qualidade na relação profissional de saúde e paciente face à tecnologia informacional. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20(2): 502-11.
- Malta DC. Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do projeto vida e do acolhimento na mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993 – 1996 [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2001.
- Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saúde Pública.* 2004; 20(5): 1411-6.
- Mello IM. Humanização da assistência hospitalar no Brasil: conhecimentos básicos para estudantes e profissionais. 2008 mar. 3 [acesso 2015 maio 29]. Disponível em: http://hc.fm.usp.br/humaniza/pdf/livro/livro_dra_inaia_Humanizacao_nos_Hospitais_do_Brasil.pdf.
- Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2.ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549p.
- Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público.* 3.ed. São Paulo: Hucitec; 2007a. p.71-112.
- Merhy EE. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Ver – SUS Brasil: cadernos de textos.* Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p.108-37.
- Merhy EE. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Ciênc Saúde Colet.* 1999; 4(2): 305-14.
- Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato. 3.ed. São Paulo: Hucitec; 2007b.
- Morris AJ, Burke FJT. Primary and secondary dental care: the nature of the interface. *Br Dent J.* 2001; 191(12): 660-4.
- Nora CRD, Junges JR. Humanization policy in primary health care: a systematic review. *Rev Saúde Pública.* 2013; 47(6): 1186-200.
- Pereira EHP, Barros RDB. Humanização. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. *Dicionário da educação profissional em saúde.* 2.ed. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008 [acesso 2014 nov 20]. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>.
- Potter PA, Perry AG. *Soins infirmiers.* Montreal: Beauchemin; 2003.
- Rios IC. Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão. São Paulo: Áurea Editora, 2009.
- Rodrigues LA, Vieira JDM, Leite ICG. Fluxo de referência para um centro de especialidades odontológicas do sudeste brasileiro. *Cad Saúde Colet.* 2013; 21(1): 40-5.
- Santos-Filho SB. Monitoramento e avaliação na política nacional de humanização na atenção básica e hospitalar: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência. 2006 [acesso 2015 maio 29]. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_5.pdf.
- Silva LG, Alves MS. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. *Rev APS.* 2008; 11(1): 74-84.
- Silva PLB. Serviços de saúde o dilema do SUS na nova década. *São Paulo Perspect.* 2003; 17(1): 69-85.
- Teixeira RR. Humanização e atenção primária à saúde. *Ciênc Saúde Colet.* 2005; 10(3): 585-97.
- Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciênc Saúde Colet.* 2005; 10(3): 599-613.
- Vazquez FL, Guerra LM, Vitor ESA, Ambrosano GMB, Mialhe FL, Meneghim MC, et al. Referência e contrarreferência na atenção secundária em odontologia em Campinas, SP, Brasil. *Ciênc Saúde Colet.* 2014; 19(1): 245-56.