
ESTRATÉGIA SAÚDE

DA FAMÍLIA: A ENFERMAGEM

E O CUIDAR HUMANIZADO*

JÔNATHAN CARDOSO JORGE, CELMA
MARTINS GUIMARÃES

Resumo: a Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma prática implantada no Brasil em 1993. Constitui-se como um novo paradigma de fazer saúde, onde os participantes agem e interagem com o contexto social. Estudo de revisão integrativa objetivo identificar, na produção científica as relações entre humanização e o cuidar nas unidades de saúde. Visa contribuir para a continuidade/aperfeiçoamento do processo.

Palavras-chave: Saúde da Família. Enfermagem. Saúde coletiva. Family health.

A criação do Programa/Estratégia de Saúde da Família (PSF/ESF) foi instituída nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993 (em Brasília, DF). Tendo como objetivo um atendimento de qualidade, com foco no acompanhamento contínuo da família, propiciando ao cidadão o direito de acesso ao SUS. Visa assim oferecer assistência qualificada em saúde e prevenir/controlar as doenças.

[...] O PSF surge como uma nova estratégia de atenção à saúde e de reorientação do modelo de assistência [...] a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde [...] Assim, se apresenta como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção, e não somente o indivíduo doente, introduzindo nova visão no processo de intervenção em saúde, na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age, preventivamente, sobre ela a partir de um novo modelo de atenção (ALMEIDA, 2005, p. 1027-8).

Como refere Rosa e Labate (2005) a mudança da visão biomédica para uma visão holística antropológica, na qual o paciente é considerado como um todo e não só como uma patologia que necessita de tratamento, seja ele curativo ou paliativo. Surgiu assim a necessidade de se planejar um modelo de atenção humanitária, procurando garantir o direito do cidadão nos serviços básicos de saúde.

De fato, a saúde pública no Brasil não vinha sendo direcionada para o bem estar da população em geral. Em cada época houve uma forma diferente de abordagem das necessidades da nação, com focos em áreas diferentes. Durante a Primeira República as metas eram o saneamento de portos e núcleos urbanos no intuito de manter condições sanitárias mínimas para implementar as relações comerciais com o exterior (LUZ, 1982).

Durante os anos 1970 foi construída uma sólida estrutura privada de atenção médica, privilegiando a medicina curativa. A rede privada chegou a ser financiada em mais de 80% pelo Estado e os recursos para a saúde eram mínimos (LUZ, 1991).

Segundo Rosa e Labate (2005), em meados dos anos de 1970 a assistência em saúde no Brasil passou a ser oferecida através de dois Ministérios: o da Previdência Social, dotado de amplos recursos, direcionado para a assistência individual e curativa; e o Ministério da Saúde, dirigido para a assistência coletiva através de medidas preventivas e com poucos recursos.

No âmbito internacional, em setembro de 1978, ocorreu, em Alma-Ata, a Conferência sobre Cuidados Primários de Saúde com a proposta de atenção primária em saúde - como estratégia para ampliar o acesso de forma a atender, com igualdade de condições, todos os membros ou segmentos da sociedade, até o ano 2000 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Como referido por Rosa e Labate (2005) no período de 1980-1983, buscando elaborar um Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, criou-se o Prev-Saúde, inspirado na Conferência sobre Cuidados Primários de Saúde (Alma-Ata), o qual não chegou a ser colocado em prática. Na impossibilidade de implantar o Prev-Saúde e a escassez de recursos do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Surge a necessidade do redirecionamento da assistência previdenciária em saúde e a criação do Conselho Consultivo de Assistência à Saúde Previdenciária (CONASP), o qual, em 1982, instituiu o plano de reorientação da saúde previdenciária, modificando as políticas sanitárias (as quais passaram, oficialmente, a ter um caráter descentralizado, universal e hierárquico). A proposta operacional foi parcialmente concretizada no Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS) que, em 1985, recebeu a denominação de Ações Integradas de Saúde (AIS - ROSA; LABATE, 2005).

Em 1984 a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) promoveram uma reunião para avaliação das AIS. O encontro reforçou a posição do movimento sanitário no sentido de promover a unificação do sistema de saúde, o que veio a ocorrer em 1986, com o surgimento dos Sistemas Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) (CORDEIRO; AYURI, 1991).

Em 1988 a nova Constituição Brasileira especificava que: “Saúde é um direito de todos e um dever do Estado”, ou seja, todos os brasileiros passavam a ter, garantido por lei, o acesso às ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. Dessa forma, o

Sistema Único de Saúde (SUS) adotou, desde sua criação, os princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996).

Durante os anos de 1988-1993 procurou-se oferecer aos usuários do SUS a atenção qualificada em saúde, porém, a transposição do modelo desenvolvido, através dos ditames de Alma-Ata, era diferente do contexto cultural vigente no Brasil. Buscou-se então, reformular a estrutura organizacional dos serviços de saúde, procurando viabilizar a compreensão da qualidade e do processo de humanização via ações/atividades do PSF/ESF (ROSA; LABATE, 2005).

O PSF que posteriormente recebeu a denominação de ESF, foi proposto como um programa multiprofissional deve ser executado em âmbito comunitário, sendo exercitado por: médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde; incorporou posteriormente, os cirurgiões dentistas e seus auxiliares.

Dessa forma, entende-se como qualidade do atendimento e a humanização do mesmo, deveriam ser desenvolvidas de forma conjunta, integrada e direcionada para a qualificação junto às famílias e comunidades; deveria, também atentar para a acessibilidade, vínculo, resolutividade, referência/ contra - referência e acolhimento do cidadão no PSF/ESF (MINISTERIO DA SAÚDE, 2005).

No caso da enfermagem, desenvolvida por meio do trabalho dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem (os agentes de saúde não fazem parte da equipe de enfermagem, de acordo com a lei Nº10.507 de 2002). Aos enfermeiros competia: desenvolver seu trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), na comunidade e nas famílias, embasando-se nas propostas da Reforma Sanitária e Epidemiologia; promover ações de administração em saúde; supervisionar o trabalho do agente de saúde e viabilizar aperfeiçoamentos do saber; programar e planejar as ações e a aprimoração do trabalho da unidade (em conjunto com os demais profissionais da equipe) e outras (COSTA; CARBONE, 2004).

Percebe-se, então, que o papel a ser desempenhado pelos enfermeiros na ESF requer competência em varias dimensões (cuidar, ensinar, gerenciar) procurando reunir competência profissional e humanização. A primeira requer conhecimento científico aprofundado e constante; a segunda instiga um agir ampliado, tanto no que diz respeito às ações e atividades, como no que se refere à comunicação. Assim, como deve agir a equipe de enfermagem?

Como profissionais de enfermagem, compreende-se que o compartilhamento e aperfeiçoamento científico requerem uma visão ampla do saber profissional do indivíduo, direcionando para os seus objetivos de trabalho e que devem ser buscados continuamente.

No que diz respeito à humanização nos serviços torna prescindível para, quando estruturada de forma a possibilitar coletas de informações, confiáveis, sobre os fatos observados, tanto nos serviços públicos de saúde como nos privados, promova o bem estar coletivo e a qualidade do tratamento. A busca da qualidade total, incorporando a humanização, precisa fazer parte do planejamento, execução e avaliação das atividades desenvolvidas no PSF/ESF. A comunicação (horizontal e vertical) deve estar presente em todos os momentos e ser direcionada para os clientes, fornecedores e trabalhadores, independente de sua condição social e política.

A enfermagem, para desenvolver suas atividades de forma humanizada, precisa contar com uma equipe capacitada, que busca cumprir seus deveres, pleiteando, também

os seus direitos. A estruturação racional, funcional e humana pressupõe a existência de parâmetros que possibilitem o exercício pleno, humanizado e igualitário no processo assistencial em saúde.

Como profissionais da Enfermagem, cientes das responsabilidades profissionais e compromisso social, consideramos que o cuidado humanizado precisa ser visto como princípio norteador do fazer/pensar em Enfermagem, tanto no PSF/ESF como nas demais áreas de atenção do enfermeiro.

OBJETIVO

Analisar a produção científica da enfermagem sobre o PSF/ESF e o cuidar humanizado de enfermagem, explicitando os principais critérios de avaliação qualitativa, no que diz respeito a este cuidar.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Tomou-se a revisão integrativa como método de pesquisa, tendo como finalidade, auxiliar e nortear a produção do conhecimento científico. Buscou-se pesquisas recentes para dar suporte à síntese dos conhecimentos produzidos sobre o assunto e possibilitar considerações gerais a respeito da área de estudo. O caminho percorrido foi descrito por Mendes et al. (2008).

Foram utilizados artigos em português, publicados em sistemas virtuais: Base de Dados de Enfermagem (BDENF), e Scientific Electronic Library Online (SciELO), num período de 10 anos (2002 a 2012). Na base de dados BDEnf, com os descritores PSF e humanização foram encontrados 13 artigos; PSF e acessibilidade, 07 artigos; PSF e vínculo, 26 artigos; PSF e resolutividade, 07 artigos; PSF e referência/contra-referência, 01 artigo; PSF e acolhimento, 11 artigos.

Na base de dados SCIELO foram encontrados, com os seguintes descritores: humanização e PSF, 07 artigos; acessibilidade e PSF, 04; vínculo e PSF, 22; resolutividade e PSF, 08; referência/contra referência e PSF, 04; acolhimento e PSF, 12; e lei da humanização com 08. Verificou-se, assim, a existência de 110 estudos científicos, o que mostrou a necessidade de fixar-se critérios de inclusão e exclusão, objetivando favorecer a análise aprofundada do tema.

Como critério de inclusão, fixou-se: artigos completos, publicados entre 2002 e 2012, direcionados para os objetos e sujeitos da pesquisa, e publicados em português. Foram excluídos os repetidos, as dissertações, teses, monografias e livros.

Consequentemente, foram selecionados 15 artigos. Após leituras minuciosas focadas no objetivo a ser alcançado, construiu-se um formulário (o qual foi testado previamente) para coleta das seguintes informações: data da publicação, autores e créditos, títulos dos artigos, artigos escritos por enfermeiros (e publicações do MS), acessibilidade, resolutividade, vínculo, acolhimento, referência e contra referência, humanização, profissionais e ocupacionais de saúde.

Após repetidas leituras das informações coletadas, evidenciou-se as categorias de análise, foram elaborados os resultados e efetuadas as discussões, contrapondo-se

às reflexões desenvolvidas, tanto pelos autores (dos 15 artigos selecionados) como de outros pesquisadores, Ministério da Saúde e dos próprios autores do presente trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O PSF se apresenta como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro da atenção e não somente, o indivíduo doente (ROSA; LABATE, 2005). Desta forma, a atenção se volta aos usuários de uma forma holística e contínua, não tendo mais a doença como alvo, e sim, tudo que possa afligir o bem-estar da família.

A ESF propõe o estabelecimento de uma atenção integral nas ESF, conforme as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e define como elementos necessários para sua implementação a adscrição do território, a eleição da família como núcleo central das ações de saúde, o trabalho em equipe, a intersetorialidade, entre outros (NERY et al., 2011).

Segundo o Ministério da Saúde (1998) a ESF nos serviços de saúde deve fornecer aos usuários (tanto na unidade básica, como em domicílio), uma atenção direcionada pelos seguintes critérios:

- a. Fundamentar-se na assistência integral, resolutiva, continua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita;*
- b. Intervir sobre os fatores de riscos aos quais a população está exposta;*
- c. Eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;*
- d. Humanizar as praticas de saúde através do estabelecimento de um vinculo entre os profissionais de saúde e a população;*
- e. Proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais;*
- f. Contribuição para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;*
- g. Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida; e estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício social.*

Para alcançar estes objetivos, no PSF/ESF deve se atentar para alcance da população total, viabilizando: a humanização da assistência, a resolutividade dos problemas, o acolhimento da clientela, o acesso aos serviços de saúde, consistência do sistema de referência e contra referência, estabelecimento de vinculo entre todos os sujeitos envolvidos (nos serviços de saúde e outros).

Observa-se que o problema do atual modelo assistencial está no processo de trabalho centrado no médico, que acaba interferindo na produção do cuidado e da cura. Assim, faz-se necessária uma ação que reorganize os processos do trabalho tornando-os mais integrados e humanos.

Humanização

A humanização do atendimento propõe uma nova forma de interação entre usuários e profissionais do sistema de saúde, intensificando seus vínculos, de modo que muitos sejam protagonistas do processo de cuidado, no qual são destacados os aspectos sociais e subjetivos, paralelamente aos aspectos técnicos-científicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Nos serviços que prestam atenção primária, a humanização propõe-se à elaboração de projetos terapêuticos individuais e coletivos para os usuários e sua rede social, formas de acolhimento e inclusão da clientela, práticas que incentivem a diminuição do consumo de medicamentos, fortalecimento das relações entre as equipes de saúde e os usuários, além do estabelecimento de ambiente acolhedor (FORTES, 2004).

Com a humanização do atendimento o Ministério da Saúde espera consolidar marcas específicas: redução das filas e do tempo de espera; conhecimento por parte dos usuários dos profissionais que cuidam de sua saúde; garantia de informações ao usuário por parte das unidades de saúde e garantia da gestão participativa das unidades de saúde aos seus trabalhadores e usuário, assim como educação permanente dos trabalhadores. Nesta perspectiva da humanização, das práticas de atenção e gestão em saúde, deve-se levar em conta a humanidade como força coletiva que impulsiona e direciona o movimento das políticas públicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Segundo Casat e Correia (2005), a humanização do atendimento pressupõe o encontro do cliente/paciente como pessoas que compartilham saber, poder e experiências vividas na área de saúde, determinando a ocorrência de transformações políticas, administrativas e subjetivas, de modo a promover e oferecer um cuidar assistencial, qualificado e humanizado.

A humanização do atendimento em saúde representa um atendimento calcado em princípios como: a integralidade da assistência, a equidade, a participação social do usuário; requer ainda, a revisão das práticas cotidianas, a criação de espaços de trabalho menos alienantes aos trabalhadores de saúde e a valorização, tanto do trabalhador quanto do usuário (CASAT; CORREIA, 2005).

A busca de formas efetivas para humanizar a prática exercida nos serviços de saúde implica em compreender a temática para além de seus componentes técnicos e instrumentais, envolvendo, essencialmente, as suas dimensões político-filosóficas que lhes imprimem um sentido (CASAT; CORRÊA, 2005).

Resolutividade

Na UBS, usualmente, efetiva-se o primeiro atendimento; isso significa que tal unidade, constitui como a porta de entrada para o SUS. Por resolver grande parte dos problemas de saúde, as UBS extrapolam a esfera da intervenção curativa individual (as chamadas necessidades básicas de saúde) e para atender, principalmente, demandas sanitárias que geram as ações tradicionais da saúde pública (saneamento do meio, nutrição, vacinação), e demandas relacionadas a algumas ações clínicas (prevenção, profilaxia e tratamento de doenças epidêmicas); as UBS, também, atendem demandas tipicamente clínicas de prevenção (ROSA; LABATE, 2005).

Em outras palavras, entendemos que as UBS apoiam-se, essencialmente, em técnicas de diagnóstico que reforçam o menor uso de equipamentos, mas que exigem transformações sofisticadas de síntese do saber e complexa integração de ações individuais e coletivas, curativas e preventivas, assistenciais e educativas.

As falhas na organização do atendimento que apresentam obstáculos à resolutividade são visualizadas, por exemplo: pelas longas esperas e adiamentos de consultas e exames; pela inexistência de regulamentos, normas e rotinas; pela deficiência de instalações e equipamentos, bem como falhas na estrutura física (CASAT; CORRÊA, 2005).

Observa-se na prática, muitas dificuldades para a clientela engajar-se no sistema e chegar à consulta. Os adiamentos impostos (aos exames e aos tratamentos) favorecem o acúmulo das pessoas nas salas de espera, formando aglomeramentos, sem resolutividade. E favorecendo a falta de humanização do atendimento buscando evitar tais problemas, os usuários muitas vezes dirigem-se primeiramente aos serviços hospitalares. Isto ocasiona transtornos e dificuldades para os trabalhadores da área de saúde.

A falta de adesão popular às medidas de atenção à saúde na busca de melhoria da qualidade de vida e as estratégias de superação, devem considerar, especialmente, o estabelecimento de vínculo (troca de receptividade ou relacionamento amistoso), ocasionada pela resistência das pessoas em participar das ações e/ou atividades (MARIN et al., 2007).

Acolhimento

Os termos humanização e acolhimento suscitam vários conceitos e interpretações. Segundo os documentos do Programa de Humanização da Saúde, humanizar é ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos, com melhoria nos ambientes de cuidados e das condições de trabalho dos profissionais (ARANDA; TAVARES, 2008).

O acolhimento significa a humanização do atendimento, pressupondo a garantia de acesso a todas as pessoas. Diz respeito à escuta de problemas de saúde do usuário, de forma qualificada, dando-lhe sempre uma resposta positiva, buscando a solução de seu problema. Por consequência, o acolhimento deve desvincular-se para a resolubilidade que é o objetivo final do trabalho em saúde e resolver efetivamente o problema do usuário. A responsabilidade para com o problema de saúde vai além do atendimento propriamente dito, pois, diz respeito, também, ao vínculo necessário entre os serviços e a população usuária (ARANDA; TAVARES, 2008).

A humanização dos serviços de saúde sob a forma de acolhimento apresenta situações variadas e dificuldades de implantação (e/ou estruturação de forma equivocada). Como nos lembra Ferreira (2005), o que preconizam os idealizadores e a realidade das instituições (cotidiano) há uma distância considerável.

A valorização dos usuários, nos serviços de saúde, como sujeitos com direitos e deveres, capazes de exercer sua completa autonomia, tem sido abordada nos textos mais atuais (1990 a 2013) e revela uma ideia de humanização distinta da lógica de “caridade”, compreendendo-a como a possibilidade de criar condições para que o usuário seja participante do seu próprio tratamento (CASAT; CORRÊA, 2005).

A produção do cuidado na ESF pressupõe que, no momento do encontro entre usuário e profissional, este consiga captar as necessidades singulares de saúde do usuário, tornando-se imprescindível uma abertura à escuta qualificada; implica acolher o outro, propiciar espaço para o diálogo, o estabelecimento de vínculos e de laços de confiança (BALINT 1988 *apud* NERY et al., 2011).

Segundo Nery et al. (2011) o ato de “acolher” requer uma escuta sensível, compartilhamento de saberes entre usuários e profissionais, dividindo o que poderá subsidiar as ações de saúde, com ênfase nas tecnologias leves e amplas atualizações coletivas. O fato de sentir-se tratado (acolhido) como cidadão, gera satisfação, tanto dos clientes quanto dos profissionais, além de uma sensação de bem estar.

Acessibilidade

Franco (1999) sistematizou alguns princípios, para organizar o serviço de saúde (de forma a atender a todas as pessoas que procurem o serviço): garantindo a acessibilidade universal; reorganizar o processo de trabalho, afim de que este desloque seu eixo central do médico para a equipe multidisciplinar; qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

A existência de obstáculos dificulta a capacidade resolutiva da ESF e parece impulsionar a procura pelo hospital, como uma das principais portas de entrada do sistema de saúde. As políticas públicas devem ser estruturadas com base nas necessidades de saúde da população, a fim de assegurar que o acesso aos serviços de saúde seja permeado pelo direito de cidadania e a singularidade de cada usuário (ERDMANN; BACKER, 2008 *apud* NERY et al., 2011).

Pode-se observar que a acessibilidade nas UBS, se torna uma porta para a entrada nas instituições hospitalares, uma vez que, nestas há maior facilidade para acesso aos serviços complementares de diagnóstico e tratamento. Entre os obstáculos a serem transpostos pelo usuário, em busca de atendimento, encontram-se: a distância das instituições de saúde de sua residência, a necessidade de condução (de fácil acesso) para chegar à unidade, e outras.

Referência e contra referência

Neste estudo pode-se observar que as necessidades de saúde não conseguem ser resolutivas no contexto da ESF. Pois, exigem a referência para serviços de saúde especializados, a equipe deverá acompanhar a trajetória percorrida pelo usuário na rede de serviços ofertados pelo SUS, configurando a longitudinalidade do cuidado.

Porém, as equipes de PSF/ESF, funcionando adequadamente, são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando atendimento qualificado, prevenindo internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, *apud* ROSA; LABATE, 2005).

É preciso que o paciente/cliente seja oficialmente encaminhado aos serviços que possuem condições de oferecer-lhe o tratamento e que necessita; também que este seja “oficialmente” reencaminhado à UBS, uma vez que tenha sido atendido (FERREIRA, 2005).

Para Souza (2008), muitas vezes, as práticas por parte das equipes da ESF e de outras unidades de saúde, apresentam-se limitadas para a oferta de atenção integral (face à ausência de uma rede regionalizada de referência e contra referência de serviços assistenciais).

Assim, a obtenção de boas práticas não altera, substantivamente, a lógica organizativa dos serviços e sistemas locais de saúde, predominando com isto o modelo clássico de assistência à doenças espontâneas, sustentadas no tripé do médico que realiza consultas com apoio diagnóstico, equipamentos e medicamentos (SOUSA, 2008, p. 38).

Os casos de resistência à procura da ESF/PSF revelam, muitas vezes, que as pessoas estão se sentindo desvalorizadas, ou talvez não esteja havendo verdadeiro diálogo entre os saberes da equipe e dos usuários. Destaca-se ainda que na confrontação de saberes, é importante considerar a complexidade articulada no núcleo de histórias/estórias que explicitam a mesma, obtendo-se assim, a explicação para a dificuldade de adesão (MARIN; OLIVEIRA, 2007).

Vínculo

Segundo Nery et al. (2011) a ESF tem impulsionado o cuidado mediante estabelecimento de vínculo entre a família e a equipe de saúde, por meio da escuta e participação do usuário no planejamento e intervenções das ações realizadas, (apropriando-se de tecnologias em saúde que contribuam para a autonomia do usuário e substitua o ato mecânico e frio do cuidado).

O estabelecimento do vínculo e a abordagem dos usuários, como sujeitos que interagem no processo de trabalho das equipes de saúde, devem ser experienciadas pelos membros da equipe, com o intuito de promover a melhoria da qualidade dos serviços ofertados à comunidade (AZEVEDO; BARBOSA, 2007 *apud* NERY et al., 2011).

Neste contexto pode-se observar que a percepção de ser bem acolhido, assim como de sentir que “pertence” a uma comunidade, uma instituição, uma “família” contribui para o bem estar emocional do cliente/paciente, de forma a propiciar melhor orientação do tratamento e dos métodos preventivos, restrições, mudanças de hábitos (que lhes forem sugeridos) e outros.

Equipe multidisciplinar

A constituição de um grupo multiprofissional, direcionado para o alcance de uma assistência qualificada pelos seus membros e, principalmente, direcionada para atingir os objetivos da clientela (no que diz respeito à prestação de assistência), gera: maior difusão dos saberes, interação grupal, menor ocorrência de conflitos. Isso com certeza produz aspectos positivos no campo operacional de trabalho (CASAT; CORRÊA, 2005).

Cabe salientar que a supervisão do trabalho do agente comunitário pelo profissional enfermeiro, na ESF/PSF, foi o primeiro passo no processo de incorporação de novos

profissionais na estratégia, visando ampliar e melhorar a qualidade do serviço (MINISTERIO DA SAUDE, 2005).

Os profissionais que atuam na ESF/PSF necessitam desenvolver processos de trabalho que estabeleçam uma nova relação entre os sujeitos envolvidos na saúde e a comunidade e se traduzam, em termos de desenvolvimento de ações humanizadas, tecnicamente articuladas e socialmente apropriadas. Desta forma, viabilizam o atendimento em saúde, tanto no que diz respeito à prevenção e educação, como no tratamento e reabilitação (FRACOLLI; ZOBOLI, 2004).

Em relação às condições de trabalho, os textos mostraram que baixos salários, dificuldade na conciliação da vida familiar e profissional, jornada dupla ou tripla (ocasionando sobrecarga de atividades e cansaço), contato constante com pessoas sob tensão promovem um ambiente de trabalho desfavorável, pois: “[...] as instituições [usualmente] não oferecem um ambiente adequado, recursos humanos e materiais quantitativos e qualitativos suficientes, remuneração digna e motivação [...] para que estes possam exercer as suas funções de uma forma mais humanizada” (PINHEIRO; LOPES, 1993 *apud* CASATE; CORRÊA, 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos artigos possibilitou a percepção do trabalho em equipe e com a família do usuário como um progresso do PSF/ESF. Visando a compreensão da ideia predominante de confronto entre tecnologia e humanização, observando-se que podem ser conciliadas. Não existe incompatibilidade ou antagonismo entre ciências e o ideal, entre humanização e racionalidade. Portanto, deve-se procurar aumentar a adequação da ciência ou racionalidade como meio para se atingir um mundo cada vez mais humano.

Compreende-se que a fusão entre a tecnologia e os ideais, para a construção de uma ferramenta consistente e diferenciada ao “fazer saúde”, a qual se apresenta mais articulada e flexível de forma a atingir um maior numero de clientes/paciente (possíveis) e entender assim a necessidade de um cuidar humanizado, focando a qualidade do atendimento.

Este estudo tem como objetivo, expor o surgimento da necessidade de interagir do profissional com um olhar técnico/científico na procura de novos modelos de assistência que decorre de momentos históricos diferenciados; como o modelo tecnicista/hospitalocentrico não atendia mais à exigência do mundo moderno e, por extensão, às necessidades em saúde do mundo contemporâneo (diferentes das vivenciadas em séculos anteriores), houve substituição do paradigma vigente (ate então).

A análise efetuada permitiu identificar pontos críticos que devem ser pensados e internalizados, pelos trabalhadores das ESF/PSF, a fim de que a humanização do atendimento (realizado pela equipe de enfermagem e outros profissionais da unidade), possa inserir-se nas práticas, tornando viável a superação do modelo biológico-hegemônico, em direção à uma centralidade familiar/comunitária, que representa o sujeito e o processo assistencial.

A enfermagem, enquanto prática social que tem como objeto de trabalho o cuidar do ser humano (principal sujeito) não pode ficar alheio às mudanças que ocorrem, histórica e socialmente, na atualidade. Portanto, necessita buscar, continuamente, a competência e humanização do processo do cuidar humano.

Assim, para que aja um cuidado humanizado, o enfermeiro e toda a equipe da ESF/PSF tem por obrigação, atentar aos indicadores de um cuidar humanizado (resolutividade, acessibilidade, acolhimento, vínculo, referencia e contra referencia). Os quais devem estar de comum acordo com as necessidades do usuário/cliente.

Temos por obrigatoriedade, compreender nossas ferramentas de trabalho, pois só assim conseguiremos atingir nossos objetivos!

STRATEGY: NURSING AND CARE HUMANIZED

Abstract: the Family Health Strategy is a new practice that has been implemented in Brazil from the 1990s. It serves as a new paradigm of health care, in which the authors act and interact in the social context. This study aims to identify, in the national scientific output on the humanization of care in thematic units of the Family Health / Family Health Program (FHS / PSF), to contribute to the discussion and implementation of this process.

Keywords: Family Health Nursing. Health conference.

Referências

ARANDA, A.; TAVARES, M. *Humanização e acolhimento nos serviços de atenção primária a saúde*. Porto Alegre, 2008.

CASAT, J. C.; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento vinculado na leitura brasileira de enfermagem. *Latino-am Enfermagem*, 2005.

CORDEIRO, H. *Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro, 1991.

FERREIRA, D. O programa de humanização da saúde: dilemas entre o racional e o técnico. *Rev. Saúde e Sociedade*, v. 14, n. 3, p. 111-18, 2005.

FORTES, P. A. C. Ética, direitos dos usuário e política de humanização da atenção à saúde. *Rev. Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 2, p. 30-5, 2004.

FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, L. C. P. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. *Revista Escola de Enfermagem USP*, v. 38, n. 2, p.143-51, 2004.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde. *Cad. Saúde pública*, v.15, p. 345-53, 1999.

LUZ, M. *Medicina e ordem política brasileira*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

MARIN, M. J. S. et al. As contribuições da comunidade para o trabalho de equipe de um PSF. *Rev. Latino-am Enfermagem*, v. 15, n. 6, s/p, 2007.

MENEZES, E. M. *Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação*. Florianópolis: LED/UFSC, 2000.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Métodos de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Rev. Integrativa*, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.

MICHAELIS: *Moderno dicionário de língua portuguesa*. São Paulo: Companhia, Melhoramentos, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). *Assessoria de comunicação social, ABC do SUS/MS*. 2a.ed. Brasília (DF): MS, 1991.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Participativa. *Saúde da Família Panorama, Avaliação e Desafio*. Brasília, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de saúde. *Normas de pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília, 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Carta de Ottawa. *Promoção da Saúde*. Brasília, p.13-24, 2001.

NERY, A. A. et al. Saúde da família: visão do usuário. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 397-402, 2005.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v.13, n. 6, p.1027-34, 2005.

SOUZA, M. F. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 61, n. 2, p. 153-8, 2008.

SOUZA, R. A.; CARVALHO, A. M. Programa e saúde da família e qualidade de vida: um olhar da psicologia. *Estud. Psicologia*, v. 8, n.3, set./dez. 2003. Disponível em: <www.scielo.br>.

* Recebido em: 12.10.2014 Aprovado em: 20.10.2014.

JÔNATHAN CARDOSO JORGE

Graduando em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás). *E-mail*: jonathancj@hotmail.com.

CELMA MARTINS GUIMARÃES

Pós-Doutora em Saúde Pública pela USP-SP, Professora Titular do Departamento de Enfermagem da PUC Goiás. *E-mail*: celmaguimaraes@gmail.com.