



Ministério da Educação
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM
Minas Gerais – Brasil
Revista Vozes dos Vales: Publicações Acadêmicas
Reg.: 120.2.095–2011 – UFVJM
ISSN: 2238-6424
Nº. 03 – Ano II – 05/2013
<http://www.ufvjm.edu.br/vozes>

O Desenvolvimento da Política Nacional de Humanização em Nova Alvorada do Sul – MS – Brasil¹

Dinaci Vieira Marques Ranzi

Licenciada em História pela UFMS; Especialista em Gestão Hospitalar pela FIOCRUZ; Mestranda em Desenvolvimento Local em contexto de territorialidade da Universidade Católica Dom Bosco - UCDB - Campo Grande, MS - Brasil

E-mail: dranzi@uol.com.br

<http://lattes.cnpq.br/9722679020852852>

Prof. Dr. Heitor Romero Marques

Orientador: Licenciado em Ciências e Pedagogia (FUCMT), Especialista em História e Filosofia da Educação (FUCMT), Mestre em Educação – formação de professores (UCDB) e Doutor em Desarrollo Local y planteamiento territorial (Universidad Complutense de Madrid).

Universidade Católica Dom Bosco - UCDB - Campo Grande, MS - Brasil

E-mail: heiroma@ucdb.br / heiroma@ig.com.br

<http://lattes.cnpq.br/6681173217974714>

Resumo: Durante o Império até a República Velha, as primeiras ações governamentais de saúde eram oferecidas apenas aos principais núcleos urbanos e a algumas doenças epidêmicas que tivesse repercussões no campo econômico. Posterior a essas atitudes governamentais, o movimento sanitário provoca a criação de um sistema de saúde público, que atendesse a todos sem distinção forjando a implantação do SUS. Para sua consolidação era necessário pensar outros instrumentos que garantisse a saúde da população, através do “acolher e cuidar”. Assim, foi instituída a Política Nacional de Humanização da

¹ Trabalho produzido como exigência da disciplina Desenvolvimento Local: Dimensão Humana e a Solidariedade Ativa no território, vinculada ao programa de pós-graduação *stricto sensu* em Desenvolvimento Local, em contexto de territorialidade da Universidade Católica Dom Bosco, 2011.

Atenção e Gestão do SUS (PNH), em 2003, pelo Ministério da Saúde, e formulada a partir do reconhecimento e sistematização de experiências concretas de estados e municípios que apontam para um “SUS que dá certo”. Humanizar refere-se à possibilidade de uma transformação cultural da gestão e das práticas desenvolvidas nas instituições de saúde, assumindo uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido, de respeito ao usuário entendido como um cidadão e não apenas como um consumidor de serviços de saúde. Diante dessa realidade, Nova Alvorada do Sul se empenhou, criou e desenvolveu estratégias para colocar em prática essa política, desenvolvendo assim vários projetos. A aplicação destes resultou em grande melhora nos serviços prestados. Proporcionou um atendimento qualificado, eficaz e resolutivo para os usuários do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: humanizar, política, estratégias, SUS.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Este artigo é fruto do envolvimento com a política de humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) e do desafio em defender uma saúde de qualidade e das experiências adquiridas no processo de construção da Política de Humanização na Rede Municipal de Saúde de Nova Alvorada do Sul, em Mato Grosso do Sul. Tal política visava a melhoria do atendimento nos serviços oferecidos à população, forjando a proposta inicial do pré-projeto para seleção do Programa de pós-graduação *stricto sensu* em Desenvolvimento Local, da Universidade Católica Dom Bosco.

Para compreender o trabalho desenvolvido em Nova Alvorada do Sul, se faz necessário permear, sucintamente, a história da saúde no Brasil e do SUS², além da elaboração da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH), que envolve a Educação Permanente em Saúde.

O grande desafio é analisar se os processos de qualificação dos trabalhadores em saúde, que tem como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. Tais processos podem apontar o reconhecimento e sistematização de experiências concretas de municípios, como

² A partir desta referencia será utilizada a sigla SUS para indicar o Sistema Único de Saúde.

Nova Alvorada do Sul – objeto de pesquisa deste artigo - partindo da premissa: **aqui o SUS dá certo.**

Os procedimentos metodológicos utilizados na elaboração deste trabalho são, basicamente, de levantamento bibliográfico e documental, incluindo a análise de dados e projetos existentes em Nova Alvorada do Sul, relacionados ao tema-base.

1 HISTÓRIA DA SAUDE NO BRASIL E O SISTEMA ÚNICO DE SAUDE (SUS)

No Brasil, durante o Império até a Republica Velha, as primeiras ações governamentais de saúde eram oferecidas apenas aos principais núcleos urbanos e a algumas doenças epidêmicas que tivessem repercussões no campo econômico. Até a chegada da Corte portuguesa ao Rio de Janeiro (1808), os poucos médicos existentes eram membros da elite e atendiam somente as camadas mais altas da população. A partir de 1808, foram criados os primeiros núcleos de saúde pública, basicamente encarregadas de habilitar e fiscalizar o registro daqueles que se dedicavam à arte da cura (médicos, cirurgiões, boticários, parteiras, sangradores, dentre outros) e fiscalizar os navios para impedir que chegassem novas doenças nas cidades costeiras. Durante esse período, a atuação do Estado na assistência médica estava limitada à internação de doentes graves em enfermarias improvisadas e à internação dos loucos no Hospício criado pelo Imperador (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

O período que vai de 1889 a 1930 é conhecido como a República Velha. Este período da História do Brasil é marcado pelo domínio político das elites agrárias mineiras, paulistas e cariocas. O Brasil firmou-se como um país exportador de café, e a indústria deu um significativo salto. Enquanto os países europeus e os EUA passavam pela Segunda Revolução Industrial, o Brasil vivia a fase de ‘ouro’ do café, com a formação de blocos de poder, vinculados à oligarquia cafeeira paulista que dividia a cena política com outras oligarquias agrárias existentes, particularmente a mineira – era a política do “café-com-leite”. Como essa riqueza impulsionava a expansão da região sudeste e de outras regiões, a vacinação contra varíola foi tornada obrigatória em todo o país, no ano de 1904 (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Essa obrigatoriedade, sem uma campanha de informação e de forma autoritária, fez surgir um movimento de caráter popular na cidade do Rio de Janeiro. O motivo que desencadeou a revolta foi imposta pelo governo federal, contra a varíola, denominada Revolta da Vacina. Uma lista de doenças de notificação compulsória foi criada, aumentando a fiscalização dos portos (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Com a epidemia de gripe espanhola, em 1918, e, paralelamente, o crescimento do operariado nas cidades intensificando as atividades sindicais referenciadas pelos movimentos europeus, fomentaram o surgimento, em 1918 da Liga Pró-Saneamento do Brasil que lutou pela reforma dos serviços de saúde e pelo saneamento dos sertões (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Dentre outras iniciativas decorrentes deste movimento, foram criados os Serviços de Medicamentos Oficiais. Entretanto, o maior objetivo era a criação de um ministério da saúde de caráter exclusivamente técnico, que não teve êxito por oposição das oligarquias que viam numa ação estatal centralizada, uma ameaça ao poder local, instituído pela autonomia estadual no campo da saúde. Mesmo com essa oposição, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNPS), cujo primeiro diretor foi Carlos Chagas (BERTOLOZZI, 1996).

Posterior a todos os processos surgiu um momento da chamada modernização do Estado Nacional, caracterizado pela Era Vargas, regulamentando as relações de trabalho e instituindo um sistema previdenciário que incorporava esses trabalhadores. A chegada de Getúlio Vargas à presidência, em 1930, carregou, para o aparelho estatal, as demandas de outros grupos.

A política de Vargas teve duas bases distintas: a saúde pública e a medicina previdenciária, essa marcada pela criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões que, posteriormente, foram transformados em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), que congregavam os trabalhadores por categorias profissionais. Essa “previdência” era um sistema de estratificação ocupacional definido por norma legal. Trabalhadores rurais, domésticos e trabalhadores informais eram excluídos do atendimento previdenciário por não terem identidade trabalhista (BERTOLOZZI, 1996).

No início da década de 1980, com a crise financeira no setor da saúde, que se expressava no modelo privatizante, a proposta do movimento sanitário

apresentava-se como forte reação às políticas de saúde implantadas, além de emergir como uma alternativa concreta para a reformulação do sistema nesse campo. O movimento sanitário, que remonta aos primeiros anos da Ditadura Militar [1964 a 1985] difundia um novo modelo científico introduzindo disciplinas sociais na análise do processo saúde-doença. Por meio delas, o método histórico-estrutural passou a ser utilizado no campo da saúde, buscando compreender processos como a "determinação social da doença" e a "organização social da prática médica" (TEIXEIRA, 1989).

Em consequência do acirramento da crise política, um grupo de técnicos, composto por representantes do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência e Assistência Social, formulou um Programa, o Prev-Saúde - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde. Este teve como objetivo geral, a reestruturação e ampliação dos serviços de saúde, saneamento e habitação. Tinha como pressupostos básicos a hierarquização das formas de atendimento, a participação comunitária; a integração dos serviços existentes (público e privado) e a regionalização definida por área e população. Consideradas como "progressistas" essas propostas foram rejeitadas.

Posteriormente, foi constituído o Conselho Nacional de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) - de forma autoritária, pois não contemplava a participação dos trabalhadores em saúde -, com o objetivo de reorientar as proposições do Prev-Saúde, para que fossem reduzidos os custos da assistência médica (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Ainda na década de 1980 houve grande movimentação em prol das eleições diretas para a Presidência República do Brasil. Com a reorganização das forças políticas, surgiu a Aliança Democrática, que impediu as eleições diretas, e elegeu por meio da Câmara Federal, um novo Presidente - Tancredo Neves e, como vice, José Ribamar Sarney. Com a morte precoce de Tancredo, Sarney assumiu o posto presidencial, tendo início a chamada "Nova República". Na tentativa de conter a grande crise inflacionária vivenciada pelo País, foram propostos vários planos econômicos, ainda privilegiando os setores mais ricos, em detrimento da maioria de brasileiros (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

O processo de reforma sanitária, desencadeado por intelectuais e profissionais do Movimento Sanitário, impulsionava à realização da VIII Conferência

Nacional de Saúde. Em decorrência desse processo, em 1986, o Ministério da Saúde convocou a VIII Conferência Nacional da Saúde. Essa conferência representou um avanço técnico e um pacto político, ao propor a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como diretrizes: a universalidade, a integralidade das ações e a participação social, além de ampliar o conceito de saúde colocando-o como um direito dos cidadãos e um dever do Estado. O processo de mobilização da sociedade teve continuidade nos trabalhos de elaboração da nova constituição democrática, que culminou com aprovação de um capítulo inédito da Constituição Federal que versava sobre a saúde no qual se refletia, em parte, o pensamento e a luta do movimento sanitário (ESCOREL, 1993).

O processo participativo havia se institucionalizado com a Constituição Federal de 1988 ao reconhecer a total liberdade partidária e sindical. O movimento sanitário havia conseguido inscrever na Constituição um modelo complexo de efetivação do poder dos militantes da saúde, desdobrado na Lei nº 8.080 (Lei Orgânica da Saúde). Ao ser eleito, Fernando Collor de Mello não hesitou em vetar, quando da aprovação do SUS, os artigos referentes à participação da comunidade, entre outros temas de interesse da Reforma Sanitária. O veto demonstrou uma posição contrária ao processo de democracia participativa, que havia sido construído nos últimos anos da ditadura militar e primeiros da Nova República, especialmente na questão da saúde. Esse veto à lei da saúde relançou o movimento sanitário a pressionar o poder legislativo para uma tomada de posição. A 9ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada na agonia do governo Collor, tendo como tema principal “A municipalização é o caminho”. Essa conferência, com a participação de representantes de mais de 50% dos municípios brasileiros veio aprofundar as diretrizes da 8ª CNS, de 1986, reforçando o processo participativo, descentralizado e municipalizado do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Conforme estabelece a Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 05 de outubro de 1988, além das deliberações das Conferências, a saúde é considerada na sua complexidade, como forma de vida da sociedade, e direito que se afirma enquanto política, com as dimensões de garantias de acesso universal, qualidade, e hierarquização.

Apesar dos avanços acumulados no que se refere aos seus princípios norteadores e à descentralização da atenção e da gestão, o SUS ainda enfrenta: a

fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais; da rede assistencial dificultando a complementaridade entre a rede básica e o sistema de referência. Sofre ainda de precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção. Vê-se que o sistema de saúde ainda está burocratizado e verticalizado e têm baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe. É notório que há poucos dispositivos de fomento à co-gestão e à valorização e inclusão dos gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

2 ENTENDENDO A POLITICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE.

As Conferências de Saúde, como instâncias de representação da sociedade civil reafirmam e atualizam as discussões na construção permanente do Sistema Único de Saúde. As primeiras reflexões sobre humanização aparecem, a partir da 9ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1992, e retoma como um dos temas da 11ª Conferência Nacional de Saúde, em 2000. Essa discussão foi criando corpo e uma necessidade premente, em virtude dos desafios encontrados pelo SUS, principalmente no que diz respeito ao despreparo dos trabalhadores para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção. Assim, em 2003 o Ministério da Saúde definiu, como uma de suas prioridades, a humanização do SUS (VIANA, 2004).

Historicamente, os diversos órgãos que lidam com a saúde, em especial a saúde pública, desenvolvem suas ações com os usuários de forma burocrática, impessoal e automatizada. As necessidades subjetivas dos usuários quase nunca são consideradas. Na maioria das vezes, a atenção e o acolhimento ficam limitados às situações em que a abordagem de rotina não se mostra adequada, isto é, quando a atenção à subjetividade do usuário se torna imperativa, tanto na perspectiva do doente quanto do profissional (SILVA; ARIZONO, 2008).

Para entender a idéia/conceito de “humanização”, Leonardo Boff, em sua obra **Saber Cuidar. Ética do Humano** (1999) afirma que em tempos de realidades virtuais, o mundo criou uma nova morada para o ser humano e este forjou um “encapsulamento sobre si mesmo e pela falta do toque, do tato e do contato

humano” afetando, portanto, o que há de fundamental: o “cuidado e a compaixão” entre pessoas. Para Leonardo Boff (1999, 135)

O *cuidado* é, na verdade, o suporte real da criatividade, da liberdade e da inteligência. No *cuidado* encontra-se o *ethos* fundamental do humano. Quer dizer, no *cuidado* identificamos os princípios, os valores e as atitudes que fazem da vida um *bem-viver* e das ações um *recto agir*. [...] O *cuidado* serve de crítica à nossa civilização agonizante e também de princípio inspirador de um novo paradigma de convivialidade. [...] Sonhamos com uma sociedade mundializada, onde os valores estruturantes se construirão em redor do *cuidado* com as pessoas, sobretudo com os culturalmente diferentes, com os penalizados pela natureza ou pela história

Com os movimentos sanitaristas surgiu o conceito de saúde coletiva que passou a apontar os medos, as incertezas, a afetividade, a sexualidade, a compaixão, o cuidado, dentre outros, como essência da vida humana, significando, portanto, a obrigatoriedade em reconhecer o Humano, como um ser social/cultural em relação aos outros e com o meio ambiente, e que nessas relações, de forma dialética, se transforma e é transformado (ANGNES;BELLINI, 2006).

Pensando na qualificação dos profissionais e no atendimento aos usuários dos serviços de saúde pública, o Ministério da Saúde implantou a Política de Humanização da Atenção e da Gestão (PNH), o que representa uma iniciativa inovadora no SUS. Criada em 2003, a PNH tem por objetivo qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)

A Humanização corresponde forjar novas atitudes por parte de trabalhadores, gestores e usuários, de práticas mais éticas no campo do trabalho, incluindo aí o campo da gestão e das práticas de saúde, superando problemas e desafios do cotidiano do trabalho. Os problemas, mais corriqueiros a serem superados são as filas, a insensibilidade dos trabalhadores frente ao sofrimento das pessoas, os tratamentos desrespeitosos, o isolamento das pessoas de suas redes sócio-familiares nos procedimentos, consultas e internações, as práticas de gestão autoritária, as deficiências nas condições concretas de trabalho, incluindo a degradação nos ambientes e das relações de trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A proposta para fortalecer o SUS é convidar a comunidade a fazer parte do processo de Humanização, pois cumpre um de seus pressupostos: a participação e

o controle social. Segundo Benevides e Passos (2005, 563), a Humanização da atenção e gestão do SUS

[...] se apresentava para nós como estratégia de interferência no processo de produção de saúde levando em conta que sujeitos, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios neste mesmo processo.

Observa-se também a necessidade de uma mudança de mentalidade e de sensibilidade dos gestores e profissionais da saúde pública, pois não percebem que o progresso humano somente será efetivado quando houver respeito pelas diferenças, pela diversidade cultural e étnica que existe em nosso País e, principalmente, pelo aperfeiçoamento dos instrumentos que garantem os direitos individuais e coletivos.

Os serviços de saúde devem se organizar centrados no usuário e isto permitirá também a compreensão da proposta do adequado fluxo e do acesso aos usuários, facilitado por um pacto interno de gestão, tratando-se, pois, de um processo de construção de uma política já constituída, centrada na formação e na discussão de novas posturas e propostas de trabalho.

A mudança de atitude é real, entretanto difícil, pois a sociedade resiste quando se trata de algo diferente a ser produzido e organizado e o ser humano sempre tem medo do novo. Mudar rotina de trabalho, partindo do pressuposto que o “outro” também “sou eu”, é um exercício contínuo de humanidade.

Também é preciso desconstruir a cultura da doença que programa o ser humano para a morte. A humanização em saúde eleva seus profissionais e usuários a criar uma cultura para a vida, em toda sua plenitude, que é também um dispositivo para a liberdade.

3 O DENSENVOLVIMENTO DA POLITICA DE HUMANIZAÇÃO EM NOVA ALVORADA DO SUL-MS

O processo de construção da Política de Humanização na Rede Municipal de Saúde de Nova Alvorada do Sul foi uma iniciativa da Administração Popular, que percebeu a necessidade da implantação deste programa, visando à melhoria do atendimento nos serviços oferecidos à população.

O Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) teve início em junho de 2009 e composto pelos Coordenadores e Gestor de Saúde, com o intuito de obter a melhoria do atendimento nos serviços oferecidos à população por meio de oficinas e rodas de discussão entre as equipes envolvidas na produção em saúde, sob orientação de consultoria especializada em saúde pública.

O GTH é um espaço coletivo organizado, participativo e democrático, que se destina a empreender uma política institucional de resgate da humanização na assistência à saúde, em benefício dos usuários e dos profissionais partindo da premissa: **aqui o SUS dá certo**. Acreditando na possibilidade de mudança de atitude para que o Sistema Único de Saúde cumpra a integralidade e a equidade das suas ações foram desenvolvidos os seguintes projetos: (1) **Acolhimento da Porta de Entrada**; (2) **Educação Permanente**; (3) **Projeto AMES - Assistência Multidisciplinar Envelhecimento Saudável**; (5) **Conhecer e Integrar a Rede de Saúde para o Município**; e (6) **Comunidade Solidária**.

O Projeto teve um enfoque qualitativo e englobou as principais necessidade dos usuários e trabalhadores de saúde, visando otimizar o atendimento na Rede de Saúde. Para tanto, foi constituído o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), com a participação dos trabalhadores da Rede Municipal de Saúde que realiza reuniões quinzenais para estudar, planejar avaliar e criar ações para o Plano de Intervenção **Aqui o SUS dá certo**, além de acompanhar e monitorar as ações dos projetos que integram a intervenção. Esta envolveu o maior número de pessoas nas discussões e ações da humanização, com o objetivo de consolidar o Programa e o próprio GTH, conforme preconiza a Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS.

Após as primeiras reuniões, os Coordenadores discutiram com suas equipes os critérios de implantação do PNH. Nessas reuniões foram discutidas mudanças que poderiam ocorrer de acordo com a realidade de cada unidade, quando foram solicitadas sugestões dos trabalhadores para que o Programa fosse implantado no município. A prioridade levantada seria em relação ao acolhimento, surgindo assim o primeiro projeto: Acolhimento da Porta de Entrada, dando sequência aos demais projetos que são desenvolvidos da seguinte forma:

3.1 PROJETO: ACOLHIMENTO DA PORTA DE ENTRADA

Para garantir melhor acesso dos usuários aos serviços, foi implantando o Acolhimento de Porta de Entrada em todas as unidades de saúde, a fim de envolver toda a equipe de saúde com a comunidade, ofertando um atendimento ágil, dinâmico e humanizado.

Todos os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) receberam capacitação com a consultora, para propor estratégias e construir métodos a realizarem um acolhimento de qualidade. Tal capacitação serviu para torná-los facilitadores da dinâmica funcional da rede de saúde, no que desenvolvem nas unidades, ações de orientação e divulgação da rotina diária, sinalização dos setores e otimização dos serviços, buscando estabelecer maior interação e qualificar a escuta para com os usuários de forma resolutiva.

3.2 PROJETO EDUCAÇÃO PERMANENTE

O Projeto Educação Permanente visa construir de forma democrática e participativa elementos teóricos e práticos que dêem suporte aos trabalhadores em saúde. Tal Projeto oportuniza a qualificação da Gestão, pautado nos preceitos da Política Nacional de Humanização, contribuindo com a Secretaria Municipal de Saúde de Nova Alvorada do Sul, na melhoria da gestão, da qualidade permanente do aprendizado, valorizando e estimulando a metodologia da roda de discussão, construindo conhecimentos e apresentando um conjunto de estratégias com o objetivo de alcançar a qualificação profissional.

O Projeto Educação Permanente foi baseado no método participativo, a partir dos problemas detectados. Para tal selecionou as prioridades e ações conjuntas entre os atores, por meio de encontros com os Agentes Comunitários de Saúde, utilizando técnicas instrucionais de acordo com a realidade de cada situação encontrada, como oficinas de sensibilização, dramatizações, dinâmicas, palestras, reuniões, estudo de textos, vídeos, relatos de experiências, trabalhos em grupo e estudo de caso.

Mensalmente há reuniões para debater vários temas sugeridos pelos profissionais e equipe, como assuntos relacionados à atualização dos programas de

saúde, questionamentos e casos frequentes que ocorrem nas Estratégias de Saúde da Família-ESF.

3.3 PROJETO AMES

O Projeto Ames foi instituído para minimizar os efeitos deletérios causados pela idade, promover um envelhecimento saudável e diminuir a demanda nas unidades de saúde com atendimento multidisciplinar composto por fisioterapeuta, nutricionista, psicóloga, dentista, fonoaudióloga e enfermeira.

A equipe do Projeto Ames realiza avaliação individual dos pacientes, oficinas, atividades físicas e palestras, proporcionando uma melhora na qualidade de vida dos idosos. Os encontros acontecem na ESF, no NASF, e nas casas dos moradores da comunidade, onde cada participante sugere onde será o próximo encontro. Em alguns encontros as atividades como caminhada, alongamentos e exercícios aeróbicos acontecem na rua em frente ao NASF ou no Parque Recreativo Antônio Stradiotti.

3.4 CONHECER E INTEGRAR A REDE DE SAÚDE PARA O MUNICÍPIO

Foi elaborada após uma ampla discussão e análise da equipe de saúde uma cartilha intitulada **Conhecendo a Rede Municipal de Saúde** com objetivo de esclarecer aos trabalhadores e a comunidade como funciona a rede municipal de saúde, os serviços que são ofertados e seus departamentos, de modo facilitar o acesso do usuário e agilizar o atendimento prestado.

Em primeiro lugar a proposta foi apresentada, revisada e aprovada pela administração municipal, posteriormente foram confeccionados 5 mil exemplares, sendo apresentados pelo Prefeito Municipal durante a V Conferência Municipal de Saúde, que destacou a sua importância dentro do Plano de Intervenção da Humanização da Secretaria Municipal de Saúde.

3.5 COMUNIDADE SOLIDÁRIA

Após verificar a particularidade das comunidades rurais por meio das visitas dos agentes comunitários que detectaram a carência social na região, foi constatada

a necessidade de se promover ações solidárias, buscando meios de orientar e fortalecer o vínculo dessa população com a unidade de saúde.

Além de todas as atividades que são realizadas no decorrer do ano nas datas comemorativas, destaca-se o Natal Solidário que engloba todas as crianças dos assentamentos, com faixa etária de zero a doze anos. Neste projeto ocorre a distribuição de presentes, arrecadados por meio de ações beneficentes, e é ofertado cachorro - quente e refrigerante a todos os participantes.

4 A RELAÇÃO DOS PROJETOS COM O DESENVOLVIMENTO LOCAL

O termo Desenvolvimento local emerge a partir da necessidade de superar as limitações do Desenvolvimento Econômico, muito utilizado por políticos “desenvolvimentistas” e pela idéia de “crescimento” amarrado às questões quantitativas. Entretanto, o conceito de Desenvolvimento Local foi ganhando mais expressão, propondo uma revisão no economicismo e se organizando na defesa do Desenvolvimento Humano, no que permeiam todos os vieses de cidadania, de forma participativa e qualitativa. O grande desafio é como trabalhar o conceito de Desenvolvimento Local, por sua amplitude, pelas divergências de abordagens e em que o sistema econômico vigente comanda as desigualdades sociais. Induzir ao Desenvolvimento Local é pensar novas formas de organização que façam o enfrentamento às políticas de desenvolvimento tradicionais (OLIVEIRA, 2001).

Nesse processo, o território apresenta-se como o principal agente promotor desse desenvolvimento, pois enfatiza a mobilização de recursos na região, privilegia o esforço no sentido de promover o desenvolvimento sustentável. Promove uma mudança gradativa de mentalidade e a descentralização do poder e da gestão de projetos por meio do estímulo à organização social de acordo com as condições e necessidades do local. Segundo Muls (2008, p. 08)

Em termos teóricos, considerar o território como um ator, como um sujeito que se define através da ação coletiva e da construção de instituições locais. Significa confrontar as leis de funcionamento de uma economia global às estratégias infranacionais que surgem como resposta e reação aos imperativos da competição internacional. Significa opor o local ao global e entender que as estratégias locais retroagem sobre as forças globais, a ponto de redirecionar suas leis funcionais, podendo então iniciar um movimento autônomo de crescimento e de autoregulação.

A partir da necessidade de novas estratégias de desenvolvimento do município, o trabalho organizado em Nova Alvorada do Sul-MS passa por adaptação e inovação, visando novas formas de valorização e de participação da sua população como algo que não está contido nas teorias tradicionais do desenvolvimento.

Após a implantação destes projetos na rede municipal de saúde, houve uma grande melhora nos serviços prestados e nas relações entre os trabalhadores e usuários. Capacitaram-se os profissionais, fazendo com que eles percebessem a importância do “ouvir” e desta forma não medem esforços para realizar o acolhimento, atuando de forma enfática, e resolutiva, comprometidos com a qualidade do atendimento à população.

Nas Unidades de Saúde essa mudança de atitude trouxe grandes avanços, como a organização do fluxo e na relação dos trabalhadores, com agilidade do serviço prestado, e conseqüentemente o aumento da satisfação do usuário com o atendimento recebido.

O projeto Educação Permanente trouxe aos trabalhadores a troca e o aprimoramento do conhecimento aproximando todos os profissionais envolvidos, fortalecendo o vínculo, de modo que cada um sente-se parte do processo como ator principal, oportunizando estudos de caso, ampliação do conhecimento e qualificação profissional, proporcionando melhoria na qualidade do atendimento prestado, e da relação interpessoal dos trabalhadores.

No Projeto de Educação Permanente para os Agentes Comunitários de Saúde houve uma grande melhoria no vínculo entre estes e os profissionais da rede, o que possibilitou a realização efetiva do trabalho em rede, como envolvimento e a participação de toda equipe de saúde.

Quanto ao colegiado gestor da Secretaria Municipal de Saúde, a equipe de coordenadores se reúne quinzenalmente e discute as estratégias de gestão e planejamento das ações do cotidiano da rede municipal de saúde, oportunizando a participação de todos na melhoria da gestão dos serviços, além do fortalecimento de vínculo, relacionamento e interação entre todos.

Para população idosa (maior de 60 anos), da ESF Izabel Menezes Coelho, houve uma melhoria na qualidade de vida. A realização de encontros para a

avaliação multiprofissional na casa dos participantes fortaleceu o vínculo, além de promover a valorização dos mesmos. Tal medida os tirou do ambiente formal da Unidade de Saúde, trazendo-os para o ambiente familiar e acolhedor da casa, proporcionando momentos de descontração e lazer, amenizando a solidão e consequentemente a depressão, garantindo educação em saúde, e aumentando o comprometimento dos mesmos e da família com o tratamento.

Observa-se, com a realização desses projetos, uma diminuição da demanda no atendimento ambulatorial no Hospital Municipal, bem como a redução na procura da ambulância para o transporte de doentes, que muitas vezes não necessitavam deste tipo de transportes, mas que sempre o utilizavam por não entender a sua real finalidade e o quanto é prejudicial o mau uso deste serviço.

O conhecimento dos serviços ofertados pelas Unidades de Saúde facilitou o acesso da população, contribuindo para o melhor funcionamento da rede de saúde de nosso município, garantindo prontidão e eficácia nos atendimentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A humanização do SUS indica mudanças nas práticas de atenção e gestão, onde se aposta nos usuários e trabalhadores como agentes de transformação social. Humanização na atenção à saúde é entender cada pessoa em sua particularidade, com necessidades específicas, e, assim, criar condições para que tenha maiores possibilidades para exercer sua vontade de forma autônoma.

Diante disto, os projetos foram desenvolvidos para intervir no processo de trabalho, promover mudanças de hábitos como, desmistificar a forma tradicional de atendimentos e atitudes, transformar essas ações diárias, conceitos e hábitos, visando à satisfação mútua.

Não cabe a ingenuidade de somente idealizar o SUS, pois a produção de saúde deve ser entendida como um processo em constante construção, para tanto, foi desenvolvido um trabalho metódico, com ações concretas, em conjunto, no qual todos os trabalhadores se moldam ao espaço, cada um usando sua criatividade na atividade ou ação desenvolvida. Este é um processo longo e que deve ser sempre reconstruído, com novas estratégias, a fim de buscar diariamente o desafio que é: **aqui o SUS da certo.**

Abstract: During the Empire until the Old Republic, the first government health actions were offered only to major urban centers and some epidemic diseases that had repercussions in the economic field. Subsequent to these actions of government, the public health movement causes the creation of a public health system that caters to all without distinction forging the introduction of SUS. For its consolidation was necessary to consider other instruments to guarantee the health of the population through the "welcoming and caring." Thus was instituted the National Policy on Humane Care and Management of SUS (NHP) in 2003, the Ministry of Health, and formulated from the recognition and systematization of concrete experiences of states and municipalities that point to a "SUS which gives right. "Humanize refers to the possibility of a cultural transformation and management practices developed in health institutions, taking an ethical stance of respect for others, acceptance of strangers, respect for the knowledgeable user as a citizen and not just as a consumer health care services. Given this reality, Southern New Dawn engaged, created and developed strategies to put this policy into practice, thus developing various projects. The application of these resulted in great improvement in services. Provided a qualified service, effective and decisive for the users of the Unified Health System.

Keywords: humanize. Policy. Strategies. SUS.

REFERÊNCIAS

ANGNES, Décio Ignácio; BELLINI, Maria Isabel. Política de Humanização da Assistência à Saúde/RS: *Trajetória e consolidação*. **Boletim da Saúde**; Porto Alegre, Vol. 20, Nº 2 / Jul./Dez. 2006

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. *A humanização como dimensão pública das políticas de saúde*. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005a.

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, R. M. *As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais*. **Rev.Esc.Enf.USP**, v.30, n.3, p.380-98, dez. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CARVALHO, G. de C. M. *O movimento atual do SUS... a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei*. **Saúde sociedade**. v.2, n.1, p.9-24, 1993.

COHN, A. *Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil*. In: LAURELL, A. C. (org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo, Cortez, 1995. p. 225-44

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L.A. *História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista*. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

FORTES, P. A. C. *Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde*. Ethics, user' rights and police of humanization of healthcare. **Saúde e Sociedade** v.13 , p. 30-35, set-dez 2004.

HUMANIZASUS. **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS/** Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional Humanização. Brasília. 2004.

LAURELL, A. C. (org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo, Cortez, 1995.

MULS, Leonardo Marco. **Desenvolvimento Local, Espaço e Território: O Conceito de Capital Social e a Importância da Formação de Redes entre Organismos e Instituições Locais**. Revista EconomiA; Janeiro/Abril 2008.

OLIVEIRA, B. R. G.; COLLET, N.; VIEIRA, C. S. **A humanização na assistência à saúde**. Revista Latino-am Enfermagem. Vol. 14, n. 2, 277-284, 2005

OLIVEIRA, Francisco de. **Aproximações ao enigma: o que quer dizer desenvolvimento local?**. São Paulo, Pólis; Programa Gestão Pública e Cidadania/EAESP/FGV, 2001. 40p.

PEDROSO, R.T; VIEIRA, M.E. *M.Humanização das práticas de saúde: transversalizar em defesa da vida*. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v. 13, supl.I, p.695-700, 2009.

RANZI, Dinaci Vieira Marques. **Relatório Técnico: Programa de Humanização do Hospital Universitário de Dourados/MS**. Monografia do Curso de Especialização em Gestão Hospitalar, Fundação Osvaldo Cruz, 2004.

SILVA. G.V; VIANA.F.M.A; MUNIZ.R.B; MATOS.T.C, et al. **Programa de Humanização da Secretária Municipal de Saúde de Nova Alvorada do Sul/MS**. Nova Alvorada do Sul. 2010.

VIANA, Rejane Vieira. **A humanização no atendimento: construindo uma nova cultura**. 2004. 122 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública – Gestão de Sistemas de serviços de Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro 2004.