



Aristéia Mariane Kayser

**EDUCAÇÃO AMBIENTAL E HUMANIZAÇÃO UMA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE**

Santa Maria, RS
2011

Aristéia Mariane Kayser

**EDUCAÇÃO AMBIENTAL E HUMANIZAÇÃO UMA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE**

Monografia de Especialização apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Educação Ambiental, Área de Ciências Rurais da Universidade Federal de Santa Maria, como requisito parcial para obtenção do grau de – Especialista em Educação Ambiental.

Orientador: Prof^o. Dr. Jorge Orlando Cuéllar Noguera

Santa Maria, RS

2011.



A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
Aprova a Monografia de Pós-Graduação

**EDUCAÇÃO AMBIENTAL E HUMANIZAÇÃO UMA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE**

elaborada por

Aristéia Mariane Kayser

como requisito para obtenção do grau de
Especialista em Educação Ambiental.

COMISSÃO EXAMINADORA

Jorge Orlando Cuéllar Noguera, Dr. (UFSM)
(Presidente/Orientador)

Paulo Romeu Moreira Machado, Dr. (UFSM)
(Membro)

Paulo Edelvar Correa Peres, Dr. (UFSM)
(Membro)

Santa Maria, 22 de novembro de 2011.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que, com sua infinita bondade, me iluminou e me possibilitou a realização desse sonho...

A toda a minha família em especial minha mãe Maria Kayser (In memorian), pelo carinho e estímulo oferecido durante toda a minha vida...

A meu orientador, professor Cuéllar, pela prestimosa ajuda demonstrada durante a construção desta monografia....

A todos os professores, em especial Cuéllar, Paulo Romeu e Paulo Peres que, de uma ou outra maneira, me auxiliaram na construção do saber e, também, pelos ensinamentos e lições que foram repassadas e certamente ficaram marcadas na minha formação pessoal e acadêmica...

A todo trabalhador da área da saúde que almeja contribuir para a qualidade de vida, liberdade e autodeterminação do ser humano.....

Aos meus amigos, pelos momentos de alegria que compartilhamos juntos e pela amizade, que espero, perdure para sempre...

Muito Obrigada!

**Monografia de Especialização
Programa de Pós-Graduação em Educação Ambiental
Universidade Federal de Santa Maria**

**EDUCAÇÃO AMBIENTAL E HUMANIZAÇÃO UMA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE**

Autora: Aristéia Mariane Kayser

Orientador: Jorge Orlando Noguera Cuellar

Data e Local de defesa: Santa Maria, 22 de novembro de 2011.

RESUMO

Esta monografia é uma pesquisa qualitativo-exploratória, que visa compreender o significado da humanização da saúde para profissionais e usuários de três Unidades Básicas de Saúde – UBS situada no Município de Santa Maria – RS. A análise dos dados foi conduzida por meio da “Análise Temática”, composta por três etapas: a pré-análise; exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Esta temática foi escolhida devido à grande dificuldade dos trabalhadores da saúde em desencadear o processo reflexão – ação nas ações em saúde, e, principalmente em trabalhar a inclusão social conforme requer o SUS, ligado ao desconhecimento das questões ambientais, e sua interferência no processo saúde doença. Assim, as questões ambientais e sociais são balizadoras, e colocam em risco a saúde da população. Neste sentido, nas últimas décadas ocorreram importantes fatores os quais convocam a sociedade a repensar suas ações sobre a importância do meio ambiente. Já que, a degradação ambiental e suas conseqüências são responsabilizadas pelas mudanças ocorridas no mundo, e, dados epidemiológicos demonstram o surgimento de doenças reemergentes como: dengue, cólera, etc. nesta perspectiva, a educação ambiental pode ser vista como uma nova forma de discutir o contexto social. Já, a humanização da assistência à saúde pode/deve ser caracterizada como um processo dinâmico e dialógico que precisa ser criado e recriado pelo envolvimento e comprometimento dos diferentes autores que compõem o cenário da saúde, já que, visa, o empoderamento, a autonomia, o protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo saúde doença.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde – SUS, Humanização da Assistência à Saúde, Educação Ambiental.

ABSTRACT

Specialization Monograph
Post-Graduation Program in Environmental Education
Federal University of Santa Maria

AMBIENTAL EDUCATION AND HUMANIZATION: A HEALTH

Author: Aristéia Mariane kayser
Advisor: Jorge Orlando Noguera Cuellar
Date and local of defense: Santa Maria, November 22th 2011.

ABSTRACT This work is a qualitative-exploratory research that aims at understanding the meaning of health humanization to professionals and users of three Basic Health Units- UBS situated in Santa Maria- RS. The data analysis was carried on through a “Thematic Analysis”, built in three steps: pre-analysis; material exploration and treatment and interpretation of found results. This topic was chosen because of health professionals’ great difficulty about initiating the reflection process- action in the health’s actions, and, mainly working the social inclusion question required by SUS, linked to the lack of environmental issues and its interference with the health-disease process. This way, the social and environmental questions are parameters, and dispose the population’s health in danger. In this sense, in the last decades, important factors made people think about their action in relation to the environment. Considering the fact that the environmental degradation and its consequences are responsible for the world’s change, and, epistemological data show the emergence of reemerging diseases such as: dengue, cholera, etc. in this perspective, the ambiental education can be seen as a new way of discussion about the social context. On the other side, the humanization of health care can/should be characterized as a dynamic and dialogical process that need to be created and recreated by the involvement and commitment of the different authors that build the health canary, since it aims at the empowerment, autonomy, the role of the subjects involved in the health condition.

Key-words: Sistema Único de Saúde – SUS, Health Care Humanization, Ambiental Education

Sumário

Capítulo I

1.1	INTRODUÇÃO	8
1.2	FORMULAÇÃO DO PROBLEMA	9
1.3	OBJETIVOS	10
	1.3.1 Geral	10
	1.3.2 Específicos	10
1.4	JUSTIFICATIVA	11

Capítulo II

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1	Saúde Pública no Brasil ate 1988	12
2.2	O Sistema Único de Saúde - SUS	14
2.3	Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão SUS	16
2.4	O profissional Enfermeiro no contexto da Política Nacional e Humanização e da Educação Ambiental	17
2.5	Educação Ambiental como Promotora da Qualidade de Vida	20
3	METODOLOGIA	22
4	RESULTADOS	24
5	DISCUSSÕES DOS RESULTADOS	31
6	CONCLUSÃO	36
7	REFERÊNCIAS	39

APÊNDICES

A - Ofício	42
B - Termo de consentimento livre esclarecido	43
C- Questionários	45
D- Cartilha	47

INTRODUÇÃO

As questões pertinentes à humanização da saúde e da educação para a preservação do meio ambiente têm se constituído em objeto de reflexão-ação, por parte dos profissionais da saúde, principalmente as questões relacionadas ao processo saúde – doença, ou seja, fatores condicionantes e determinantes.

E, neste caso, ha uma interligação entre fatores ambientais e sociais como: a miséria, a violência, dificuldade de acesso à educação de qualidade, habitação ausente/ou inadequada, a poluição ambiental, alimentação não saudável, entre outros, os quais interferem na qualidade de vida, e, conseqüentemente expõem a saúde da população a risco de adoecimento.

E, nesta perspectiva, fatores condicionantes e determinantes requerem um olhar crítico, à medida que cada sujeito é singular, e, logo, cada problema social é marcado por especificidades às quais requerem intervenções integrais em defesa da vida.

Sob esse aspecto, a educação ambiental pode ser vista como uma nova forma de discutir o contexto social, ou vê-lo como um processo dinâmico e em constante modificação.

Já, a humanização da saúde é uma temática que vem fortalecer os princípios do SUS, porém, o conceito de humanização da assistência à saúde está inserido em um contexto de muitas discussões e, por vezes, divergente, sendo uma política transversal, que objetiva envolver gestores e trabalhadores articulando a participação da sociedade, com intuito de fomentar políticas públicas resolutivas. Nesse sentido, a humanização surge com a proposta de ser um facilitador das práticas de atenção e gestão do SUS.

Em contrapartida pode ser visto como um problematizador, pelo fato que gestores e trabalhadores são responsáveis pelas práticas de saúde, e, principalmente pela criação de espaços abertos à discussão e ampliação dos saberes, mas que ainda não se encontram preparados para desencadear ações transversais como propõe o HumanizaSUS.

Consoante a isso, são inúmeras situações-problemas que permeiam o cenário social, e conseqüentemente, dificultam o desencadear do processo ação-reflexão em saúde, nas diferentes linhas de cuidado, individuais ou coletivas.

Destacam-se entraves como: a monopolização do saber, a dificuldade em trabalhar a co-gestão, o respeito às singularidades, entre outros, os quais interferem no processo saúde – doença, e contribuem para o descomprometimento da gestão pública, a baixa

adesão da sociedade nos processos de gestão, e, principalmente a desqualificação profissional (Cavalcanti 1999).

Todavia, as mazelas que permeiam o atual sistema político, tecnológico, econômico e social em que vivemos, se refletem no modelo social não ecossistêmico, produtor de degradação cultural, ambiental, e, principalmente de adoecimento dos indivíduos.

Tais problemas identificam-se muitas vezes naqueles sujeitos que procuram diariamente os serviços de saúde, dos quais, nós trabalhadores fazemos parte. Mais ainda, pode ser observada pela perpetuação da perda de valores do homem enquanto agente social.

Nesse sentido, a vivência diária com estas situações faz com que nós trabalhadores de saúde tenhamos que ampliar nosso olhar para os problemas que permeiam o nascer/viver/morrer, nas comunidades as quais atuamos. Sendo assim, fica evidente a relação intrínseca com o ambiente em que vivemos.

A presente monografia foi orientada pelas recomendações da Resolução 196/96, que atenta para as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

A preservação da identidade dos participantes assegurando o sigilo e o anonimato aos sujeitos, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM.

1.2 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

Ao exercer a atividade laboral como trabalhadora de saúde em uma comunidade, tive oportunidade de refletir sobre os aspectos que permeiam o processo de trabalho, ou mesmo corroboram para a desumanização da assistência à saúde, e, conseqüentemente favorecem ao adoecimento do sujeito.

E, ao buscar conhecimento através deste curso de Especialização em Educação Ambiental foi almejado aprender novas formas de discutir o contexto social, e principalmente identificar e respeitar a singularidade de cada sujeito co-responsável por sua saúde.

Percebe-se que no setor saúde existe uma grande dificuldade por parte de gestores e trabalhadores responsáveis pela produção de saúde, em desencadear o processo reflexão-ação em prol da saúde de forma integral/transversal, ou até

mesmo, em trabalhar a inclusão social conforme requer o SUS, corroborando assim para:

- As práticas assistenciais desumanas;
- A falta de compromisso com a gestão participativa, incluindo o usuário como co-responsável;
- O desconhecimento dos trabalhadores do SUS sobre a importância das questões ambientais no processo de regionalização e descentralização do SUS;
- A baixa resolutividade no processo saúde-doença frente à falta de intersetorialidade saúde-educação-logística de apoio (obras, setor financeiro, saneamento, etc.).
- O conformismo da população frente aos problemas locais, sejam eles, individuais ou coletivos.

Nesse sentido, tais problemas são refletidos na precariedade do atendimento ao usuário, ferindo assim, os princípios Doutrinários e Organizacionais do SUS, bem como os princípios humanitários, no qual as políticas públicas de saúde de nosso país estão embasadas.

Todavia, como trabalhadora em saúde, bem como usuária do SUS, essas questões me instigam à busca de mecanismos mobilizadores que podem modificar esta realidade.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

Desenvolver e/ou ampliar um olhar crítico entre os trabalhadores em saúde e em especial o enfermeiro quanto à necessidade da educação ambiental como instrumento para desencadear o processo reflexão-ação integral em saúde, e, principalmente em trabalhar a inclusão social como requer o SUS.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Contextualização dos dispositivos da Política Nacional de Humanização - PNH como ferramenta do profissional enfermeiro em função da educação ambiental.
- Aplicação de um questionário em três Unidades Básicas de Saúde - UBSs de Santa Maria-Rio Grande do Sul para verificar o conhecimento dos usuários e dos

profissionais da saúde sob a Política Nacional de Humanização (PNH) instituída pelo Ministério da Saúde (MS) em 2006. Caracterizada como uma proposta radical de mudanças na concretude de fortalecimento do SUS, formulada a partir da sistematização de experiências denominadas “*O SUS que dá certo*” (Brasil, 2006).

- Analisar os resultados obtidos após a administração do questionário.
- Criar uma Cartilha, com foco na humanização da saúde visando fomentar a reflexão entre os profissionais atuantes nestes espaços.

1.4 JUSTIFICATIVA

Sendo a Política Nacional de Humanização uma política recente que objetiva a construção da transversalidade na Saúde, esta monografia se justifica para inserir a PNH como ferramenta para a humanização no processo de trabalho dos profissionais da saúde e para a inclusão do trinômio gestor, trabalhador e usuário todos co-responsáveis pelo SUS. Desta forma, todos os trabalhadores do SUS entre eles, o enfermeiro, precisam conhecer esta política para prestar uma atenção humanizada, resolutiva e eficaz.

Como o processo saúde-doença na maioria das vezes está relacionado diretamente às questões do meio ambiente, ou seja, onde as pessoas vivem, moram, trabalham, produzem e consomem seus alimentos, assim, a educação ambiental aliada à PNH torna-se ferramenta indispensável para promover a reflexão – ação de todos os profissionais, em especial do enfermeiro, nas questões pertinentes ao ambiente em que vivem as comunidades, onde os profissionais estão inseridos, como fatores condicionantes e determinantes para a manutenção da saúde e melhoria da qualidade de vida.

Faz-se importante salientar que foi escolhida esta temática devido aos questionamentos advindos da academia e na prática cotidiana como trabalhadora de saúde, é possível observar o desconhecimento dos trabalhadores da saúde, com os quais convivi quanto a PNH como ferramenta indispensável para promover mais humanização nas ações em saúde, encontrando respostas nesta política para as questões como o acesso à saúde e, diminuição das filas, a equidade e resolutividade, e, principalmente em trabalhar a inclusão social conforme requer o SUS.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Saúde Pública no Brasil ate 1988

Ações em saúde nos tempos de Brasil colônia, praticamente não há registros históricos, no entanto, a assistência à saúde era exercida por curandeiros, como exemplo o pajé, e os boticários viajantes.

Neste contexto, somente em 1808 com chegada da Família Real ao Brasil houve a implementação das duas primeiras escolas de medicina do país, uma em Rio de Janeiro e outra na Bahia.

Por conseguinte, nessa época, os sujeitos membros da elite tinham condições financeiras e recorriam à medicina particular, até mesmo no exterior, e, os demais dependiam de parteiras, e curandeiros.

E, no entanto, em 1902 a 1906 no Rio de Janeiro ocorreu à primeira medida sanitária, pois, se alastravam epidemias de: febre amarela, varíola e peste bubônica, e, outras doenças como: a tuberculose, a hanseníase, o sarampo, etc. Relacionadas a fatores sociais e ambientais, como à falta de saneamento básico, aglomeração em cortiços, entre outros problemas urbanos.

Foi na tentativa da resolução dos problemas, surge Oswaldo Cruz, e seu projeto de educação sanitária, denominado campanhas destaca-se, entretanto: a brigada de incêndio; o extermínio de ratos transmissores da peste bubônica; o projeto de vacinação anti-varíola obrigatório.

Dessa maneira, desencadeavam ações como: raticida visando controle da peste bubônica, extermínio dos mosquitos transmissores da febre amarela, vacinação obrigatória sem esclarecimento, porém dos riscos/benefícios.

Sendo assim, há uma rejeição popular à vacina denominada a “Revolta da Vacina”, pois, os procedimentos eram acompanhados de policiais, no entanto, havia indícios de abuso de autoridade, invasão de domicílios, etc.

Em contrapartida em, 1923 se expandia a indústria, e conseqüentemente aumentava a inserção de trabalhadores assalariados, com esse efeito iniciam-se reivindicações objetivando a criação de um modelo de saúde direcionado aos trabalhadores e suas famílias.

Criam-se as Caixas de Aposentadoria e Pensão – CAPs, ou seja, um fundo criado por empresas que passaram a oferecer assistência médica, e farmacêutica, pensões, etc. para trabalhadores urbanos regulamentado pela Lei Elói Chaves.

Em, 1930 é implementado o Ministério da Educação e Saúde e as antigas caixas são substituídas por um modelo dirigido por entidades sindicalistas denominadas Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs).

Neste período, ocorreu a criação de órgãos de combate a endemias e normativos para ações sanitaristas. No entanto, o direito à saúde continuava restrito a quem contribuísse, e o modelo vigente era o biomédico.

Em, 1960 maximizou a medicina “*medicina de grupo*”, neste sentido, os IAPs compravam e pagavam os serviços de hospitais e de grupos médicos, fortalecendo grupos privados, e por mais que o modelo de saúde tenha modificado essa lógica predomina até os dias atuais.

Entretanto surge em 1966, o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, restrito apenas ao contribuinte regido pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), logo, quem não contribuía era classificado como indigente.

Evidentemente, neste período de 1923 a 1988 preconizou-se uma política de saúde somente a quem contribuía com a previdência social, aliada a isso, é possível perceber que o IAPs e INPS eram órgãos centralizadores, que privilegiavam determinados grupos privados, exemplo a grupo de médicos.

Cabe ressaltar que ocorreram grandes desvios de verbas nos anos 70, como exemplo o INAPS era financiador da construção da Transamazônica, entre outros. Além disso, o governo financiava compra de equipamentos hospitalares da iniciativa privada, em contrapartida pagava por internações e procedimentos.

E, conseqüentemente, esses hospitais perceberam não haver formas de se beneficiar à custa do governo passaram a atender somente a demanda privada, sem restituição financeira a união.

Finalmente em, 1980 inicia-se o processo de democracia, o INAMPS passou a enfrentar crises, e, conseqüentemente começa a fortalecer o movimento pela reforma sanitária.

Evidentemente, a sociedade passa a ser ouvida, e, foi em, 1986 ocorreu a 8º Conferência Nacional da Saúde, tendo como lema Saúde como “*direito de todos e um dever do Estado*”, caracterizando-se como um marco na saúde do país.

2.2 O Sistema Único de saúde – SUS

O Sistema Único de Saúde – SUS foi implementado pela Constituição Federal de 1988, respectivamente pelos Art. 196 a 200 e regulamentado por outras duas Leis 8.080/90 e 8.142/90.

Nesta ocasião, a Lei 8.080/90 regula as ações e serviços de saúde no país, ademais, afirma que saúde é um direito de todo e qualquer brasileiro, portanto é dever do Estado criar, implementar e ampliar políticas públicas resolutivas, visando à redução de riscos, ou agravos, logo, com acesso universal e igualitário de promoção, proteção e recuperação saúde, assim as ações em saúde desencadeada de forma transversal (Brasil, 1990).

Não obstante, os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Nesse caso, a sociedade brasileira historicamente é marcada por grandes desigualdades sociais.

Visto que, o saneamento básico e a proliferação de muitas doenças, como a tuberculose, a hanseníase, entre outras, as quais eram motivo de preocupação para os médicos sanitaristas Oswaldo Cruz e Carlos Chagas continuam sendo problema de saúde pública nos dias atuais.

Todavia, essa inter-relação entre saúde-doença esta ligada diretamente a fatores como saneamento básico, trabalho, moradia, entre fatores determinantes e condicionantes para o bem-estar físico, mental e social, individual ou coletivo (Brasil, 1990).

Se bem que, o SUS visa modificar essas desigualdades, contanto que, pode ser caracterizado como um dos maiores planos de saúde pública do mundo, dado que, em suas ações e responsabilidades, enquadram-se desde consulta em ambulatório, transplante de órgãos, execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica, assistência terapêutica integral, entre outras (Brasil, 2003).

Ademais, as ações e serviços devem obedecer aos seguintes princípios e diretrizes: *a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização, a regionalização e o controle e participação social* (Brasil, 1990).

Entretanto, o SUS possui descentralização em cada esfera de governo, resumidamente, cada nível possui funções e competências específicas, porém articuladas nas três esferas de governo: Federal, Estadual e Municipal.

Dentro desta lógica, os recursos financeiros a ser investidos na rede de serviços, são destinados à assistência ambulatorial e hospitalar e as demais ações de saúde. Sendo que a transferências de recursos, ocorre através do repasse de verba Fundo a Fundo. Porém, a alocação destes recursos serão acompanhados e fiscalizados pelos respectivos Conselhos de Saúde (Brasil, 2003).

Resumidamente, o Conselho de Saúde, se caracteriza como colegiado gestor, sua formação é composta pela maioria, ou seja, a metade por usuários, e a outra parte é formado por representados de trabalhadores de saúde, do governo, de prestadores de serviços, etc.

Por definição, o repasse de verbas obedece a critérios como: condições de gestão, perfil demográfico e epidemiológico, certificação aos programas e incentivos do Ministério da Saúde – MS e os respectivos tetos financeiros. O SUS é financiado pela sociedade em geral, através de impostos arrecadados pelo governo (Brasil, 2003).

Nesta perspectiva, as ações e serviços de saúde são classificados por níveis ou grau de complexidade, os quais são:

Primário, que compreende a rede básica, composta pelas Unidades Básicas de Saúde -UBS e a Estratégia de Saúde da Família- ESF, os quais são responsáveis pela resolução em média de 90% dos problemas em saúde da população; Secundário: incluem os Hospitais Gerais e Ambulatórios de Especialidades Médicas, onde se preconiza um atendimento em média de até 8% de toda a demanda. Terciário: composto por serviços de alta complexidade, como Unidade de Tratamento Intensivo – UTI, entre outras, incluindo o tratamento de casos mais complexos e/ou graves, com uma demanda até 3% (BECH, 2002, p.16).

Para que haja uma integração e comunicação entre os diferentes níveis de atenção, o SUS propõe a utilização do sistema de referência e contra-referência. Assim, o sistema de referência funciona sempre do nível menor para o nível maior de complexidade, e a contra- referência compreende o sentido inverso.

Porém, devido às falhas no processo de comunicação de um nível para outro, não há continuidade no tratamento do usuário, contribuindo assim, para o aumento do volume da demanda dos próprios usuários e a baixa resolutividade do sistema.

Enfatiza-se ainda a universalidade no atendimento como requer a Constituição Federal de 1988, porém apresenta dificuldades em sua efetivação devido a fatores relativos à expansão do próprio sistema sanitário e as desigualdades sociais.

Neste cenário permeia entraves no processo de gestão como: aumento demográfico e epidemiológico, a urbanização e precárias condições sanitárias, alterações ambientais e mudanças climáticas, surgimento de novas tecnologias, o desconhecimento do processo de gestão SUS, ou mesmo a má vontade de modificar a fragmentação das práticas assistenciais e de gestão, os desvios dos recursos públicos da saúde, o apadrinhamento político.

E, conseqüentemente beneficiam laboratórios, ou até mesmo prestadores de serviços e funcionários que não cumprem a carga horária de contrato, logo, isto reflete nas grandes filas, no tempo de espera para realização de exames, e consultas com especialidades, ou até mesmo o óbito do usuário.

Contudo, faz-se necessário salientar que o SUS, por mais que apresente entraves em sua efetivação como uma política pública de saúde resolutiva, integral, equânime. Mesmo com as longas filas, dificuldade de trabalhar a inclusão do usuário como co-responsável pela produção de saúde, ainda com predomínio do modelo biomédico, curativista, hospitalocêntrico, entre outros aspectos, é uma política ainda em fase de construção, e visivelmente trouxe contribuição à melhoria da assistência à saúde, e conseqüentemente o aumento da expectativa de vida da população Brasileira.

2.3 Política Nacional de Humanização- PNH

A Humanização surge a partir da necessidade de repensar o SUS, com a finalidade de reinvenção da Gestão do Cuidado, e com pretensão de dar à saúde um novo enfoque, a partir de 2006 tendo sua base no Pacto pela Saúde, o qual se encontra dividido em três dimensões quais são:

O Pacto pela Vida: que vem delinear o compromisso sanitário e a promoção da cidadania.

O Pacto em Defesa do SUS: movimento este de co-responsabilidade e participação social, assim, mobilizador da sociedade para a consolidação desta política pública. Cabe ressaltar que, a partir do Pacto em Defesa do SUS surgiu a Carta de Defesa dos Usuários do SUS que visa assegurar por lei os direitos e deveres do usuário ao acessar o setor saúde (Brasil, 2006).

O Pacto de Gestão: estabelece as diretrizes do SUS a partir da responsabilização solidária entre os gestores. Para tanto, pactua ações como: planejamento no SUS, a

programação pactuada e integrada, a regulamentação, participação e controle social, a gestão do trabalho e educação na saúde/educação permanente (Brasil, 2006).

De acordo com o dicionário de Língua Portuguesa, “humanizar” significa tornar humano, por “humanização” entende-se que seja o ato de humanizar e citando Bets (2009) significa:

“Garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, o sofrimento humano, as percepções de dor ou de prazer no corpo, para serem humanizadas, precisa tanto que as palavras com que o sujeito as expressa sejam reconhecidas pelo outro, quanto esse sujeito precisa ouvir do outro, palavras de seu reconhecimento. Pela linguagem fazemos as descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro, sem o que nos desumanizamos reciprocamente.” (BETS, 2009).

Evidentemente que, dentro das políticas de saúde propriamente ditas, a humanização está relacionada à valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, nesse sentido, aqui está incluída também a participação do enfermeiro e da equipe de enfermagem.

Sob este aspecto entre outros, humanizar o cuidado pressupõe dar espaço tanto à palavra do usuário quanto à palavra de todos os profissionais responsáveis pelo processo de promover, proteger, recuperar e reabilitar a saúde do usuário.

Entende-se, assim que humanizar a atenção e gestão visa estabelecer modificações nas condutas e ações para com a clientela do SUS, pressupondo assim, tornar mais acessível os serviços e as ações em saúde.

Em outras palavras, significa a educação humanizada em saúde, contribuindo para ampliar os conhecimentos e para motivar a equipe a desenvolver as ações em saúde de forma transversal como propõe o SUS.

2.4 O profissional Enfermeiro no contexto da Política Nacional e Humanização e da Educação Ambiental.

O SUS convoca e instiga todos os trabalhadores, inclusive o profissional de enfermagem à apropriação dos conhecimentos e habilidades inerentes às práticas de saúde.

Conforme a Lei nº. 7.498/86 do Exercício Profissional de Enfermagem são competências técnicas do enfermeiro como líder da equipe de enfermagem, as atividades “*gerenciais, assistenciais, educacionais e de pesquisa*”. Cabe ainda, ao

profissional enfermeiro e sua equipe, juntamente com os demais trabalhadores, gestores e usuários a formação de uma rede de cuidado humanizado.

Isto, em suma requer que os profissionais integrantes da equipe de saúde transcendam suas competências técnicas-normativas e alcancem a integralidade do cuidado em saúde, ou seja, o indivíduo inserido em seu contexto real e concreto.

Logo, significa desenvolver habilidades interativas e associativas, nas quais o enfermeiro e equipe de saúde solidarizam-se com a comunidade, promovendo assim, o cuidado integral, por meio de vínculos afetivos e efetivos.

Sendo assim, acabam promovendo uma nova abordagem gerencial - assistencial, com base em referenciais mais flexíveis e orientados para a promoção e emancipação do ser humano enquanto agente social.

Nesta perceptiva, a PNH fortalece ações transversais em saúde, já que, disponibiliza mecanismos que permitem repensar e modificar a fragmentação das práticas assistenciais em saúde e assim contribuindo para o empoderamento, a autonomia, o protagonismo do trabalhador, bem como dos demais sujeitos envolvidos no processo saúde – doença, os usuários do sistema, integrados à gestão.

Neste caso, a humanização da assistência a saúde, convoca os trabalhadores responsáveis pela produção de saúde a criar/recriar a assistência integral como um processo dinâmico e dialógico de envolvimento e comprometimento dos diferentes atores que integram o cenário da saúde.

Nessa perceptiva, a humanização não deve ser interpretada como um programa e/ou movimento que dá uma característica de finitude. Porém, em contrapartida, um processo dinâmico e gradual de transformação da cultura institucional, de valorização dos aspectos subjetivos, do singular ou das singularidades (Brasil, 2006).

Significa, portanto, a conscientização, a visão crítica da realidade, mudança comportamentos, atitudes, logo, a valorização do indivíduo como sujeito singular de sua história.

Para isso, é necessário uma sensibilidade, uma solidariedade, uma criação de vínculos, que pressupõe um permanente estar ou sentir com o outro apartir do estabelecimento de vínculos de humano para com humano.

Pressupõe assim, a humanização da saúde, como um processo contínuo e constante de renovação das relações e interações humanas visando à promoção de um ambiente de cuidado humano saudável, promotor de relações humanas solidárias, clima organizacional favorável, tendo como resultado, a assistência ao usuário e sua família de

forma humanizada. Ou seja, a qualificação das relações humanas, seja no contato profissional, seja na relação com os usuários ou na relação do sujeito para consigo mesmo.

Porém, a humanização das práticas assistenciais em saúde para os trabalhadores e em especial para o enfermeiro, se apresenta como um desafio, já que, objetiva criar e ampliar espaços abertos para a troca de experiências, de tríplice inclusão: gestores, trabalhadores e usuários, em uma política de saúde ainda em construção que é o SUS.

Para tanto, permeiam entraves como: problemas administrativos, escassez de recursos financeiros, gestão ineficiente, estrutura física inadequada para atender a demanda de usuários, déficit de recursos materiais e humanos, o desconhecimento do perfil epidemiológico, entre outros.

Além disso, sabe-se que o empoderamento dos sujeitos, requer que sejam abordados os aspectos: ambientais, culturais, políticos, econômicos, científicos e tecnológicos, da sociedade como um todo e, principalmente da comunidade de inserção do sujeito.

Outro fator, que contribui para a fragmentação das ações em saúde é a condução da gestão do cuidado individualizada, já que, na maioria das vezes não é discutida com, e, entre os trabalhadores, assim, privilegiando algumas categorias profissionais.

Em contrapartida, comprometendo assim, o fomento da humanização da atenção, a interdisciplinaridade, a gestão da saúde, pela falta de conhecimento relativo ao SUS e suas ferramentas de gestão, como a Política de Humanização da gestão e do cuidado.

Consoante a isso o processo de formação dos profissionais da saúde, principalmente do enfermeiro necessita de constante capacitação. Neste caso, e este aspecto está previsto na Política de Humanização onde disponibiliza a educação permanente aos trabalhadores.

Entretanto, as falhas na formação dos profissionais, ocorrem desde os seus diferentes níveis, técnico e acadêmico, sendo que para sanar estas falhas, os cursos de formação de nível médio e de graduação devem investir na formação de profissionais tecnicamente competentes, porém, ampliando uma abordagem para as questões éticas, humanizadoras e solidárias para com as necessidades de todos os indivíduos.

Sendo assim, o processo formativo, deve ampliar um olhar para a inter-relação entre os entraves do SUS e as questões ambientais, uma vez que, a educação ambiental dispõe de mecanismos que possibilitam estimular a comunicação, criar soluções inovadoras, planejar, implementar, modificar, mobilizar, intervir e co-responsabilizar.

Neste contexto, estes mecanismos possibilitam a criação de redes de espaços abertos à troca de saberes, valorização dos sujeitos, de sua cultura e de seus costumes.

É sob esse aspecto, que a humanização do sujeito precisa levar em conta tais aspectos para fortalecer a consciência crítica e participativa, a co-responsabilidade social. Sendo assim é através das redes que se formam os vínculos que possibilita a utilização mais racional dos recursos, atendendo as demandas do SUS.

Evidentemente que, conhecer a interlocução entre educação ambiental, saúde e humanização, permite ao trabalhador o exercício de sua responsabilidade técnica de forma crítica, reflexiva, holística, para planejar, promover e interferir no processo saúde-adoecimento, ou seja, riscos e os danos.

2.5 Educação Ambiental como Promotora da Qualidade de Vida

Diante da complexidade das questões ambientais, há indícios de risco a sobrevivência do homem num futuro próximo. É sob este aspecto entre outros, que se vivencia um momento de crise, principalmente ambiental, e isto se materializa frente a tantas catástrofes, as quais têm como causa básica a ação do homem pautada no uso desmedido dos recursos naturais ao longo da civilização.

Isto nos remete a um dilema, onde o homem é protagonista de sua própria ação. Evidentemente, nesta perspectiva permeiam fatores como a qualidade de vida, ou até mesmo a própria sobrevivência. Sendo assim, é importante reafirmar que, a resolução das questões ambientais, remete a necessidade de conscientização sob a importância do equilíbrio dos sistemas ecológicos (DIAS, 2001).

Segundo a Constituição Federal o meio ambiente é “*bem de uso comum, portanto, a titularidade é o povo*”. Nessa perspectiva, faz se necessário, reeducar o sujeito a discernir sob sua responsabilidade, seja individual ou coletiva em deixar um planeta adequadamente habitável às gerações futuras.

Neste sentido, a educação ambiental apresenta uma metodologia ecopedagógica, promotora da consciência ecológica, de sustentabilidade social e ambiental, logo, de compreensão dos espaços que permeiam as questões ambientais na atualidade como: a sustentabilidade, o desenvolvimento territorial, a promoção da cidadania, a qualidade de vida, entre outros.

Assim, a sustentabilidade está relacionada à biodiversidade, a expansão econômica a partir da exploração e apropriação dos recursos naturais. Nesta lógica, as relações

sociais, econômicas, ambientais, e, o potencial de desenvolvimento de uma sociedade depende da base e recursos naturais.

Porém, cronograficamente acompanha-se uma hierárquica de interferência do homem sob o meio ambiente sem a devida preocupação com a preservação do ecossistema como fator primordial a sobrevivência e manutenção da própria espécie humana.

Nesse sentido, nas últimas décadas a degradação ambiental e suas conseqüências são responsabilizadas pelas mudanças ocorridas no mundo, principalmente pelo avanço da ciência e tecnologia, aumento populacional, a pobreza, surgimento de novas doenças, entre outros fatores.

Dessa forma, acompanham-se constantemente no cenário ambiental catástrofes ambientais, como: alterações climáticas, redução camada de ozônio, desflorestamento, erosão, inundações, secas, urbanização, lixo, esgotos, poluição água, ar, entre outros.

Para tanto, esses problematizadores podem ser visto como fatores atenuantes e agravantes no processo saúde-doença. Já, ao se tratar do processo patológico identifica semelhanças entre os dados epidemiológicos como o surgimento das doenças reemergentes: dengue, cólera, difteria, febre amarela, tuberculose, entre outras.

Partindo deste ponto de reflexão, atenta-se a necessidade de reeducar a sociedade e em especial os trabalhadores da saúde, para promover a sustentabilidade socioambiental, à medida que, as causas e as conseqüências da degradação ambiental interferem diretamente na qualidade de vida, e, conseqüentemente na saúde da população.

Assim, acredita-se que as questões ambientais devem ser discutidas desde os primeiros anos de estudo, até a academia, preparando o sujeito para contribuir de forma mais efetiva com o meio ambiente onde atua ou atuará.

Já que, a qualidade de vida depende diretamente do meio ambiente, ou seja, o ar que respiramos a água que bebemos, ou a quantidade de resíduos químicos existentes nos alimentos, as condições ambientais do meio na qual estamos inseridos, etc. interferem diretamente no processo saúde-doença.

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativo-exploratória, a fim de compreender o significado da humanização para os profissionais e usuários de três Unidades Básicas de Saúde – UBS, situadas no município de Santa Maria – RS.

A pesquisa qualitativa tem como característica, ser um modo de pesquisa sistemática, que tem a preocupação com a compreensão do ser humano e da natureza, sobre seus questionamentos (Minayo, 2000).

Já a pesquisa exploratória objetiva a formulação de questionamentos ou problemáticas, a fim de desenvolver hipóteses e instigar o pesquisador, através de fatos ou fenômenos, para que outras pesquisas sejam realizadas com o intuito de esclarecer ou modificar opiniões (Marconi, Lakatos, 2002).

Objetivando trabalhar sobre o problema formulado na página 9, inicialmente foram elaborados dois questionários: um, a ser aplicado em três Unidades Básicas de Saúde, objetivando verificar o conhecimento destes trabalhadores sobre a humanização da saúde como instrumento para desencadear as práticas assistenciais. Outro questionário foi aplicado aos usuários destas UBS visando identificar qual a percepção deste sujeito sob SUS e humanização no atendimento.

A análise dos dados será conduzida por meio da “Análise Temática”, composta por três etapas: a pré-análise; exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

O presente estudo foi desencadeado no município de Santa Maria-RS, localizado na região centro-oeste do estado do Rio Grande do Sul, com uma população total de 261.031 habitantes (IBGE/2010).

Na área da saúde, possui 21 Unidades Básicas de Saúde – UBS (13 na zona urbana e 8 na zona rural). Foram escolhidas três UBSs situadas na Região Leste do município, sendo convidados para integrar a pesquisa, os seguintes profissionais: Enfermeiros, Cirurgião Dentistas, Técnicos em Enfermagem, e atendente Administrativo, os quais exercem suas atividades laborais nestes locais.

As questões norteadoras da pesquisa determinam o conhecimento básico dos profissionais e foram:

- O que significa para você humanização da assistência à saúde?
- Como você presta o cuidado humanizado em uma Unidade Básica de Saúde?

- Que estratégias você apontaria como necessárias para a humanização do cuidado?

Também serão entrevistados vinte usuários destas UBSs, escolhidos aleatoriamente devido à heterogeneidade e dificuldade de compreensão do questionário por parte dos mesmos, com as seguintes questões que norteadoras:

- O que você entende por Sistema Único de Saúde – SUS?

- Você, enquanto cliente do SUS, ao buscar atendimento nesta Unidade Básica de Saúde - UBS recebe cuidado assistencial humanizado?

- Quais suas sugestões para melhorar o atendimento no setor saúde em seu município?

- Para você qual a relação entre saúde e meio ambiente?

Por último, com base nos resultados da pesquisa, será elaborada uma Cartilha, destinado a gestores e trabalhadores das três UBS, com o objetivo de servir de ferramenta para conhecer para sensibilizá-los sob o SUS que temos e o SUS que queremos também denominado o “*SUS que da certo*”. Em anexo.

4. RESULTADOS

Foram convidados para integrar a pesquisa, nove profissionais que exercem atividades laborais nas três UBSs escolhidas. Dos nove profissionais convidados, no entanto, apenas sete aceitaram participar do trabalho (77 %). Os demais alegaram não ter conhecimento acerca da temática da humanização e, por isso, não se sentiram à vontade para integrar a amostra teórica. Dentre os profissionais que participaram, encontram-se: dois Enfermeiros, dois Cirurgiões Dentistas, dois Técnicos de Enfermagem e um atendente Administrativo.

Após a transcrição, os dados demonstram uma complexidade de concepções, os quais serão expostos a seguir.

Conforme item 3, página 21.

O que significa para você humanização da assistência à saúde?

Segundo o Documento Base da PNH “entende-se humanização como: A valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; Fomento da autonomia e do protagonismo; Aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; Identificação das dimensões de necessidades sociais, coletivas e subjetivas de saúde; Mudança nos modelos de atenção e gestão, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho; Compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento” (BRASIL, 2006).

Nesta ordem segundo a metodologia definida as respostas, mas comuns foram:

[...] Acredito que seja um enorme desafio aos profissionais de saúde, tendo como foco à promoção da qualidade no atendimento a saúde, tendo em vista inúmeros aspectos relacionados entre usuários e profissionais de saúde (como o profissional atua com o paciente e como é avaliado quanto à assistência que recebe).

[...] Significa atender todas as pessoas com dignidade, fazendo com que se sintam cidadãs com seus direitos respeitados e preservados; dar instalações dignas para o atendimento; dar material suficiente para todas as ações em saúde.

[...] É uma coisa muito importante para a população em geral, se fosse aplicada adequadamente a necessidade de cada doente.

[...] Organizar o sistema de saúde, qualificar os profissionais, priorizar os cuidados e avaliar resultados. Respeito com o sofrimento humano.

Como você presta o cuidado humanizado em uma Unidade Básica de Saúde-UBS?

Segundo o MS os Parâmetros para implementação de ações na atenção básica:

Organização do colhimento de modo a promover a ampliação efetiva do acesso à atenção básica e aos demais níveis do sistema, eliminando as filas, atendimento com base em riscos prioritizados; abordagem orientada por projetos terapêuticos de saúde, contemplando ações de diferentes eixos, levando em conta as necessidades/demandas de saúde; exercício de uma clínica ampliada; estabelecimento de redes de saúde; trabalho, com base em equipes multiprofissionais e atuação transdisciplinar, educação permanente aos trabalhadores, entre outros (BRASIL, 2006).

Respostas

[...] Não me restringindo apenas as atividades laborais, olhando o paciente no todo, recebendo-o calorosamente, oferecendo-lhe segurança, ouvi-lo. Deste modo, estarei oportunizando melhor qualidade de sobrevivência.

[...] Encaminhando o paciente ao lugar certo para o atendimento adequado ao seu problema, indicando a pessoa certa para lhe atender.

[...] Atendendo todas as pessoas e seus interesses com cuidado e respeito que elas merecem.

[...] Através da empatia, do acolhimento, disponibilidade, respeito ao sofrimento físico e mental e contribuir com a organização do sistema.

Que estratégias você apontaria para a humanização do cuidado?

Para a viabilização dos princípios e resultados esperados com o HumanizaSUS, a PNH opera com os seguintes dispositivos: Acolhimento com classificação de risco; equipes de referência e de apoio matricial; projeto terapêutico singular e projeto de saúde coletiva; projetos de construção coletiva da ambiência; colegiados de gestão; contratos de gestão; sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores; visita aberta, direito de acompanhante; grupo de trabalho de humanização (BRASIL, 2006).

Respostas

[...] Qualificação profissional, organização para atender as prioridades; avaliação contínua de todo o sistema de saúde, qualificação, digo, informação atualizada. Avaliar e ser avaliado.

[...] Trabalho em equipe multiprofissional; aumentar os recursos materiais e humanos, pois há muito desgaste físico e mental do trabalhador da saúde.

[...] Paciente não pode ficar na fila esperando atendimento médico, levantando cedo para conseguir ficha, muitas vezes não consegue consulta para aquele especialista.

[...] Importância de realizar triagem pela equipe da UBS; comprometimento do profissional.

[...] Capacitar melhor os profissionais para atender melhor o usuário; olhar o usuário como um todo; dar condições aos profissionais de exercerem um trabalho digno; dar remuneração digna ao profissional.

O que você entende por Sistema Único de Saúde – SUS?

O SUS foi instituído pela Constituição Federal Brasileira em 1988.

Art.198 - As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. (BRASIL. Constituição 1988).

Respostas

[...] È um lugar onde as pessoas que não tem condições de pagar uma consulta ou fazer algum exame particular procuram essa ajuda através do SUS para solucionar seus problemas.

[...] Na realidade é o único recurso que a maioria da população tende a recorrer quando precisa de um atendimento médico.

[...] Dentro do meu conhecimento deste sistema é um atendimento para pessoas com necessidades financeiras na qual a classe baixa ate mesmo a classe média.

[...] Eu entendo que é um sistema onde a população mais carente pode ter acesso a um melhor atendimento, podendo ter benefícios iguais a pessoa de maior renda.

[...] È um sistema que visa atender a necessidade dos pacientes de postos e hospitais públicos por ordem de chegada ou prioridade.

[...] Atendimento gratuito, é bom apesar de faltar profissional e ocorrer a super lotação como o hospital universitário aonde tem pessoas em macas no corredor.

[...] Nunca paguei para ser atendido.

[...] È um atendimento que a população pode usar como alternativa para sua saúde.

[...] Resumo que seja o plano de saúde que o governo disponibiliza para os cidadãos brasileiros. Mesmo não sendo o melhor recurso, ainda é muito usado por oferecer gratuitamente consultas, exames entre outros.

[...] É o sistema que o governo oferece os serviços de assistência médico-hospitalares e odontológicos para a população.

[...] É o Sistema Único de Saúde que da orientação a todas as pessoas, inclusive carentes, mesmo sem contribuição regular todos tem direitos a ser atendidos pelo SUS.

[...] Como o próprio nome diz único sistema de saúde supõe-se do país, para todos os brasileiros.

[...] Entendo que deveria ser o único sistema de saúde no Brasil, desde que funciona-se decentemente.

[...] O sistema único de saúde garante acesso gratuito para toda população do país além de oferecer exames, consultas e internações.

[...] É um sistema que a princípio deveria estabelecer um padrão único em atendimento hospitalar em todo o território brasileiro.

Você enquanto cliente do SUS ao buscar atendimento nesta Unidade Básica de Saúde UBS recebe cuidado assistencial humanizado?

A “**Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**” traz informações para que você conheça seus direitos na hora de procurar atendimento de saúde. Ela reúne os seis princípios básicos de cidadania que asseguram ao brasileiro o ingresso digno nos sistemas de saúde, seja ele público ou privado. A Carta é uma importante ferramenta para que você conheça seus direitos e, assim, ajude o Brasil a ter um sistema de saúde ainda mais efetivo. Os princípios da Carta são: 1. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde. 2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema. 3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação. 4. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos. 5. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada. 6. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos. (Brasil, 2006).

Respostas

[...] Recebi assistência humanizada apesar de difícil acesso e demora na marcação de consultas e exames, ter filas para o atendimento.

[...] Mesmo não sendo um atendimento bom, da para considerar que somos tratados humanamente.

[...] O cuidado é humanizado, porem não basta apenas ser humanizado e ser demorado tem que ter um melhor planejamento como um melhor atendimento.

[...] Dentro do possível ruim, é muito variado a atendimento de um local para outro tem postos que deixam muito a desejar.

[...] Sim, mas normalmente esse atendimento anda meio defasado e precário devido a desatenção dos nossos governantes que não investem na parte humana, ou seja, especialidade e nem em material.

[...] Já ouvi relatos de péssimo atendimento, demorado e desumano.

[...] Um pouco de demora nas filas mais espero que melhore no futuro.

[...] De um tempo pra ca sim, embora tenho que esperar por horas ate der atendido, mas acredito que isso vá melhorar.

Quais suas sugestões para melhorar o atendimento no setor saúde em seu município?

O SUS abrange desde o simples atendimento ambulatorial: consultas, exames e internações, transplantes de órgãos, campanhas de vacinação e ações de prevenção e de vigilância sanitária – como fiscalização de alimentos e registro de medicamentos garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país.

Art. 196 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento, trabalho, renda, lazer, transporte, previdência social e o acesso aos bens e serviços essenciais. BRASIL. Constituição (1988).

Respostas

[...] Só retiro remédios.

[...] Maior oferta de profissionais médicos e enfermeiros, maior opção e disponibilidade de medicamentos.

[...] Aumentar os médicos especialista como no meu caso tenho dois filhos surdos 12 e 14 anos e tenho dificuldade para conseguir consultas e exames devido à demora de marcação de consulta e pelo pequeno numero de profissionais atendendo.

[...] Criar postos de atendimento e marcação de consultas e exames, menor tempo entre o agendamento da consulta ou exame e a realização.

[...] Aumento de exames realizados pelo SUS ex.: Tomografia, Ressonância Magnética, etc.

[...] Dispor de numero maior de fichas para atendimentos, colocar médicos especialistas nas UBS, nem que seja uma vez por mês.

[...] Não pode haver desvio da verba destinada à saúde pública.

[...] Inicialmente o investimento governamental devera ser rigorosamente o que manda a Constituição Federal.

[...] Buscar mais recursos e aplicar certo nos devidos lugares.

[...] Fortalecer e aprimorar o programa da saúde da família visando estimular seu potencial humanizador no cuidado no atendimento.

[...] A melhoria séria o município investir mais na saúde, dando ênfase ao Sistema Único de Saúde – SUS, pois milhares de pessoas dependem deste.

[...] Preparar bem os profissionais, desde as secretarias ate os médicos, investir na infra-estrutura dos postos de saúde.

[...] O aumento de profissionais capacitados para o atendimento de seus pacientes e assim menos tempo de espera em filas.

[...] Construir novas unidades de saúde, melhorar o atendimento de urgência.

[...] Primeiramente investir em instalações dando condições os médicos trabalhareem com entusiasmos para que não ocorra tanta negligencia medica.

[...] Aumentar o investimento em pessoal especializado, comprar mais matérias e equipamentos para realização de exames, criar mais unidades de tratamento a crianças com câncer.

[...] Construção e mais postos de saúde para melhor atendimento e contratação de profissionais atender a população.

Para você qual a relação entre saúde e meio ambiente?

Art. 200 - Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; (BRASIL. Constituição 1988).

Respostas

[...] Creio que saúde é meio ambiente andam juntas, para se ter uma boa saúde, ter qualidade de vida, é necessário estar em um meio limpo. Meio ambiente sujo é sinal de doenças.

[...] Ambas estão ligadas, pois se tivermos um meio ambiente saudável, logo temos uma saúde saudável, com muitos benefícios, meio ambiente contaminado, logo o resultado se manifesta através de doenças e epidemias.

[...] Tudo a ver, pois um bom ambiente gera boa saúde.

[...] Um meio ambiente menos poluído mais saúde a população.

[...] O meio ambiente é responsável por partes das doenças como infecções intestinais e problemas respiratórios resultado das queimadas e rios poluídos porem seria mais fácil cuidar da saúde com o meio ambiente em boas condições.

[...] As pessoas deveriam cuidar mais do meio ambiente para se ter mais saúde, reciclar o lixo e cuidar mais o meio ambiente.

[...] Existe no meu caso esgoto a céu aberto, lixo acumulado e não existe coleta de lixo tendo muitos bichos como ratos e baratas.

[...] Existe uma forte ligação entre saúde e meio ambiente devido ações praticadas pelo homem como desmatamento, lixo, esgoto a céu aberto.

[...] Saúde e meio ambiente andam juntas. Por exemplo: Água e esgoto tratado saúde protegida. O que seria o mínimo que os governantes deveriam se preocupar.

[...] Um depende do outro. Se você não respeitar o meio ambiente é a sua que vai ficar comprometida. Se nos formos consciente a nossa vida vai ser bem melhor e o meio ambiente agradece.

[...] Um ambiente com poluição gera mais doenças e o aumento de doenças gera maior procura por tratamentos em hospitais.

[...] A saúde tem a ver com o meio ambiente quando há doenças respiratórias.

[...] O meio ambiente precisa de saúde para vivermos melhor. Com meio ambiente doente terá maior procura de tratamento em hospitais.

[...] Uma grande relação por que nossa saúde depende do meio ambiente, principalmente em relação à limpeza de ruas e sangas onde nesses locais juntam muitas doenças.

[...] Saúde e meio ambiente andam juntas, pois se cuidar da minha saúde também estarei cuidando do meio ambiente.

5. DISCUSSÕES DOS RESULTADOS

Após a transcrição, os dados foram codificados, classificados e categorizados, processo este que culminou com os seguintes Eixos Temáticos: necessidade de repensar e reorganizar o modelo de assistência; ir além da patologia, ora, o SUS precisa transcender essa idéia de pronto atendimento, por, outrossim, ampliar um olhar a promoção de um ambiente saudável, acolhedor, resolutivo, enfim.

Com respeito à pergunta - O que significa para você humanização da assistência à saúde?

Ao avaliar os dados percebe-se que a maioria dos profissionais atuantes em UBS tem pouco conhecimento acerca da temática “*HumanizaSUS*”, visto que, alguns trabalhadores optaram por não participar do estudo.

Cabe ressaltar que, a humanização constitui o alicerce de um conjunto de iniciativas, de inclusão que almeja o SUS, porém, evidencia a necessidade de capacitar os trabalhadores responsáveis pela produção de saúde.

Se bem que, a Política Nacional de Humanização - PNH deve permear a formação acadêmica, neste contexto, principalmente dos profissionais formados apartir de 2006, consoante a sua data de implementação no SUS.

Sob esse aspecto entre outros, o conceito de humanização precisa ampliar um olhar além de uma atitude de trabalho, ou até uma simples parceria entre gestores e trabalhadores.

Em outras palavras, a humanização da assistência à saúde pode e deve ser caracterizada como um processo dinâmico e dialógico que envolve o trinômio: gestor, trabalhador e usuário, bem como demais setores da sociedade civil que compõem o cenário da saúde, logo, os diferentes atores engajados em prol de uma assistência humanizada, promotora de vínculos, de protagonismo, etc.

Como você presta o cuidado humanizado em uma UBS?

O SUS se apresenta como um novo modelo assistencial de produzir saúde, aberto e flexível, contudo, planejado para desencadear ações integrais aos sujeitos, suas famílias, bem como para o trabalhador responsável pela produção das ações em saúde.

Por outro lado, este modelo de inclusão convoca, urgentemente, gestores e trabalhadores a desencadear as práticas assistências integrais ou transversais,

corroborando assim a estratégias de sensibilização para o desenvolvimento de atitudes mais humanas e éticas nas relações de trabalho.

Neste contexto, ao ter acesso à UBS é possível observar vários aspectos que precisam ser considerados nos serviços de saúde, entretanto destaca-se: às falhas relacionadas diretamente ao cuidado assistencial, ao desencadear as ações em saúde de forma vertical; as filas desumanas de espera sejam para fichas de consultas, marcação de exames ou procedimentos médicos; à falta de resolutividade nas ações de saúde, principalmente ao descomprometimento do trabalho em equipe.

Além disso, a ambiência, também compreendido como espaço de relações interpessoais, de conforto e subjetividade, enfim, tanto ao trabalhador bem como ao usuário, em todas as UBS integrantes da pesquisa fica evidente que a arquitetura física não possibilita o atendimento humanizado.

Simplificadamente compactua com a fragmentação do trabalho do profissional promotor de saúde, visto que, dificulta principalmente a criação de grupos de convivência, bem como a privacidade e escuta qualificada, etc.

Que estratégias você apontaria para a humanização do cuidado?

Para alguns trabalhadores há necessidade de investir na instrumentalização dos profissionais responsáveis pela produção de saúde, ocorrendo assim, maior eficácia do direito à assistência humanizada e de qualidade, satisfazendo o usuário.

Também merece ênfase, a carência de recursos humanos, consoante à baixa remuneração salarial, aspectos que, de acordo com os entrevistados, prejudicam a consolidação de vínculos mais efetivos e resolutivos no cuidado em saúde, já que, precisa desencadear atividade laboral em outros locais, e conseqüentemente ocorrendo assim um sobrecarga de trabalho.

Enfatiza-se que, para a grande maioria dos entrevistados se faz necessário uma maior aproximação com a educação continuada; além disso, os próprios gestores devem permitir e favorecer a continuidade dessa formação através de investimentos em educação continuada.

O que você entende por Sistema Único de Saúde – SUS?

Ao ser questionado sobre a percepção do SUS, fica evidente que a maior parte dos entrevistados não sabe o que significa SUS.

Porém, ao classificar o usuário em diferentes faixas etárias percebe-se que a população mais idosa tem a concepção que o SUS trouxe melhorias, e, contudo é um plano gratuito e humanizado.

Já, a faixa etária mais jovem, observa-se que alguns destes usuários têm concepção que o SUS é um plano de saúde universal, e, entretanto, apresenta falhas.

Entretanto, é interessante a identificação equânime que permeia a cultura curativista, centralizada no médico entre os usuários, independe de faixa etária, ou grau de escolaridade. Em termos, parece uma cultura transmitida de geração em geração.

Visto que praticamente todos os quando solicitado estratégias ou sugestões sugerem a criação a ampliação de número de postos de saúde, emergências, maior oferta de exames, disponibilidade de mais de especialistas, etc.

Fica evidente que ocupam uma posição passiva, ou seja, desconhecem a importância da participação e controle social.

Todavia, desconhecem ou não acreditam na promoção em saúde realizada pela a Estratégia da Saúde da Família – ESF. Neste caso, a mesma se apresenta como uma abordagem inovadora e criadora de vínculos profissionais mais acolhedores pela valorização do indivíduo em seu contexto familiar e social, já que, trabalha com “adscrição” de clientela, área geográfica delimitada, atua em equipe multiprofissional, etc.

Você, enquanto cliente do SUS, ao buscar atendimento nesta Unidade Básica de Saúde UBS, recebe cuidado assistencial humanizado?

Entretanto, ao se tratar do cliente SUS, privilegia uma relação de submissão, e, não raras vezes, pode ser visto como um simples objeto manipulável, ocupando uma posição passiva apenas de bom usuário.

Nesta perspectiva, o “bom usuário da saúde” é aquele que tem noção dos problemas enfrentados pelo SUS, porém, acredita que ao procurar o setor saúde, recebe uma assistência humanizada.

Quais suas sugestões para melhorar o atendimento no setor saúde em seu município?

Em seus enunciados, a maioria dos usuários tornou evidente o enfoque, ainda, centralizador na “figura do médico”. Nessa relação, prevalece, a cultura do tratamento farmacológico, da medicalização do “*receituário médico, e prescrição de exames*”.

O que interessa, nessa perspectiva, são as receitas, os medicamentos, solicitação de exames, enfim, para o indivíduo a promoção de saúde não existe, o respeito à singularidade e emancipação do indivíduo como co-responsável não é identificada.

Outro fator interessante, que nenhum um dos entrevistados aborda a importância da equipe multiprofissional, neste sentido, atuação com nutricionistas, psicólogos, cirurgião dentistas, assistente sociais, entre outros.

Nesse sentido, sabe-se que os profissionais, principalmente os da enfermagem por permanecer em maior tempo junto ao usuário, acabam ouvindo queixas, angustias, preocupações, enfim sobrecarga de problemas os quais muitas vezes estão diretamente relacionadas aos fatores familiares, sociais e ambientais.

Nesse sentido, a maioria dos usuários que busca atendimento nas UBS são aqueles que regularmente comparecem em busca de conforto, de uma palavra que acalante seu sofrimento, principalmente psicológico.

Isto nos remete a um questionamento quanto à oferta deste profissional para suprir a demanda de usuários, e, quais são os fatores que impedem que o usuário não os reconheça como peça fundamental da equipe de saúde.

Para você qual a relação entre saúde e meio ambiente?

Já, ao avaliar o grau de conhecimento do usuário sobre a concepção de problemas ambientais existentes na comunidade que contribuem para o adoecimento do sujeito como a falta de: saneamento, água, etc. Observa-se, que o sujeito é consciente da interferência dos problemas ambientais no processo saúde-doença.

Esta inter-relação entre saúde e meio ambiente é uma preocupação para a sociedade em geral e principalmente a gestores e trabalhadores da saúde, já que, os indicadores epidemiológicos demonstram o aumento e/ou o surgimento de agravos em saúde devidos a fatores físicos, químicos e biológicos, etc.

Alguns entrevistados destacam a poluição causada por queimadas, consoante a isso, pode-se afirmar que os gases tóxicos liberados na atmosfera causam grande impacto na saúde, por exemplo, destaca-se o monóxido de carbono bastante nocivo à saúde e de responsabilidade pelo o aumento de doenças respiratórias, circulatórias e alérgicas.

Nesse sentido, são várias as patologias como: Asma, bronquite, enfisema, pneumonia, arritmia, hipertensão, infarto, entre outras.

Já, o esgoto a céu aberto é carregado de substâncias tóxicas, materiais orgânicos ou microrganismos patogênicos, caracterizando-se assim, como uma fonte de transmissão de organismos patogênicos como: o grupo de bactérias coliformes formados pelos gêneros: Escherichia, citrobacter, enterobacter, etc. os mesmos são

responsáveis pela transmissão doenças como: febre tifóide, disenteria bacilar, cólera, etc.

Além disso, corrobora ao comprometimento dos recursos hídricos desencadeando assim, doenças de origem e transmissão hídricas, ou seja, a água atua como veículo de agentes infecciosos.

Quanto ao o lixo traz conseqüências danosas ao meio ambiente, devida a demora para se decompor, ao mesmo tempo, estes resíduos, muitas vezes são a fonte de renda de algumas comunidades, através da coleta de materiais como vidros, latas, papel, plástico, etc.

Porém a falta de separação adequada, bem como locais adequados para o armazenamento destes materiais, também expõem as pessoas a doenças, pela proliferação de germes, parasitas, insetos, roedores, contribuem para a degradação do meio ambiente, quando descartados em locais inadequados, como rios, encostas e pátio dos domicílios.

Já, os resíduos sólidos hospitalares também denominados lixo hospitalar, caracterizam-se como um sério problema de gestão hospitalar devido à falta de informação e conhecimento por parte dos trabalhadores, dos pacientes, de seus familiares, e, da comunidade vizinha.

Esse tipo de lixo resulta de produtos hospitalares como: seringas, agulhas, luvas, fraldas, entre outros descartáveis, os quais podem ser contaminados sangue contendo microorganismos patogênicos, vírus e bactérias.

Destaca-se que o recolhimento deste material deve ser realizado por empresas específicas e após o recolhimento deve ser incinerado, ou depositado em aterros sanitários.

Já, a consciência ambiental é uma temática que requer ações e discussões interdisciplinares contínuas. Sob este aspecto entre outros, a crise ambiental nos remete a um dilema em apreender a ter responsabilidade nesse processo de renovação global, ou seja, tomar conhecimento de nosso papel enquanto agente de conscientização e responsabilidade ambiental.

Assim, percebe-se a necessidade de ampliar/construir espaços de reflexão, de sensibilização, de participação dos sujeitos, estimulando-os assim, a convivência harmoniosa entre homem e meio ambiente, saúde e qualidade de vida.

CONCLUSÕES

Ao concluir a presente monografia, foi possível identificar a inter-relação entre educação ambiental e humanização da saúde, já que, ambas as temáticas requerem e convocam os diversos atores sociais a ampliação de um olhar plural e crítico, uma vez que, a sobrevivência do sujeito inserido no processo saúde-doença depende da sustentabilidade ambiental.

Entretanto, após a análise dos resultados obtidos através do questionário item 3 ressalta-se que, o SUS caracteriza-se como um modelo democrático, de gestão participativa, de inclusão social e em defesa da vida.

Em contrapartida, por mais que as estatísticas mostram crescentes avanços na legislação e efetivação do SUS, as práticas cotidianas evidenciam que não houve mudanças significativas no quadro sócio-sanitário em todas as esferas de governo, permanecendo ainda o modelo assistencial curativista e hospitalocêntrico, ou seja, com pouco estímulo às práticas pró-ativas e socialmente responsáveis.

Assim, há grande necessidade de mudanças para por fim à visão equivocada do SUS como apenas um pronto atendimento ou reabilitação da saúde, modelo focado na patologia como historicamente à saúde na sociedade brasileira foi praticada antes do SUS.

Em contrapartida, se faz necessário, efetivar um Sistema Único de Saúde, integral, equânime e universal, baseado na prevenção, promoção, e proteção à saúde. Em contrapartida, isto quer dizer, investir em ações em saúde transversal/integralmente, para contagiar os diferentes atores sociais a exercer sua co-responsabilidade enquanto agentes sociais.

Contudo, identifica-se a omissão das políticas públicas no desenvolvimento e transformação da realidade, em suas respectivas esferas, em seu objetivo de atender as demandas, ampliar e efetivar os direitos de cidadania.

Entretanto, tais fatores podem estar diretamente ligados aos entraves do SUS, em especial o descomprometimento do usuário nos processos de gestão; mais ainda, os fatores condicionantes e agravantes nesse caso são vários os problematizadores como exemplo a falta de saneamento básico, o trabalho, a renda, o lazer, educação, entre outros.

Dentro desta lógica, os cidadãos que direta ou indiretamente precisam do SUS, ficam submetidos a uma relação de submissão e, não raras vezes, podem ser visto como na condição de um simples objeto manipulável, ocupando uma posição passiva.

Ficando evidente que para o usuário em geral prevalece à cultura da medicalização e do “*receituário médico*, exames e maior número de remédios, pronto atendimentos, enfim. Não é possível identificar a emancipação do indivíduo como co-responsável no processo saúde doença e sim uma relação de passividade.

Ao se tratar dos profissionais, estes devem ter conhecimento, e consciência, de que a sua prática, interfere na qualidade vida dos sujeitos. Nesta perspectiva, é necessário ter a sensibilidade e saber compreender e acolher o que existe por trás de cada patologia, seja ela, física, emocional, social ou espiritual.

Porem, isto requer um planejamento do cuidado humanizado, para tanto, faz se necessário ir além da patologia, identificando assim, o contexto em que o indivíduo e sua família estão inseridos e, dessa forma, compreender as reais necessidades deste sujeito.

Para tanto, prestar um acolhimento eficaz, resolutivo, de promoção de vínculos de confiança, requer a autonomia para o usuário expor seus sentimentos, suas angústias, suas dúvidas, seus temores, suas reais necessidades.

Em relação à interferência das questões ambientais no processo saúde - doença é possível afirmar que o indivíduo tem concepção que as causas e as consequências da degradação ambiental interferem diretamente na qualidade de vida, e, conseqüentemente corroboram ao adoecimento. Porem é um desafio tanto para Educação Ambiental bem como a humanização reeducar a conscientização para a sustentabilidade socioambiental.

Entretanto, acredita-se que a inter-relação entre educação ambiental e humanização da saúde pode ser o caminho para viabilizar o aprendizado constante, a mudar ou alterar conceitos, posturas e condutas, no campo de atuação do trabalhador, logo, mudanças nos processos de reconstrução da relação entre sujeito, sociedade e meio ambiente. Além disso, por fim a visão equivocada do SUS como apenas um pronto atendimento ou “reabilitação da saúde”.

Como resultado desta pesquisa, foi elaborado uma Cartilha (em anexo) para os trabalhadores com a finalidade de servir como ferramenta de sensibilização e disseminação da humanização como promotora das práticas assistenciais em saúde mais resolutivas e solidárias.

No entanto sua eficácia dependerá diretamente da fomentação e reflexão dos profissionais envolvidos na produção do trabalho em saúde.

Espera-se que a mesma sensibilize e contagie a humanização da assistência à saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BACKES, D. S.; LUNARDI, W. D. F.; LUNARDI, V. L. **A construção de um processo interdisciplinar de humanização à luz de Freire.** Revista Texto Contexto Enfermagem 2005 Jul. - Set; 14(3): 427-34. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-15&lng=pt. Acesso em Set/2011

BECH, Jaime. Princípios Fundamentais de Atenção à Saúde. In: MISOCZKY, Maria Ceci A.: BECH, Jaime (orgs.) Programa de Desenvolvimento da Gestão em Saúde. **Estratégias de Organização da Atenção à Saúde.** Porto Alegre. Dacasa Editora, P.11-20, 2002.

BETTS, J. **Considerações sobre o que é humano e o que é humanizar.** Sala de Leitura. Instituto A Casa, 2009. Disponível em: <http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=37> Acesso em Set/ 2011.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF, Senado, 1998.

BRASIL, **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde 2006.** Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1114. Acesso em Nov de 2011.

_____. **DIRETRIZES OPERACIONAIS / PACTOS PELA VIDA, EM DEFESA DO SUS E DE GESTÃO.** Série pactos pela saúde. Volume II, 2006.

_____. **DIREITOS DOS USUÁRIOS DO SUS:** Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1114. Acesso em Out de 2011.

_____. **Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde.** Série A. Normas e Manuais Técnicos. 3ª ed. revista e ampliada Brasília – DF 2003.

_____. **HumanizaSUS Gestão participativa Co-Gestão.** Série B. Textos Básicos de Saúde. 2ª Edição. Brasília, 2006.

_____. **Trabalho e Redes de Saúde – Valorização dos Trabalhadores da Saúde.** Série B. Textos Básicos de Saúde. 2ª Edição. Brasília, 2006.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde,** Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Lei 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União (DOU), Brasília, 26 de junho de 1986

DIAS, Genebaldo Freire. Fundamentos da Educação Ambiental. **Cadernos da Católica**: Série Biologia. V. 2, n. 5, p. 11-47, outubro. Brasília: Universa, 1997.

IBGE, 2010. **Censo Demográfico de 2010**. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, dados referentes ao município de Santa Maria-RS, fornecidos em meio eletrônico. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=431690>. Acesso Out. de 2011.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. 5ª Edição. Editora Atlas. São Paulo, 2002.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento. Pesquisa Quali em saúde**. 7ª Edição. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2000.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A- Ofício aos Coordenadores das Unidades Básicas de Saúde- UBS.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
AMBIENTAL**

Santa Maria, 21 de outubro de 2011.

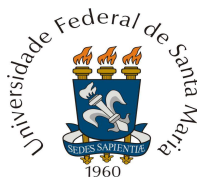
Prezado (a) Senhor (a) Coordenador (a) da..... .

Venho por meio deste, apresentar a vossa senhoria a acadêmica do Curso de pos graduação em educação ambiental, da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, Aristéia Mariane Kayser, autora do projeto de pesquisa cujo título é: **Educação ambiental e Humanização uma Estratégia de Saúde**. Esta pesquisa corresponde ao trabalho final do curso de Educação ambiental. Para realização deste trabalho é necessária a aplicação de instrumentos de pesquisa para a coleta de dados. Solicito a autorização para realizar esta pesquisa. Anexo, encaminho o projeto.

Atenciosamente,

Drº Jorge Orlando Cuéllar Noguera – Orientador

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO AMBIENTAL**

Santa Maria 21/10/11

Pelo presente termo de consentimento, declaro que fui informado (a) de forma clara, das justificativas, dos objetivos e dos procedimentos da pesquisa: **Educação ambiental e Humanização uma Estratégia de Saúde.**

Justificativas**Objetivos da pesquisa****Objetivo geral**

- Desenvolver e/o ampliar um olhar crítico entre os trabalhadores em saúde quanto à necessidade da educação ambiental para o desencadeamento do processo reflexão – ação nas ações em saúde, e, principalmente em trabalhar a inclusão social conforme requer o SUS.

Objetivos específicos

- Contextualização dos dispositivos da PNH como ferramenta do profissional enfermeiro em função da educação ambiental.
- Criar uma Cartilha de ação nas ações de atendimento em função da educação ambiental e humanização da saúde visando fomentar a reflexão entre os profissionais atuantes nesta.

Como será feita a pesquisa:**Fui informada ainda:**

- Dos riscos e benefícios do presente estudo, assim como da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca da metodologia, riscos, benefícios e outros aspectos relacionados com a pesquisa desenvolvida. Os riscos projetados para esse estudo.
- Que não terei nenhum tipo de ônus em participar da mesma, tampouco terei ressarcimento, indenização, ou

recebimento de valores por ter participado dessa pesquisa. Estou consciente de que minha participação é voluntária;

- Da liberdade de participar ou não da pesquisa, tendo assegurado essa liberdade sem quaisquer represálias atuais ou futuras, podendo retirar meu consentimento em qualquer etapa do estudo sem nenhum tipo de penalização ou prejuízo;
- Da segurança que não serei identificada e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas com a minha privacidade, a proteção da minha imagem e a não estigmatização;
- Da garantia que as informações não serão utilizadas em meu prejuízo;
- Da liberdade de acesso aos dados do estudo em qualquer etapa da pesquisa;
- Da segurança de acesso aos resultados da pesquisa.

A pesquisa observará também a sua adequação no que diz respeito aos princípios científicos que a justifiquem e com possibilidades concretas de responder a incertezas, prevalecendo sempre às probabilidades dos benefícios esperados sobre os riscos previsíveis, tanto individuais como coletivos.

Neste termo e considerando-me livre e esclarecido (a), consinto em participar da pesquisa proposta, resguardando à autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

A acadêmica responsável por este estudo é Aristéia Mariane Kayser amarianekayser@yahoo.com.br que está sendo desenvolvido sob a orientação do Professor Dr. Jorge Orlando Cuéllar Noguera Jocunoguera@Hotmail.com.

Data: Nome do participante ou responsável _____

Assinatura: _____

Obs.: O presente documento, em conformidade com a Resolução 196/96 e do Conselho Nacional de saúde, e pelo material elaborado pelo comitê de ética da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM (2011). Será assinado em duas vias de igual teor, ficando uma via em poder do participante e a outra em poder da autora deste projeto.

APÊNDICE C – Questionários

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO AMBIENTAL**

1- O que significa para você humanização da assistência à saúde?
2- Como você presta o cuidado humanizado em uma Unidade Básica de Saúde?
3- Que estratégias você apontaria para a humanização do cuidado?

Professor Dr^o Jorge Orlando Cuéllar Noguera Jocunoguera@hotmail.com / 91485356
Acadêmica: Aristéia Mariane Kayser amarianekayser@yahoo.com.br /96321678



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO AMBIENTAL

1 O que você entende por Sistema Único de Saúde – SUS?
2 Você enquanto cliente do SUS ao buscar atendimento nesta Unidade Básica de Saúde – UBS recebe cuidado assistencial humanizado?
3 Quais suas sugestões para melhorar o atendimento no setor saúde em seu município?
4 Para você qual a relação entre saúde e meio ambiente?

Professor Drº Jorge Orlando Cuéllar Noguera Jocunoguera@hotmail.com / 91485356
Acadêmica: Aristéia Mariane Kayser amarianekayser@yahoo.com.br /96321678

APÊNDICE D – Cartilha

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO AMBIENTAL**

Esta Cartilha é uma iniciativa da aluna e professor do curso de Pós-Graduação em Educação Ambiental da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, e foi elaborada especialmente para trabalhadores responsáveis por desencadear suas ações em saúde em Unidades Básicas de Saúde – UBS no município de Santa Maria - RS.

Apresenta conceitos, informações, leis e reflexões, de forma simples e objetiva, sob o Sistema Único de Saúde – SUS e a Política Nacional de Humanização – PNH chamando a atenção para exemplo da assistência humanizada também denominado “*o SUS que da certo*”.

Elaborada a partir do conhecimento das cartilhas da humanização da saúde disponibilizadas pelo Ministério da Saúde – MS a todos os atores sociais que compõem o cenário saúde com a finalidade de servir como ferramenta de sensibilização à reflexão-ação das práticas assistências humanizadas do SUS.



Santa Maria, 22 novembro de 2011.



Instituído pela **Constituição Federal de 1988**. Art. 196 a 200 e, pelas Leis Orçamentárias 8080/90 e 8142/90. Seus **Princípios** são: a **Universalidade, Equidade, Integralidade, Descentralização, Regionalização, Controle e Participação Social**.



Art. 196 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e **ao acesso universal e igualitário às ações e serviços** para sua **promoção, proteção e recuperação**.

Art. 198 - As ações e serviços públicos de saúde integram uma **rede regionalizada e hierarquizada** e constituem um sistema único.

O SUS QUE NÃO É LEGAL



Paciente na ficar na **fila** esperando atendimento médico.

Aguardar **várias horas numa sala de espera** é desumano.



Horas perdidas na recepção e os minutos dentro do consultório.

Placas informando não há emergências, não há remédios, não há médicos...

Demora na marcação de exames...

“Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde”.



1. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.
2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.
3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.
4. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.
5. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada.
6. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

O SUS QUE DA CERTO

Um novo modo de fazer mudanças na saúde cuja premissa é à inclusão.

O **Humaniza SUS** é uma política de **re-encantamento** do concreto, de **valorização da capacidade de criar, de superar, de avançar ...**

Incluir para **co-produzir** novos modos de gerir e novos modos de cuidar. **Incluir para produzir mais e melhor saúde.**

Humanizar é preciso



Assim, há necessidade **reflexão-ação** sob os desafios de “**como fazer**”.

Como **superar relações hierarquizadas e autoritárias** que quase impedem a comunicação entre as pessoas?

Como **reposicionar sujeitos na relação do cuidado e da gestão do trabalho em saúde?**



Como **construir contratos terapêuticos co-responsabilização** pelo cuidado?

Todas estas perguntas têm rede social um único foco: as **relações de poder** que se estabelecem entre gestores, trabalhadores e usuários.

Dispositivos Disponibilizados Pela Política Nacional De Humanização



Acolhimento com Classificação de Risco pressupõe-se a **criação de espaços de escuta, de recepção** que proporcione a interação de usuário e trabalhador, **que seja acolhedor confortável** produzido pela introdução de vegetação, iluminação, cores, à utilização de mobiliários que sejam confortáveis que permita privacidade ao usuário.



Apoio matricial ou temático: Nova lógica de produção do processo de trabalho onde um **profissional atuando em determinado setor oferece apoio em sua especialidade para outros profissionais, equipes e setores**, funciona como apoio, **referência para outras equipes.**

Equipe de Referência: constituída por profissionais de diferentes áreas e saberes (interdisciplinar, transdisciplinar), organizados em função dos objetivos/missão de cada serviço de saúde, sendo referência para os usuários desse serviço.



Ambiência: espaço que possibilita a reflexão da produção do sujeito e do processo de trabalho visa a **confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos.**



Visita Aberta e Direito de Acompanhante: amplia as possibilidades de acesso para os visitantes de forma a **garantir o elo entre o paciente, sua rede social** mantendo latente o projeto de vida do paciente.



Controle Social: Participação popular na **formulação de projetos e planos, definição de prioridades fiscalização e avaliação das ações e serviços**, nos diferentes níveis de governo, destacando-se, na área da saúde, as **Conferências e os Conselhos de Saúde.**



Grupo de Trabalho de Humanização (GTH): Integrado por pessoas interessadas em discutir e com **objetivo de intervir na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde.**



Trabalho e redes de saúde: as instituições devem ser **espaços de produção de bens e serviços para os usuários**, de valorização do potencial inventivo dos sujeitos que trabalham nessas Instituições/Serviços: **gestores, trabalhadores e usuários.**