



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

MÁRCIA OLIVEIRA COELHO

**HUMANIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE NA ATENÇÃO
BÁSICA DE FORTALEZA-CE: caminhos e descaminhos**

**FORTALEZA – CEARÁ
2006**

Márcia Oliveira Coelho

HUMANIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA DE
FORTALEZA-CE: caminhos e descaminhos

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Políticas e Serviços de Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Salete Bessa Jorge.

Fortaleza – Ceará
2006

Universidade Estadual do Ceará
Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública

Título do Trabalho: HUMANIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE NA ATENÇÃO
BÁSICA DE FORTALEZA-CE: caminhos e descaminhos

Autora: Márcia Oliveira Coelho.

Data da Defesa: 26/12/2006

Conceito obtido: Satisfatório

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Maria Salete Bessa Jorge
Universidade Estadual do Ceará – UECE
Orientadora

Prof.^a Dr.^a Marluce Maria Assis Araújo
Universidade Federal da Bahia – UFBA

Prof.^a Dr.^a Sandra Maia Farias Vasconcelos
Universidade Estadual do Ceará – UECE

Prof.^a Dr.^a Maria Veraci Oliveira Queiroz
Universidade Estadual do Ceará – UECE

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação a duas pessoas muito queridas e sempre presentes nesta jornada: a minha mãe e o meu pai, pelo amor e pela simplicidade com que me ensinaram a persistir na busca dos meus ideais e a transformar meus sonhos em realidade.

AGRADECIMENTOS

Aos familiares e amigos, especialmente Geraldo, que sempre esteve presente comigo nessa jornada ajudando-me nos momentos difíceis.

À Professora Doutora Maria Salete Bessa Jorge, orientadora e incentivadora no desenvolvimento desta pesquisa, por acreditar no potencial do meu trabalho, pela acolhida às minhas inquietações e pela confiança com que sempre me conduziu durante este percurso.

À Professora Doutora Sandra Maia F. Vasconcelos, pelas sugestões tão pertinentes ao analisar o projeto desta pesquisa na Banca de Qualificação e por aceitar participar de mais este momento de discussão.

À minha turma de mestrado, pelo prazer de convivência com cada um de vocês durante nossa formação: Francisca Leonete Borges de Almeida, Claudia Machado Vasconcelos, Maria de Fátima Ferreira de Oliveira, Filomena Maria de Costa Pinheiro, Cinthia Maria Cavalcante, Daniele G. Cássias Rodrigues, Carla Mônica Nunes Porabo, Francisco Jorge Hilo Amora Sales, Ana Vanúcia Martins de Carvalho, Regina Stella F. Elias Cymrot, Soráia Pinheiro Machado, Rui Darlan Gonçalves, Maria Celestina S. Oliveira, Francisco Trindade.

Às equipes do PSF, funcionários e usuários das Unidades Básicas de Saúde da Família do município de Fortaleza, cujo auxílio foi inestimável. Obrigada por tudo.

À Secretaria de Saúde Municipal de Fortaleza, especialmente na figura do Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade, Secretário Municipal de Saúde de Fortaleza.

À FUNCAP, pelo apoio financeiro durante o período do Mestrado.

À Universidade Estadual do Ceará, na qual apresentei esta dissertação.

O verdadeiro eu está além do corpo grosseiro e da mente sutil. Ele é o princípio ativo potente do corpo e da mente. Sem conhecer a necessidade da alma adormecida, ninguém pode ser feliz simplesmente com o desfrute físico e mental... As necessidades da alma espiritual é que têm de ser satisfeitas. Quem só limpa a gaiola do pássaro, não satisfaz o pássaro.

Shila Prabhupaba

RESUMO

Para os trabalhadores da saúde e usuários, a humanização pode apresentar significações diversas e ter uma natureza subjetiva no lidar com cada um dos diferentes interesses de natureza estética, emocional, moral, entre outros fatores culturais de cada um dos sujeitos envolvidos na construção da saúde. Assim, esta pesquisa tem por objetivos descrever as ações desenvolvidas pelos trabalhadores do Programa Saúde da Família e das Unidades Básicas de Saúde da Família na busca da humanização do atendimento, discutindo como os usuários e trabalhadores percebem o acesso, acolhimento e vínculo na perspectiva da humanização do atendimento e do cuidado integral na atenção básica do município de Fortaleza-CE e, ao mesmo tempo, identificando como os trabalhadores de saúde e usuários da atenção básica compreendem a participação da comunidade na perspectiva do controle social. A pesquisa é de natureza descritiva, com enfoque de análise qualitativa, tendo sua base teórica de humanização do atendimento incluída na concepção de tecnologia leve e a Política de Humanização do Ministério da Saúde. Os dados foram colhidos no contexto de grupos focais, com divisão em dois grupos: o primeiro grupo com dois agentes administrativos, um vigilante e um de serviços gerais e o segundo grupo com a equipe de saúde da família, conforme critério de equipe completa e estendida do PSF (um médico, um enfermeiro, um cirurgião-dentista, um auxiliar de enfermagem, um atendente de consultório dentário e quatro a seis agentes comunitários de saúde), sendo uma equipe em cada Secretaria Executiva Regional no total de seis equipes. Também se utilizou para obtenção dos dados à entrevista clínica com os usuários assistidos pelas equipes do PSF pertencentes à área de cobertura. Para análise dos dados, seguiu-se a técnica de análise de conteúdo categorial temática. Os resultados apontam que o caminho para a humanização das ações de saúde na atenção básica é longo, pois depende de inúmeros fatores, de um modo geral uma mudança pessoal na forma de tratamento às pessoas e a nós mesmos; para os trabalhadores das UBASFs, melhores condições de ambiente de trabalho, salarial e de estabilidade no emprego e para os usuários, atendimento integral e resolutivo. Conforme se percebeu, vários são os determinantes que dificultam a humanização do atendimento. Entre estes, incluem-se os seguintes: o modelo de formação dos trabalhadores da saúde mantém-se distante do debate e da formulação das políticas públicas de saúde a precariedade da estrutura física de algumas UBASFs não favorece o desempenho adequado das ações de saúde e ainda prevalecem ações individualizadas até mesmo dentro de uma mesma instituição de saúde, e a comunicação inadequada entre os níveis de atenção. Isto requer melhor participação dos sujeitos para fazer valer os direitos tanto dos trabalhadores da saúde como dos usuários do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Humanização, Ações de Saúde, Atenção Básica.

SUMMARY

To the workers of health and users, the humanization can present diverse meanings and to have one subjective nature to treat with each one of different interests of plastic, emotional, moral nature among others cultural factors of each one of subjects involved in production of health. Thus, this research have as objectives to describe the actions developed by workers of Health Family Program and Basic Units of Family Health in search of humanization of attendance, discussing how the users and workers notice the access, welcome and link in perspective of humanization of attendance and integral care in basic attention of municipal of Fortaleza/CE and, at same time, identifying how the workers in health and users of basic attention comprehend the participation of community in the perspective of social control. The research is descriptive nature, with focus of qualitative analysis having its theoretical basis of humanization of attendance included in conception of soft technology and politics of humanization of Health Ministry. The data were gotten in context of focal groups, with division into two groups: the first group with two administrative agents, a ward, one of general services and the second group with the team of family health, according criteria of complete and stretched team of PSF (one physician, one nurse, one surgeon-dentist, one nursing supporter, one receptionist of dentistry room and four to six health communitary agents), being a team in each Regional Secretary Executive, totalizing six teams. Also used to getting the data the clinical interview with users assisted by teams of PSF belonged to covering area. To analysis the data, it followed the technique of analysis of thematic categorial content. The results pointed out that the way to humanization of actions of health in basic attention is long, so it depends on several factors, of general mode one personal change in form of treatment to people and ourselves; to the workers of UBASF, better conditions of work ambient, income and stability in job and to the users, integral and resolute attendance. According the noticed, several are determinant that difficult the humanization of attendance. Among them, include the following ones: the model of formation of health professionals keeps away of debate and formulation of health public politics, the weakness of physical structure of some UBASFs, not easier the adequate enhance of actions of health and still prevails individualized actions even inside of same institution of health, and do not exist communication between the levels of attention. This requires better participation of subjects to make real the rights as the workers of health as the users of Only System Health.

Key-Words: Humanization, Actions of Health, Basic Attention.

SUMÁRIO

RESUMO.....	7
SUMMARY.....	8
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	11
LISTA DE QUADROS.....	12
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	13
1 A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO E O CAMINHO TEÓRICO.....	14
1.1 Aproximação e envolvimento com o objeto de estudo.....	15
1.2 O recorte do objeto de estudo.....	19
1.2.1 Humanização como tecnologia leve.....	19
1.2.2 O cuidado integral na atenção à saúde.....	24
1.2.3 Participação da comunidade na perspectiva do controle social.....	25
1.3 Caminho teórico.....	28
1.3.1 Desenvolvimento histórico da humanização do atendimento à saúde.....	28
1.4 As políticas de humanização: nacional, estadual e municipal.....	36
1.5 Programa saúde da família e suas interfaces.....	42
1.5.1 Atribuições das equipes do programa saúde da família.....	46
2 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	53
2.1 Natureza e tipo de pesquisa.....	54
2.2 Campo empírico da pesquisa.....	55
2.2.1 A organização das ações desenvolvidas nas UBASFs.....	57
2.2.2 Estrutura física das UBASFs.....	60
2.3 Participantes da pesquisa.....	62
2.4 Mecanismos e técnicas de apreensão das informações.....	66
2.5 Questões éticas.....	69
2.6 Análise e interpretação dos dados.....	70
3 O CUIDADO INTEGRAL E AS TECNOLOGIAS LEVES: atenção básica de Fortaleza-CE.....	71

3.1 Acesso com acolhimento e vínculo no cuidado integral.....	77
3.2 Valorização dos trabalhadores e usuários.....	87
3.3 Participação da comunidade nas UBASFs.....	92
4 HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: até onde caminhamos?.....	98
REFERÊNCIAS.....	102
APÊNDICES.....	108
Apêndice I: Temário do Grupo Focal.....	109
Apêndice II: Roteiro da Entrevista Clínica – Usuários.....	110
Apêndice III: Roteiro de Observação Sistemática.....	111
Apêndice IV: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Equipe do Programa Saúde da Família.....	112
Apêndice V: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Trabalhadores da Unidade de Saúde (Agente Administrativo, Zeladores e Vigilantes).....	114
Apêndice VI: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Usuários.....	116
ANEXO.....	118
Anexo I: Parecer do Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará...	119

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C.	Antes de Cristo
ACD	Atendente de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
Art.	Artigo
CAPS AD	Centro de Atenção Psíquico Social: Álcool e Drogas
CEREST	Centro de Referência da Saúde do Trabalhador
CIES	Centro Integrado de Educação e Saúde
CF	Constituição Federal
CLS	Conselhos Locais de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CSF	Centro de Saúde da Família
CSU	Centro Social Urbano
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Equipe de Saúde da Família
ESP-CE	Escola de Saúde Pública do Ceará
GTH	Grupo de Trabalhadores de Humanização
MS	Ministério da Saúde
MEC	Ministério da Educação e Cultura
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa Saúde da Família
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatístico
SER	Secretaria Executiva Regional
SUS	Sistema Único de Saúde
THD	Técnico em Higiene Dental
UBASF	Unidade Básica de Saúde da Família

LISTA DE QUADROS

Quadro I:	Comparativo entre tecnologia de produção de sapato e tecnologia da produção de saúde.....	21
Quadro II:	Demonstrativo das ESF, ESB e ACS de janeiro de 1999 a setembro de 2006, no município de Fortaleza-Ceará.....	50
Quadro III:	Demonstrativo das Secretarias Executivas Regionais por unidade de saúde – Fortaleza-Ceará, 2006.....	56
Quadro IV:	Grupos de representantes participantes do estudo.....	63

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Mapa I: Divisão do município de Fortaleza-CE, por Secretarias Executivas Regionais.....	57
Figura I: Estrutura organizacional das UBASFs de Fortaleza.....	58

1 A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO E O CAMINHO TEÓRICO

Todo ser, mesmo aquele fechado na mais banal das vidas, constitui ele próprio um cosmo. Traz em si multiplicidades interiores, personalidades virtuais, uma infinidade de personagens quiméricos, uma poliexistência no real e no imaginário, no sono e na vigília, na obediência e na transgressão, são, no sentido ostensivo e no secreto, balbúcius embrionários em suas cavidades e profundezas insondáveis.

Edgar Morin, 2002.

1.1 Aproximação e envolvimento com o objeto de estudo

As motivações para a realização deste estudo decorreram do nosso trabalho como trabalhadores atuantes no Programa Saúde da Família (PSF), desde janeiro de 1997. No mesmo ano, iniciamos uma especialização voltada para a área de saúde pública, seguida de outra especialização em saúde da família, que nos serviu de impulso para cursarmos o Mestrado Acadêmico em Saúde Pública.

Em nossa atuação como trabalhadores do PSF do município de Fortaleza -CE, observamos que muitos são os problemas enfrentados no dia-a-dia dos serviços de saúde, referentes ao fator humano, o qual pode ser capaz de atitudes humanas e também desumanas construídas nas relações com o outro no cotidiano.

Na atenção básica o PSF surge como uma estratégia de reorientação do modelo de saúde vigente de forma assistencial e individualista, centrado em queixa-conduta, mediante ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, por meio de equipes de saúde que fazem atendimento na unidade de saúde na comunidade, no nível de atenção primária (FORTALEZA, 2000).

Apesar dos avanços referentes ao atendimento de saúde à população mais carente, ainda enfrentamos o atendimento baseado em queixa-conduta, no qual o usuário passa a ser atendido de forma fragmentada, cujos fatores sociais, econômicos, culturais, entre outros que influenciam a sua situação de saúde, não são levados em consideração.

A estrutura física dos serviços de saúde não favorece a satisfação dos trabalhadores e usuários. Os trabalhadores cumprem uma carga horária de 8 horas diárias e não possuem sala de repouso, nem refeitório, devido à arquitetura das unidades de saúde do antigo modelo de atenção, que privilegiava o setor hospitalar em detrimento da atenção básica.

Neste contexto a humanização da atenção surge como uma proposta de contemplar uma nova forma de atuação em saúde. Para isto, adota o estabelecimento de relações entre trabalhadores, usuários e comunidade, com vistas à subjetividade. Esta envolve fatores inerentes à realidade individual e social

de diferentes culturas e modos de ver o binômio saúde/doença, pelo compromisso de cada sujeito em contribuir para a resolução de seus problemas de saúde.

A humanização passa, então, a ter um sentido bem mais amplo do que uma forma de conduta humana, parte de um princípio humanizador integrante, ou seja, a humanização fazendo parte de todas as ações de saúde que irão contribuir para aprimorar a atenção à saúde.

Contudo, a humanização não é um assunto novo, colocado em nosso meio; também não é uma conduta a ser assumida somente como trabalhadores da saúde, mas é, acima de tudo, uma atitude que deveria estar presente em nosso cotidiano, em nosso agir como pessoas e como trabalhadores comprometidos.

Como trabalhadores da saúde devemos assumir o compromisso ético e moral de agirmos com humanização, provida de cuidado, sentida, vivida, exercitada cotidianamente. Portanto, humanizar é também estar presente, amparar, apoiar alguém necessitado de ajuda.

Porém, ao contrário do que deveria ser uma norma de conduta humana, conforme observamos nos meios de comunicação em geral, a sociedade vem denunciando as atitudes desumanas dos trabalhadores da saúde, atitudes variáveis desde a falta de atendimento até os maus-tratos com os pacientes, associados à precária estrutura dos serviços de saúde.

Neste contexto, alertamos: os usuários não podem ser usados como objetos para os propósitos de atenção à saúde. Do mesmo modo, os trabalhadores da saúde não podem ser tratados desrespeitosamente e, às vezes até desumanamente, pelos usuários, que muitas vezes responsabilizam os trabalhadores pela falta de atendimento e até pela infra-estrutura para funcionamento adequado do serviço.

Como percebemos, as situações desumanizantes enfrentadas tanto pelos usuários quanto pelos trabalhadores são frutos de um processo histórico, resultante de enorme dívida social, sobretudo no referente à saúde da população de modo geral, a qual, somente com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), particularmente a mais carente, passou a ter acesso à saúde de qualidade. Por se tratar de fatos

historicamente recentes, se comparados aos anos de injustiça social, muitas foram conquistas no campo da saúde, embora ainda haja muito a se conquistar.

No atual momento histórico urge humanizar a atenção à saúde e fazer valer os princípios do SUS para o enfrentamento de situações tais como falta de acolhimento, pouca valorização dos trabalhadores em saúde, falta de vínculo entre profissionais e usuários e a fragmentação no processo de atenção, entre outros problemas.

A necessidade de humanizar a atenção à saúde surgiu como proposta de mudanças no modelo de atenção e gestão. Para isso, está em implantação uma Política Nacional de Humanização da atenção e gestão no Sistema Único de Saúde – HumanizaSUS, que busca aprimorar cada vez mais nosso sistema de saúde vigente.

A proposta da humanização com uma política é uma conquista por representar um conjunto de princípios e diretrizes presentes em todos os níveis de atenção, práticas e serviços de saúde. Ademais, traz a visão do sujeito como parte integrante na construção das condições de uma vida saudável.

Baseados nisto, para atuarem com as pessoas e comunidade os trabalhadores da saúde deveriam ter conhecimento de todos os determinantes sociais, econômicos, biológicos, psicológicos, culturais e epidemiológicos de sua população assistida, bem como capacidade de estabelecer estratégias de intervenção para os problemas de saúde. Contudo, neste processo, é preciso respeitar os problemas individuais do usuário, e, ao mesmo tempo, entender as complexas relações do mundo moderno com o ser humano e suas influências na saúde e doença.

Acerca disto, como afirma Carvalho (2003), o ser humano não pode e não deve ser visto como “o portador de uma doença” ou de forma fragmentada pela anatomia, e sim como um todo, um ser representado por seus aspectos físicos, biológicos, sociais, espirituais e psicoafetivos.

Conforme preconizado, o HumanizaSUS tem como princípios: a inseparabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde; a transversalidade e a autonomia e protagonismo dos sujeitos (BRASIL, 2006b).

Todos os envolvidos na construção da saúde, quer sejam usuários¹ ou trabalhadores da saúde², são seres humanos que sentem, decidem, percebem, têm crenças e valores que lhes são próprios, que interagem com os outros e com o ambiente, desempenhando nele seus papéis.

Como a humanização é um conceito construído de acordo com o contexto histórico e mutável à medida que o homem e a sociedade evoluem, não pode ter uma definição única e absoluta. De acordo com Sampaio (2005: 9), “[...] humanização é uma problemática, não tem definição categórica, ninguém pode andar por aí com uma receitinha de humanização, uma apostila para decorar, é uma construção processual, refeita a cada momento histórico.”

Entretanto, a humanização para os trabalhadores da saúde e usuários, pode apresentar significações diversas e possuir uma natureza subjetiva, no lidar com cada um dos diferentes interesses de natureza estética, emocional, moral, entre outros fatores culturais de cada um dos sujeitos envolvidos na produção da saúde. Na nossa pesquisa o foco está voltado para a humanização das ações de saúde na atenção básica de Fortaleza-CE.

Com isto pretendemos a construção e estabelecimento de estratégias no intuito de implementar ações de atenção humanizada, por via de uma construção coletiva dos sujeitos, com o intuito de reverter o quadro de situações desumanizantes existentes na atenção à saúde, associado ao embasamento teórico sobre humanização do atendimento.

Essas ações poderão contribuir para a concretização da proposta do SUS ao possibilitar melhorar a qualidade do atendimento, por meio da participação dos sujeitos³ envolvidos no processo de produção da saúde. Neste caso, a premissa

¹ O termo usuário foi empregado pelas autoras nesta pesquisa por ter um aspecto amplo de significado envolvendo aquele que usa e todo o seu contexto social. Vai além do conceito de cliente (com capacidade contratual e de contrato terapêutico efetuado) e do tradicional conceito de paciente (aquele que se submete, passivamente, sem criticar o tratamento recomendado).

² O termo trabalhador de saúde empregado nessa pesquisa foi atribuído a todos os trabalhadores que de forma direta ou indireta atuam na produção de saúde, sejam trabalhadores de formação superior, técnica ou mesmo prestadores de serviços tais como recepção, limpeza, vigilância. Portanto, sem a atuação desses sujeitos o trabalho em saúde não seria possível.

³ O termo empregado como sujeitos tem como sentido a identidade pessoal resultante de um processo de produção de subjetividade determinado por múltiplas influências: familiares, políticas, econômicas, ambientais, entre outros fatores culturais.

adotada é a seguinte: os trabalhadores da saúde interagem com os usuários, estabelecendo vínculos e laços de confiança.

1.2 O recorte do objeto de estudo

Tomamos como matriz teórica o cuidado integral, participação popular e as tecnologias leves: acesso com acolhimento, vínculo, relações afetivas e interpessoais.

Nas nossas pesquisas referentes à humanização da atenção, ressaltamos artigos e documentos do Ministério da Saúde nos quais são feitas referências às tecnologias das relações, classificadas como tecnologias leves. Com a finalidade de conhecer mais a respeito do assunto, buscamos a discussão sobre o conceito de tecnologia de Gonçalves (1994) e de Merhy (2005).

1.2.1 Humanização como tecnologia leve

A tecnologia como elemento constituinte do processo de trabalho em saúde foi discutida por Gonçalves, que tece uma análise crítica ao pensamento contemporâneo e do significado reduzido do termo tecnologia como sendo um conjunto de instrumentos materiais do trabalho. Para o autor:

Seria mais correto, portanto, ampliar o espaço de vigência do conceito de tecnologia desde a dimensão técnica mais geral do trabalho até a dimensão técnica mais particular de um processo singular de produção, discriminar as determinações referentes a todos os níveis de abstração em que a reflexão ou a prática se realizem (GONÇALVES, 1994: 19).

Neste sentido, a tecnologia é analisada como saber e por seus desdobramentos materiais e não-materiais na produção dos serviços de saúde. As práticas do trabalho na atenção básica devem incluir diversas tecnologias de maneira adequada conforme as necessidades de saúde, que são as ações e serviços de saúde necessárias aos os sujeitos para ter melhores condições de vida, sem reduzir o atendimento que requer tecnologias materiais.

A tecnologia da saúde⁴ como processo de trabalho que compõe as diversas áreas do conhecimento não significa apenas a produção de bens e produtos como objetos, mas bens e produtos simbólicos, que têm valor de uso, capazes de satisfazer necessidades. Nesse sentido, a humanização na saúde é um conjunto de conhecimentos, processos e métodos usados como ramo de atividade na área da saúde que tem a oferta de tecnologias e dispositivos para configuração e fortalecimento de redes de saúde. Neste caso, a humanização é uma tecnologia expressa por meio de bens e produtos simbólicos.

Para Merhy (2005), as tecnologias podem ser assim classificadas: leve, leve-dura e dura. Todas tratam a tecnologia de forma abrangente, mediante análise de todo o processo produtivo, até o produto final. O autor descreve como exemplo a produção do sapato na qual o sapateiro, até chegar ao produto final, utiliza a matéria-prima, isto é, o trabalho morto, mas para se chegar a isso, exige-se a atuação do homem sobre o que é extraído da natureza.

Para se fazer o sapato a ser transformado de matéria-prima em produto final, o sapateiro deverá ter conhecimento de como executar essa transformação, que é o conhecimento da técnica (sua história, habilidades, inteligência, capacidade inventiva), o saber tecnológico. Neste processo, a experiência do sapateiro terá influência na produção do sapato, o modo como foi produzido o sapato, trabalho morto, por meio do trabalho vivo, o conhecimento.

Em uma analogia com o exemplo anterior, tal qual no processo de produção da saúde, são utilizados saberes, equipamentos e máquinas como produto final à saúde do indivíduo e coletividade, mas como trabalho vivo em ato permanente, conforme representado no quadro I, a seguir.

⁴ Para mais detalhamento a respeito de tecnologia em saúde sugerimos a leitura do texto de Merhy e Onocko, intitulado: Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: _____. **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC, 2006. p. 113-150.

Quadro I: Comparativo entre tecnologia de produção de sapato e tecnologia da produção de saúde.

PRODUÇÃO DA SAÚDE	PRODUÇÃO DE SAPATO
TECNOLOGIA LEVE	
Vínculo, tomada de decisões, acolhimento, organização do processo de trabalho.	Organização do trabalho, o que vai ser necessário para produzir o sapato.
TECNOLOGIA LEVE-DURA	
Saberes bem estruturados no processo de trabalho em saúde.	Saber tecnológico, saber-fazer sapatos.
TECNOLOGIA DURA	
Equipamentos tecnológicos (máquinas), normas, estruturas organizacionais.	Matérias-primas que deverão ser usadas, ferramentas.

Fonte: Adaptado de Merhy (2005).

As tecnologias tidas como leves são as das relações, cujas necessidades no trabalho em saúde perpassam pelo processo de acolhimento, vínculo, atenção integral como gerenciador dos processos de trabalho, a valorização dos trabalhadores e usuários.

De acordo com Merhy *et al* (2006), a humanização do atendimento como tecnologia leve é uma forma de gerenciamento do trabalho nos processos de relação. A atenção integral é tida como gerenciadora dos processos de trabalho humanizado, tem como ações a promoção da saúde, prevenção das doenças, recuperação da saúde e humanização do atendimento.

O vínculo como tecnologia leve das relações no PSF parte do princípio de que os profissionais deverão estabelecer a responsabilização pela área adstrita; conseqüentemente ocorre uma interação mútua geradora de vínculos, “laços”, entre os trabalhadores da saúde e os usuários, necessário ao mecanismo tecnológico para o desempenho do trabalho de acordo com a filosofia do PSF.

Além do vínculo, para existir um trabalho humanizado deve existir também a valorização dos trabalhadores e usuários dentro do serviço. Portanto, os trabalhadores precisam ser reconhecidos pelo trabalho desempenhado, ter condições adequadas de trabalho, ser devidamente remunerados e os usuários ter seus direitos garantidos.

Como tecnologia leve o acolhimento direciona para o estabelecimento de estratégias de atendimento, o qual envolve os trabalhadores, gestores e usuários. Com isso, as necessidades sentidas pelos usuários poderão ser trabalhadas pelas equipes do PSF de forma a resolver suas reais exigências de saúde.

Quando trabalhamos com a humanização do atendimento, a primeira ação a ser feita por toda a equipe ao receber a pessoa como usuário é a de prestar acolhimento. A esse respeito, Sucupira (2005: 30) comenta:

O acolhimento da pessoa que procura o cuidado de saúde se expressa na relação que se estabelece entre o usuário e o profissional que o atende. Uma relação que deve ser pautada pelo respeito, pela solidariedade, mas principalmente pelo reconhecimento de que o atendimento não é um favor que o serviço faz ao indivíduo, mas o cumprimento de uma obrigação desse serviço para com um direito da população.

Como profissionais da saúde, deveríamos acolher os usuários de modo a reconhecê-los pelo nome, procurando saber os motivos de sua vinda à unidade. O simples fato de darmos boas-vindas estará abrindo um leque para o usuário relatar com confiança suas reais necessidades de saúde.

A esse respeito, conforme comenta Inojosa (2005: 27), “acolher é ter uma rede de confiança e solidariedade entre cidadãos, usuários, profissionais e equipes de saúde, tornando a produção da saúde um encontro de paz”. Se o usuário é bem recebido pela unidade de saúde, se tem seu atendimento garantido, já demos o primeiro passo para a adesão ao tratamento e resolução dos problemas de saúde, pois estaremos estabelecendo uma relação de confiança e respeito por quem procura um atendimento.

Na opinião de Teixeira (2005: 592), o acolhimento deveria ser do tipo dialogado, “como uma técnica de conversa passível de ser operada por qualquer profissional, em qualquer momento de atendimento, isto é, em qualquer dos encontros, que são enfim, os ‘nós’ dessa imensa rede de conversações que são os serviços”. Corroboramos esta opinião, pois o acolhimento com diálogo é aquele em que o profissional ouve e discute com o usuário na tentativa de conhecer e resolver suas necessidades e o modo melhor de satisfazê-las.

No estabelecimento de um diálogo entre o trabalhador da saúde e o usuário, poderemos encontrar a solução conjunta para os problemas de saúde, já que muitas vezes o desabafo traz a resposta para determinada dificuldade. Ao mesmo tempo, poderemos trabalhar com o conhecimento popular, que faz parte da cultura do paciente e jamais deverá ser rejeitado. Mas a troca de conhecimentos só poderá ocorrer se o trabalhador tiver a humildade de ouvir, aceitar e associar o conhecimento empírico ao acadêmico.

Além, desses aspectos, a forma como o usuário chega ao serviço, os meios de transporte utilizados, se ele consegue atendimento, se tem filas, se ele precisa aguardar desistências para ser atendido caso a consulta não esteja devidamente marcada, se tem prioridade de atendimento quando não pode esperar para ser atendido, entre outros fatores passíveis de facilitar ou dificultar o acesso do usuário ao serviço de saúde, repercutem na humanização do atendimento. De acordo com Ramos e Lima (2003: 29), o acesso do usuário à unidade é assim definido como:

[...] entende-se por acesso a distância da unidade de saúde e o local de moradia do indivíduo, tempo e meios utilizados para o deslocamento, dificuldades a enfrentar para a obtenção do atendimento (filas, local e tempo de espera), tratamento recebido pelo usuário, priorização de situações de risco, urgências e emergências, respostas obtidas para demandas individuais e coletivas, possibilidade de agendamento prévio.

Como mostra a citação, o conceito de acesso traz uma mudança no referente à dificuldade enfrentada pelas pessoas para chegar ao local de atendimento, de receberem uma informação adequada por parte do serviço de saúde, de conseguirem uma consulta e terem seu retorno garantido, mediante agendamento de consulta. Com isso, evitaremos que elas durmam nas filas ou deixem de ser atendidas.

Na atenção básica, o PSF trabalha com a clientela cadastrada atendida em sua área de abrangência em uma unidade de referência para os usuários. No município de Fortaleza-CE, atualmente os usuários cadastrados em determinada área de abrangência poderão ser atendidos em qualquer UBASF, sem, contudo, perder o vínculo com sua equipe de origem, pois as informações sobre o

atendimento ficarão no sistema *on line*, e, desse modo, o profissional que o atende tem acesso a elas.

Para a dos trabalhadores e usuários como tecnologia das relações é preciso combinar a atuação descentralizada dos diversos atores que constituem o SUS com a articulação e a coordenação necessárias à construção de resultados maiores que a soma das partes isoladas e ao acúmulo de experiências. Segundo Puccini e Cecílio (2004: 1344):

Com as propostas de humanização, cresce uma valorização das inter-relações humanas, como uma trincheira de resistência contra o avassalador convencimento da superioridade moral do mercado, e eleva-se a um valor superlativo a busca da dignidade humana.

Portanto, a subjetividade e dignidade humana tanto dos usuários quanto dos trabalhadores da saúde devem ser colocadas como um direito inalienável. Não se pode mais admitir que a saúde seja vista como pacote de oferta pelo mercado, no qual trabalha-se a doença em detrimento da promoção da saúde.

Trabalhar com dignidade é trabalhar com as reais necessidades de saúde, como um pacto a ser firmado entre usuários e trabalhadores da saúde, em busca de soluções para os problemas de saúde de cada indivíduo e da comunidade.

1.2.2 O cuidado integral na atenção à saúde

O texto constitucional que fala em “Atendimento integral sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 2006c), no Sistema Único de Saúde está organizado em termo de três diretrizes: a descentralização, com direção única em cada esfera de governo; o atendimento integral; e a participação da comunidade.

As ofertas de ações e serviços de saúde devem ser integrais desde ações educativas até as intervenções curativas de alta complexidade e especialidade. Quando não se consegue resolver os problemas de saúde do usuário em um nível de atenção, este deverá ser encaminhado para um serviço de referência. Para tanto é necessário que exista uma interligação entre os diversos níveis de atenção, bem como um sistema de referência e contra-referência funcionante.

A integralidade caracteriza-se como as necessidades, pois todas as pessoas, grupos, classes e sociedades encontram-se simultaneamente expostas a diversos riscos contra sua saúde, e freqüentemente podem sofrer de alguma doença. Com isso, a oferta de ações de saúde e serviços deverá ser integral, com promoção, proteção e recuperação da saúde, desde ações de orientações e educação, até intervenções dos diversos níveis de atenção à saúde.

A esse respeito, Santos (2006: 279) refere que “a integralidade é a concepção e prática que se inicia em cada ação e serviço, mas apenas se completa na rede regional de serviços.”

Para Matos (2001: 63) a “integralidade talvez só se realize quando procurarmos estabelecer uma relação sujeito-sujeito quer nos debates sobre a organização dos serviços, quer nas discussões sobre as políticas”. Somente com a participação dos sujeitos envolvidos na construção da saúde é que poderemos dar respostas sobre a melhor forma de promover as necessidades de saúde, já que a integralidade perpassa por uma questão subjetiva.

1.2.3 Participação da comunidade na perspectiva do controle social

A participação popular na política de saúde foi denominada como controle social com intervenção da sociedade nas ações do Estado na gestão do gasto público, estabelecimento de prioridades e políticas de saúde que atendam às necessidades da população (CORREIA, 2000).

Segundo Correia (2000), as primeiras interações dos movimentos populares com o Estado referentes às questões na área da saúde ocorreram na Zona Leste de São Paulo, na década de 1970.

Trata-se da participação da comunidade nas tomadas de decisão nos assuntos relacionados às necessidades de saúde. Esta tem nos conselhos locais suas bases, as quais se constituem em mecanismos de fortalecimento dos conselhos distritais e municipais.

As funções de gestão em saúde derivam diretamente das diretrizes estabelecidas na Constituição Federal de 1988, particularmente o dever do Estado (art. 196), a relevância pública (art. 197) e a direção única em cada esfera de governo (art. 198).

Além dessas, a integração das políticas sociais (art.196), a participação da sociedade e a nova organização regionalizada e hierarquizada do sistema (art. 198), bem como as competências específicas definidas no artigo 200 da Constituição acarretam um modelo de organização baseado nos princípios e diretrizes do SUS.

O princípio constitucional da participação popular é regulamentado na Lei nº. 8.142/90. A mencionada lei define fóruns próprios para o exercício do controle social, as conferências e os conselhos de saúde, a serem efetivados nas três esferas de governo (BRASIL, 2005 c), e estabelece que:

Artigo 1º - O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.

§ 1º - A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º - O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

§ 3º - O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

§ 4º - A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§ 5º - As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.

Os Conselhos de Saúde devem ser operantes, de modo a representar os interesses da comunidade, as tomadas de decisão devem partir de encontros desde

o nível local junto à comunidade via conselhos locais, que por sua vez, via representantes, deverão participar do conselho municipal, estadual e nacional.

O modo como os conselhos atuarão dependerá como os gestores, trabalhadores e usuários interagem e promovem ações para a construção da saúde. A esse respeito, Assis e Villa (2003) referem que no controle social os sujeitos participam por meio de diferentes ações, na busca de identificação de necessidades dos trabalhadores da saúde e grupos da comunidade por meio da gestão participativa.

O PSF é particularmente importante no papel de estimular a criação ou fortalecimento dos conselhos locais e distritais de saúde, porquanto é a partir da organização destes conselhos que a equipe do PSF pactua a programação da unidade e elabora o diagnóstico do território e uma agenda de seguimento e de avaliação das atividades e monitoramento dos indicadores.

Nesse contexto, é fundamental não perdermos de vista a reflexão e o senso crítico, que nos auxiliam no questionamento de nossas ações no sentido de desenvolver a solidariedade e o compromisso.

Com base no abordado rumo à humanização da atenção no Programa Saúde da Família, algumas questões serão investigadas:

- Quais são as ações desenvolvidas pelos trabalhadores do PSF e das UBASFs de Fortaleza-CE?
- Como os usuários e trabalhadores percebem o acesso, acolhimento e vínculo na perspectiva da humanização do atendimento e do cuidado integral na atenção básica do referido município?
- Qual a compreensão dos trabalhadores de saúde da atenção básica e usuários sobre controle/participação social?

Para tanto, a pesquisa aponta os seguintes objetivos:

- Descrever as ações desenvolvidas pelos trabalhadores do PSF e das UBASFs na busca da humanização do atendimento em Fortaleza-CE;

- Discutir como os usuários e trabalhadores percebem o acesso, acolhimento e vínculo na perspectiva da humanização do atendimento e do cuidado integral na atenção básica do referido município;
- Identificar como os trabalhadores de saúde e usuários da atenção básica compreendem o controle/participação social.

1.3 Caminho teórico

1.3.1 Desenvolvimento histórico da humanização da atenção à saúde

Este assunto impõe-nos o desafio de discorrer, embora brevemente, sobre o momento de constituição científica dos saberes e das práticas humanizadas e sobre o desenvolvimento histórico da humanização da atenção à saúde. Tal tarefa se justifica pela importância que assumem nesta pesquisa os conceitos e práticas, ao longo da história até os dias atuais.

Se nos reportarmos às eras mais remotas⁵ quando os homens primitivos se instalavam em áreas férteis, esses grupos foram se definindo e formando tribos, nas quais os homens exerciam as funções patriarcais e as mulheres a prática de cuidar de forma instintiva de crianças, velhos e doentes (PAIXÃO, 1979; SOUSA, 1996; GEOVANINI, 2002).

Neste período da história já havia uma preocupação, embora instintiva, de preservação da espécie. O simples acolher, prestar cuidados por parte das mulheres já seria considerado como práticas humanizadas.

Com a evolução da humanidade, o homem primitivo adquiriu a convicção de que as doenças eram um castigo de Deus ou a influência de maus espíritos. Como não podiam explicar a causa das doenças, o conhecimento era empírico e limitava-se à mera verificação das suas causas e efeitos produzidos (SOUSA, 1996; FIOCRUZ, 1998a).

Desta forma, segundo Paixão (1979), o tratamento e a cura de doenças passaram a ser feitos por bruxos ou sacerdotes mediante práticas ritualísticas. Os

⁵ Caracteriza a prática do cuidar nos grupos nômades primitivos.

tratamentos utilizados por tais curadores tinham como finalidade tornar o corpo humano tão desagradável que os maus espíritos resolvessem abandoná-lo. Conforme podemos observar, não existia humanização nestas práticas de cura de doenças, cujo objetivo maior seria fazer o ente sofrer para se livrar dos maus espíritos.

Nas sociedades antigas⁶ predominava a explicação dos fenômenos de saúde/doença associada às práticas religiosas, a depender não só dos favores das divindades, como também do soberano e das relações que os homens estabeleciam com a natureza (SOUSA, 1996; FIOCRUZ, 1998a).

Desta forma os meios de ação da cura de doenças não poderiam ser outros senão preces e sacrifícios em honra da divindade, para conseguir os benefícios ou amenizar a fúria dos deuses. Tais ações eram realizadas por pessoas de uma classe especial, como nobres ou sacerdotes, cujo objetivo seriam atos de caridade para conseguirem a salvação de suas almas, ou por pessoas que se despojaram completamente de títulos e luxos para se dedicarem aos pobres e doentes (SOUSA, 1996; FIOCRUZ, 1998a).

No Egito, as leis religiosas e civis recomendavam a hospitalidade, o que facilitava o auxílio aos desamparados, apesar de os serviços médicos de qualidade serem prestados aos faraós. Neste caso, não muito diferente do ocorrido na Grécia, onde havia o profissional médico, que desenvolvia diferentes níveis de capacitação e prestação de serviços de distintas qualidades, conforme o poder de remuneração pelos seus serviços.

A exemplo do verificado no Egito e na Grécia, onde as pessoas pertencentes a classes sociais com poder aquisitivo elevado e que podiam pagar tinham serviço de saúde de melhor qualidade (PAIXÃO, 1979), antes do advento do SUS prevaleciam esses privilégios. Assim quem podia pagar uma assistência por meio de planos de saúde se beneficiava. Mas os valores dos planos até hoje são elevados, principalmente para pessoas em idade mais avançada, que necessitam de mais atenção à saúde por fatores relacionados ao envelhecimento.

⁶ Este período corresponde à fase de empirismo, verificada antes do surgimento da especulação filosófica que ocorre por volta do século V a.C.

No período hipocrático⁷ houve maior preocupação em diagnosticar, fazer um prognóstico e terapêutica a partir da observação cuidadosa do doente. Nessa fase também houve um avanço na medicina. Contudo, não encontramos referência se estes conhecimentos eram estendidos à população de modo geral, e se já se pregava o cuidado humanizado (GEOVANINI, 2002).

Na Índia, porém, conforme documentos do século VI a.C., existia o adiantamento no tratamento à doença bem como o cuidado em proporcionar assistência de qualidade, baseada nos avanços do conhecimento da medicina na época aos mais desamparados. Tal influência humanitária veio do budismo, cujas doutrinas de bondade constituíam grande incentivo ao atendimento com humanização (PAIXÃO, 1979).

Com o monoteísmo na Palestina, a religião idealizava como deveres sagrados a proteção aos órfãos, às viúvas e a hospitalidade aos estrangeiros. Os enfermos recebiam visitas em suas casas e instalavam hospedarias gratuitas para viajantes pobres. Nestas hospedagens havia lugar reservado aos doentes. Em virtude da influência religiosa na Índia e na Palestina, o ideal de humanização pôde ser adotado, um atendimento de qualidade dispensado aos doentes (PAIXÃO, 1979).

Ainda de acordo com a mesma fonte, na Assíria e Babilônia, os doentes eram deitados nas ruas e as pessoas que passavam receitavam conforme suas experiências em casos semelhantes ao exposto. E, na Pérsia, foram construídos hospitais, servidos por escravos.

Após abordarmos as sociedades antigas, nos centraremos agora no período medieval ou era cristã⁸, quando existia a lei da caridade, e os pobres e enfermos foram objeto de especial solicitude por parte da Igreja. Em busca da santificação cristã, inúmeras congregações e ordens seculares dedicavam-se ao cuidado dos pobres, formando um grande contingente em favor da associação da assistência religiosa com a assistência à saúde (PAIXÃO, 1979; GEOVANINI, 2002).

⁷ Neste período, que vai do século V ao século XVIII, destaca-se a figura de Hipócrates que, influenciado por Sócrates e outros filósofos contemporâneos, propôs uma nova concepção em saúde, dissociando a arte de curar dos preceitos místicos e sacerdotais.

⁸ Ocorreu influência dos fatores sócio e econômico e políticos do medievo e da sociedade feudal nas práticas de saúde e as relações destas com o cristianismo, compreendido entre os séculos V e XIII.

Numa menção às ações anteriores à enfermagem, nas palavras de Caponi (2000: 15), “[...] a dama de caridade que precede a enfermeira profissional [...] era conhecida como portadora de dons divinos pelos seus atos, suas esmolas, sua assistência, o que a tornava benfeitora”. Com isso, os pobres por ela assistidos deveriam estar permanentemente em dívida pelo bem recebido. Tais atos de caridade ao longo da história favoreceram a assistência aos desamparados, já que essa era a única forma de cuidado dispensando às pessoas carentes.

Mas o primeiro conceito de humanização, segundo Aleksandrowicz e Minayo (2005: 514), “surge na atmosfera de ebulição do renascimento, paralela ao nascimento da ciência moderna, instaurando a noção da dignidade humana e erigindo a realização do potencial natural do ser humano como meta intelectual.”

Então, as práticas de saúde avançavam da observação para a experimentação, voltando-se mais para o cliente do que para os ensinamentos literários. Portanto, não se restringiam somente aos conhecimentos acumulados. Houve o desenvolvimento de uma mentalidade mais social, trazendo para os hospitais novas e mais eficientes organizações, construções higiênicas e confortáveis.

No período moderno⁹, as práticas de saúde assumem importância e significado econômico, devido à necessidade de manter os trabalhadores em condições de vida saudáveis, para não adoecerem e ficarem ausentes do trabalho pois, além de terem por finalidade a manutenção e a reprodução da força de trabalho, passam a compor o mercado na condição de objeto de consumo sob a forma de atenção, medicamentos, tecnologia (saber, equipamentos, procedimentos etc.). Desta forma, tais avanços foram voltados para a manutenção da hegemonia direcionada para o modelo de pronto-atendimento centrado na figura do médico (FIOCRUZ, 1998b; GEOVANINI, 2002).

Conforme observamos, no período moderno não existia a preocupação com o ser humano como pessoa, mas apenas como força de trabalho. Logo, as preocupações com as condições de saúde do trabalhador deram-se pelo fator econômico e têm influência na sociedade industrial de modo que a evolução das

⁹ Inicia-se com a Revolução Industrial no século XVI até os dias de hoje.

práticas de saúde foram intensificadas para que os trabalhadores não adoecessem e, conseqüentemente, provocassem queda na produção das empresas.

No que se refere à sociedade brasileira do período colonial até o final do século XV, as ações de saúde inicialmente foram praticadas por rituais místicos, realizados por pajés e feiticeiros, e as mulheres, como é de costume nas tribos indígenas, cuidavam das crianças, velhos e doentes (GEOVANINI, 2002).

De forma empírica existia a medicina popular portuguesa, transmitida por navegantes, colonos e missionários, a qual serviu de base para a medicina brasileira. Também existiam os físicos ou licenciados, que eram os médicos da época, e praticavam a clínica, o exercício liberal da medicina a quem pudesse pagar (PIRES, 1989; GEOVANINI, 2002).

Com a chegada das Irmandades de Misericórdia, que eram associações caritativas, formadas por pessoas de posses, católicos e religiosos que desenvolviam obras assistenciais com compromissos espirituais e de prestar cuidados corporais, as enfermarias eram edificadas nas proximidades dos colégios e conventos. E, a partir de 1543, voluntários e escravos passaram a exercer atividades nas Santas Casas de Misericórdias, somente nas principais capitanias brasileiras (PIRES, 1989).

Do final do século XIX até a Segunda Guerra Mundial, o Porto do Rio de Janeiro era a principal porta de entrada de navios e doenças pestilentas. Nesta época já existia um Serviço de Inspeção de Saúde Pública que funcionava de forma deficiente fazendo com que as doenças se alastrassem chegando a uma situação de verdadeira calamidade pública. E foi somente em 1904 que foi introduzida a “Reforma Oswaldo Cruz”, como serviço de profilaxia, inspetoria de isolamento e desinfecção, e o Instituto Soroterápico Federal, que se tornou posteriormente Instituto Oswaldo Cruz (GEOVANINI, 2002).

A partir da urbanização e da industrialização nos anos 1920/1930, desenvolveu-se um modelo de atenção à saúde voltado para o biológico, destinado a atender os trabalhadores em suas queixas de forma individual com fins de manter mão-de-obra atuante (CAPRARA; RODRIGUES, 2004).

Em 1931, instalou-se o Ministério da Educação e Saúde, com o qual se reconheceu a responsabilidade para com a problemática educacional, cultural e de saúde da população. A Reforma de Francisco Campos e a Constituição de 1934 coroaram o período de intensa efervescência intelectual e política que fez eclodir o ensino secundário e a instalação de novas escolas e universidades. Atribui-se, então, à União, a competência privativa para traçar as diretrizes de educação e saúde nacional bem como a renda dos impostos dos estados e municípios (GEOVANINI, 2002).

Como é notório, no período de 1930 a 1960¹⁰, a precariedade dos serviços de saúde, a falta de infra-estrutura urbana, o alto custo de vida, a inflação e as aglomerações nos grandes centros urbanos geraram deteriorização da vida e da saúde do povo brasileiro. Para amenizar os problemas de saúde, as autoridades do Ministério da Saúde, desvinculado do Ministério da Educação e Cultura em 1953, criaram uma série de programas e siglas, muitas vezes sem sentido para o povo, dando prioridade as práticas curativas (GEOVANINI, 2002).

Conforme o mesmo autor, o atendimento ambulatorial e hospitalar eram predominantes, as práticas de educação em saúde para prevenção de doenças eram isoladas e muitas vezes colocadas de forma impositiva. Ao mesmo tempo, culpabilizavam as pessoas pelas condições precárias de saúde, e não havia assistência para quem morava nas regiões rurais.

Contudo, no final das décadas de 1950, 1960, 1970 e 1980, a humanização é enfocada, mas de forma desarticulada das dimensões político-sociais do sistema de saúde. Mesmo assim, era vista apenas nos aspectos das relações interpessoais estabelecidas com o doente, por meio de normas de conduta, e era predominantemente hospitalar (CASATE; CORRÊA, 2005).

Nas décadas de 1970 e 1980, porém, ocorreram mudanças pautadas na Declaração de Alma-Ata, cujos objetivos foram delineados na Conferência Internacional sobre a atenção primária de saúde, com base para a consecução do objetivo saúde para todos até o ano 2000. No tocante à participação da comunidade

¹⁰ A década de 1930 marca a queda do Estado Oligárquico e a ascensão do governo Getúlio Vargas, ao mesmo tempo em que fortes tensões político-sociais partem diretamente do proletariado urbano, sufocando a crise econômico-financeira que sobreveio com o déficit do setor cafeeiro.

na luta por melhoria das condições de assistência a saúde, segundo referem Misoczky *et al.* (2004: 41),

Desde as décadas de 70 e 80 do século passado, o campo da saúde no Brasil tem sido marcado pela participação expressa num movimento social de reforma reivindicando a ampliação de equipamentos e profissionais para os bairros periféricos das grandes cidades brasileiras.

Mas o Brasil ainda não estava estruturado política, social e economicamente para o alcance das metas propostas. Como consta em Geovanini (2002), os pressupostos do movimento reformista, em prol da universalização e da igualdade do direito à saúde, foram discutidos e consubstanciados no mais amplo e democrático fórum de representações política e social ocorrido no país, a VIII Conferência Nacional de Saúde.

Até o final da década de 1980, as políticas sociais brasileiras foram qualificadas como residuais por não abrangerem toda a comunidade nacional como objeto de proteção social; meritocrático-corporativas, porque a definição dos direitos sociais restringiu-se à vinculação ao sistema previdenciário, sendo definidas como ocupacionais (corporações), reconhecidas pelo Estado e que contribuíam para a Previdência Social (FIOCRUZ, 1998b).

Com a Reforma Sanitária e a VIII Conferência Nacional de Saúde, foram abordados os problemas relacionados aos recursos humanos para a saúde, com baixa qualidade dos serviços de promoção da saúde e de prevenção da ocorrência, evolução ou da invalidez (MEDICI, 1987).

De acordo com a mesma fonte, a VIII Conferência Nacional de Saúde discriminou as questões relacionadas aos problemas de saúde enfrentados pela população carente, cuja dívida social acumulou-se ao longo dos anos, bem como as necessidades de chegar à população pobre os frutos de uma política social e igualitária.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foi o principal fator de uma formação política e ideológica do projeto da reforma sanitária brasileira. Nela destacou-se o estímulo à participação das comunidades institucionalizada em núcleos decisórios a fim de assegurar o controle social sobre as ações do Estado.

Para sua efetivação, as propostas desta Conferência sofreram desdobramentos posteriores até serem aprovados e incorporados ao texto da nova Constituição Federal de 1988 (MISOCZKY *et al.*, 2004).

Como é notório, um dos efeitos mais importantes das mudanças no setor social brasileiro foi sua total confirmação pela Constituição de 1988, considerada a Constituição Cidadã em virtude das suas grandes inovações conceituais e ampliação dos programas abrangentes de proteção. A fórmula saúde-direito de todos, dever do Estado, consagrada como princípio constitucional de 1988, sintetiza admiravelmente a concepção de uma política social universalista (FIOCRUZ, 1998b).

A Constituição Federal, em seu art. 198, coloca princípios e fundamentos de uma política de saúde, por meio de um sistema único de saúde. Conforme proposto, as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, com direção única em cada esfera de governo e atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e a participação da comunidade (BRASIL, 2006c). Entretanto, estes princípios precisavam de uma regulamentação, o que foi feito pelas Leis nº 8.080 e 8.142, de 1990.

A descentralização do sistema de saúde foi proposta e efetivada com a criação do SUS, que prevê diferentes funções e responsabilidades para cada esfera de governo (Municípios, Estados e a União), com a responsabilidade de implementar e supervisionar as políticas de saúde. Foi previsto, também, que diferentes níveis de governo estabelecem parcerias com diferentes sujeitos, envolvidos direta ou indiretamente com a saúde, como os prestadores de serviços, os trabalhadores e os usuários do sistema de saúde.

Portanto, em 1990, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro, e a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro, regulamentam as determinações da Constituição e consagram, entre outros, os princípios de descentralização das ações e serviços de saúde e de municipalização da gestão, definindo papéis e atribuições dos gestores nos três níveis de atenção. Dessa forma, garantiu-se a participação da sociedade na definição das

políticas de acompanhamento da execução e fiscalização das políticas de saúde (BRASIL, 2005c).

1.4 As políticas de humanização: nacional, estadual e municipal

Tomada como política de atenção à saúde, a humanização surge como uma forma de melhorar o atendimento, bem como fortalecer os princípios e diretrizes do SUS. É considerada “política” por ser uma organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS.

Para discutirmos a política de humanização usaremos como fonte de consulta documento específico (BRASIL, 2006b), que fundamenta nossa pesquisa neste aspecto. Segundo este documento, a Política Nacional de Humanização trabalha para consolidar, prioritariamente, quatro marcas específicas: redução das filas e do tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco¹¹.

Neste caso terão prioridade de atendimento os casos que necessitem de atendimento imediato. Para isso o acolhimento deverá ser feito por pessoas devidamente capacitadas para reconhecer os critérios de riscos e entender que muitas vezes uma pessoa necessita de prioridade de atendimento que fisicamente não está manifesto.

Além disso, conforme a mesma fonte, todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde, e os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência dentro do seu território. Para isto, as unidades de saúde garantirão as informações ao usuário, o acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha) e os direitos do código dos usuários do SUS. Da mesma forma, deverão ser garantidas pelas unidades de saúde a gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários e a educação permanente aos trabalhadores.

¹¹ Para mais detalhamento a respeito dos critérios de risco, sugerimos a leitura da cartilha. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Para a implementação da PNH, estabeleceram-se estratégias gerais. Estas pressupõem a atuação em vários eixos com vistas à institucionalização, à difusão dessa estratégia e, principalmente, à apropriação de seus resultados pela sociedade. No eixo das instituições do SUS, um dos objetivos é a inclusão da PNH nos planos estaduais e municipais dos vários governos, aprovados pelos gestores e pelos conselhos de saúde correspondentes (BRASIL, 2006b).

Quando à atenção, tem como indicação uma política incentivadora dos sujeitos como principais personagens da democratização da gestão dos serviços e da ampliação da atenção integral à saúde. Cabe-lhes promover a relação de intra e intersectorialidade com responsabilização das ações de promoção da saúde de forma pactuada entre gestores e trabalhadores, favorecendo dessa forma a participação social (BRASIL, 2006b).

No tocante à gestão da PNH, destacam-se a pactuação com as instâncias intergestoras e de controle social do SUS, o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação sistemáticos das ações realizadas, de modo integrado às demais políticas de saúde, estimulando a pesquisa relacionada às necessidades do SUS na perspectiva da humanização (BRASIL, 2006b).

As orientações para as estratégias de implementação da PNH visam propor que os planos estaduais e municipais de saúde contemplem os componentes da PNH (Agenda de Compromissos), que busca consolidar e expandir os Grupos ou Comitês de Humanização nas secretarias estaduais de saúde, nas secretarias municipais de saúde e nos serviços de saúde, entendidos como dispositivos de articulação, estímulo, valorização e formulação de políticas de humanização nas diferentes práticas e instâncias gestoras da saúde (BRASIL, 2006b).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b), também fazem parte das estratégias a consolição e expansão da rede virtual de humanização, facilitando trocas, dando visibilidade às experiências exitosas e multiplicando práticas comprometidas com a PNH.

Neste sentido, propõem instituir sistemática de acompanhamento e avaliação, incluindo processos de monitoramento e criação de indicadores relacionados à PNH, articulados com as demais políticas de avaliação do Ministério da Saúde.

Ademais deve selecionar e apoiar experiências na rede SUS com função multiplicadora (BRASIL, 2006b).

Outra sugestão é propiciar o financiamento de projetos que melhorem a ambiência dos serviços: sala de conversa, espaços de conforto, mobília adequada, comunicação visual, pois o ambiente adequado favorece melhor interação entre trabalhadores e usuários (BRASIL, 2006b).

Com base, mais uma vez, na mesma fonte, as diretrizes gerais para a implementação da PNH nos diferentes níveis de atenção visam ampliar o diálogo entre os profissionais, entre os profissionais e a população, entre os profissionais e a administração, promovendo a gestão participativa. Outra finalidade é implantar, estimular e fortalecer Grupos de Trabalho de Humanização com plano de trabalho definido. Estimular práticas resolutivas, racionalizar e adequar o uso de medicamentos, eliminando ações intervencionistas desnecessárias.

Ainda como finalidade das diretrizes gerais incluem-se as seguintes: adequar os serviços ao ambiente e à cultura local, respeitando a privacidade e promovendo uma ambiência acolhedora e confortável, viabilizar a participação dos trabalhadores nas unidades de saúde por meio de colegiados gestores e implementar um sistema de comunicação e de informação que promova o autodesenvolvimento e amplie o compromisso social dos trabalhadores de saúde (BRASIL, 2006b).

Em relação às diretrizes específicas na Atenção Básica, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b), destacam-se: elaborar projetos de saúde individuais e coletivos para usuários e sua rede social, considerando as políticas intersetoriais e as necessidades de saúde; incentivar práticas promocionais de saúde; estabelecer formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema; comprometer-se com o trabalho em equipe, de modo a aumentar o grau de co-responsabilidade, e com a rede de apoio profissional, visando a maior eficácia na atenção em saúde.

Na Urgência e Emergência, nos pronto-socorros, nos pronto-atendimentos, na Assistência Pré-Hospitalar e outros sobressaem: acolher a

demanda por meio de critérios de avaliação de risco, garantindo o acesso referenciado aos demais níveis de assistência; comprometer-se com a referência e a contra-referência, aumentando a resolução da urgência e emergência, provendo o acesso à estrutura hospitalar e a transferência segura, conforme a necessidade dos usuários; definir protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando as diferenças e as necessidades do sujeito (BRASIL, 2006b).

Na Atenção Especializada, ressaltam-se as seguintes prioridades: garantir agenda extraordinária em função da análise de risco e das necessidades do usuário; estabelecer critérios de acesso, identificados de forma pública, incluídos na rede assistencial, com efetivação de protocolos de referência e contra-referência; otimizar o atendimento ao usuário, articulando a agenda multiprofissional em ações diagnósticas, terapêuticas que impliquem diferentes saberes e terapêuticas de reabilitação; definir protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando as diferenças e as necessidades do sujeito.

Na Atenção Hospitalar, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b), foram propostas a existência de Grupos de Trabalho de Humanização com plano de trabalho definido, a garantia de visita aberta por meio da presença do acompanhante e de sua rede social, respeitando a dinâmica de cada unidade hospitalar e as peculiaridades das necessidades do acompanhante.

Também foram propostos para este nível mecanismos de recepção com acolhimento aos usuários, de escuta para a população e os trabalhadores, equipe multiprofissional (minimamente com médico e enfermeiro) de atenção à saúde para seguimento dos pacientes internados e com horário pactuado para atendimento à família e/ou à sua rede social.

Outra proposta é a existência de mecanismos de desospitalização, com vistas a alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares, associados à garantia de continuidade de assistência com sistema de referência e contra-referência.

Segundo a mesma fonte, destaca-se o Grupo de Trabalho de Humanização com plano de trabalho implantado, a garantia de visita aberta por meio

da presença do acompanhante e de sua rede social, respeitando a dinâmica de cada unidade hospitalar e as peculiaridades das necessidades do acompanhante.

Inclui-se, ainda, a existência de uma ouvidoria em funcionamento e, de uma equipe multiprofissional (minimamente com médico e enfermeiro) de atenção à saúde para seguimento dos usuários internados e com horário pactuado para atendimento à família e/ou à sua rede social.

Como exposto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), busca-se mapear programas, projetos e iniciativas de humanização já existentes, articulá-los e, a partir daí, propor diretrizes, traçar objetivos e definir estratégias de ação na composição da PNH, num constante diálogo com as especificidades das áreas da saúde de modo a operar em conjunto.

Dessa forma, segundo a mesma fonte, na construção da política de humanização é necessário integrar as contribuições das áreas da saúde, assim como de programas e projetos. Seu caráter, portanto, é de abertura, pois outras experiências e propostas a ela se agregarão.

Em continuidade (BRASIL, 2004), a PNH tem papel articulador e deve se dirigir à facilitação e à integração dos processos e das ações das demais áreas, criando o campo onde a política de humanização se dará. Ao mesmo tempo, deve também assumir-se como núcleo de saber e de competências com ofertas especialmente voltadas para a implementação da política de humanização.

No âmbito local, de acordo com a Política Estadual de Humanização (CEARÁ, 2005), a implementação da humanização na atenção básica pode ser acompanhada por meio dos parâmetros de elaboração de projetos de saúde individuais e coletivos para usuários e sua rede social, considerando as políticas intersetoriais e as necessidades de saúde.

No referido documento, a Política Estadual de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde do Ceará estabelece princípios que valorizam o respeito à diversidade de linguagens, crenças e valores. Desse modo, como profissionais de saúde devemos respeitar as diferenças culturais existentes.

Outro princípio estabelecido diz respeito à subjetividade e à dignidade, ou seja, o respeito à individualidade de cada ser humano e a capacidade de honrar o próximo, bem como o respeito ao diálogo, à livre expressão de opiniões e à escolha informada (CEARÁ, 2005).

Os usuários têm direito à participação no processo de produção da saúde e esta deverá ser garantida pelas unidades de saúde por meio de uma gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, assim como será garantida educação permanente aos trabalhadores (BRASIL, 2005b).

Ainda conforme a política de humanização, defende-se: a construção da autonomia e protagonismo, a universalidade do direito ao atendimento; a equidade de condições para a igualdade de resultados, com qualidade e eficiência do acolhimento; e a construção tanto da grupalidade e da interdisciplinaridade na prática dos conhecimentos e das intervenções como da participação social e gestão participativa (CEARÁ, 2005).

No município de Fortaleza, a proposta de uma política de humanização já está em discussão e tem como objetivos valorizar o profissional, dialogar com a comunidade, desenvolver redes de parceria, oferecer atendimento de qualidade e resolutividade, criar ambientes agradáveis e acolhedores. Para Andrade (2006: 118), Secretário de Saúde do município de Fortaleza-CE, no HumanizaSUS Fortaleza, refere:

O SUS como totalidade de base, através de seus princípios e forças agregadoras, a humanização representa a interseção entre a “Educação Permanente e Gestão do Trabalho em Sistemas de Saúde”, como prática “re-inventiva da solidariedade”, a “cultura de paz e não-violência” e a “Gestão Participativa na Produção de Saúde”.

A construção do HumanizaSUS Fortaleza está sendo discutida em rodas de gestão com todos os sujeitos envolvidos na construção da saúde, gestores, trabalhadores e usuários e com participação da comunidade.

No relacionado à política de humanização, deve envolver o modo coletivo dos sujeitos implicados na produção de saúde. A esse respeito, na opinião de Benevides e Passos (2005: 562), “a humanização como política deveria criar espaços de construção e troca de saberes, investindo nos modos de trabalhar em

equipe. Isso supõe, é claro, lidar com necessidades, desejos e interesses destes diferentes atores”.

A humanização é considerada fundamental nesse campo estratégico de aplicação de conhecimentos voltados para a promoção da qualidade de vida, já que as propostas valorizam as inter-relações humanas, numa resistência à superioridade moral do mercado na busca de elevar-se a dignidade humana (ALEKSANDROWICZ; MINAYO, 2005; PUCCINI; CECÍLIO, 2004).

Segundo Mesquita (2004: 20), “o desafio central da humanização é a progressiva elevação dos níveis de consciência e do domínio público das relações entre os pressupostos, métodos e resultados das tecnociências da saúde com os valores associados à felicidade humana.”

Superar este desafio é, pois, um passo decisivo no caminho da humanização.

1.5 Programa saúde da família e suas interfaces

Para abordarmos o tema da humanização na atenção básica e delinear o desenvolvimento de suas bases conceituais e de seus princípios críticos é preciso conhecer suas finalidades, a necessidade de sua criação e apreender o processo de humanização em seu âmbito como indispensável à melhoria da atenção à saúde.

Em decorrência da necessidade de mudar o antigo modelo de atenção à saúde existente no país, centrado na doença e na individualidade, cujos resultados não surtiam muitos efeitos na melhora do estado de saúde da população, outros programas foram criados. Entre eles, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994 (MEDINA; AQUINO, 2002).

O PSF implica a proposta de definição de vínculos serviços-profissionais-usuários com base nos núcleos familiares. Estes vínculos constituem uma estratégia de grande alcance, tendo em vista seu princípio de aumentar a cobertura assistencial, pois é o primeiro nível de contato do usuário, da família, e da comunidade com o sistema de saúde. Desse modo, garante a igualdade de acesso

à saúde para a população, principalmente pelo caráter humanitário e de adoção de medidas para prevenção das doenças e promoção da saúde e qualidade de vida (SOUSA, 2002b).

Criado em 1994, pelo Ministério da Saúde, o PSF surgiu em virtude do êxito do PACS, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste, quando os secretários municipais de saúde precisavam de apoio financeiro para efetuar mudanças na forma operacional da rede básica de saúde, expandindo o PACS para outros níveis de profissionais. Todavia, somente em 2002 os agentes comunitários de saúde, foram reconhecidos como profissionais pela Lei nº 10.507, de 10 de setembro de 2002 (SOUSA, 2002a).

Na opinião de Pustai (1996), o PSF pretende integrar os princípios do SUS à comunidade, que tem como diretrizes oficiais as seguintes: descentralização, integralidade, equidade, universalidade, hierarquização e regionalização, controle social, participação complementar do setor privado e recursos humanos.

Neste contexto, a saúde passa a ser vivenciada como qualidade de vida e a prestação dos serviços de saúde como um direito de cidadania. Além disso, a atenção volta-se para o coletivo, centrado na atenção integral à saúde, incluindo ações de promoção, proteção, cura e recuperação, hierarquização da rede de atendimento, ou seja, garantindo os níveis de atenção primário, secundário e terciário, articulados entre si, coordenados pela atenção básica, serviços de saúde distribuídos em todo o território dos municípios.

Desta forma, permite o acesso de toda a população com predomínio da intervenção de uma equipe interdisciplinar, mediante planejamento e programação com base em dados epidemiológicos e priorizando as famílias ou grupos com maior risco de adoecer e morrer. Também estimula a participação comunitária, garantindo autonomia nas ações de planejamento no nível dos territórios das equipes de saúde da família e o funcionamento dos serviços baseado na organização da demanda com acolhimento dos problemas da população adstrita (BRASIL, 2005a).

Como consta na mesma fonte, trabalha com uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida, adota uma relação mais próxima entre

as pessoas, tende a humanizar a assistência, estabelecendo uma nova relação entre os profissionais da saúde e a comunidade.

Para isto, o PSF deve estar interligado nos níveis de atenção secundário e terciário, à medida que sua equipe pode se responsabilizar pelo usuário e pelo apoio à sua família, acompanhando-o na atenção especializada. Este acompanhamento se prolongará na assistência hospitalar, respeitando os preceitos éticos em relação aos seus colegas do hospital, discutindo a assistência dispensada, além de realizar visitas hospitalares durante a internação do seu paciente.

No referente à competência do PSF, segundo Ângelo e Bousso (2001), deve compreender o estado de saúde dos indivíduos e o do funcionamento da família como sendo uma descrição avaliativa das funções e estruturas da família. Nesse sentido, podemos realizar a avaliação e a assistência tanto na saúde de cada indivíduo como na saúde da família e comunidade.

Quanto ao trabalho de equipes da Saúde da Família, é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do agente comunitário de saúde. As equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliadas, contam ainda com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. Atualmente, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde é considerado parte da Saúde da Família.

Conforme previsto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005a), os profissionais devem trabalhar em regime de dedicação integral de oito horas diárias, a fim de garantir a vinculação e a identidade cultural com as famílias sob sua responsabilidade. Cabe aos ACS residirem na sua respectiva área de atuação, no mínimo por dois anos, ter mais de 18 anos, saber ler e escrever e ter prioritariamente o primeiro grau completo. Cada equipe de Saúde da Família será responsável por, no mínimo, 2.400, e, no máximo, 4.500 pessoas; nas microáreas cada agente comunitário de saúde será responsável por, no mínimo, 400, e, no máximo, 750 pessoas.

Outros profissionais, como nutricionistas, psicólogos, farmacêuticos, assistentes sociais, entre outros, podem ser incorporados às Unidades de Saúde da Família ou às equipes de supervisão, de acordo com as necessidades e possibilidades locais (BRASIL, 2005a).

No cotidiano, o trabalho das equipes do PSF prioriza a assistência a alguns grupos populacionais considerados de maior risco a agravos: crianças menores de dois anos, gestantes, portadores de hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase e assistência materno-infantil.

A equipe de Saúde da Família organiza-se com base em determinados princípios, quais sejam: definição e descrição do território de abrangência, adstrição de clientela, diagnóstico de saúde da comunidade, organização da demanda, trabalho em equipe multiprofissional, enfoque da atenção à saúde da família e da comunidade, estímulo à participação e controle social, organização das ações de promoção da saúde, resgate da medicina popular, organização de um espaço de gestão coletiva na equipe, identificação dos serviços de referência no nível secundário e terciário e monitoramento de indicadores de saúde do território (BRASIL, 2005a).

No município de Fortaleza-CE, como uma estratégia de atenção integral para a melhoria da qualidade de vida da população e dos indicadores de saúde da população, foram implantadas as equipes do PSF.

No processo de implantação as equipes foram compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde.

As áreas prioritárias levaram em consideração os seguintes aspectos, de acordo com Fortaleza (2000): taxa de mortalidade infantil elevada, bairros ou áreas populacionais de baixa renda e existência de locais de apoio das equipes.

Inicialmente as equipes tiveram como apoio os Centros de Saúde, com especialidades médicas (ginecologia, pediatria e clínica geral, coleta de exames e laboratório); os Centros Integrados de Educação e Saúde nos quais existe uma escola e uma unidade de saúde da família de forma integrada nas suas ações; e o

Centro Social Urbano, cujas ações estão voltadas para atividades de esporte, educação e cultura.

Além desses fatores, foram consideradas a seqüência das áreas de abrangência das unidades básicas já implantadas, a existência na área de organização comunitária e a possibilidade de referenciamento das unidades básicas, observando a distância geográfica e vias de acesso (FORTALEZA, 2000).

1.5.1 Atribuições das equipes do programa saúde da família

Todas as atribuições das equipes do PSF são devidamente especificadas em documento próprio (BRASIL, 2005a) e dele nos utilizamos para fundamentar as informações a seguir.

As equipes tiveram atribuições por categoria profissional de acordo com o Ministério da Saúde, segundo o qual o médico deverá realizar consultas clínicas aos usuários da sua área adstrita, executar as ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida: criança, adolescente, mulher, adulto e idoso; realizar consultas e procedimentos na USF e, quando necessário, no domicílio; realizar as atividades clínicas correspondentes às áreas prioritárias na intervenção na Atenção Básica, definidas na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS)/2001.

A atuação médica deve associar a clínica à prática da saúde coletiva, bem como fomentar a criação de grupos de patologias específicas, como de hipertensos, de diabéticos, de saúde mental, entre outros. Quando necessário, deve-se encaminhá-los aos serviços de maior complexidade, garantindo a continuidade do tratamento na USF, por meio de um sistema de acompanhamento e de referência e contra-referência, indicando internação hospitalar, solicitando exames complementares e verificando e atestando óbito.

De acordo com o mencionado documento, o enfermeiro tem como atribuições específicas realizar assistência integral aos indivíduos e famílias e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.); realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares, prescrever/transcrever medicações, conforme protocolos

estabelecidos nos Programas do Ministério da Saúde e as disposições legais da profissão; e planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a Unidade de Saúde da Família.

Ainda conforme a mesma fonte, o enfermeiro executa as ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida: criança, adolescente, mulher, adulto e idoso. No nível de suas competências, deve executar assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária, realizando ações de saúde em diferentes ambientes, na USF e, quando necessário, no domicílio.

O enfermeiro contribui para realizar as atividades correspondentes às áreas prioritárias de intervenção na Atenção Básica, definidas na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS)/2001; aliar a atuação clínica à prática da saúde coletiva; organizar e coordenar a criação de grupos de patologias; encaminhar e orientar os usuários que apresentarem problemas mais complexos a outros níveis de assistência, assegurando seu acompanhamento; executar as ações de assistência integral, aliando a atuação clínica à de saúde coletiva, assistindo as famílias, indivíduos ou grupos específicos, de acordo com planejamento local.

Também, como previsto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005a), o auxiliar de enfermagem tem como atribuições realizar procedimentos de enfermagem dentro das suas competências técnicas e legais; realizar procedimentos de enfermagem nos diferentes ambientes, USF e nos domicílios, dentro do planejamento de ações traçado pela equipe; preparar o usuário para consultas médicas e de enfermagem, exames e tratamentos na USF; bem como zelar pela limpeza e ordem do material, de equipamentos e de dependências da USF, garantindo o controle de infecção.

O auxiliar de enfermagem contribui, ainda, para realizar busca ativa de casos, como tuberculose, hanseníase e demais doenças de cunho epidemiológico; no nível de suas competências, executar assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária; realizar ações de educação em saúde aos grupos de patologias específicas e às famílias de risco, conforme planejamento da USF.

Quando ao agente comunitário de saúde, suas atribuições são as seguintes: realizar mapeamento de sua área; cadastrar as famílias e atualizar

permanentemente esse cadastro; identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco; e identificar áreas de risco.

O ACS contribui com a orientação às famílias para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando-as e até agendando consultas, exames e atendimento odontológico, quando necessário. Cabe-lhe, também, realizar ações e atividades, no nível de suas competências, nas áreas prioritárias da Atenção Básica; realizar, por meio da visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade; estar sempre bem informado, e informar aos demais membros da equipe, sobre a situação das famílias acompanhadas, particularmente aquelas em situação de risco.

Além destas ações o ACS contribui para desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças; promover a educação e a mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente, entre outras; traduzir para a ESF a dinâmica social da comunidade, suas necessidades, potencialidades e limites; e identificar parceiros e recursos existentes na comunidade que possam ser potencializados pela equipes.

Outros trabalhadores integrantes da ESF são os cirurgiões-dentistas. A participação dos cirurgiões-dentistas no Programa Saúde da Família está sendo feita por meio da equipe de saúde bucal, que pode ser composta de duas formas: Equipe de Saúde Bucal I – um dentista e um atendente de consultório de dentário; e Equipe de Saúde Bucal II – um dentista, um atendente de consultório dentário e um técnico de higiene dental.

O cirurgião-dentista tem como atribuições realizar levantamento epidemiológico para traçar o perfil de saúde bucal da população adstrita e realizar os procedimentos clínicos definidos na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde e na Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde.

Este trabalhador contribui para realizar o tratamento integral, no âmbito da atenção básica para a população adstrita; coordenar ações coletivas voltadas para a promoção e prevenção em saúde bucal; programar e supervisionar o fornecimento de insumos para as ações coletivas; capacitar às equipes de saúde da família no

que se refere às ações educativas e preventivas em saúde bucal; e supervisionar o trabalho desenvolvido pelo THD e o ACD.

Como membro da ESF, inclui-se, também, o técnico em higiene dental ou em saúde bucal, o qual tem como atribuições, sob a supervisão do cirurgião-dentista, realizar procedimentos preventivos, individuais ou coletivos nos usuários para o atendimento clínico, como escovação supervisionada, evidênciação de placa bacteriana, aplicação tópica de flúor, selantes, raspagem, alisamento e polimento, bochechos com flúor, entre outros; e realizar procedimentos reversíveis em atividades restauradoras, sob supervisão do cirurgião-dentista.

O THD deve cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos; e acompanhar e apoiar o desenvolvimento dos trabalhos da equipe de saúde da família no tocante à saúde bucal.

Além do técnico em higiene bucal, existe o atendente de consultório dentário, que tem como atribuições proceder à desinfecção e esterilização de materiais e instrumentos utilizados; sob supervisão do cirurgião-dentista ou do THD, realizar procedimentos educativos e preventivos aos usuários, individuais ou coletivos, como evidênciação de placa bacteriana, escovação supervisionada, orientações de escovação, uso de fio dental.

O ACD contribui para preparar e organizar o instrumental e materiais (sugador, espelho, sonda, entre outros) necessários para o trabalho; instrumentalizar o cirurgião-dentista ou THD durante a realização de procedimentos clínicos (trabalho a quatro mãos); cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos; agendar o usuário e orientá-lo quanto ao retorno e à preservação do tratamento; e acompanhar e desenvolver trabalhos com a equipe de Saúde da Família no tocante à saúde bucal.

No quadro II, a seguir, podemos visualizar o demonstrativo das ESF, das ESB e dos ACS no município de Fortaleza-CE, no período de janeiro de 1999 a setembro de 2006.

Quadro II: Demonstrativo das ESF, ESB e ACS de janeiro de 1999 a setembro de 2006, no município de Fortaleza-Ceará

ANO	Nº DE ESF IMPLANTADAS	Nº DE ESB IMPLANTADAS	Nº DE ACS IMPLANTADOS
1999	50	0	719
2000	97	0	811
2001	101	0	811
2002	101	0	765
2003	75	0	669
2004	93	0	811
2005	77	27	641
2006	202	95	704

Fonte: Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde. Brasil (2006b).

Conforme os dados referentes às equipes implantadas, existem variações a cada ano, com aumento e diminuição do número das equipes. Os fatores que contribuem para isso decorrem de questões relacionadas a salários atrasados, falta de vínculos empregatícios, que acabaram por desencadear rotatividade profissional, cujos profissionais médicos, enfermeiros e dentistas migravam para outros municípios em busca de melhores condições salariais e de trabalho.

Tal situação de instabilidade profissional prevaleceu até o ano de 2006, quando médicos, enfermeiros e dentistas foram contratados mediante concurso público e os ACS por meio de seleção pública.

Em 1998 a seleção dos profissionais deu-se por análise curricular. Foram, então, contratadas 32 equipes de PSF e 555 ACS, mediante vínculo empregatício com a autarquia municipal. No entanto, seis meses depois, a prefeitura de Fortaleza alegou não ter condições de manter os profissionais como funcionários e os contratos foram desfeitos e passaram a ser terceirizados.

Com isso, os contratos foram firmados por meio de acordos de trabalho cooperado dos profissionais de formação superior. Criou-se, então, a Coopsaúde¹² no dia 16 de setembro de 1998. Nessa nova realidade, o ACS passou a fazer parte de empresas prestadoras de serviço.

Em decorrência da necessidade de efetivar os profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros e dentistas) do PSF, ocorreu em 2006 o primeiro concurso de base estadual do Brasil, realizado pela Secretaria de Saúde do Estado, e pelo qual os profissionais foram lotados nos municípios de escolha.

No município de Fortaleza, convocaram-se inicialmente 349 profissionais de cada categoria. Desse modo, passou-se de 102 equipes implantadas para 349 equipes, de acordo com dados do Departamento de Atenção Básica do MS. Estas foram lotadas nas Unidades Básicas de Saúde da Família¹³, que a partir de 2006 passaram de UBASF para Centros de Saúde da Família¹⁴, com serviços especializados de ginecologia, pediatria e clínica geral.

Com o concurso para médicos, enfermeiros e dentistas, verificou-se aumento de equipes do PSF, e em virtude da necessidade de mais ACS para atuarem nas novas equipes, houve um processo seletivo para os agentes de saúde.

Desde 2002 os ACS foram reconhecidos como categoria profissional. Para melhor qualificá-los, a Escola de Saúde Pública do Ceará promove cursos para formação de Técnicos em Agente Comunitário de Saúde.

No município de Fortaleza, segundo dados de Fortaleza (2006), fez-se a restauração das UBASFs com ampliação dos consultórios, recuperação elétrica e hidráulica, e retirada das grades da recepção, antes conhecida por Serviço Médico e Estatístico. Isto propiciou melhor aproximação do usuário com os trabalhadores das UBASFs, e constituiu o primeiro passo rumo à humanização. Foram feitas, também,

¹² Coopsaúde, cooperativa dos profissionais de saúde do Ceará, sociedade de natureza civil, que tem como objetivo social a prestação de serviços na área de saúde, por profissionais de nível superior, que sejam cooperados.

¹³ A Unidade Básica de Saúde da Família assume a responsabilidade por determinada população a ela vinculada, que pode atuar com uma ou mais equipes do PSF, dependendo da concentração de famílias no território de abrangência.

¹⁴ Centro de Saúde é uma unidade destinada a prestar assistência à saúde da população determinada, contando com uma equipe de saúde interdisciplinar em caráter permanente, com médicos generalistas e/ou especialistas. Sua complexidade e dimensões físicas variam em função das características da população a ser atendida, dos problemas de saúde a serem resolvidos e de acordo com o seu tamanho e capacidade resolutiva.

as restaurações da drenagem, a revitalização das unidades (retalhamento, pintura e novos equipamentos) e a arquitetura com artistas da terra.

Como previsto pela Prefeitura Municipal (FORTALEZA, 2006), houve a implantação de CAPS AD (Álcool e drogas), a construção da Policlínica Nascente, como projeto piloto para que os outros Centros de Saúde tenham o mesmo modelo com estrutura de modernas instalações, com ambiente humanizado. Houve, ainda, a construção de horto e a implantação da residência terapêutica e do Centro de Referência da Saúde do Trabalhador, garantidos pelo Orçamento Participativo de 2006.

Em decorrência da grande demanda por atenção à saúde de Fortaleza, os Centros de Referência são insuficientes para atender à demanda reprimida. Deste modo, apenas uma parcela da população tem acesso a esses serviços.

Para garantia da participação popular, de acordo com a Lei nº 8.142/90, foram revitalizados os Conselhos Locais de Saúde. Pretende-se que todas as unidades de saúde tenham conselhos locais atuantes. Os Conselhos Regionais de Saúde estão em fase de conclusão e a implantação e parceria se darão com o serviço de ouvidoria (FORTALEZA, 2006).

Também, conforme o mesmo documento, se pretende criar interlocuções entre técnicos e gestores e rodas de gestão co-participativa entre técnicos da regional, regional/coordenadores, coordenadores/profissionais, para análise situacional com vistas à detecção dos problemas e suas intervenções.

2 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Por mais que a compreensão do ser oscile, flutue e se mova rigorosamente no limiar de um mero conhecimento verbal – esse estado indeterminado de uma compreensão do ser já sempre disponível é, em si mesmo, um fenômeno positivo que necessita de esclarecimento.

Heidegger, 1989.

A base teórica de humanização do atendimento inclui a concepção de tecnologia leve de Merhy (2002) e a Política de Humanização do Ministério da Saúde. Essa escolha origina-se da premissa segundo a qual se insere numa dimensão ampla dos estudos dos homens em sociedade. Portanto, rompe com a visão biológica e busca a união entre o biológico e o mental com suas relações econômicas, políticas e culturais, indo desde os fatores histórico-estruturais, diferenças entre classes sociais, fatores culturais até as crenças populares.

2.1 Natureza e tipo de pesquisa

O estudo é de natureza descritiva com enfoque de análise qualitativa. Segundo Minayo *et al.* (2002: 22), “a metodologia qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações [...]” Quando ao caráter descritivo, significa que valoriza a descrição do fenômeno social.

Na pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais, os pesquisadores se dedicam à análise dos significados atribuídos pelos pesquisados às suas ações, o meio ambiente onde constroem suas vidas e as suas relações. A esse respeito, como afirma Chizzotti (1998: 79),

A abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito.

Na nossa opinião, conhecer determinado fenômeno não pode se reduzir a dados isolados, pois estes não são imutáveis ou simplesmente explicáveis por uma teoria. Eles possuem significados com suas relações e ações do dia-a-dia.

Baseado nisto, conforme refere Neves (1996), nas pesquisas qualitativas é comum o pesquisador procurar entender os fenômenos de acordo com a perspectiva ou os significados que os atores sociais dão aos objetos, pessoas e símbolos com os quais constroem seu mundo, bem como interpretar os fenômenos estudados.

Em pesquisa qualitativa, as compreensões dos dados coletados de uma investigação não devem ser interpretadas unicamente nas significações dos indivíduos, mas em seu contexto social e suas interações no cotidiano.

Assim, neste sentido, como afirma Morin (2002: 95), “compreender inclui, necessariamente, um processo de empatia, de identificação e de projeção. Sempre intersubjetiva, a compreensão pede abertura, simpatia e generosidade”. O pesquisador passa a ser um investigador de significados das ações e das relações ocultas nas estruturas sociais.

2.2 Campo empírico da pesquisa

O eixo de preocupações deste estudo girou em torno da humanização das ações de saúde na atenção básica. Para isto, a pesquisa foi realizada nas UBASFs do município de Fortaleza, com os trabalhadores da atenção básica à saúde. Segundo Fuck Júnior (2004), o município de Fortaleza possui seis Secretarias Executivas Regionais¹⁵, criadas pela Lei municipal nº 8.000, de 29/1/1997, que reformulou a organização administrativa municipal. São elas: SER I – Grande Barra do Ceará; SER II – Grande Mucuripe; SER III – Grande Antônio Bezerra; SER IV – Grande Parangaba; SER V – Grande Mondubim; SER VI – Grande Messejana (Mapa I).

Em 2006 deveriam ser lotadas 349 equipes de PSF no município de Fortaleza, mas nem todas estão completas, por falta dos profissionais médicos em algumas delas.

Conforme dados do Departamento de Atenção Básica, no período da coleta de dados da pesquisa, de fevereiro a junho de 2006, Fortaleza tinha 102 equipes, com cobertura de 18,18% da população pelas equipes do PSF, de 12,49% pela equipe de saúde bucal e de 17,40% pelos ACS (BRASIL, 2006a).

Nessa pesquisa, tivemos como participantes uma equipe em cada uma das seis Secretarias Executivas Regionais, ou seja, o total de seis equipes

¹⁵ No tocante às Secretarias Executivas Regionais, houve apenas uma descentralização administrativa no atendimento às reivindicações populares e na execução de tarefas, propriamente. Também foram criados ou reformulados outros órgãos e instâncias municipais, de planejamento e gestão.

participantes, selecionadas de forma intencional, conforme preconiza o conceito de equipe do Ministério da Saúde.

Segundo dados da Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza (2006), as UBASF estão distribuídas da seguinte forma, como mostra o quadro III.

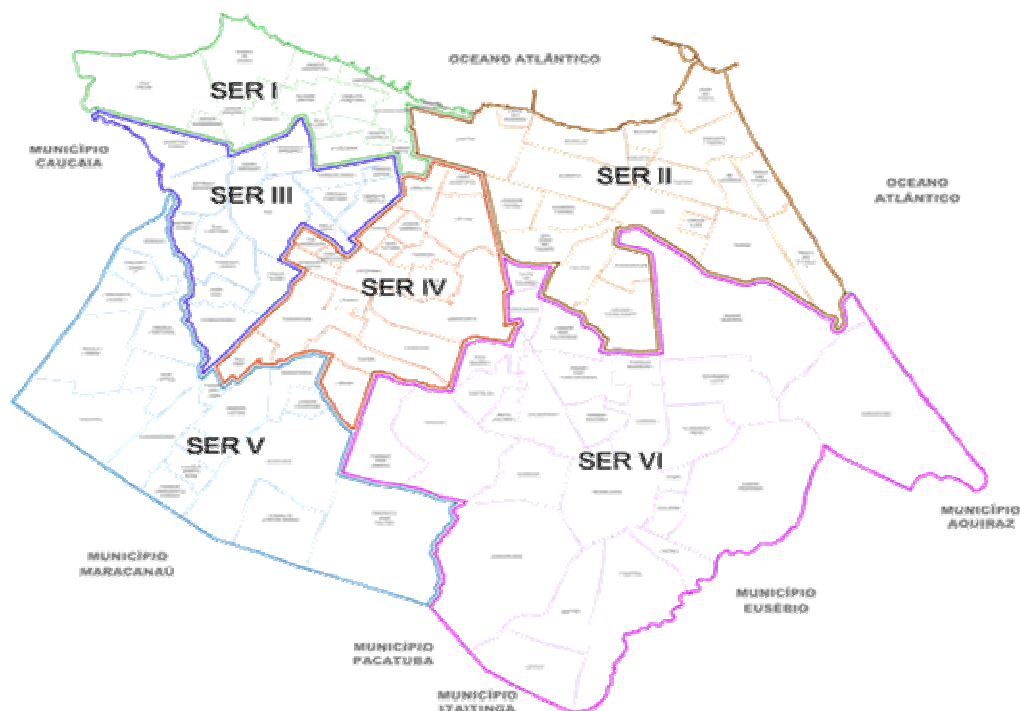
Quadro III: Demonstrativo das Secretarias Executivas Regionais por unidade de saúde – Fortaleza-Ceará, 2006

SER	UBASF
I	UBASF VIRGÍLIO TÁVORA UBASF FRANCISCO DOMINGOS DA SILVA UBASF CASIMIRO LIMA FILHO UBASF GUIOMAR ARRUDA UBASF 4 VARAS
II	UBASF AÍDA SANTOS E SILVA UBASF FREI TITO UBASF CÉLIO BRASIL GIRÃO UBASF MIRIAM PORTO MOTA
III	UBASF PROF. LUIS RECAMONDE CAPELO UBASF PROF. CLODOALDO PINTO UBASF CÉSAR CALS UBASF METON DE ALENCAR UBASF HERMÍNIA LEITÃO UBASF ELIÉZER STUDART
IV	UBASF PROJETO NASCENTE UBASF LUÍS ALBUQUERQUE MENDES UBASF JOSÉ VALDEVINO DE CARVALHO
V	UBASF GALBA DE ARAÚJO UBASF LUCIANO TORRES DE MELO UBASF DOM LUSTOSA UBASF ARGEU HERBSTER UBASF JOÃO ELÍSIO HOLANDA
VI	UBASF PROF. JOÃO HIPÓLITO UBASF TEREZINHA PARENTE UBASF VICENTINA CAMPOS UBASF JANIVAL DE ALMEIDA

Fonte: Secretaria de Saúde do Município. Fortaleza (2006).

No mapa I, abaixo constam as seis SERs existentes no município de Fortaleza.

Mapa I: Divisão do município de Fortaleza-CE, por Secretarias Executivas Regionais



Fonte: Secretaria de Saúde do Município. Fortaleza (2006).

2.2.1 A organização das ações desenvolvidas nas UBASFs

Para compreendermos como os usuários percebem as ações desenvolvidas pelos trabalhadores da saúde, fez-se necessário entendermos a ambiência na qual os trabalhadores das UBASFs estão atuando no seu dia-a-dia.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b), a ambiência¹⁶ é o tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana.

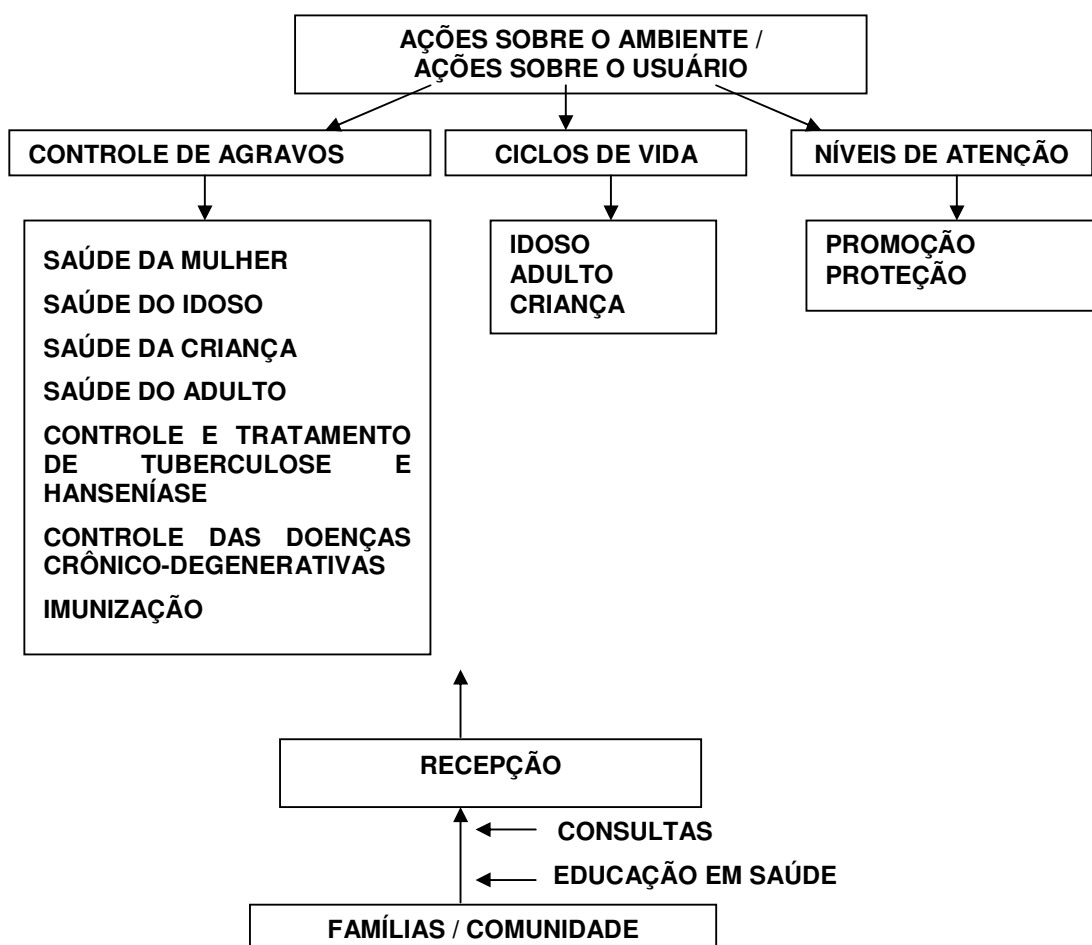
Como consta no mesmo documento, a organização e a estética das UBASFs precisam ser compatíveis com a necessidade de equilíbrio entre funcionalidade, estrutura e estética. Essas categorias sintetizam diversos aspectos a

¹⁶ Para mais detalhamentos a respeito da ambiência, sugerimos a leitura da cartilha do Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Ambiência**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

serem considerados no projeto arquitetônico no qual se deverá dar importância a cada aspecto necessário ao funcionamento do serviço ao qual se destina.

Na figura a seguir descrevemos a organização da oferta de saúde nas UBASFs de Fortaleza.

Figura I: Estrutura organizacional das UBASFs de Fortaleza



Fonte: Da pesquisadora (2006).

Ao chegarem à UBASF, os usuários dirigem-se à recepção para marcação ou confirmação de consulta com o trabalhador da equipe do PSF responsável por sua área de abrangência. Quando do atendimento do usuário, além da consulta, os trabalhadores de saúde, conforme a necessidade de atividades educativas, poderão promover ações de educação em saúde. Na organização dos

serviços, as prioridades são os problemas de enfrentamento contínuo, buscando ações programáticas voltadas para as necessidades de saúde do indivíduo e comunidade, atuando de acordo com o ciclo de vida.

Com vistas às conveniências da população, em algumas Unidades de Saúde da Família, o atendimento foi ampliado para o período noturno com a finalidade de atender os usuários que não podem ir aos serviços de saúde nos horários diurnos. Desse modo, eles podem ser atendidos até as 21 horas.

Na UBASF A os usuários moram próximos à unidade de saúde, mas reclamam da demora do atendimento, pois os médicos não cumprem horários, e por isto, às vezes, os usuários esperam até três horas para serem atendidos. Além disso, são apenas dois médicos atendendo. Na sala de acolhimento, os usuários são pesados, medidos e verificados sinais vitais. Em seguida, vão para a sala de espera e aguardam o trabalhador que irá atendê-los. As informações lhes são prestadas pelo vigia.

Na UBASF B os usuários também moram próximos à unidade de saúde. No entanto, reclamam da dificuldade de atendimento especializado, que tem de ser feito em outras instituições de nível secundário e terciário, além de ficarem na fila de espera até por um ano. Na sala de acolhimento eles são pesados, medidos e verificados os sinais vitais. Após, então, vão para a sala de espera aguardar o trabalhador que irá atendê-los. As informações lhes são prestadas pelo vigia.

A exemplo do ocorrido nas UBASF A e B, na UBASF C os usuários moram próximos à unidade de saúde. Na sala de acolhimento eles são pesados, medidos e verificados os sinais vitais. Depois vão para a sala de espera aguardar o trabalhador que irá atendê-los. Aqui, também, as informações lhes são prestadas pelo vigia.

Na UBASF D todas as salas são identificadas. Existem as salas de reunião, de estudo, um auditório e quadro de avisos. Os usuários moram próximos à unidade de saúde. No referente aos encaminhamentos especializados e exames, os usuários são logo encaminhados. Existe uma caixa de sugestões, elogios e críticas que são vistos e discutidos entre a coordenação e toda a unidade. Na sala de acolhimento os usuários são pesados, medidos e verificados os sinais vitais. A

seguir, vão para a sala de espera aguardar o trabalhador que irá atendê-los. As informações lhes são prestadas pelo vigia e recepcionistas.

Na UBASF E todas as salas são identificadas, há quadro de avisos e os usuários moram próximos à unidade de saúde. Mas eles reclamam da dificuldade de atendimento especializado, que tem de ser feito em outras instituições de nível secundário e terciário, além de ficarem na fila de espera até por um ano. Na sala de acolhimento eles são pesados, medidos e verificados os sinais vitais. Depois vão para a sala de espera aguardar o trabalhador que irá atendê-los. As informações lhes são prestadas pelo vigia e trabalhadores da unidade.

Na UBASF F todas as salas são identificadas. Existe sala de reunião e quadro de avisos. Os usuários moram próximos à unidade de saúde. Na sala de acolhimento eles são pesados, medidos e verificados os sinais vitais. A seguir, vão para a sala de espera aguardar o trabalhador que irá atendê-los. As informações lhes são prestadas pelo vigia e recepção.

2.2.2 Estrutura física das UBASFs

Quanto à estrutura física, segundo observamos, na UBASF A existe sala de espera com televisão e jardim com bancos. Portanto, os usuários, enquanto aguardam ser atendidos, podem ficar sentados. Todas as salas são identificadas e têm quadros de avisos. Os jardins favorecem um ambiente agradável, já que o ambiente pode interferir na saúde do usuário, que muitas vezes vem ao serviço em busca de reduzir o estresse em seu ambiente familiar ou meio social onde vive.

Nesta UBASF também existe sala de reunião na qual as equipes se encontram para discutir assuntos relacionados ao atendimento e ao serviço, para promover reuniões com o conselho local e determinadas comemorações.

Os consultórios são em tamanho suficiente para o atendimento dos trabalhadores, e cada profissional tem seu consultório, com mesa para computador, computador, cadeiras, maca, uma pia para lavagem das mãos e ar-condicionado.

Os cirurgiões-dentistas possuem um consultório com ar-condicionado e duas cadeiras odontológicas, pois na mesma sala atendem dois cirurgiões-dentistas. Contudo, como as salas no momento do atendimento não ficam trancadas, os usuários costumam entrar no consultório sem bater, para pedir informações. Tiram, assim, a privacidade das pessoas que estão sendo atendidas.

A UBASF B está localizada próxima ao mar, tornando o ambiente agradável, com televisão, sala de reunião, sala de espera com cadeira e uma horta ao lado da unidade. Embora as salas sejam em tamanho suficiente, o número é insuficiente para o atendimento dos trabalhadores, e nem todos possuem consultório para atendimento, principalmente o enfermeiro, que sempre fica sem sala para atender.

Para identificar as salas, nelas consta o nome do trabalhador. Todas possuem mesa para computador, computador, cadeiras, maca, uma pia para lavagem das mãos, ar-condicionado. Os cirurgiões-dentistas ocupam um consultório com duas cadeiras odontológicas, Entretanto, eles não dispõem de privacidade na hora do atendimento, em virtude da necessidade de manter as persianas abertas, o que limita essa privacidade.

Na UBASF C, a estrutura física é a seguinte: há uma sala de espera com jardim e bancos, as salas são em tamanho suficiente para o atendimento dos profissionais, cada profissional tem seu consultório para atendimento, com mesa para computador, computador, cadeiras, maca, uma pia para lavagem das mãos, ventilador de teto. Os dentistas possuem um consultório com duas cadeiras odontológicas.

Na UBASF D, a estrutura física é mais confortável. Existem salas bem equipadas, recepção com brinquedos, cadeiras anatômicas de espera dos usuários e jardins com arquitetura rica em detalhes. Há também obras de arte e pinturas feitas na cerâmica. Mencionamos, ainda, salas de reunião, estudo e um auditório.

Cada trabalhador do PSF tem seu consultório para atendimento, com mesa para computador, computador, cadeiras, maca, uma pia para lavagem das mãos, ar-condicionado. Os dentistas possuem um consultório com três cadeiras odontológicas.

Na UBASF E, existe sala de espera com televisão e bancos, mas a estrutura física da unidade ainda é pequena. Como estão aguardando reformas, há sala de espera pequena com poucos assentos. Embora as salas sejam em tamanho e quantidade suficientes para o atendimento dos trabalhadores, não existe sala de reunião, mas todos os trabalhadores possuem consultório para atendimento, e as salas possuem mesa para computador, computador, cadeiras, maca, uma pia para lavagem das mãos, ar-condicionado. Os cirurgiões-dentistas dispõem de um consultório com duas cadeiras odontológicas, sem muita privacidade, já que os usuários ficam batendo na porta e costumam entrar sem permissão.

Na UBASF F, há sala de espera com bancos de madeira e concreto, as salas são em tamanho suficiente para o atendimento dos trabalhadores, existe sala de reunião, cada trabalhador tem seu consultório para atendimento, com mesa para computador, computador, cadeiras, maca, uma pia para lavagem das mãos, e ar-condicionado. Os dentistas possuem um consultório com duas cadeiras odontológicas.

2.3 Participantes da pesquisa

Como mencionamos, participaram do estudo os trabalhadores das UBASFs e os usuários que aceitaram colaborar conosco. Em decorrência da utilização do grupo focal como técnica de apreensão dos dados, distribuímos os participantes em três grupos, conforme características de trabalho com grupo focal, ou seja, grupo de trabalhadores do PSF, grupo de trabalhadores das UBASFs e grupo de usuários cadastrados nas UBASFs, por meio de entrevistas.

Os trabalhadores das UBASFs (agentes administrativos, serventes e vigilantes) aceitaram participar do grupo focal, mas demonstraram certo receio, pois foram cautelosos ao falar, por medo de represálias de seus superiores. Apesar de ter sido garantido sigilo em suas informações, este medo residia em que os próprios colegas denunciassem qualquer crítica ao serviço.

O quantitativo de sujeitos participantes do estudo não foi numérico, mas de amostragem teórica, isto é, durante o processo de coleta e análise dos dados, as questões vão sendo respondidas até que aconteça a saturação dos dados.

Inicialmente os distribuimos em três grupos de representantes. Em seguida, descrevemos o total de grupos focais e entrevistas, e tentamos justificar as escolhas, conforme mostra o quadro IV.

Quadro IV: Grupos de representantes participantes do estudo

GRUPO	REPRESENTAÇÃO SER I, SER II, SER III, SER IV, SER V, SER VI	Nº DE SUJEITOS
I	Trabalhadores do Programa Saúde da Família (Médicos, Enfermeiros, Cirurgiões-Dentistas, Auxiliares de Enfermagem, Atendentes de Consultório Dentário e Agentes Comunitários de Saúde)	47
II	Trabalhadores das UBASFs (Agentes Administrativos, Vigilante e Serventes)	23
III	Usuários atendidos pelas equipes de PSF das UBASFs	30
TOTAL		100

Fonte: Pesquisadora (2006).

Grupo I – Representantes dos Trabalhadores do Programa Saúde da Família – total: 47 pessoas.

Este grupo foi selecionado de forma intencional, utilizando como critério de inclusão na pesquisa o conceito de equipe completa e estendida de PSF do Ministério da Saúde: um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, quatro a seis ACS e ESB e um cirurgião-dentista, um atendente de consultório dentário ou técnico de higiene dental, sendo uma equipe em cada Secretaria Executiva Regional, no total de seis equipes.

Em virtude do tamanho da área de abrangência, das equipes que participaram do grupo focal em relação aos ACS, cinco eram compostas por quatro ACS e uma por seis ACS, no total de 26 ACS.

Além dos ACS da equipe, participaram do estudo: um médico, cinco enfermeiros, cinco auxiliares de enfermagem, cinco cirurgiões-dentistas e cinco atendentes de consultório dentário, sendo um de cada equipe. Portanto, totalizaram vinte e um profissionais.

Contudo, não aceitaram participar do grupo focal cinco médicos, uma enfermeira e dois cirurgiões-dentistas. Diante disto, como mostram os dados, a maior dificuldade foi a de conseguir a participação dos médicos, pois apenas um deles participou do grupo focal e sua contribuição foi muito valiosa.

Apesar da ausência de oito profissionais na pesquisa, não houve nenhum prejuízo na coleta das informações, já que a discussão dos participantes do grupo focal foi rica e cheia de significados.

Quanto ao número total de equipes de PSF estendida (Saúde da Família e Saúde Bucal) por UBASF, é o seguinte: a UBASF A tem quatro equipes, mas somente duas estão completas (faltam dois médicos e um cirurgião-dentista, dois atendentes de consultório dentário e um auxiliar de enfermagem e um ACS). São quatro agentes de saúde por equipe; a UBASF B tem quatro equipes, mas somente duas estão completas (faltam dois médicos e um cirurgião-dentista), há dois atendentes de consultório dentário e um auxiliar de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde por equipe; a UBASF C tem duas equipes completas que possuem o número máximo de seis ACS, um atendente de consultório dentário e um auxiliar de enfermagem por equipe; a UBASF D dispõe de quatro equipes. Destas, três estão completas (falta um atendente de consultório dentário e seis ACS), há um auxiliar de enfermagem e quatro agentes de saúde por equipe; a UBASF E tem quatro equipes, mas somente duas estão completas (faltam dois médicos, um dentista e dois atendentes de consultório dentário), tem um auxiliar de enfermagem e quatro agentes de saúde por equipe; a UBASF F tem quatro equipes, mas duas estão incompletas (faltam dois médicos, quatro ACS, dois cirurgiões-dentistas e dois atendentes de consultório dentário). Possui um auxiliar de enfermagem por equipe.

Grupo II – Representantes dos Trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde – total: 23 pessoas.

Para essa representação nas UBASFs onde foram selecionadas as seis equipes do PSF, fizeram parte do estudo os seguintes trabalhadores de saúde: dois agentes administrativos que trabalham na recepção, um vigilante e um zelador de

cada UBASF. No total eram doze agentes administrativos, seis vigilantes, cinco zeladores, isto é, 23 participantes.

Em relação aos agentes administrativos, esses trabalhadores estão envolvidos no processo de produção da saúde mediante serviços que favorecem o atendimento, como a recepção, têm acesso aos registros de todos os usuários e são responsáveis pela marcação e agendamento de consultas e exames. Nas UBASFs A, B, C e E, trabalham dois agentes administrativos; nas UBASFs D e F, trabalham quatro agentes administrativos.

Além de zelarem pela segurança, os vigilantes prestam informações e geralmente são os primeiros a receberem os usuários na unidade de saúde: nas UBASFs A, C, D, E e F, trabalham um vigilante no período diurno e um no período noturno e na UBASF B, trabalha um vigilante apenas no período noturno.

Os serventes promovem a limpeza da unidade e prestam informações aos usuários quanto ao funcionamento do serviço: as UBASFs A, B, C, D, E e F têm um servente no período diurno.

Grupo III – Representantes dos Usuários – total: 30 pessoas.

Conforme solicitamos, os usuários assistidos pelo PSF trouxeram suas concepções de humanização, na visão de quem recebe o atendimento. O critério de escolha dos entrevistados foi intencional, a partir das experiências vivenciadas por esses sujeitos sociais atendidos pelas equipes do PSF. Chegamos à exaustão com trinta entrevistas com os usuários das áreas de cobertura das equipes do PSF selecionadas para a pesquisa.

Com este grupo evidenciamos aspectos referentes à idade, sexo, escolaridade, renda e cor autodeclarada. Todos os entrevistados já haviam freqüentado a UBASF mais de três vezes por motivos variados, tais como vacinação, consultas, encaminhamentos, curativos, entre outras necessidades de saúde. Quanto à idade, 43% dos entrevistados estão na faixa etária entre 17 e 27 anos; 97% pertencem ao sexo feminino; 37% possuem o primeiro grau incompleto, 30% o segundo grau completo e 20% o primeiro grau completo. Quanto à renda familiar,

53% das entrevistadas têm entre um e dois salários mínimos; também 53% das entrevistadas referem ter a cor parda.

2.4 Mecanismos e técnicas de apreensão das informações

Os dados foram coletados por meio de grupos focais, entrevistas e observação assistemática no período de fevereiro a junho de 2006.

Inicialmente utilizamos a técnica de grupo focal para coleta de dados com os trabalhadores de saúde. Esta técnica visa o controle da discussão de um grupo de pessoas. Acerca disto, como ressaltam Ressel, Gualda e González (2002: 2), em sua experiência com grupo focal, esta “[...] pode ser empregada em tema específico, cuja finalidade é deixar emergir as diferentes visões de mundo ou de determinados temas [...].”

A referida técnica permite colhermos tanto os dados a partir de uma construção coletiva do grupo envolvido na pesquisa, como os relativos aos grupos que trabalham com ações de saúde, a exemplo dos trabalhadores da saúde.

Nas atividades de coleta de dados com o grupo focal, tomamos o cuidado com as *biais*¹⁶ para que os dados não fossem modelados conforme julgamento de valor. Mesmo tendo conhecimento prévio dos pesquisados, isto não configurou nessa técnica fator inconveniente. Muito pelo contrário, constituiu norma favorável, porque a técnica se fundamentou exatamente na autenticidade e veracidade dos discursos dos participantes, cujos discursos buscamos descrever e compreender.

A coleta por meio do grupo focal foi feita com os trabalhadores da saúde do PSF. Realizamos seis grupos focais com cinco a nove participantes, no total de quarenta e sete trabalhadores do PSF.

Também realizamos seis grupos focais com os trabalhadores das UBASFs (agentes administrativos, vigilantes e serventes) com três a quatro participantes, no total de vinte e três participantes.

¹⁶ Termo francês que pode ser traduzido como diagonal, véis, tendência ou inclinação.

No processo de coleta ocorreu um encontro com cada grupo de discussão sobre o tema “Humanização das ações de saúde na atenção básica”, tendo em vista o seguinte: o acesso, acolhimento e vínculo na perspectiva da humanização do atendimento e do cuidado integral na atenção básica e o controle/participação social. Cada grupo entrevistado teve o mesmo objetivo e metodologia (Apêndice I).

A duração do grupo foi no máximo de uma hora, previamente agendada, conforme a conveniência dos participantes. Tivemos o cuidado de respeitar o início e o término do horário previsto, sendo este cuidado estendido a todos os colaboradores no contrato grupal de trabalho. Todas as narrativas foram gravadas em fita cassete e transcritas após os encontros.

Os locais de encontro para a realização do grupo focal foram privativos, com boa ventilação e luminosidade, cadeiras e espaço adequado para execução das técnicas. Tentamos proporcionar um ambiente agradável, descontraído.

Como mencionado, determinados trabalhadores do PSF omitiram-se a participar do grupo focal. Como justificativa para não participar, esses trabalhadores assim se manifestaram: a humanização não existe, serve apenas para fazer com que os usuários tenham mais direitos, alguns chegam a mandar que o profissional passe determinado medicamento, enquanto os profissionais não têm nenhum direito, até os salários nunca são pagos em dia.

Com vistas ao melhor posicionamento dos participantes, as cadeiras foram dispostas em círculo, pois, de acordo com Ressel, Gualda e González (2002: 6), “o arranjo dos assentos é importante, devendo promover a participação de todos, a interação face a face, um bom contato ocular entre todos os participantes.”

Para dar início à discussão, optamos pela técnica de chuva de idéias, colocando a questão da humanização nas práticas de saúde como tema do grupo focal.

No intuito de esclarecer algumas idéias ainda confusas para o grupo, lançamos perguntas como: O quê? Por quê? Para quê? Como? Quando? Quando necessário, pedimos que exemplificassem suas idéias e/ou formulassem outras indagações para aprofundar a discussão e esclarecer as falas.

Ao final do encontro procedemos à avaliação com uso de gravador acerca dos sentimentos e sensações promovidos naquela sessão.

O segundo passo da pesquisa foi a coleta de dados entre os usuários, na qual utilizamos a técnica de entrevista clínica, no intuito de compreendermos o sentido da humanização do atendimento. De acordo com Vasconcelos (2005: 26), “o objeto da entrevista são as questões a sujeitos, logo, pessoas, movimentos, pensamentos, humanidade, sonhos, etc.”

Como afirma Chizzotti (1998), o método de entrevistas clínicas se constrói a si mesma gradativamente e, à medida que avança, são formas de colher informações baseadas no discurso livre do entrevistado.

Com isso, o entrevistado teve a oportunidade de expressar-se de forma mais espontânea, seguindo seu roteiro de idéias e pensamentos a respeito de sua percepção do que seja um atendimento humanizado. Ao mesmo tempo pudemos observar a linguagem não-verbal do entrevistado.

As entrevistas foram agendadas previamente em data, horário e local favorável ao usuário. Utilizamos um diário de campo para registrar as impressões e fitas cassete para gravar as entrevistas (Apêndice II).

Após o encontro com o grupo focal e a entrevista, confrontamos os dados com os colhidos na técnica de observação, que, segundo Vianna (2003: 83), traduz “[...] relatos cursivos sobre eventos ou comportamentos, que serão analisados à luz de alguma teoria ou pela análise de conteúdo, em função de categorias elaboradas a partir do próprio material dos relatos cursivos.”

A observação transcorreu durante a realização dos atendimentos das equipes selecionadas, com a utilização de um roteiro (Apêndice III) baseado nos relatos dos participantes do grupo focal (equipe do PSF e trabalhadores das unidades de saúde) e entrevista com os usuários atendidos no serviço. Para evidenciar principalmente a comunicação não-verbal, fizemos uso de anotações em diário de campo.

Os textos incluíram falas dos participantes, descrições do ambiente e de atividades por eles desenvolvidas ao longo das visitas ao campo de pesquisa, e

eram redigidos imediatamente após estas visitas, reforçadas pelas anotações feitas no decorrer das entrevistas e grupo focal.

Para favorecer a melhor compreensão dos discursos dos sujeitos envolvidos na pesquisa, além das entrevistas e dos grupos focais e da observação, para completar o processo de triangulação, utilizamos a literatura pertinente ao tema.

2.5 Questões éticas

Cabe-nos focalizar neste momento algumas preocupações referentes a aspectos éticos desta pesquisa, bem como os esforços despendidos no sentido de preservar os atores envolvidos. A princípio devemos esclarecer que o projeto de pesquisa desta investigação foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, tendo sido aprovado para fins de sua realização, de acordo as normas do mencionado comitê.

Após a aprovação, enviamos uma cópia do projeto ao Serviço de Protocolo da Secretaria de Saúde do Município para ser avaliado e aceito pelo Secretário Municipal de Saúde, para sua realização nas Unidades Básicas de Saúde da Família de Fortaleza-CE.

Ademais, ao longo da descrição e análise dos dados, tomamos o devido cuidado de omitir quaisquer informações dos sujeitos e Unidades Básicas de Saúde da pesquisa, haja vista o contrato firmado com estes por meio de termo de consentimento.

Mantivemos o respeito às questões éticas e aos princípios da Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL,1996), que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, dando liberdade aos sujeitos envolvidos na pesquisa de optar ou não pela participação.

Os participantes assinaram termo de consentimento no qual declaram ter sido informados a respeito dos propósitos da pesquisa, concordando em participar espontaneamente dela (Apêndices IV, V e VI).

2.6 Análise e interpretação dos dados

Procuramos descrever as experiências dos pesquisados, as percepções que formaram e os conceitos que elaboraram. Esses conceitos manifestos, as experiências relatadas, ocupam o centro de referência das nossas análises e descrições.

Os depoimentos elaborados por meio de entrevistas, grupo focal e observações foram descritos utilizando o método escolhido. Para a descrição do conteúdo das respostas adotamos a técnica de análise de conteúdo proposto, do tipo categorial temática, definida por Bardin (1977:38):

Como conjunto de técnicas de análise de comunicações que visam obter, por procedimentos sistematizados e objetivos de descrição dos conteúdos dos conteúdos das mensagens, a inferência de conhecimentos relativos às necessidades de produção e recepção das variáveis inferidas das mensagens destes conteúdos.

No intuito de reduzir o volume amplo de informações contidas em uma comunicação usamos a análise de conteúdo. Esta permite passar dos elementos descritivos à compreensão e interpretação dos sujeitos envolvidos no processo de produção da saúde no contexto cultural onde produziram a informação, verificando-se a influência desse contexto no estilo, na forma e no conteúdo dos discursos.

Na efetuação da análise realizamos a leitura flutuante, a leitura exaustiva, escolhas das unidades de análise (unidade de registro-frase e de contexto-parágrafo), o recorte dos trechos de falas do grupo focal e das entrevistas clínicas, a elaboração de categorias e subcategorias, e, finalmente, a organização dos discursos, descritos e interpretados à luz da literatura pertinente.

A análise de conteúdo das respostas dos trabalhadores das equipes do PSF, trabalhadores das unidades de saúde e usuários nos permitiu descrever e explorar as experiências dos sujeitos envolvidos sobre humanização das ações de saúde e o modo como eles lidam com suas experiências específicas diante do atendimento humanizado. Após essa etapa, os depoimentos foram separados por semelhanças e diferenças e organizados de acordo com os temas predominantes, quais sejam: Humanização das ações de saúde – acesso; acolhimento; vínculo; cuidado integral; valorização dos trabalhadores e usuários; participação da comunidade.

3 O CUIDADO INTEGRAL E AS TECNOLOGIAS LEVES: Atenção Básica de Fortaleza-CE

Não acrediteis em coisa alguma pelo fato de vos mostrarem o testemunho escrito de algum sábio antigo; não acrediteis em coisa alguma com base na autoridade de mestres e sacerdotes; aquilo, porém, que se enquadra na vossa razão, e depois de minucioso estudo for confirmado pela vossa experiência, conduzindo ao vosso próprio bem e ao de todas as outras coisas vivas; a isso aceitai como verdade; por isso, pautai vossa conduta!

Sakya-Muni (Buda).

As análises e discussões dos dados que abordamos nesse capítulo deram origem ao título dessa pesquisa. Este, por sua vez, sintetiza os encontros e desencontros entre os sujeitos e suas representações no cotidiano da atenção básica e sua concepção sobre atendimento humanizado.

A análise do material obtido a partir dos grupos focais e das entrevistas levantou grande volume de informações que após sucessivas leituras e classificações foram organizadas em torno do que se poderiam considerar três grandes temas, a partir dos quais procuraremos apreender nosso objeto:

1. Acesso com acolhimento e vínculo no cuidado integral.
2. Valorização dos trabalhadores e usuários.
3. Participação da comunidade na perspectiva de controle social nas UBASFs.

Descrevemos a partir das categorias-texto a síntese na qual se expressou o conjunto de significados presentes nas diversas unidades de análise, com citações diretas para exemplificar as informações apreendidas nas descrições do grupo focal e das entrevistas. As citações, conforme o grupo focal e entrevistas, foram identificados da seguinte forma: usuários (U), Trabalhadores das UBASFs (GT) e Trabalhadores do PSF (ESF).

Os trabalhadores das UBASFs nem sempre expressaram suas reais opiniões por temerem represálias, e perderem seus empregos. Devido a isso, as respostas foram dadas com certo receio. Em alguns casos, eram monossilábicas durante a realização do grupo focal e alguns participantes ficaram em silêncio durante a gravação. Somente conseguiram se expressar após o gravador ter sido desligado, contudo, suas falas foram anotadas.

Os problemas relacionados ao medo de perder o emprego geram nas pessoas constante ansiedade a ponto de perderem a alegria no desenvolvimento dos trabalhos, acrescido de problemas relacionados à saúde dos trabalhadores. A este respeito Luz (2005: 14) comenta:

O fato de temerem pela perda dos seus empregos origina nas pessoas um estado de instabilidade constante, que ultrapassa o nível do sofrimento psíquico – da ansiedade, da angústia e da depressão, produzindo nelas um estado de constante vulnerabilidade orgânica, que as predispõe a adoecerem com frequência.

O capitalismo induz as pessoas à contínua competitividade. Diante disto, os outros são vistos como inimigos, alguém que deve ser retirado do caminho, pois parece não haver espaço para todos. Como afirma Luz (2005), o individualismo passa a ser uma forma de solidão do mundo moderno. Conforme relatado por trabalhadores das UBASFs:

Agente tem que ter cuidado com o que fala, não se pode confiar em ninguém, eu preciso deste emprego (GT5).

O medo de expressão dos trabalhadores gera um trabalho individualizado no qual cada um faz a sua parte. É predominante nos serviços de saúde a falta de comunicação e de trabalho conjunto.

Nas falas do grupo focal dos trabalhadores das UBASFs 3, 4 e 5, há referência à atenção humanizada como uma necessidade de melhoria do atendimento ao usuário, como citado:

É o aperfeiçoamento e melhoria do atendimento ao usuário. É o respeito para com o cliente aqui dentro (GT3).

É para que a gente possa atender melhor, já que as pessoas são tão sofredoras, massacradas, humanização é para atender melhor e humanizar os pacientes (GT4).

É ter consciência não só aqui mas em qualquer ambiente de trabalho se colocar no lugar do paciente, atendendo às necessidades e fazer com que o trabalho realmente progrida (GT5).

A compreensão do atendimento humanizado como voltado para a melhoria do atendimento aos usuários reproduz a exclusão dos próprios trabalhadores em relação às suas necessidades que não foram citadas por estes grupos, além de assumirem a responsabilidade exclusiva pelo atendimento humanizado sem expressarem o contexto no qual estão inseridas, as subjetividades de cada um dos sujeitos na construção do atendimento humanizado.

Conforme o citado pelo grupo focal 2 e 6 dos trabalhadores das UBASFs a humanização do atendimento representa o respeito, o reconhecimento pelo trabalho desempenhado. As motivações no ambiente de trabalho irão favorecer um bom atendimento, contribuindo desse modo para melhorar as condições de saúde da população:

O estabelecimento de um bom atendimento, ser reconhecido para se melhorar as condições do Brasil (GT2).

É respeitar a pessoa que vai ser atendida e vice-versa (GT6).

Neste caso, os trabalhadores se colocam como parte integrante da construção da saúde. Mas para tanto deverá existir a valorização dos sujeitos, mediante o reconhecimento que perpassa por uma questão de subjetividade, a representação do reconhecimento e respeito para esse grupo em discussão. Neste sentido, observamos claramente a necessidade dos trabalhadores de participarem e serem ouvidos no ambiente de trabalho, na construção das ações de saúde.

Para a equipe do PSF 1 ao fazerem referência sobre “poder de decidir uma coisa”, não fica claro se o poder de decisão representa a melhor forma de resolver os problemas de saúde. Segundo podemos perceber, os trabalhadores não fazem referência ao usuário como participante da construção da saúde, nem mesmo aos outros trabalhadores da saúde. A visão fragmentada da atenção humanizada como atitudes isoladas também prevalece na concepção desse grupo, ao referir que qualquer ação benéfica para o usuário será humanização:

A partir do momento em que a gente tem o poder de decidir uma coisa que irá beneficiar o usuário, estará havendo humanização (ESF1).

Para as equipes do PSF 2, 3 e 4, a humanização do atendimento representa manter o usuário bem informado, um momento de encontro com o usuário e família oportunidade de conhecê-lo, manter vínculo e ter continuidade no acompanhamento, conforme citado:

É o atendimento em que se vai ter contato com o paciente, saber a história dele, onde ele mora, para manter um vínculo, ele vai estar sempre voltando, vai estar conhecendo ele. Mas os profissionais deveriam ter condições para fazer um bom atendimento, nada é perfeito, mas a gente procura fazer a coisa funcionar (ESF2).

É tratar bem, receber o paciente de forma acolhedora, informar, encaminhar para o local onde ele deseja ir na unidade (ESF3).

São os cuidados desde a promoção, a prevenção da saúde, já vem desde o nascimento do paciente (ESF4).

A visão da humanização tem um sentido de dar atenção, ter contato, saber ouvir, manter o vínculo e ter continuidade do atendimento em todo o seu ciclo de vida; traz em si os princípios da humanização. Para que isso ocorra é necessário

existir condições para o desempenho adequado do serviço. Apesar das dificuldades, a equipe tem interesse e se esforça para fazer atendimento humanizado.

Para a equipe do PSF 6, a humanização é referida como receber com cordialidade. Na expressão utilizada “a gente” podem estar representados todos os envolvidos na construção da saúde, os trabalhadores da saúde e os usuários, ao citarem que:

Eu vejo que a humanização do atendimento deve começar desde a hora que a gente chega à unidade. Desde a hora que agente entra e dá um bom dia, já é humanização (ESF6).

Quanto aos usuários atendidos nos serviços, conforme percebemos, eles não aceitaram gravar as entrevistas por vergonha de terem suas falas gravadas, tivemos, então, de anotá-las. Existiu certa timidez e insegurança do usuário em falar sobre o assunto pesquisado, apesar de os termos deixado à vontade para falarem e garantido o total sigilo e resguardo ético sobre o assunto. Na nossa opinião, a insegurança decorreu da dificuldade de expressão sobre a humanização do atendimento.

Segundo os usuários referem, eles ficam esperando muito tempo para serem atendidos e muitas vezes o trabalhador que irá atendê-los não comparece e nem avisa, causando constrangimento para os trabalhadores da recepção, os quais levam a culpa pela longa espera. Como observamos, as necessidades relatadas são de garantia de acesso, acolhimento e o vínculo entre trabalhadores e usuários e atendimento na hora certa, conforme relatado:

Deveria ter hora certa para atender, até para fazer exame em jejum, a gente tem que esperar muito (U11).

A gente espera horas para ser atendido, deveria ser assim que chegasse ser atendido (U15).

Humanização do atendimento é atender bem, ser paciente, pontualidade dos médicos (U6).

Os usuários fazem referência às necessidades de serem bem atendidos, com seus direitos garantidos, principalmente em sua individualidade, de ter suas dúvidas esclarecidas.

A humanização do atendimento também representa o tratar bem, ter compaixão, respeito, educação, como relatado:

Humanização do atendimento são respeito e educação com as pessoas (U2).

Humanização do atendimento é tratar bem, ser compassivo, responder direito, olhar para a cara da pessoa, saber quem é (U8).

É uma atenção específica de pessoa a pessoa, colocar o estetoscópio, procurar conversar com o paciente, perguntar sobre o tipo de vida que você tem, para passar o remédio certo de acordo com as condições, dar importância, dar atendimento de qualidade (U26).

É indispensável criar espaços de saúde que respeitem os valores culturais e sociais daquele grupo de pessoas. Deve-se preservar o conforto, a privacidade, a individualidade dos sujeitos envolvidos, com atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo, tanto dos trabalhadores quanto dos usuários.

Além disso, somente em casos nos quais o serviço chegasse à limitação do atendimento para aquela necessidade é que o usuário deveria ser encaminhado a um serviço de referência, e este deveria ser resolutivo e rápido no atendimento.

Segundo percebemos, atendimento humanizado para os usuários passa a ser a satisfação de suas necessidades imediatas, de dar prioridade, por exemplo, em casos de febre, e ter como resolver esses problemas de saúde. Conforme citado podemos interpretá-las como necessidade de acesso, acolhimento, com prioridade de atendimento quando necessário e a garantia do atendimento para todos:

Ter prioridade quando se chega com febre, ter mais recursos no atendimento, mais gente trabalhando (U21).

Deveria ter mais médicos para atender, mais atenção dos funcionários, sem ignorância (U25).

O acolhimento não deve ser restrito à recepção do usuário, mas deve ser feito em todas as ações que ele vivencia dentro da unidade. Por estar em contato integral com a comunidade, os trabalhadores deveriam ter um vínculo com ela e conhecer todas as características, necessidades e problemas relacionados à saúde desta.

Consoante percebemos, as camadas mais pobres da população chegam às UBASFs com certa facilidade de acesso. Entretanto, quando necessitam de

outros níveis de atenção do sistema, o acesso é muito difícil e, às vezes, conforme relato de usuários:

Deveria ser melhor botar mais gente para trabalhar, conseguir encaminhamento e não ter que esperar anos para ter atendimento especializado (U23).

Uma das causas dessa dificuldade é a não articulação do nível de atenção primária de saúde com os demais níveis do sistema. Diante do impasse, apesar das limitações econômicas, a população que precisa de atendimento especializado paga serviços particulares, embora com muito sacrifício, a exemplo de gestantes que necessitam de ultra-sonografia, pois, mesmo fazendo pré-natal em serviço público, muitas vezes recorrem a clínicas particulares para fazerem o exame por falta de vagas no serviço público.

A despeito das conquistas relacionadas aos princípios norteadores do SUS, no relacionado ao ser humano ser atendido em todas as suas necessidades de saúde, existe a dificuldade de articulação com setores de maior nível de complexidade, associada à carência de profissionais e equipamentos em algumas áreas, como no caso de dentistas, que não dispõem de tecnologia dura para atender.

Atender com equidade é dar acesso aos serviços de saúde que devem ser garantidos a toda a população em condições de igualdade, sem qualquer discriminação, bem como possibilidades de atendimento em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde.

3.1 Acesso com acolhimento e vínculo no cuidado integral

Diante das falas dos grupos pesquisados, evidencia-se a necessidade de respeito mútuo, de saber ouvir, ajudar no que for possível. Muitas vezes esses trabalhadores recebem maus-tratos por parte dos usuários e isto gera conflitos, motivados pelo despreparo para lidar com o usuário. Desse modo, o trabalhador ao ser atingido responde no mesmo nível de agressão.

Grande parte dos problemas existentes nas unidades no referente à falta de respeito mútuo é porque o usuário sabe dos seus direitos, mas não sabe como

cobrá-los. Nesse caso, fica clara a necessidade da participação da comunidade nas ações de saúde, para que suas reais necessidades sejam satisfeitas e o serviço passe a exercer as funções a que se propõe, qual seja, prestar serviços de atenção básica com qualidade.

Os trabalhadores fazem referência ao acolhimento apenas como a informação a ser dada aos usuários, a falta de placas para sinalização dentro das unidades, e também a comunicação dentro das UBASFs funciona de modo isolado, as informações não são prestadas para todos os trabalhadores devido ao trabalho individualizado. E os usuários são os que mais sofrem pela falta de comunicação:

Nós temos que ter contato com o usuário, dar informações, o usuário e o profissional têm que saber o que está acontecendo na unidade (GT3).

Ensinar a ele para onde ele vai, encaminhar o paciente para o local certo aonde ele vai, levando ao local (GT4).

A falta de comunicação dentro da própria unidade de saúde dificulta as relações entre os trabalhadores e desses com os usuários, e nesse caso pode gerar erros de interpretação e conflitos pessoais. Sem comunicação os sujeitos ficam excluídos da dinâmica do serviço.

Para Gomes e Pinheiro (2005), o maior desafio dos trabalhadores da saúde é concretizar, na prática cotidiana, a superação do monopólio do diagnóstico de necessidades e de saber ouvir o outro. Isto é mais que a construção de um vínculo/responsabilização no qual o usuário seria responsável pela sua saúde, com a participação dos trabalhadores da saúde para alívio do sofrimento e prevenção de possíveis danos em pessoas vulneráveis e doentes.

Os trabalhadores também fazem referência ao atendimento baseado no respeito tanto dos usuários quanto dos trabalhadores. Também referem a necessidade de união. Ao mesmo tempo ressaltamos que a população está à parte do processo de construção da saúde, ou seja, eles devem fazer o melhor para que a população não reclame, conforme citado:

Respeito entre ambos, boa convivência para que surja um trabalho bom, unido para que a população não se queixe de nada, para que as coisas melhorem muito (GT2).

O atender bem é tido como rapidez de atendimento. Mas como poderá ser esse atendimento rápido, se muitas vezes o profissional precisa ouvir o usuário e para isso despenderá tempo, conseqüentemente demora no atendimento? Também poderá ser no sentido de dar prioridade às pessoas, conforme classificação de risco nas UBASFs feita no acolhimento ao usuário, como citado:

É fazer o possível para atendê-los bem, com rapidez de atendimento. É um bom atendimento. É o paciente não voltar sem atendimento e ter isso como prioridade (GT5).

A visão do atendimento como uma rotina de procedimentos ainda está inserida na concepção destes trabalhadores, cuja importância está em seguir padrões de forma “mecânica” sem reflexão sobre a escuta do usuário para que ele seja atendido em suas necessidades, que muitas vezes é apenas de ser ouvido, a exemplo do relatado:

É medir, pesar, ver P.A., temperatura. É melhoria no posto com respeito aos horários de atendimento por parte dos funcionários (GT6).

O descumprimento dos horários de trabalho pode gerar descrédito por parte da população e dos próprios trabalhadores, pois como poderão acreditar em um serviço que não cumpre seu horário de funcionamento? Segundo observamos, a falta de compromisso com o ser humano, dificulta o bem-estar de todos, porque o descontentamento gera desarmonia no ambiente de trabalho.

Fica expressa nos grupos 3 e 4 a distância entre trabalhadores e usuários, devido ao despreparo para lidar com o próximo, associado à posição de superioridade por estar trabalhando em um serviço de saúde e o outro necessitar desse serviço. Isto gera em algumas pessoas a sensação de superioridade sobre o outro:

Os profissionais são muito fechados, deveria ter mais aconchego com os pacientes, os próprios pacientes procuram ser maltratados em tudo, não sabem se expressar (GT3).

O vínculo deveria ter alguém que falasse com a população para os pacientes aprenderem a tratar bem (GT4).

Do mesmo modo, no grupo 3, alguns participantes referem-se aos usuários como culpados pelas situações desumanizantes nas UBASFs, enquanto estes acham os trabalhadores fechados, e os trabalhadores referem-se dessa forma

aos outros trabalhadores de formação universitária tais como médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas. Neste caso o serviço de saúde deveria priorizar a igualdade entre todos os sujeitos com vistas a ir além dos interesses das pessoas e da instituição para promover o bem-estar de todos.

O vínculo é uma conquista, não um acontecimento imediato. Quanto mais apropriado for o vínculo, melhor será o resultado, maior a troca de saberes entre trabalhadores da saúde e comunidade. De acordo com Gomes e Pinheiro (2005: 298),

O maior desafio dos profissionais da Estratégia da Saúde da Família é concretizar, na prática cotidiana, a superação do monopólio do diagnóstico de necessidades e de se integrar à “voz do outro”, que é mais que a construção de um vínculo/responsabilização.

As relações entre usuários e trabalhadores são tidas como relações entre semelhantes, além de valorizarem a participação e união de todos na tentativa de oferecer o melhor que o serviço dispõe. Nas UBASFs, devido ao trabalho com a comunidade, os laços tornam-se mais estreitos e favorecem as relações de familiaridade e participação; Para os trabalhadores dos grupo 1, 3, 5 e 6 a visão do que vem a ser vínculo traduz o aspecto humanizado de:

É ser uma família, amizade, compreensão, participação e união de todos (GT1).

É buscar seus direitos, valorizar os usuários com desempenho do trabalho, oferecer o que a repartição tem (GT3).

Vínculo é amizade, respeito, sinceridade (GT6).

Na visão dos trabalhadores do grupo 5, atendimento integral é dar uma palavra amiga, sorrir, conversar. Embora muitas vezes uma palavra amiga traga conforto para o usuário, é preciso uma visão compreensiva com o sofrimento do outro, uma escuta com trabalhadores qualificados para saber ouvir e dar prioridade de atendimento, conforme a necessidade. Até mesmo o modo como você sorri poderá motivar diversas interpretações para o usuário:

Eu acho que é você se colocar no lugar do outro (GT5).

Dar uma palavra amiga, um sorriso, conversar. Dar prioridade de atendimento, suporte jurídico, apoio às mães que estão com os filhos internados com vale transporte e oferecer programas de apoio ao usuário (GT5).

Os problemas das mães com filhos internados vão além da necessidade de vale transporte, passam pelas questões familiares de não ter com quem deixar os outros filhos, não poder ausentar-se do trabalho, que muitas vezes é informal. Todos estes problemas poderiam ser amenizados se na comunidade existissem as redes sociais de apoio, que são recursos da comunidade para atuarem com estratégias para a resolução de tais problemas na própria comunidade.

O compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e co-responsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde, exige sensibilizar as equipes de saúde em relação ao problema da violência intrafamiliar (criança, mulher e idoso) e quanto à questão dos preconceitos (sexual, racial, religioso e outros) na hora da recepção e dos encaminhamentos (BRASIL, 2006b).

A ideologia de que consultas médicas resolverão os problemas de saúde dos usuários baseia-se no modelo queixa-conduta, centrado na figura do médico como responsável absoluto pela saúde do usuário:

Deveria ter médico como clínico geral, pediatra e especialidades (GT6).

Quando não consegue encaminhamento o usuário fica esperando. Nessa espera, muitas vezes a doença se agrava e os que dispõem de melhores condições ou da ajuda de familiares pagam por atendimento especializado. Conforme observado, um dos impasses dessa situação é que os problemas de saúde que poderiam ser resolvidos nas UBASFs são encaminhados para serviços de referência, sobrecarregando estes.

Para Sousa (2002b), o consumo elevado de tecnologia dura, de modo geral, pouco ou nada acrescenta ao processo de produção da saúde das pessoas e comunidade. Os médicos tendem a subestimar o contato e o diálogo com o usuário, solicitam uma bateria de exames de laboratório e outros complementares, consultas especializadas, que poderiam ser resolvidos na própria unidade de saúde. E o usuário, por sua vez, tende a valorizar a qualidade do seu atendimento pelos procedimentos complexos utilizados em seu tratamento.

Nesse caso, o ser humano deveria ser visto como um todo em sua subjetividade, assumindo como trabalhadores da saúde a responsabilidade pelo acompanhamento do serviço de saúde para com o usuário, reconhecendo os limites tecnológicos do serviço. A esse respeito Carvalho e Cunha (2006: 847) fazem referência à clínica ampliada como:

Uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e que toma como objeto de ação sujeitos singulares que vivenciam determinado sofrimento agravo e (ou) doença demanda um atendimento integral e, muitas vezes, a elaboração de projetos terapêuticos específicos que logrem qualificar as respostas às necessidades dos usuários.

Como trabalhadores da saúde, ao agirmos como participantes da saúde dos usuários estaremos trabalhando a subjetividade e a participação dos sujeitos como responsáveis por sua vida e tendo papel central na construção de sua saúde. Conforme Santos (2004: 282),

A atenção básica, sob a orientação da integralidade e equidade rumo à universalidade, deve construir-se como grande referência do SUS para a população, [...], exercidos por equipes multiprofissionais em unidades de saúde, no domicílio, na comunidade e em qualidade, resolutividade [...]

A percepção do acolhimento para os grupos 1, 2, 3, 4 e 5 de trabalhadores do PSF com participação de todos os trabalhadores e avaliação da necessidade de atendimento prioritário são princípios humanizantes do atendimento:

É ser bem recebido desde a entrada até a saída. Para ser bem atendido começa pelo porteiro, ver e ajudar no que a pessoa está necessitando e ser encaminhada (ESF1).

Deveria ser o melhor atendimento possível. Se ele for bem atendido ele já vai ter resposta para parte dos seus problemas. Se o acolhimento for feito do jeito humanizado em equipe o serviço vai funcionar maravilhosamente bem (ESF2).

É receber bem o paciente, ter direito ao atendimento, receber informações, ser examinado e encaminhado quando necessário (ESF3).

Começa na recepção, direcionar o paciente, recepcionando e orientando (ESF4).

Receber bem, dar boas informações e direcionar o usuário para onde deve ir (ESF5).

Os trabalhadores do PSF conforme relatado, valorizam o acesso do usuário à unidade, com direito garantido de atendimento, bem como a ambiência para que o usuário sinta-se bem no local de atendimento, onde deverá haver placas de identificação dos setores da unidade. Contudo, seria mais adequado se os

trabalhadores tivessem interesse em orientar os usuários, interrogar sobre o local que desejam e acompanhá-los, se necessário:

O acolher não é só verificar sinais vitais, é um negócio mais humano, ver quem precisa mais, dar prioridade, dar mais a quem precisa ter equidade (ESF6).

Tem que ser um local em que ele não se sinta inibido, que ele saiba que vai ser bem atendido e saiba para onde se dirigir, ter placas de identificação. Mas às vezes ele não sabe ler, entender a mensagem, para não ficarem "aéreas", perguntando aqui e ali (ESF6).

A visão do ser humano de modo a percebê-lo como um todo, tendo em vista a subjetividade, está representada na fala do grupo focal quando expressam as questões do saber ouvir como uma forma de tratamento, assistir o ser humano em seus aspectos físicos, psicológicos, entre outras necessidades, sendo assistido como um todo, sem a visão de fragmentação. Não ver somente os aspectos da doença, mas todo o contexto pessoal, social, econômico, cultural:

É um elo do profissional como ser humano, ver o paciente como um todo. Quando se vai atender o paciente às vezes ele não quer o remédio, mas uma simples palavra vale mais do que uma medicação. Ver todas as necessidades físicas, psicológicas, todas as necessidades como um todo na visão holística, uma visão geral do todo, o olhar como ser humano (ESF1).

Não ver só a doença, ver o doente em tudo o que está causando problema nele, às vezes o problema não é nem físico, nem biológico. É doente da alma, falta amor, carinho, compreensão, comida, emprego, chega aqui, parece que é do corpo, mas é da alma (ESF6).

Os usuários que chegam às UBASFs querem ser tratados como uma pessoa que tem sua individualidade, que necessita falar de seus problemas relacionados a fatores familiares, emocionais, sociais, econômicos, entre outros. Muitas vezes como forma de desabafo, no qual o simples ouvir e chamar aquela pessoa pelo nome, demonstrando interesse pelo que é dito, já traz alívio.

A atenção integral para o grupo do PSF 2 representa apenas a responsabilidade de acompanhamento, que poderíamos chamar de continuidade do acompanhamento, e para o grupo do PSF3 representa acesso e acolhimento enquanto para o grupo de PSF 4 representa dar mais atenção, conforme referido:

É uma responsabilidade que o profissional vai ter de estar acompanhando o paciente (ESF2).

É o paciente ser bem recebido. É o paciente ser examinado, consultado e ser encaminhado quando necessário (ESF3).

A equipe atender menor número de famílias, para dar maior atenção aos usuários, ter prontuário específico para PSF de atendimento integrado (ESF4).

A utilização do prontuário específico para o PSF poderá estar limitando as ações de saúde apenas aos trabalhadores do PSF. Nesse caso instigam-nos algumas questões: Como seria o atendimento dos trabalhadores dos outros níveis de atenção? Ficariam separados do prontuário do usuário? Como existiria comunicação entre os outros níveis de atenção se ao atenderem o usuário os registros do atendimento não seria colocado no mesmo prontuário?

É preciso, sim, um prontuário unificado com as informações do usuário, para que ao ser referenciado para os outros níveis de atenção o usuário não tenha de passar por procedimentos já realizados, pois, por falta de registros, estes são feitos novamente, dificultando ou adiando o tratamento do usuário.

A garantia de acesso ao serviço de saúde para os usuários representa a responsabilidade do serviço para com suas necessidades de saúde. Sem o acolhimento o serviço não poderá garantir nem o acesso nem as prioridades de atendimento. Quando o usuário sente a necessidade de atendimento mais rápido, muitas vezes esta não está expressa fisicamente. Neste caso, somente com a escuta desse usuário é que se poderá saber de suas necessidades:

Ter atendimento sem desmarcar e ser bem atendida (U1).

Deveria ter um modo de atender mais rápido as pessoas (U2).

Quem marca a consulta deve ser atendida no dia marcado e não dois meses depois (U10).

Deveria ser mais bem atendida, mais gente para atender, mais computadores (U23).

Consoante acrescentam Franco, Bueno e Merhy (1999), os princípios do acolhimento devem ser o de atender todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. É preciso, portanto, reorganizar o processo de trabalho a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional, e qualificar a relação trabalhador e usuário, a qual deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

Muitas vezes o usuário vai ao serviço de saúde para ser atendido e quando chega não tem ninguém para recebê-lo. Diante disto, fica esperando que

alguém preste alguma informação. Fato semelhante ocorreu quando das nossas visitas às UBASFs, pois, ao chegarmos, nenhum dos trabalhadores perguntou em que poderia nos ajudar, passavam por nós, mas não nos olhavam. Ficamos imaginando a situação do usuário necessitado de atendimento, sem saber a quem recorrer. De acordo com os relatos:

Deveria ter uma pessoa no portão para indicar aonde se vai. Eu vim verificar a pressão, se tivesse alguém lá fora eu não ficaria tão perdido (U13).

É receber bem, com delicadeza, cumprimentar com boa tarde (U3).

Ser bem tratada, gente perguntando o que quer e para onde é que vai, deixar no local (U 27).

Deveria ser legal, quando a gente chegasse perguntasse logo do que a gente está precisando (U24).

Deve ser ao chegar procurar atendimento, ser bem informada e encaminhada, ter boas explicações até pelo telefone (U30).

O contato entre profissional e paciente deveria propiciar conhecer o usuário e ter continuidade de acompanhamento. Segundo observamos, é comum os usuários chegarem para serem atendidos, se dirigirem à recepção, confirmarem a consulta, irem para a verificação de dados antropométricos e ficarem esperando para serem atendidos nos corredores, sentados em cadeiras ou bancos, e ao serem atendidos irem embora. Portanto, não observamos qualquer tipo de acolhimento com vínculo entre usuários e trabalhadores da saúde.

Na nossa concepção como trabalhadores da saúde acostumados com o ambiente de trabalho, não percebemos que as pessoas que chegam não estão acostumadas com o ambiente e rotina de funcionamento do serviço. Contudo, devemos ter consciência do outro em sua individualidade como ser singular.

Na opinião de Campos e Onocko (2006), a autonomia e o protagonismo dos sujeitos é a capacidade de compreender e agir sobre si mesmo e sobre o contexto, conforme objetivos democraticamente estabelecidos. Como sujeitos autônomos, os sujeitos ocupam lugar central nos acontecimentos. Com ação, conversação e atitude, participam como parte responsável pela produção de si e do mundo onde vivem. Para Minayo (2001), o sujeito é um produto da sociedade.

Segundo Ayres (2001), trata-se de resgatar a dignidade de outros tipos de sabedoria na construção da saúde, desde os acontecimentos acadêmicos referentes

a outras áreas do conhecimento, como a filosofia, o direito, a certos ramos das ciências humanas, até as diversas sabedorias, práticas transmitidas secularmente nas diferentes tradições culturais.

Para um usuário não deverá existir vínculo entre trabalhadores e usuários, pois a proximidade poderá gerar conflitos, ao referir que:

Não acho necessário ter vínculo com os trabalhadores, quanto mais se envolve mais errado fica, é como casamento (U1).

Para muitas pessoas a dificuldade de se relacionarem com o outro gera o medo da proximidade, de certo modo é mais cômodo para essa usuária ser atendida apenas com base na queixa-conduta.

Já para outro usuário, é necessário ter intimidade no sentido de saber os fatores desencadeantes de seus problemas de saúde, receber atenção, de se estabelecer uma relação entre trabalhador e usuário. Como afirma:

Ter mais intimidade, olhar na cara, dar mais atenção (U21).

Entendemos de acordo com a fala do usuário a necessidade do estabelecimento de contato entre profissional e usuário no sentido de conhecer o paciente, manter vínculo e ter uma seqüência no acompanhamento desse usuário.

Com forme o mencionado por Cyrino (2004: 369), as relações humanizadas entre profissionais de saúde e usuários dos serviços “exigem, de partida, alcançar uma sensibilidade do profissional para com o sofrimento do outro, de seu paciente”. É um assunto complexo se considerarmos que somos formados para atuar mais sobre o físico, a doença do que sobre a pessoa de forma única, individualizada.

Na atenção básica tem-se um ambiente fértil para um trabalho com vistas à interação social, a qual possibilita a construção da saúde com a participação de diferentes saberes. Além disso, conforme observado, a forma como o serviço está organizado influenciará nas ações dos trabalhadores e usuários dentro dos serviços.

3.2 Valorização dos trabalhadores e usuários

Ainda conforme observado, existe uma divisão social dentro das unidades. Os trabalhadores de formação superior são separados afetivamente dos outros trabalhadores de saúde (agentes administrativos, agentes de saúde, serventes e vigilantes). Desse modo, as pessoas são unidas no grupo social ao qual pertencem, ou seja, os profissionais de nível superior têm relações de amizade entre si, enquanto os trabalhadores de nível médio formam outro grupo que mantém relações de amizade apenas entre eles mesmos. De acordo com relato dos pesquisados,

Não deveriam existir barreiras entre a gente e a coordenação e profissionais da unidade. As decisões sempre vêm de cima para baixo (GSF5).

Não ter barreiras entre um e outro. É ter um pouco de humildade, deve aceitar o outro do jeito que é, não querer mudar a pessoa (GSF2).

Desta forma, existem núcleos ou castas distintas. Os profissionais formados esperam ficar no topo da pirâmide de poder; os trabalhadores de nível médio esperam estar numa posição intermediária entre o “nível superior” e os usuários. Estes, na escala de poder, representam o nível inferior da escala, eles confirmam o princípio segundo o qual se você precisa de mim é porque está no patamar inferior. De acordo com as falas de um grupo pesquisado:

Deveria existir respeito e companheirismo, união, não ser amigo falso. As pessoas deveriam ter mais ética. Se nós trabalhamos em uma unidade, não importa o nível, nós somos uma equipe, deve ter coleguismo, respeito pelo ser humano (GT6).

Em seu consagrado modelo de conduta, alguns trabalhadores da saúde se acham detentores do saber e esperam uma relação de poder em que se colocam em patamar distinto dos outros trabalhadores sem formação universitária. Estes por sua vez se colocam em um nível distinto dos usuários e dos trabalhadores de formação universitária.

Desta forma, os vários grupos fechados pertencentes ao mesmo ambiente de trabalho mantêm-se isolados e cada um faz sua função, sem inter-relação entre os diversos atores envolvidos na produção da saúde. Mas a fragmentação nas relações traz conseqüências no atendimento que passa a ser de

forma individualizada. Portanto, cada um faz sua parte sem a visão do todo, isto é, a assistência ao paciente de forma integral. Neste sentido, segundo Morin (2002: 40),

O enfraquecimento da percepção do global conduz ao enfraquecimento da responsabilidade (cada qual tende a ser responsável apenas por sua tarefa especializada), assim como ao enfraquecimento da solidariedade (cada qual não mais sente os vínculos com seus concidadãos).

Conforme as bases práticas, muitas vezes clientelistas, a prestação de serviços de saúde é realizada como um favor e não como um direito do cidadão. A contínua relação de favor, associada às precárias condições de trabalho e salários, reforça ainda mais a idéia de favor.

A concepção dos trabalhadores das UBASFs sobre valorização vem no sentido de serem reconhecidos por seus esforços em conseguir atendimento para o usuário. Mesmo tendo suas atividades inerentes ao seu cargo, deixam o que estão fazendo para tentarem resolver os problemas do usuário. Ao mesmo tempo criticam o usuário que chega no horário de encerrar o atendimento, como expresso nas falas:

A gente sai do serviço que está fazendo para conseguir o atendimento para o médico e algumas vezes não somos reconhecidos. Chega uma criança doente em cima da hora do médico sair, querem atendimento, sem necessidade, e jogam a culpa em cima da gente quando não conseguem o atendimento (GT1).

É o reconhecimento do trabalhador com seu esforço, meu atendimento, a maneira como atendi, reconhecer que nosso trabalho está adiantando para os pacientes (GT2).

Neste caso, o atendimento deveria ser de forma integral, oferecido mediante organização da demanda da área de abrangência de cada UBASF, que é a territorialização, a qual propicia a interligação dos trabalhadores e usuários, acompanhando o tratamento do usuário, percebendo no dia-a-dia o impacto das ações dos trabalhadores responsáveis por uma área de abrangência.

Tais problemas decorrem da falta de um acolhimento na unidade, em que se possam ouvir os usuários, pois não podem considerar como desnecessárias as necessidades sentidas pelos usuários. As falas expressam as idéias:

Faltam condições de trabalho, é o que leva o paciente a se chatear, a burocracia deveria ser mais prática (GT3).

Além destes problemas, há o uso de computadores, associado à burocracia no preenchimento de dados exigidos pelo sistema. Como observamos, os profissionais não conseguem sequer olhar para o usuário por estarem preocupados com os dados a serem digitados, somam-se a isto a dificuldade de digitação de alguns funcionários, as falhas do sistema, como estar fora do ar, a falta de energia, entre outros, que acabam por inviabilizar completamente o atendimento ou torná-lo lento.

Para os pesquisados a valorização dos trabalhadores deveria ser um tratamento de forma igual para todos, sem privilégios para alguns. Também fazem referência à importância do reconhecimento por parte dos usuários pelo trabalho desempenhado, à necessidade de cursos de capacitação e à possibilidade de condições de melhorar de cargo. Como ainda não existe planos de cargos e carreira, os trabalhadores não se sentem estimulados no desempenho de suas funções, pois não têm perspectiva de crescimento:

Todos os funcionários devem ser como irmãos e serem tratados de forma igual. Deveria ser dada uma chance a quem quer vencer, crescer. Você entra no posto com um cargo e morre nele. Deveria ter cursos para profissionalizar e capacitar, pela prefeitura, e não a gente pagar. Os usuários deveriam ser mais humanos, entender o nosso lado. As pessoas deveriam reconhecer o trabalho da gente (GT4).

Deveria pagar melhor e em dia. Se tiver treinamento é só para alguns. Se eu atendo os usuários eu tenho direito a receber treinamentos, todos devem participar (ESF 2).

Também como o relato dos outros trabalhadores refere, existe diferenciação de tratamento nas UBASFs, e alguns trabalhadores gozam de privilégios. As decisões não são tomadas com os trabalhadores mas, de forma hierarquizada. Portanto, não existe co-gestão, com participação dos sujeitos envolvidos no processo de construção da saúde. Essa valorização é ilustrada nas falas:

Quando quisermos alguma coisa ser ouvidos, valorizados, poder de voz, de poder se expressar (ESF1).

Ter capacitação, salário em dia, respeito pela autonomia dos profissionais, tratamento de forma igual entre os profissionais. As coisas não são planejadas junto com os profissionais de saúde. Vêm de cima para baixo (ESF4).

Salário em dia, na hora de dar bronca de alguma falha ter mais respeito dos nossos superiores com a gente. Eu acho que se você não gostou do meu trabalho chame em particular (ESF5).

Como os salários não são pagos em dia, os trabalhadores ficam desmotivados, de certo modo é uma situação contraditória em que quem cuida da saúde das pessoas não tem direito a ter sua própria saúde. Além disto, a falta de ética nos serviços, particularmente no relacionado a chamar atenção do trabalhador diante de outras pessoas, causando-lhe constrangimento.

Nós deveríamos ter mais condições de trabalho e salários dignos e em dia. Deveria ter um seguro de vida para quem trabalha no posto (ESF3).

Salário justo. Se você tem dedicação exclusiva é preciso ter todas as condições necessárias nessa dedicação. A gente trabalha 40 horas por semana, mas o salário não cobre as nossas necessidades. Se fosse bem pago, tivesse local para ficar na hora do almoço, sem ninguém perturbar, refeitório, comida decente. Os usuários devem respeitar o direito e privacidade do profissional (ESF6).

De modo geral, para os trabalhadores do PSF, o ponto principal da valorização dos trabalhadores e a necessidade de receberem seus salários em dia. Outro ponto são as questões do ambiente de trabalho onde o trabalhador permanece oito horas por dia e não dispõe de sala de repouso nem refeitório.

Também observamos que os trabalhadores da unidade encontram-se em fase de auto-estima baixa, sobretudo em decorrência dos salários atrasados e diante da possibilidade de ficarem sem emprego após concurso público. Alguns médicos referem que estão decepcionados com a medicina e que pretendem abandoná-la e seguir outra profissão.

Para os trabalhadores da saúde, existe um descaso nas condições dos ambientes de trabalho, longas jornadas de trabalho, sem local adequado para refeições, nem sala de repouso, apesar das oito horas diárias de trabalho.

Ainda de acordo com a fala dos pesquisados, o autoritarismo na organização do trabalho, no qual inexistente a participação dos trabalhadores nas tomadas de decisões, e os riscos de demissões por abuso de poder por parte de gestores com cargo de confiança dificultam as reivindicações por melhores condições de trabalho e salários dignos.

Todos estes fatores presentes no ambiente de trabalho comprometem as condições de reprodução da força de trabalho, geram problemas relacionados à saúde física, mental e social do trabalhador. Há, pois, um paradoxo, isto é, as

pessoas que buscam a promoção da saúde convivem em seu ambiente de trabalho com situações passíveis de gerar doença.

As respostas resumidas dos usuários traduzem a idéia de que depende de como você trata para ser bem tratado. Em alguns casos os usuários chegam à unidade tratando mal os trabalhadores. Nesse caso, o usuário deverá ser tratado da mesma forma? Os usuários que chegam agressivos trazem consigo problemas não resolvidos e precisam de ajuda, precisam ser ouvidos. Conforme observamos, a escuta desse tipo de usuário reverte o estado de agressão.

Depende de nós mesmos tratar bem para ser bem tratado (U14).

É saber dar respeito para receber (U19).

É importante que tenha um conjunto, deve saber valorizar e ser valorizado (U6).

De certo modo muitos trabalhadores não estão preparados para enfrentarem esse tipo de situação, que gera os conflitos dentro das UBASFs. Ao refletir sobre a forma de tratar os usuários, percebemos como errado supor que, ao socorrer os outros, nos engrandecemos como agentes morais e que, deste modo, podemos nos sentir melhores do que aquele que recebe ajuda:

É tratar a todos de forma igual (U2).

É prestar atenção, dar um bom dia, receber atenção, ser atendido no que precisa, não jogar as pessoas de um lado para o outro, ter atendimento mais rápido (U14).

É ser bem tratado (U8).

É a gente chegar e receber atendimento com mais educação (U21).

É a gente ter um atendimento melhor, atenção dos médicos. E não atender só se tiver marcado. Ser bem atendido, dar atenção para quem precisa (U25).

Ser examinada, para só então passar a receita (U28).

Atender bem, procurar saber o que precisa, sem ser aborrecida e antipática (U29).

O atendimento humanizado deve ser sentido, vivido e integrado ao nosso dia-a-dia. É preciso apreender, consentir e intuir que este atendimento faz parte de nós mesmos como integrantes do processo de construção da saúde.

É necessário pensar a superação do modelo de atendimento centrado na doença, baseado na queixa-conduta, por meio da qualidade do atendimento na intervenção sobre o sofrimento e a doença, valorizando o acesso, o acolhimento e o vínculo como um encontro de subjetividades.

3.3 Participação da comunidade nas UBASFs

Os usuários das UBASFs devem ocupar posição central na construção de novas formas de organização com mais humanização para compreendermos e atendermos às necessidades dos usuários que buscam o serviço de saúde.

Para o grupo de trabalhadores 1 e 2, a participação da comunidade deve ser via Conselho Local de Saúde sempre atuante, participando das atividades desenvolvidas na UBASF e os trabalhadores devem ter sua representação no conselho local. Os depoimentos refletem as idéias:

É bom porque está sempre atuante. São convidados para as reuniões, alguns problemas são comunicados e nós participamos dentro do trabalho como funcionários (GT1).

Cada um dá a sua opinião, daí dizer no que pode melhorar no ambiente de trabalho que no geral ajuda muito a todos. A gente participa com nossas idéias, no atendimento, saber aproveitar a idéia de cada um de alguma forma no que for positivo nela. Algumas idéias não têm nada a ver, tudo é válido (GT2).

De acordo com a Política de Humanização, o princípio da inseparabilidade, a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde são práticas interdependentes e complementares com vistas a favorecer uma gestão participativa nos serviços de saúde de modo que grupos de discussões entre gestores, trabalhadores e usuários possam debater os problemas de saúde e apresentar propostas para estratégias de atenção à saúde (BRASIL, 2006b).

A transversalidade como princípio do HumanizaSUS representa a possibilidade de conexão/confronto com outros grupos em face das subjetividades. Em um serviço de saúde, pode se dar pelo aumento de comunicação entre os diferentes membros de cada grupo e os diferentes grupos, de forma dinâmica, na qual se expressam os processos de produção da saúde (BRASIL, 2006b).

De acordo com os trabalhadores dos grupos 5 e 6, representa a participação de todos os sujeitos nas ações de saúde, de modo a dar propostas, utilizar caixa de sugestões localizadas na entrada da unidade, de fácil acesso a todos, e tentar resolver os problemas em conjunto. Estas são ações que favorecem a participação social. Conforme citado:

Deve ser através do conselho, as pessoas falam, dão sua proposta. Deveria ser através de caixas de sugestão para críticas e elogios dos usuários e procurar conversar para resolver os problemas (GT5).

Deveria ser através de reuniões, discutindo o que vai ser realizado no dia, o cronograma da semana, planejamentos (GT6).

Todas as ações desenvolvidas nas unidades de saúde, conforme os trabalhadores, favorecem os diversos meios de participação da comunidade, a exemplo das caixas de sugestões, de fácil acesso a todos, bem como a visão de resolução dos problemas da comunidade em conjunto.

A este respeito, Misoczky (2004:38), refere que a participação social, “se constitui sob os ideais democráticos baseados na igualdade e na deliberação política, impregnados pelo sentido solidário da comunidade em processar um interesse comum.”

Com tudo, segundo alguns relatos a participação do conselho de saúde deveria ser de forma a representar a comunidade e não como forma de poder na busca de vantagens e interesses pessoais.

A participação do conselho de saúde, que deve ser bem organizado e bem participativo. O conselho local só vai funcionar quando existir um interesse da comunidade de lutar pelos direitos da comunidade e não só pessoal e não ficar só no papel (ESF1).

Através do conselho com interesse da comunidade em participar. As pessoas não deveriam ser ligadas a políticas, deveriam ser tecnicamente capacitadas, até os profissionais que participam deveriam ser capacitados (ESF4).

Devido a atenção a saúde ainda está sendo feita baseada no antigo modelo em que os sujeitos, principalmente os usuários dos serviços, não têm o direito de se expressarem conforme seus diferentes saberes. Apesar da criação dos conselhos de saúde, os conselhos favorecem a participação da sociedade nas tomadas de decisão do setor saúde, mas por outro lado ainda têm favorecido os vícios da participação consentida, burocrática e distorcida por interferências politicamente não corretas.

Os grupos do PSF fazem referência à capacitação das pessoas para atuarem nos conselhos, já que as discussões freqüentes nas reuniões nunca chegam a um senso comum. Os conselhos deveriam estar amparados pelo

conhecimento construído por estudiosos no assunto em discussão. Conforme as falas, as rodas de gestão podem ser úteis neste aspecto:

Deveria ser através de uma roda de gestão, buscar alguns usuários, os mais interessados, os que cobram mais da gente, os que têm mais amizade por serem mais compreensivos, eles viriam aqui e participariam da roda de gestão, é só o que está faltando (ESF5).

Para os trabalhadores da saúde existe uma visão com mais responsabilidade pessoal em sua participação nos processos de decisão das ações de saúde. Eles fizeram referência às rodas de gestão, que deverão ter a participação de gestores, trabalhadores e usuários.

Sobre a gestão do trabalho, de acordo com (BRASIL, 2006b), as estratégias têm como indicação a promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, reconhecendo, fortalecendo e valorizando seu compromisso com o processo de produção de saúde e seu crescimento profissional.

Muitas vezes as reuniões dos conselhos ficam limitadas a um grupo que costuma tomar as decisões sem que a comunidade tome conhecimento por fatores associados a conflitos pessoais dentro da própria comunidade, conflitos dentro do próprio conselho, como exposto a seguir:

Eu acho importante, eles estão usando o serviço, têm o direito de dar opinião, acho que muitas vezes eles não sabem que podem participar (ESF2).

É a comunidade participando, dando opinião e dizendo do que precisa, quando tem reunião do conselho as pessoas nem aparecem, deveria ter uma radiadora anunciando e cartazes chamando a comunidade para reunião do conselho (ESF3).

No tocante à informação e à comunicação, a meta é incluí-las no debate da saúde, visando à ampliação do domínio social sobre a PNH. Para isto, deverá atuar por meio de ação da mídia e um discurso social amplo sobre a comunicação. Tais propostas são de importância fundamental, sobretudo, no referente à participação dos atores envolvidos no processo de produção da saúde (BRASIL, 2006b).

Desse modo, as decisões deveriam passar a ser transversais e não mais de cima para baixo, quando os trabalhadores de ponta acatam as decisões dos

gestores, os quais, muitas vezes, não conhecem a realidade em que estão inseridas as decisões.

A participação de todos os sujeitos envolvidos na construção da saúde (usuários, trabalhadores e gestores), conforme citado pelo grupo 4, não pode se restringir apenas a informações sobre os serviços dadas pelo coordenador. Desse modo, ainda prevalecem as decisões tomadas de forma hierarquizada de cima para baixo, do gestor para os trabalhadores atuarem na atenção à saúde.

Os usuários deveriam participar de reuniões com os coordenadores e profissionais para o coordenador explicar como funciona o serviço (GT4).

A respeito desse assunto, como refere Rozemberg (2006:762), a comunidade é um ambiente no qual as experiências e o conhecimento deveriam tornar-se comuns, com diálogo e interação social. A relação de “paternalismo”, em que os profissionais já trazem respostas prontas para os problemas que focalizam de acordo com a sua qualificação e, responsabilidade social, limita a criatividade e a construção do conhecimento que deveria ser por meio dos diferentes saberes.

Segundo referido por alguns usuários, eles nunca ouviram falar sobre controle social, e nem mesmo sabiam da existência da participação da comunidade no processo de construção da saúde, conforme referido:

O conselho local tem que participar do conselho, aqui o conselho funciona e vêm as comunidades e falam de problemas. Algumas vezes só criticam e não resolvem nada, existe uma guerra, sempre um querendo derrubar o outro, bate-boca. Acabamos sem interesse em participar. Deveria ter mais resolutividade (ESF6).

Consoante constatamos, alguns usuários demonstraram desconhecimento, ou mesmo desinteresse, em participar das ações de saúde desenvolvidas em sua comunidade. Quando há reuniões para discussão de assuntos referentes à comunidade, as pessoas não comparecem, muitas vezes por estarem trabalhando e outras vezes por descrença quanto à mudança positiva para sua comunidade.

Não sabia que existia, tem muita coisa que não sei, venho e nem me informo do que tem (U15).

Não sei sobre isso, nunca ouvi falar (U16).

Nunca participei e não me interessa, não tenho tempo, vim hoje e tive que faltar no trabalho (U12).

Nas ações desenvolvidas pelo PSF nas UBASFs, seria um momento de incentivar a participação da comunidade, mediante reuniões comunitárias sobre participação de todos os usuários com representação democrática, junto aos trabalhadores da saúde e gestores, para expressarem suas necessidades de saúde e terem direito de fazer parte desse processo.

A visão de participação para este usuário representa a ideologia dos anos de repressão social, quando as manifestações eram vistas como desordem, por achar que:

Quando o povo participa muito dá bagunça (U8).

Os usuários referem que deveriam participar, mas não fazem referência a eles mesmos como participantes, e sim aos outros, como uma função de outras pessoas, como mostram as falas:

As pessoas deveriam solicitar as suas necessidades, se mobilizar, ficar atentas às coisas do posto (U1).

O povo sabe das suas necessidades, deveria fazer parte das decisões (U10).

Deveriam participar através de sugestões realmente ouvidas, o que a comunidade necessita (U26).

As pessoas deveriam vir e conversar, participar das reuniões, fazer convites para a gente, perguntar as coisas e ter respostas (U27).

Conforme observamos nestes relatos, estes usuários ainda não foram conscientizados sobre o seu poder de decisão nas ações de saúde como usuários do SUS, pois somente após a Lei 8.142/90 é que a comunidade pode participar da gestão do Sistema Único de Saúde, via representação dos diversos segmentos sociais nas Conferências e Conselhos de Saúde, para propor diretrizes e atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde.

A humanização da atenção tem como princípio a autonomia e o protagonismo dos sujeitos; refere-se à responsabilidade assumida entre gestores, usuários e trabalhadores da saúde para o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva nos processos e gestão.

Para alguns usuários a concepção de participação traduz a idéia de tomada de decisão, discussão e consenso, como mostram as falas:

É a participação de todos nas tomadas de decisões (U2).

Eu acharia legal se a gente participasse, eu nunca participei, semana passada eles falaram disso para a gente, eu disse a eles que gostaria de participar (U11).

Nem tudo a gente pode concordar, deveria ser mais reunida à comunidade para falar as suas decisões (U24).

Todo mundo se reunir e falar o que está acontecendo de errado e de certo e o que está acontecendo no posto (U25).

Fazer reuniões, ouvir as pessoas e concordar com o que for mais certo (U30).

A esse respeito, Bosi (1994: 447) comenta que as trocas de experiências favorecem a construção de suas percepções referentes à vida social, ao mesmo tempo em que representam um “espaço de luta”, de “exercício de poder”, não como uma situação de conflitos em busca de vantagens pessoais, mas como uma “prática social”.

A participação dos usuários no processo de construção da saúde deverá ser garantida pelas unidades de saúde mediante gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários (BRASIL, 2005b).

Apesar da nossa presença em quase todas as UBASFs, não tivemos a oportunidade de ver a atuação da comunidade no processo de construção da saúde, nem com participação ou reunião de liderança comunitária. Em uma UBASF, existe conselho, mas o presidente diz que não é presidente. Foi eleito, mas não faz nada. A participação popular não funciona por desinteresse da comunidade.

Em apenas uma UBASF pudemos observar a existência da participação da comunidade por meio do conselho e de grupos de apoio social que se reúnem para discutir suas necessidades. Nesse caso, a convocação se dá mediante convites, folhetos e cartazes.

Portanto, ainda é possível evidenciarmos a pouca participação dos usuários no processo de construção da saúde.

4 HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA: até onde caminhamos?

Comece o dia com amor, preencha o dia com amor, termine o dia com amor. Este é o caminho mais rápido e direto para Deus. Os outros caminhos desenvolvem a vaidade, separam o homem do homem e o homem do animal. Eles contraem, não expandem, eles diminuem a sua consciência do divino.

Sathya Sai Baba.

A questão do respeito perpassa por todo o processo de humanização na visão dos trabalhadores e usuários. E como a comunidade sente a necessidade de ser tratada com respeito, esse deve ser um ponto priorizado por todos os sujeitos envolvidos no processo de produção da saúde. Por isso, mergulhar neste tema significou destacar a compreensão dos trabalhadores da saúde e usuários sobre a humanização nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASFs).

O caminho para a humanização nas UBASFs é longo, pois depende de inúmeros fatores. Entre estes, uma mudança pessoal no modo de encarar a doença e nas formas de tratamento dispensado às demais pessoas e a nós mesmos. Isto requer mais participação dos usuários com os trabalhadores de saúde.

Segundo percebemos, os sujeitos envolvidos no processo de construção da saúde carregam consigo virtudes e distorções próprias do ser humano. Em decorrência desta condição, podemos nos considerar como seres inacabados, em permanente processo de mudanças dos valores pessoais.

Ao longo deste trabalho, as inúmeras interrogações evidenciadas levantaram outros desafios, nos quais as próprias respostas apresentadas geraram novos questionamentos que instigaram investigações futuras.

Como é notório, os avanços no campo da saúde coletiva brasileira, especialmente ao longo das últimas duas décadas, convivem, de modo contraditório, com problemas de diversas ordens. Se, por um lado, podemos apontar avanços na descentralização e na regionalização da atenção e da gestão da saúde, com ampliação dos níveis de universalidade, eqüidade, integralidade e controle social, por outro lado, a fragmentação e os processos de trabalho sem a participação dos trabalhadores de saúde e usuários tornam difíceis as relações entre os diferentes trabalhadores desta área e entre estes e os usuários, e interferem também no trabalho em equipe, assim como no preparo para lidar com as questões sociais e subjetivas presentes nas práticas de atenção à saúde.

Ao mesmo tempo, em decorrência da falta de qualificação dos trabalhadores, sobretudo no relacionado ao trabalho em equipe, pouco se caminhou para a concretização do ideal de participação da comunidade. Isto diminui a

possibilidade de um processo crítico e comprometido com as práticas de saúde e com os usuários em suas diferentes necessidades. Ademais, existe pouco incentivo à valorização e à inclusão dos trabalhadores e usuários no processo de construção da saúde, com forte desrespeito aos seus direitos.

Muitas vezes o que ocorre é um atendimento acompanhado de modos de atenção baseados apenas na relação queixa-conduta, tornando automático o contato entre trabalhadores e usuários e fortalecendo a valorização somente na doença. Desse modo, não se estabelece o vínculo com acolhimento, tão fundamental e que permite, efetivamente, a responsabilidade pelas nossas ações de saúde.

Entretanto, um dos fatores que dificultam a humanização do atendimento é o modelo de formação dos trabalhadores de saúde, centrado na doença quando deveria ser voltado para a visão do usuário como um todo. Portanto, de certa forma, ainda prevalecem ações individualizadas até mesmo dentro de uma mesma instituição de saúde, pois não existe comunicação entre os níveis de atenção. Isto faz com que esta relação individualizada de atendimento acarrete desgaste e agravamento do estado de saúde do usuário, que muitas vezes espera indefinidamente por uma consulta especializada.

Este assunto deverá ser tema de discussão nas rodas de gestão, junto com gestores, trabalhadores e usuários, principalmente os modelos de atenção, bem como a formação dos trabalhadores de saúde e os modos como ocorre o controle social. Enfim, como uma forma de nos conscientizarmos com vistas a garantir o direito constitucional à saúde para todos.

Tal discussão nas rodas de gestão é, portanto, uma condição para favorecer uma saúde digna para todos, com profissionais comprometidos com a ética da saúde e com a defesa da vida.

As ações humanizadas no campo da saúde, às vezes, se apresentam de modo vago e associadas a atitudes humanitárias como um favor que o serviço está como um direito à saúde, a exemplo do ocorrido ao longo do tempo. Mas os usuários do sistema não podem ser vistas como objeto de intervenção do saber do trabalhador da saúde.

Ao nos determos nas diferentes faces do assunto, constatamos, raras vezes, que o trabalhador é incluído nas tomadas de decisão das ações de saúde e, mesmo quando o é, fica somente como alguém que também é ser humano e não como sujeito do processo de construção da saúde.

Falar em humanização da assistência abre, assim, questões fundamentais passíveis de orientar a construção das práticas de saúde. Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de trabalho.

Portanto, a humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais, e não pode ser entendida apenas como um programa a mais a ser aplicado aos diversos serviços de saúde, mas como uma política que atue de forma transversal, fazendo parte de todo o Sistema Único de Saúde.

Nesse sentido, a humanização supõe troca de saberes (incluindo os dos usuários e familiares), diálogo entre os trabalhadores e modos de trabalhar em equipe. E aqui vale ressaltar que não estamos nos referindo a um conjunto de pessoas reunidas em algumas ocasiões para discutir e tentar resolver um problema, mas à produção de uma grupalidade, como o conjunto formado por usuários, trabalhadores, gestores, familiares, entre outros sujeitos que estabelecem conexão para as construções coletivas que suponham mudança pelos encontros entre seus componentes.

Levar em conta as necessidades sociais, para melhoria de sua condição de vida, desejos e os interesses dos diferentes atores envolvidos no campo da saúde significa a humanização do atendimento em ações materiais e concretas. Tais ações têm a capacidade de transformar e garantir direitos, constituir novos sentidos, colocando-se, assim, a importância e o desafio de se estar, constantemente, construindo e ampliando os espaços da troca, para podermos caminhar na direção do atendimento humanizado.

Assim, tomamos a humanização como estratégia de interferência no processo de construção da saúde nas UBASFs, levando-se em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades, transformando-se a si próprios nesse mesmo processo.

REFERÊNCIAS

ALEKSANDROWICZ, A. M. C.; MINAYO, M. C. S. Humanismo, liberdade e necessidade: compreensão dos hiatos cognitivos entre ciência da natureza e ética. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, jul./set. 2005.

ANDRADE, L. O. M. de *et al.* Humanização e cultura de paz: um desafio para o sistema municipal de saúde Fortaleza (CE). **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 35, p. 115-127, maio 2006.

ANGELO, Margareth.; BOUSSO, Regina Szyllit. Fundamentos da assistência à família em saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde/Instituto para o Desenvolvimento da Saúde/Universidade de São Paulo, 2001. p. 14-17.

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 376-382, maio/jun. 2003.

AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, jul./set. 2005.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luiz Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 1977.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública da política de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v. 10, n. 3, p. 561-571, jul./set. 2005.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº1/92 a 52/2006 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº1 a 6/94. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Evolução do gerenciamento e implantação da estratégia de saúde da família**. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/localiza_cadastro_ret.php>. Acesso em: 25 set. 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Legislação**: Lei 8080/90 e Lei 8142/90. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/>>. Acesso em: 25 set. 2005c

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de humanização**: HumanizaSUS. Disponível em: <<http://www.gov.br/mostrapagina.asp>>. Acesso em: 25 set. 2005b.

_____. Ministério da Saúde. **Programa saúde da família**. Disponível em: <<http://www.gov.br/psf/menu.htm>>. Acesso em: 25 set. 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional da Humanização. **Ambiência**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: gestão participativa: co-gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Resolução CNS n.º 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 201, p. 21-82, 16 out. 1996. Seção 1.

BOSI, M. L. M. Cidadania, participação popular e saúde na visão dos profissionais do setor: um estudo de caso na rede pública de serviços. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 446-456, out./dez. 1994.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; ONOCKO, Rosana. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: _____. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 669 -688.

CAPONI, S. **Da compaixão à solidariedade**: uma genealogia da assistência médica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004.

CARVALHO, Sergio Resende; CUNHA, Gustavo Tenório. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; MINAYO, Maria Cecília de Souza; AKERMAN, Marco; DRUMOND JUNIOR, Marcos; CARVALHO, Yara Maria de. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 837-867.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, jan./fev. 2005.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. **Manual das equipes de saúde da família**. 2. ed. rev. atual. Fortaleza, 2004.

_____. **Política estadual de humanização na atenção e gestão em saúde do SUS-CE**. Portaria Nº 1406/2004. Fortaleza: Núcleo de Humanização, 2005.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1998. (Biblioteca da Educação, Série 1; Escola, v.16).

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Que controle social?** Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 2000.

CYRINO, A. *et al.* O projeto "cuidando do cuidador": a experiência de educação permanente em saúde do centro de saúde escola de Botucatu. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 2, n. 2, p. 367-379, 2004.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, p. 7-14, 2004.

FIOCRUZ. **Gestão de saúde**: curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde: programa de educação à distância. Rio de Janeiro, 1998a. 157 p. Unidade I.

_____. **Gestão de saúde**: curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde: programa de educação à distância. Rio de Janeiro, 1998b. 191 p. Unidade II.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. **Microáreas**. Disponível em: <<http://www.sms.fortaleza.ce.gov/microarea/>>. Acesso em: 10 jan. 2006.

_____. Prefeitura Municipal. **Normas operacionais do programa saúde da família**. Fortaleza, 2000.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p. 345-353, abr./jun. 1999.

FUCK JÚNIOR, S. de F. Aspectos históricos da expansão urbana no sudeste do município de Fortaleza, Ceará – Brasil. **Caminhos de Geografia – Revista on Line**, p. 141-157, out. 2004. Disponível em: <http://www.ig.ufu.br/caminhos_de_geografia.html>. Acesso em: 5 out. 2005.

GEOVANINI, Telma. *et al.* **História da Enfermagem**: dimensões e interpretações. 2. ed. São Paulo: REVINTER, 2002.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 17, p. 287-301, mar./ago. 2005.

GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994.

INOJOSA, Rose Marie. Acolhimento. In: PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Fortaleza Humaniza SUS**. Fortaleza, 2005, p.23-28. (Curso de Extensão Universitária, Caderno de Textos 1).

LUZ, Madel Therezinha. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. São Paulo: HUCITEC, 2005. p. 9-20.

MATTOS, Ruben Araújo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MEDICI, A. C. Emprego em saúde na conjuntura recente: lições para reforma sanitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 409-422, out./dez. 1986.

MEDINA, Maria Guadalupe; AQUINO, Rosana. Avaliando o programa saúde da família. In: SOUSA, M. F. (Org.). **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: HUCITEC, 2002. p. 135-151.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: HUCITEC, 2005.

MERHY, Emerson Elias *et al.* Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, Emerson Elias, ONOCKO, Rosana (Org.) **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006, p. 113-150.

MESQUITA, J. R. de C. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 16-29, set./dez. 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa. *et al.* **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

MINAYO, M. C. S. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 7-19, 2001.

MISOCZKY, M. C. *et al.* Gestão da atenção à saúde em territórios de fronteiras: algumas constatações a partir de casos do estado do Rio Grande do Sul. In: MISOCZKY, M. C.; BORDIN, R. (org.). **Gestão local em saúde**: práticas e reflexões. Porto Alegre: Dacasa, 2004. 236 p.

MORIN, Edgar. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 5. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2002.

NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. **Caderno de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v. 1, n. 3, 1997.

PAIXÃO, Waleska. **História da enfermagem**. 5. ed. Rio de Janeiro: Julio C. Reis, 1979.

PIRES, Denise. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**: Brasil – 1500 a 1930. São Paulo: Cortez, 1989.

PUCCINI, P. de T.; CECÍLIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1342-1353, set./out. 2004.

PUSTAI, Odalci José. O sistema único de saúde no Brasil. In: DUCAN, Bruce B.; SCHIMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa R. J. *et al.* 2. ed. **Medicina ambulatorial**: condutas clínicas em atenção primária. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1996. p. 17-21.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 27-34, jan./fev. 2003.

RESSEL, L. B.; GUALDA, D. M. R.; GONZÁLES, R. M. B. Grupo focal como uma estratégia para coletar dados de pesquisa em enfermagem. **Internacional Journal of Qualitate Methods**, Article 5, 2002. Disponível em: <<http://www.ualberta.ca/~ijqm>>. Acesso em: 25 set. 2005.

ROZEMBERG, Brani. Comunicação e participação em saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; MINAYO, Maria Cecília de Souza; AKERMAN, Marco; DRUMOND JUNIOR, Marcos; CARVALHO, Yara Maria de. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 741-66.

SAMPAIO, José Jackson Coelho. Humanização em saúde - um problema prático, uma utopia necessária. In: PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Fortaleza Humaniza SUS**. Fortaleza, 2005. (Curso de Extensão Universitária, Caderno de Textos 1).

SANTOS, N. R. Organização da atenção à saúde: é necessário reformular as estratégias nacionais de construção do "modelo SUS"? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 68, p. 279-288, set./dez. 2004.

SOUSA, A. Tavares de. **Curso de história da Medicina**: das origens aos fins do século XVI. 2. ed. [S. l.]: Serviço de Educação, Fundação Colouste Gulbenkian, 1986.

SOUSA, Mariana Fernandes. Capital humano no PSF: revendo o passado e imaginando o futuro. In: _____. **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: HUCITEC, 2002a. p. 105-114.

_____. O PSF nos grandes centros urbanos: o passado nos condena? In: _____. **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: HUCITEC, 2002b. p. 23-33.

SUCUPIRA, Ana Cecília. O acolhimento como expressão do direito à saúde. In: PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Fortaleza humaniza SUS**. Fortaleza, 2005. (Curso de Extensão Universitária, Caderno de Textos 1).

TEIXEIRA, R. R. Humanização e atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, jul./set. 2005.

VASCONCELOS, Sandra Maia F. **Clínica do discurso**: a arte da escrita. Fortaleza: Premius, 2005.

VIANNA, Haraldo Marelím. **Pesquisa em educação**: a observação. Brasília: Plano Editora, 2003.

APÊNDICES

Apêndice I: Temário do Grupo Focal

Temário do grupo focal

- Humanização
- Acesso
- Acolhimento
- Vínculo
- Atenção integral
- Valorização dos trabalhadores e usuários
- Controle/participação social.

Apêndice II: Roteiro da Entrevista Clínica – Usuários

TÍTULO: Humanização das ações de saúde na atenção básica de Fortaleza-CE:
caminhos e descaminhos

1. Dados de Identificação:

Secretaria Executiva Regional: _____

Código do(a) Entrevistado(a): _____ Idade: _____ Sexo: _____

Unidade de Saúde: _____

Grau de Escolaridade: _____

Renda Familiar Média Mensal: _____

Raça Auto-referida: _____

Serviços Utilizados na Unidade: _____ Número de Vezes: _____

Considerações sobre o Serviço: _____

2. Roteiro Temático:

2.1 Sentidos da humanização das ações de saúde tendo em vista:

- Acesso com acolhimento e vínculo;
- Relações afetivas e interpessoais;
- Controle social participativo na atenção básica.

2.2 Outros comentários importantes

Apêndice III: Roteiro de Observação Sistemática

1. Dados de Identificação:

Secretaria Executiva Regional: _____

Código da Unidade: _____

2. Estrutura Organizacional:

Estrutura Física da Unidade:

Organização do Serviço:

Número de Equipes na Unidade:

Número de Trabalhadores na Unidade:

3. Roteiro de Observação:

- Acesso com acolhimento e vínculo;
- Relações afetivas e interpessoais;
- Controle social participativo na atenção básica.

3.1 Outros comentários importantes

Apêndice IV: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Equipe do Programa Saúde da Família

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

Pesquisa: Humanização das ações de saúde na atenção básica de Fortaleza-CE:
caminhos e descaminhos

A pesquisa tem como foco a humanização das ações de saúde na atenção básica de Fortaleza-CE. Para os trabalhadores da saúde e usuários, a humanização pode apresentar significações diversas e ter uma natureza subjetiva no lidar com cada um dos diferentes interesses de natureza estética, emocional, moral, entre outros fatores culturais de cada um dos sujeitos envolvidos na produção da saúde.

Esta pesquisa tem como objetivos: descrever as ações desenvolvidas pelos trabalhadores do PSF e UBASF na busca da humanização do atendimento, discutir como os usuários e trabalhadores percebem o acesso, acolhimento e vínculo na perspectiva da humanização do atendimento e do cuidado integral na atenção básica do referido município e identificar como os trabalhadores de saúde e usuários da atenção básica compreendem o controle/participação social. Desenvolvida e articulada em diferentes etapas, nela utilizaremos métodos de pesquisa (qualitativo), técnicas e instrumentos apropriados ao tipo de dado e informação a ser coletada. Para a obtenção dos dados, trabalharemos com grupo focal e observação.

Garantimos que a pesquisa não trará prejuízo na qualidade e condições de vida e trabalho dos seus participantes e salientamos que as informações serão sigilosas, e que não haverá divulgação personalizada das informações.

Os dados e as informações coletadas serão utilizados para compor os resultados da investigação, as quais serão publicadas em periódicos e apresentadas em eventos científicos, além de proporcionar benefícios para a construção e estabelecimento de estratégias com vistas a implementar ações de atenção humanizada.

Todos os participantes têm a garantia de receber esclarecimentos sobre qualquer dúvida acerca da pesquisa e a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento sem que isso acarrete qualquer penalidade. Se necessário, entrar em contato com a coordenadora da pesquisa, Márcia Oliveira Coelho, telefone: (85) 31019826.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

TERMO PÓS-INFORMADO

Eu, _____, aceito participar da pesquisa Humanização das ações de saúde na atenção básica de Fortaleza-CE: caminhos e descaminhos, de forma livre e esclarecida.

Assinatura/Rubrica do Participante: _____

Assinatura do Pesquisador: _____

**Apêndice V: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Trabalhadores da
Unidade de Saúde (Agente Administrativo, Zeladores e Vigilantes)**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

Pesquisa: Humanização das ações de saúde na atenção básica de Fortaleza-CE:
caminhos e descaminhos

A pesquisa tem como foco a humanização das ações de saúde na atenção básica de Fortaleza-CE. Para os trabalhadores da saúde e usuários, a humanização pode apresentar significações diversas e ter uma natureza subjetiva no lidar com cada um dos diferentes interesses de natureza estética, emocional, moral, entre outros fatores culturais de cada um dos sujeitos envolvidos na produção da saúde.

Esta pesquisa tem como objetivos: descrever as ações desenvolvidas pelos trabalhadores do PSF e UBASF na busca da humanização do atendimento, discutir como os usuários e trabalhadores percebem o acesso, acolhimento e vínculo, na perspectiva da humanização do atendimento e do cuidado integral na atenção básica do referido município e identificar como os trabalhadores de saúde e usuários da atenção básica compreendem o controle/participação social. Desenvolvida e articulada em diferentes etapas, nela utilizaremos métodos de pesquisa (qualitativo), técnicas e instrumentos apropriados ao tipo de dado e informação a ser coletada. Para a obtenção dos dados trabalharemos com grupo focal e observação.

Garantimos que a pesquisa não trará prejuízo na qualidade e condições de vida e trabalho dos participantes da pesquisa e salientamos que as informações ficarão em segredo, e que não haverá divulgação do nome dos participantes nas informações.

Os dados e as informações coletadas serão utilizados para fazerem parte dos resultados da investigação, as quais serão publicadas em periódicos e apresentadas em eventos científicos, além de trazer benefícios para a construção e

estabelecimento de estratégias no sentido de melhorar ações de atenção humanizada.

Todos os participantes têm a garantia de receber esclarecimentos sobre qualquer dúvida acerca da pesquisa e a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer penalidade. Se necessário, entrar em contato com a coordenadora da pesquisa, Márcia Oliveira Coelho, telefone: (85) 31019826.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

=====

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

TERMO PÓS-INFORMADO

Eu, _____, aceito participar da pesquisa Humanização das ações de saúde na atenção básica de Fortaleza-CE: caminhos e descaminhos, de forma livre e esclarecida.

Assinatura/Rubrica do Participante: _____

Assinatura do Pesquisador: _____

Apêndice VI: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Usuários

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

Pesquisa: Humanização das ações de saúde na atenção básica de Fortaleza-CE:
caminhos e descaminhos

A pesquisa tem como foco a humanização das ações de saúde na atenção básica de Fortaleza-CE. Para as pessoas, a humanização pode apresentar sentidos diferentes e ter uma visão pessoal.

Esta pesquisa tem como objetivos: descrever as ações desenvolvidas pelos trabalhadores do PSF e UBASF na busca da humanização do atendimento, discutir como os usuários e trabalhadores compreendem o acesso, acolhimento e vínculo na humanização do atendimento e do cuidado completo na unidade de saúde do município de Fortaleza-CE e ver como os trabalhadores de saúde e usuários entendem o que é controle/participação social. Desenvolvida e articulada em diferentes etapas, nela utilizaremos métodos de pesquisa (qualitativo), técnicas e instrumentos apropriados ao tipo de dado e informação a ser coletada. Para a obtenção dos dados trabalharemos com grupo focal e observação.

Garantimos que a pesquisa não prejudicará a vida de nenhum participante. As informações ficarão em segredo, bem como o nome do participante não aparecerá na pesquisa.

Os dados e as informações coletadas serão utilizados para fazerem parte dos resultados da investigação, as quais serão publicadas em periódicos e apresentadas em eventos científicos, além de serem úteis para a construção e estabelecimento de estratégias no sentido de tornar o atendimento mais humano.

Todos os participantes têm a garantia de receber informações sobre qualquer dúvida acerca da pesquisa e a liberdade de retirar a permissão a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Se necessário, entrar em

contato com a coordenadora da pesquisa, Márcia Oliveira Coelho, telefone: (85) 31019826.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

=====

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

TERMO PÓS-INFORMADO

Eu, _____, aceito participar da pesquisa Humanização das ações de saúde na atenção básica de Fortaleza-CE: caminhos e descaminhos, de forma livre e esclarecida.

Assinatura/Rubrica do Participante: _____

Assinatura do Pesquisador: _____

ANEXO

Anexo I: Parecer do Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará