



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TECNOLOGIAS EM SAÚDE

DENISE SENNA AMARANTE

**PERCEPÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO PELOS
PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM SALVADOR**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**SALVADOR
2015**

DENISE SENNA AMARANTE

**PERCEÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO PELOS
PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM SALVADOR**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-graduação em Tecnologias em Saúde da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, para obtenção do título de Mestre em Tecnologias em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Marta Silva Menezes.
Coorientadora: Dra. Liliane Elze Falcão Lins
Kusterer

**SALVADOR
2015**

Ficha Catalográfica elaborada pela
Biblioteca Central da EBMSP

A485 Amarante, Denise Senna
Percepção da Política Nacional de Humanização pelos
Profissionais da
Estratégia Saúde da Família em Salvador. / Denise Senna Amarante.
– Salvador.
2015.

74f. il.

Dissertação (mestrado) apresentada à Escola Bahiana de
Medicina e Saúde
Pública. Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Marta Menezes.

Coorientadora: Dra. Liliane Lins.

Inclui bibliografia

1 Política Nacional de Humanização 2. Humanização.
3. Acolhimento. 4. Saúde da
Família. I. Título.

CDU:35:614.39

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: AMARANTE, Denise Senna

Título: Percepção da política nacional de humanização pelos profissionais da estratégia saúde da família em Salvador

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-graduação em Tecnologias em Saúde da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, para obtenção do título de Mestre em Tecnologias em Saúde.

Aprovado em: 11 de Março de 2015

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Liliane Elze Falcão Lins Kusterer _____

Prof.^a adjunta da Faculdade de Medicina da Bahia (UFBA) - Livre docente

Instituição: Universidade Federal da Bahia

Prof.^a Dra. Marilda Castellar _____

Doutora em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC)

Prof.^a adjunta da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

Instituição: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

Prof.^a Dra. Tania Cristiane Ferreira Bispo _____

Doutora e Pós-doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto Saúde Coletiva (UFBA)

Prof.^a adjunta da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

Instituição: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

DEDICATÓRIA

A Deus, fonte inesgotável de vida!

A minha filha Luísa, pelo amor e felicidade que traz ao nosso lar diariamente, pelos sorrisos, pelos inúmeros “mamãe eu te amo”, trazendo alegria à minha vida desde que chegou.

A você, Luísa, dedico meu amor incondicional

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me amparar nos momentos difíceis, me dar força interior para superar as dificuldades, mostrar os caminhos nas horas incertas e me suprir em todas as minhas necessidades.

A Luísa Amarante, meu maior incentivo e aprendizagem! Você é a razão da minha vida! Essa vitória é nossa, filha! Te amo incondicionalmente!

À minha família e, em especial, à minha irmã Larise, forte laço e expressão da minha luta neste caminhar. Ao meu pai José Pina (in memoriam), exemplo de sabedoria de vida...que já não mais divide este mundo conosco, mas sei que esteve torcendo e está muito feliz por mais essa minha conquista! A minha avó Noelia, elo estrutural da minha vida, meu exemplo! A minha tia Maria, apoio e por sempre estar torcendo por mim! Aos tios Dalva e Joaquim Viana (in memoriam), por todo o carinho, paciência e incentivo! Muito obrigada!

Aos meus amigos, obrigada pela compreensão das minhas ausências, pelo apoio e confiança depositados por vocês, em especial, a Valeria Oliveira Borges, por estar sempre ao meu lado me dando forças e suporte para superar os desafios. Não tenho palavras para tamanha gratidão...Meu verdadeiro agradecimento!

Aos colegas e amigos do Mestrado Tecnologias em Saúde, sem vocês nada teria sido realidade. Foram meus cúmplices e verdadeiros pilares desta caminhada.

Às orientadoras, Marta Meneses e Liliane Lins, em especial a Liliane Lins, cuja dedicação me ensinou e me conduziu num processo de crescimento pessoal e de construção do conhecimento científico, incentivando-me em tempo de incertezas, levando-me esperança e vontade de vencer. Minha gratidão será eterna por cada olhar expressivo de construção e de incentivo. Meu muito obrigada!

Aos sujeitos de amostra desta pesquisa, eterno reconhecimento por aceitarem dela participar, contribuindo diretamente para meu progresso profissional e para a melhoria da qualidade do cuidado.

Todo o futuro da nossa espécie, todo o governo das sociedades, toda a prosperidade moral e material das nações dependem da ciência, como a vida do homem depende do ar. Ora, a ciência é toda observação, toda exatidão, toda verificação experimental. Perceber os fenômenos, discernir as relações, comparar as analogias e as dessemelhanças, classificar as realidades, e induzir as leis, eis a ciência; eis, portanto, o alvo que a educação deve ter em mira. Espertar na inteligência nascente as faculdades cujo concurso se requer nesses processos de descobrir e assimilar a verdade.

Rui Barbosa

RESUMO

O cotidiano da assistência à saúde tem sido permeado por problemas de grande magnitude e, entre eles, encontra-se a falta de assistência humanizada. Essa realidade tem sido veiculada através da mídia, dada à insatisfação frente a esse cenário. Com o objetivo de reorganizar o modo de fazer saúde e, aliada à Estratégia Saúde da Família, nasce a PNH. Esta pesquisa consistiu num estudo cujo objetivo foi avaliar a percepção dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família sobre a implantação da Política Nacional de Humanização na Estratégia Saúde da Família do município de Salvador. Para tanto, optou-se pela coleta de dados, utilizando como métodos de abordagem as entrevistas gravadas (utilizando-se um roteiro semiestruturado) e observações registradas no diário de campo. Para avaliação dos dados, utilizou-se a técnica de análise temática. Os resultados encontrados demonstraram que os profissionais carecem de capacitação quanto ao tema. Além disso, na prática, as ações são pontuais, permeadas de filantropia, carentes de vínculo e coparticipação dos usuários em seu processo de saúde. De igual modo, os profissionais não são cogestores de seu processo de trabalho. De modo geral, há falta de credibilidade na Política Nacional de Humanização por parte dos usuários e dos trabalhadores dos serviços de saúde. É grande a carência de material que aborde a PNH na AB. A maioria das publicações existentes estão direcionadas para a PNH, em nível hospitalar, considerando a fragilidade do usuário em questão. O que não se pode esquecer é de que, seja em nível de AB ou hospitalar, o cliente deseja ter a sua necessidade de saúde assistida, com qualidade, humanização, acolhimento e escuta adequada.

Palavras-chave: PNH. Humanização. Acolhimento. Usuários dos serviços de saúde. Processo de trabalho.

ABSTRACT

The daily routine of health care has been permeated by large-scale problems, including the lack of human assistance. This reality has been conveyed through the media given to dissatisfaction with this scenario. In order to reorganize the mode of health care and allied to the Family Health Strategy is born PNH. This research was a study whose objective was to evaluate the perception of the Health Strategy for the Professional Family on the implementation of the National Policy of Humanization in Health Strategy Salvador county Family. Therefore, it was decided to collect data, using as approach methods recorded interviews (using a semi-structured) and observations recorded in the field diary. To evaluate the data we used the thematic analysis. The results showed that professionals need training on the subject. Moreover, in practice, the actions are timely, permeated philanthropy, poor bond and co-participation of users in the process of health. Similarly professionals are not co-managers of their work process. In general, there is lack credibility in the National Humanization Policy by users and workers of health services. There is a great lack of material that addresses the PNH in AB. The majority of existing publications are directed to the HNP in hospitals, considering the fragility user in question. What should not be forgotten is that, either AB or hospital level, the customer wants to have their need for assisted health, quality, humanization, welcoming and appropriate listening.

Keywords: HNP. Humanization. Home. Users of health services. Work process.

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO.....	11
2	INTRODUÇÃO.....	13
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
3.1	A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO.....	15
3.2	O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL.....	23
3.2.1	Expansão do programa de saúde da família no Brasil.....	24
3.2.2	Estratégia de saúde da família em Salvador.....	27
3.3	FORMAÇÃO EM SAÚDE E HUMANIZAÇÃO NA ESF.....	36
3.4	INTERDISCIPLINARIDADE NAS EQUIPES DE ESF.....	40
4	OBJETIVOS.....	44
4.1	OBJETIVO GERAL.....	44
4.2	OBJETIVO ESPECÍFICO.....	44
5	METODOLOGIA.....	45
5.1	CAMPO.....	45
5.2	SUJEITO E PRODUÇÃO DE DADOS.....	46
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	49
6.1	O CAMPO DA PESQUISA.....	49
6.2	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	52
6.3	HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA.....	53
6.4	INTERDISCIPLINARIDADE, REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA.....	55
6.5	FORMAÇÃO PROFISSIONAL E HUMANIZAÇÃO.....	57
6.6	AÇÕES EDUCATIVAS E ACOLHIMENTO.....	59
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
	REFERÊNCIAS.....	65
	ANEXOS.....	69

1 APRESENTAÇÃO

Minha relação com o tema humanização vem de muito tempo. O presente trabalho foi baseado na percepção e observação da minha trajetória acadêmica e pessoal, desde que iniciei o curso de odontologia na UFBA (1992). Sempre me inquietaram as relações entre profissionais e, entre eles e seus pacientes, no processo saúde/doença. Durante o período acadêmico, sentia-me bastante envolvida pelas disciplinas que abordavam temas a ela relacionados, de forma que fui trilhando meu caminho em busca de um entendimento do que seria um padrão essencial de saúde e qualidade de vida.

Após a conclusão da graduação, participei de uma residência multiprofissional em medicina social pelo ISC-UFBA, que, de certa forma, clareou as minhas inquietações em relação aos limites de atuação profissional, a percepção da importância do trabalho multiprofissional, a insatisfação dos pacientes, o vínculo precário e a relação desumanizada de uma assistência à saúde, percebendo, de fato, que apesar das inúmeras mudanças, a saúde não era uma prática ainda concretizada de acordo com princípios de universalidade, equidade e integralidade.

Em 2000, ingressei no ESF de Alagoinhas-Ba, onde permaneci por três anos, estendendo por mais 10 anos seguintes de experiência, no município de Salvador. Nesse período, mesmo com todas as dificuldades de estrutura e de gestão, me foi possível presenciar algumas experiências significativas, aumentando minha afinidade com a saúde coletiva. Ao longo desses 13 anos de trabalho, observei lacunas no que diz respeito ao funcionamento da gestão e as necessidades da comunidade. Algumas demandas importantes dos profissionais foram marcantes, como descontentamento com o trabalho (vínculo precário, salários atrasados); dificuldade na realização de atividades educativas; falta de alternativas com os aparelhos danificados e desconhecimento do SUS, comprometendo, assim, os princípios e diretrizes do Sistema.

Em 2004, vi nascer a Política Nacional de Humanização (PNH), uma nova forma de reerguer o modelo de saúde preconizado pelo SUS e que se baseava nas mudanças das relações com o intuito de colocar em prática os princípios do SUS. Resolvi trazer essas inquietações profissionais e pessoais como tema desta dissertação de mestrado através de experiências de observação e reflexão sobre o tema, com o objetivo de tentar trazer melhoras nas situações conflituosas que abrangem essa extensa forma de se fazer saúde.

Nesse sentido, considero um grande desafio esse estudo sobre a PNH, na atenção básica, para que se possa desenvolver uma consciência crítica sobre as questões apresentadas e refletir sobre as posições futuras dos três componentes estritamente envolvidos nessa questão: profissional, gestor e usuário. Para isso, buscamos aqui uma percepção dos profissionais de saúde, pois acredito ser depositado neles todas as inquietações e angústias de um SUS que não deu certo.

Esta pesquisa é mais do que um desejo, é um sonho poder participar da implantação e ajudar a construir uma saúde digna nas três esferas de gestão. Gostaria de poder colocá-la em prática! Participar ativamente desse implante da PNH. Diante do exposto, acredito que poderei contribuir com os profissionais de saúde e, assim, colaborar com a melhora das condições de vida e saúde da população, pois, mais que um desejo este é um desafio e, de certa forma, uma retribuição por acreditar num SUS que dá certo.

2 INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde, em 2004, visando à efetivação da reorganização e concretização do setor de saúde através do Sistema Único de Saúde (SUS), criou a Política Nacional de Humanização (PNH), cuja proposta coincide com os próprios princípios do SUS, enfatizando a necessidade de assegurar a integralidade da assistência à população e ampliar as condições de garantia dos seus direitos enquanto cidadãos. Para tanto, essa política parte de princípios e dispositivos para a reorganização do processo de trabalho de todos os profissionais envolvidos na saúde brasileira.¹

A implementação da PNH ocorre de modo transversal, extrapolando as fronteiras dos núcleos distintos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde.²

Busca-se a centralidade nas relações sociais que envolvem trabalhadores e gestores em sua experiência cotidiana de organização e condução de serviços. Dessa forma, veicula-se que a acessibilidade e integralidade da assistência devem ser permeadas pela garantia de vínculo entre os serviços/trabalhadores e a população, avançando para o que se tem nomeado como “clínica ampliada”, capaz de melhor conduzir o trabalho frente às necessidades dos sujeitos.

Para propiciar essas mudanças, muito se discute sobre as transformações no campo da formação, com estratégias de educação permanente e de aumento da capacidade dos trabalhadores para analisar e intervir em seus processos de trabalho. Apesar da visibilidade da humanização, ela não parece ser uma política de fácil concretizabilidade, pois humanizar o atendimento implica em transformações políticas, administrativas, subjetivas e ideológicas. Perpassa pela própria transformação do modo de olhar o usuário que deixa de ser passivo para ser sujeito; do “necessitado de caridade” àquele que exerce o direito de ser usuário de um serviço que garanta qualidade e segurança, prestado por trabalhadores responsáveis.³

Além disso, torna-se controverso inserir os profissionais de saúde nessa política já que, na prática, sistematicamente tem sido retirada e impedida a humanização desses trabalhadores, por meio de sobrecarga de atividades e funções, jornada dupla ou tripla de trabalho, dificuldade de conciliação da vida familiar e profissional, baixos salários e precárias condições de trabalho, gerando desgaste físico e emocional.⁴

Esse contexto é ressaltado pela vulnerabilidade do paciente nos serviços de saúde e pelo confronto discutível entre tecnologia e humanização. No entanto, é a atenção básica (AB) que estão calcadas as prioridades do SUS, a fim de que reflexos positivos venham justificar as leis vigentes no sistema de saúde brasileiro. Entretanto, pouca relevância tem sido

dada a essa temática nos atendimentos de AB, local em que o sujeito não é, muitas vezes, um cliente adoecido, mas que, da mesma forma, necessita e busca um atendimento de qualidade e humanizado.

A humanização preconiza que na assistência são necessários solidariedade e apoio social. O cuidar é uma lembrança permanente sobre a nossa vulnerabilidade e a dos outros. Nesse sentido, questiona-se: qual a percepção dos profissionais frente à humanização na atenção básica de saúde? Será possível modificar as condutas na assistência sensibilizando os profissionais de saúde? Como tem sido feita essa consolidação da PNH na atenção básica no município de Salvador?

Humanizar a assistência é uma preocupação constante da gestão pública. Para tanto, tem sido buscada a melhoria das práticas de cuidado, adotando novos modelos assistenciais, em que a equipe multidisciplinar, que atende as pessoas, não se preocupe apenas com a doença, mas com o ser humano holisticamente.

É na atenção básica que o usuário passa a ter o contato inicial com o serviço de saúde do SUS. Para esse entendimento, é imprescindível que a humanização da assistência também se inicie nesses locais. A ideia da pesquisa não se resume em promover mudanças de forma retórica, mas de conhecer as dificuldades e facilidades encontradas pelos profissionais para a implantação do HumanizaSUS no seu processo de trabalho. Somente, assim, poderão ser propostas estratégias para a efetivação factual do que se propõe o Ministério da Saúde para/com a humanização. A presente investigação consiste numa pesquisa de risco mínimo, já que os sujeitos não são expostos a riscos físico, psíquico, tampouco moral.

Pesquisas como esta, permitem uma avaliação da Política Nacional de Humanização nas diversas localidades. Essas avaliações norteiam novos planejamentos e mudanças, visando à melhoria e aproximação dos princípios do Sistema Único de Saúde. Além disso, a pesquisa permitirá que os profissionais promovam uma avaliação própria do seu processo de trabalho frente à humanização, demonstrando, com mais precisão, o efeito do programa HumanizaSUS, juntamente com o PSF como principal estratégia para a reorganização da atenção básica no SUS. Através dessas pesquisas, pode-se construir argumentos que justifiquem modificações em grades curriculares nas universidades e novas exigências no mercado de trabalho, tornando-o mais seletivo quanto ao perfil do profissional.

Com o amadurecimento de pesquisas sobre a humanização no PSF, pode-se melhor problematizar e, posteriormente, avaliar as estratégias para a implantação desse programa em sua concretude, uniformizando e/ou utilizando instrumentos de trabalho pelos profissionais de saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

A despeito dos inúmeros avanços no setor saúde, mais precisamente nas duas últimas décadas, a realidade atual ainda é permeada por problemas de diversas ordens. Se importantes avanços foram conquistados no âmbito da universalidade, equidade, integralidade e controle social, em contrapartida, as relações entre os profissionais da saúde e as suas relações com os usuários do serviço apresentam-se fragilizadas, fragmentadas, sendo a verticalização do processo de trabalho uma das causas.⁵

Há carência de investimentos na qualificação dos trabalhadores, particularmente no que diz respeito à gestão participativa e ao trabalho em equipe, de dispositivos de fomento cogestão, valorização profissional e de inclusão, tanto de profissionais quanto de usuários no processo de produção de saúde. O modelo de formação profissional dos trabalhadores da saúde se distancia do debate e da formulação das políticas de saúde.⁵

De modo geral, o modelo de atenção é baseado na relação queixa-conduta, o que torna a prática tecnicista, automatizada, cujo olhar está direcionado prioritariamente para a doença. O foco no vínculo fundamental é perdido e, juntamente com ele, a responsabilidade sanitária que constitui o ato de saúde.⁵

Logo, urge a retomada do debate em torno dos modelos de gestão e atenção, da formação dos profissionais do setor saúde e do controle social, visando à garantia ao direito constitucional de saúde para todos, com condições dignas de assistência e profissionais comprometidos com a ética da saúde e a defesa da vida.⁵

Visando atender a tais premissas, foi proposta a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão da Saúde.

3.1 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

O termo necessidade de saúde vai muito além da simples definição de “falta de algo para ter saúde”.⁶ Esse modo de definir saúde limita-se aos aspectos fisiopatológicos quando, na realidade, é algo muito maior, mais abrangente. Desse modo, a Organização Mundial de Saúde (OMS)⁷ a define não somente como a ausência de doenças, mas como um estado de completo bem-estar biopsicossocial.

Na transição de 1889-1930, o Poder Público mostrava-se omissivo quando o tema eram as políticas públicas de saúde. As ações de saúde eram pontuais e direcionadas para doenças específicas, como, por exemplo, tuberculose e febre amarela ou para vacinação contra a varíola. Na ocasião, ainda não existia o Ministério da Saúde, sendo os assuntos referentes à saúde abordados como casos de polícia. Quanto à organização dos serviços de saúde, esse processo era realizado sob a forma de polos distintos: a saúde pública e a do trabalhador.⁸

O período de 1945 a 1964 caracterizou-se pelo foco da categoria médica voltada para os interesses capitalistas, contudo, até 1964, apesar das pressões, os institutos forneciam a assistência médica previdenciária.⁹

O período de 1974 a 1979 foi marcado pelas políticas voltadas para a questão social. Por conflitos constantes em torno da ampliação dos serviços e da provisão de recursos financeiros, assim como dos interesses nascidos da interação do Estado e o sistema empresarial, marcaram essa época juntamente com o surgimento do movimento sanitário.⁹

O modelo de assistência à saúde em vigor, até então, era embasado no modelo flexneriano de formação, centrado na figura do médico. O hospital era trabalho e, a doença, caracterizada como um fenômeno estritamente biológico. Desse modo, diversos movimentos com características diferentes, no entanto, com os mesmos ideais, foram se unindo em oposição à ditadura militar e ao complexo industrial. Esse grupo defendia um sistema de saúde hierarquizado e um Sistema Único de Saúde (SUS) que aliasse a medicina previdenciária à saúde pública do Ministério da Saúde, enfatizando a adoção de medidas preventivas na saúde.¹⁰

Entre todos esses movimentos, cabe destaque para o da Reforma Sanitária que foi denominado movimento pela Reforma Sanitária Brasileira e que, durante a primeira metade dos anos 1980, teve grande crescimento, caracterizado por um conjunto de princípios, tendo como fundamento a nova concepção de saúde, não apenas como “ausência de doença”. Uma concepção que está de acordo com a definição de saúde preconizada pela OMS que entende saúde como “completo bem-estar físico, mental e social”, em virtude de condições de vida saudáveis, tais como acesso adequado à alimentação, habitação, educação, transporte, lazer, segurança, serviços de saúde, bem como emprego e renda compatíveis com o entendimento dessas necessidades [...].¹¹

A prevenção e promoção da saúde foram ações abandonadas por muitos anos em todos os seus aspectos. A rede básica de saúde, constituída pelos postos, centros ou unidades básicas de saúde, foram consideradas acessórios e desqualificadas perdendo seu potencial de resultados, alimentando a lógica excludente.¹⁰

A princípio, a rede básica deveria ser o topo da cadeia de atenção e acabou por se tornar a porta de entrada.¹²

O resultado foi à obtenção de um modelo caro, ineficiente e desumano que degradou a prática profissional e não atendeu eficientemente às necessidades da população. Do mesmo modo, as diversas pesquisas realizadas no decorrer dos anos indicaram que unidades básicas de saúde, funcionando adequadamente, resolvem com qualidade cerca de 80% dos problemas de saúde da população. Desse modo, um reduzido número de pessoas necessitará recorrer ao atendimento hospitalar e às especialidades. O funcionamento torna-se mais eficiente, eficaz e haverá racionalização dos custos.¹²

Diante de um cenário de insatisfação geral e do ideal de transformação na saúde, com o objetivo de ofertar uma assistência de melhor qualidade comprometida com a prevenção, com o cuidar, o tratar e a promoção da saúde, foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH). A PNH, proposta pelo Ministério da Saúde, em 2003, tem caráter transversal, perpassando todos os níveis de atenção à saúde e tem, como premissa, uma transformação cultural da atenção aos usuários e da gestão de processos de trabalho. O diferencial dessa política em relação às demais está na preocupação com a capacitação e o desenvolvimento dos trabalhadores do setor saúde, proporcionando condições adequadas para a execução das atividades laborativas e para que, aqueles que cuidam, possam ter suas necessidades satisfeitas.¹³

Os inúmeros problemas do cotidiano da saúde demonstram a necessidade da implementação de uma política que atenda a tais necessidades, tal como a Política Nacional de Humanização:

[...] problemas como as filas, a insensibilidade dos trabalhadores frente ao sofrimento das pessoas, os tratamentos desrespeitosos, o isolamento das pessoas de suas redes sócio-familiares nos procedimentos, consultas e internações, as práticas de gestão autoritária, as deficiências nas condições concretas de trabalho, incluindo a degradação nos ambientes e das relações de trabalho, etc., derivam de condições precárias da organização de processos de trabalho, na perspectiva da PNH.¹²

Logo, a humanização como política tem o objetivo de definir princípios e modos de operar nas diversas relações que fazem parte desse contexto: profissionais e usuários, profissionais e profissionais, unidades e serviços de saúde e instâncias que constituem o SUS. O modo como os processos se desenrolam, seja no confronto de ideias, o planejamento, os mecanismos de decisão, as estratégias de implementação e de avaliação, enfim todo o processo, deve ter um único objetivo, que é o de convergir para o compromisso com a produção de saúde através de trocas solidárias, ou seja, é tarefa da política de humanização, tanto a produção de saúde como a de sujeitos.⁵

São considerados alguns desafios ao projeto de humanização: vínculo frágil de trabalhadores usuários e controle social incipiente, precarização das relações de trabalho e pouca participação dos trabalhadores na gestão dos serviços, baixo investimento em educação permanente, desestímulo ao trabalho em equipe e despreparo dos profissionais para lidar com questões subjetivas que toda prática de saúde envolve.¹⁴

Logo, compete à PNH aumentar o grau de corresponsabilidade de todos os componentes da rede SUS. É sabido que, para tanto, é preciso uma mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho, que implica ter vínculo com o usuário dos serviços de saúde, garantir o seu direito e de seus familiares, o controle social através do protagonismo desses atores, a troca de saberes (inclusive o de pacientes e familiares), o diálogo entre os profissionais e o trabalho em equipe; no entanto, é preciso mencionar a necessidade de garantir ao profissional condições dignas de trabalho, além de serem criadas estratégias para a sua participação como cogestores de seu processo de trabalho.

5

A política se materializa, se concretiza, quando todos esses interesses são considerados e partilhados. Desse modo, a humanização interfere diretamente no processo de produção de saúde, entendendo que a mobilização social é capaz, tanto de transformar a si mesma quanto as realidades do seu entorno. Logo, é preciso “... investir na produção de um novo tipo de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde e deles usufruem acolhendo tais atores e fomentando seu protagonismo”.⁵

Compreender a humanização, enquanto um conjunto de estratégias para alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde, no SUS, significa fundamentá-la sobre três parâmetros sincronizados com um projeto de responsabilidade partilhada que permita a qualificação dos vínculos interprofissionais, dos vínculos entre eles e dos usuários dos serviços de saúde: éticos, estéticos e políticos. No primeiro, a vida se constitui no eixo de suas ações. No segundo, pelo direcionamento às normas que regulam a vida. No terceiro, porque as relações sociais e de poder entre os homens se operacionalizam. A construção de uma política de tal magnitude subentende o SUS na perspectiva de uma política de rede, associada a uma atitude humanizadora e articulada com as demais políticas.⁹

O advento da Política Nacional de Humanização trouxe mudanças na concepção da humanização, no âmbito da saúde, até então focada prioritariamente na relação trabalhador-usuário e direcionada ao cumprimento de preceitos éticos, ou seja, bastante limitada. Novos atores e propostas foram inseridos em tal política com ênfase nas diversas tendências do processo de humanização e satisfação do usuário, aspectos discursivos e caráter político.¹⁵

Como política transversal, a PNH exerce papel articulador, facilitando a integração dos processos e das ações das demais áreas, além de se portar como núcleo de saber e de competências com ofertas direcionadas à implementação da Política de Humanização. Uma PNH transversal requer a atuação descentralizada de todos os componentes do SUS, em que todos busquem uma mesma sincronia e que as experiências sejam somadas. Assim, novas propostas de ação são experimentadas e multiplicadas as experiências bem sucedidas; o debate e a pactuação entre as esferas federal, estadual e municipal resultarão na consolidação da humanização como estratégia comum disseminada por toda a rede de atenção.⁵

A implementação da PNH nos diferentes níveis de atenção atende as seguintes diretrizes:

Quadro 1 – Diretrizes da PNH

1. Ampliar o diálogo entre os profissionais, entre os profissionais e a população, entre os profissionais e a administração, promovendo a gestão participativa.
2. Implantar, estimular e fortalecer grupos de trabalho de humanização com um plano de trabalho definido.
3. Estimular práticas resolutivas, racionalizar e adequar o uso de medicamentos, eliminando ações intervencionistas desnecessárias.
4. Reforçar o conceito de clínica ampliada: compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e corresponsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde.
5. 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.
6. Adequar os serviços ao ambiente e à cultura local, respeitando a privacidade e promovendo uma ambiência acolhedora e confortável.
7. Viabilizar a participação dos trabalhadores nas unidades de saúde por meio de colegiados gestores.
8. Implementar um sistema de comunicação e de informação que promova o autodesenvolvimento e amplie o compromisso social dos trabalhadores de saúde.
9. Promover ações de incentivo e valorização da jornada integral ao SUS, do trabalho em equipe e da participação em processos de educação permanente que qualifiquem a ação e a inserção dos trabalhadores na rede SUS.

Fonte: Brasil, 2004.

São compromissos da PNH na construção do campo da humanização:

Propor e integrar estratégias de ação que constituam o “campo da humanização”, operando como apoio matricial para as áreas, as coordenações e os programas de saúde no que for com eles contratualizado; Propor e integrar estratégias de ação para implantação da PNH no âmbito do Ministério da Saúde em interface com as demais áreas e coordenações e as demais instâncias do SUS; Criar grupo de apoiadores regionais da PNH, que trabalharão com as SES, as SMS, os Polos de Educação Permanente, os hospitais e outros equipamentos de saúde que desenvolvam ações de humanização. Tal grupo funcionará como um dispositivo

articulador e fomentador de ações humanizantes, estimulando processos multiplicadores nos diferentes níveis da rede SUS; Criar e incentivar mecanismos de divulgação e avaliação da PNH em interface com as demais áreas, as coordenações e os programas do MS.⁵

Na perspectiva de rede, a Humanização em Saúde (RHS) é uma rede de construção permanente e solidária de laços de cidadania comprometida com a defesa da vida, humanizada, e tem como característica principal a conectividade. Essa conectividade está associada aos processos de troca, de interferência, de contágio, da qual fazem parte os gestores, trabalhadores de saúde, usuários, todos os cidadãos.

Ainda no campo da implementação, a PNH abrange vários eixos cujos objetivos são a institucionalização, a difusão dessa estratégia e, principalmente, a apropriação de seus resultados pela sociedade.⁵

Tabela 2 – Eixos e respectivas atribuições

<i>Eixos</i>	<i>Atribuições</i>
1. Instituições do SUS	Pretende-se que a PNH faça parte dos planos estaduais e municipais dos vários governos, aprovados pelos gestores e pelos conselhos de saúde correspondentes.
2. Eixo da gestão do trabalho	Propõe-se 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.
3. Eixo da educação permanente	Indica-se que a PNH componha conteúdo profissionalizante na graduação, na pós-graduação e na extensão em saúde, vinculando-a aos pólos de educação permanente e às instituições formadoras.
4. Eixo da informação/comunicação	Indica-se – por meio de ação de mídia e discurso social amplo – sua inclusão no debate da saúde, visando à ampliação do domínio social sobre a PNH.
5. Eixo da atenção	Propõe-se uma política incentivadora do protagonismo dos sujeitos, da democratização da gestão dos serviços e da ampliação da atenção integral à saúde, promovendo a intra e a intersetorialidade com responsabilização sanitária pactuada entre gestores e trabalhadores.
6. Eixo do financiamento	Propõe-se a integração de recursos vinculados a programas específicos de humanização e outros recursos de subsídio à atenção, unificando-os e repassando-os fundo a fundo mediante adesão, com compromisso, dos gestores à PNH.

7. Eixo da gestão da PNH	Indica-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.
--------------------------	--

Fonte:Brasil,2004.

A Política Nacional de Humanização pode ser entendida não apenas como uma política, mas uma estratégia que almeja inserir os princípios norteadores do SUS na dinâmica do cotidiano nos serviços de saúde.¹⁶

Em 2001, a humanização aparece no nome de um programa: Programa Nacional de Humanização do Atendimento Hospitalar (PNHAH). O PNHAH objetivava melhorar a qualidade do atendimento hospitalar, através de ações que davam ênfase à melhora da assistência, focando principalmente as relações entre usuários e profissionais da área da saúde.¹⁷

Desde então, a humanização avançou também em outras instâncias do SUS e, o que era um programa, transforma-se, em 2003, em uma política: a Política Nacional de Humanização (PNH). Lançada em 2003, ela é produto de uma insatisfação não recente, que engloba trabalhadores e usuários dos serviços de saúde e acompanha o histórico das políticas de saúde no Brasil.¹⁷

Nesse cenário de insatisfação geral, que engloba usuários, trabalhadores e sociedade em geral emerge a PNH que, atrelada à Saúde da Família como estratégia, almeja a reorganização da forma de fazer saúde.

Vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, a PNH conta com equipes regionais de apoiadores que se articulam às secretarias estaduais e municipais de saúde. A partir dessa articulação, constroem-se, de forma compartilhada, planos de ação para promover e disseminar inovações nos modos de fazer saúde.¹⁶

Com a PNH, as ações de humanização voltam-se também para as demais instâncias da saúde, pois a política objetiva a garantia e a efetivação do SUS, através da mudança dos modos de fazer, dos modelos de atenção e gestão da saúde.¹⁷

A PNH entende humanização como a valorização dos diferentes sujeitos – usuários, trabalhadores e gestores – implicados no processo de produção de saúde. Valorizar os sujeitos é oportunizar uma maior autonomia, a ampliação da sua capacidade de transformar a realidade em que vivem, através da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos

solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde, porque o SUS que queremos só é possível em uma construção coletiva, em rede.¹⁷

A proposta da PNH não se restringe a inserir pequenos retoques no sistema e sim de provocar mudanças significativas na gestão e na prática do cuidado, na maneira de “fazer saúde”. O estímulo à comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários dos serviços abre um leque de possibilidades na tomada de decisões acertadas, coerentes e resolutivas. O processo de mudança se torna real no compartilhamento das ideias e na escuta adequada às necessidades de todos os envolvidos.

Sem esse compartilhamento, a prática se restringe apenas à realização de procedimentos técnicos, fragmentação da assistência e a multidisciplinaridade almejada é perdida. Assim, o usuário é um sujeito passivo no que concerne à própria saúde. A autonomia quanto a sua saúde sequer é mencionada, seu poder de decisão é minimizado à aplicação de técnicas. Nessa perspectiva, o usuário dos serviços de saúde na atenção primária deve ser estimulado a ser agente da sua própria saúde.

Perde-se a noção de rede de cuidados e passa-se da transversalidade para a verticalização das ações. Nesse sentido, a PNH/HumanizaSUS investe na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho.

Os profissionais da saúde lidam cotidianamente com o “objeto de trabalho” mais valioso: a vida humana. Desse modo, valorizar esses profissionais, seja através de capacitações, de melhorias no seu processo de trabalho e renda é fundamental. Para que os profissionais reproduzam a assistência humanizada, é preciso experimentá-la.

A implementação efetiva da PNH ainda é recente e é por meio de pesquisas científicas como essa, que retratam realidades semelhantes nas diversas partes do país, que são criadas estratégias para modificar a realidade. A carência de publicações que abordem a PNH na AB, no Brasil, é grande, dificultando a abordagem mais pontual do tema.

Apesar dos desafios impostos e dos problemas presentes no cotidiano da assistência à saúde, várias experiências bem sucedidas estão presentes em diversas partes do país, o que nos leva a crer num SUS que deu certo. Desse modo, regulamentar essas práticas através da Política Nacional de Humanização e, sobretudo, transcender do papel para as práticas cotidianas de saúde constitui-se numa estratégia importante de experimentação do SUS, bem como na valorização do profissional e na sua interação com os usuários.

3.2 PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL

Embasado em experiências internacionais de países como Cuba, Canadá e Inglaterra, em 1990, o Brasil implantou, em algumas regiões do país (no estado do Paraná, Mato Grosso do Sul, Ceará), o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).¹⁸ O PACS foi planejado e implementado nos anos 1986 a 1988, cujo objetivo foi promover ações sanitárias e educativas através de visitas domiciliares e reuniões com as famílias.¹⁹

Os resultados positivos do PACS incentivaram a expansão da estratégia para outras categorias profissionais, mas, era preciso organizar os repasses financeiros em níveis federal, estadual e municipal. No dia 27 e 28 de dezembro do ano de 1993, foi convocada uma reunião pelo gabinete do Ministro da Saúde, Henrique Santillo, em Brasília (DF).¹⁸

O tema em questão era a “Saúde da Família” e tinha por objetivo discutir uma nova proposta a partir do êxito do PACS e da necessidade de incorporação de novos profissionais. Desse modo, o Programa de Saúde da Família (PSF) foi oficializado no Brasil. O PACS passou a ser considerado como uma fase de transição para o PSF. A meta a ser alcançada era substituir o modelo de atenção tradicional, aproximando-o à saúde da família.¹⁸

Em janeiro de 1994, o Ministério da Saúde publicou o documento Brasil (1994) pelo qual foi divulgada a implantação do PSF, cujo objetivo geral era de construir um modelo de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde, melhorando a saúde dos indivíduos, da família e da comunidade e, em concordância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.²⁰

À medida que o PSF começou a demonstrar resultados positivos na saúde das populações, sua expansão foi notória. Em 2006, foi aprovada e publicada a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Pactos pela Saúde, tendo como uma das prioridades “consolidar e qualificar a Estratégia de Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS)”.²¹

A equipe multiprofissional mínima que atua frente a uma comunidade adscrita é constituída por um enfermeiro, um médico, um técnico de enfermagem e até 12 agentes comunitários de saúde (ACS).²² A equipe multiprofissional deve atuar por um período de oito horas (dedicação integral) e o ACS, obrigatoriamente, deve residir nas áreas de atuação. O objetivo é aumentar os vínculos e o reconhecimento da identidade cultural entre profissionais e a comunidade assistida.²³

São atribuições das equipes de Saúde da Família:

- Assistir a, no máximo, 750 pessoas (ACS);
- Acompanhar, no máximo, quatro mil habitantes, (recomendação de três mil habitantes), localizadas em uma área geográfica delimitada.
- Atuar em ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde dessa comunidade.²²

O trabalho multiprofissional permite organizá-lo num nível de complementaridade, e especialidade que atendam a demanda por atenção da população.²⁴ Visões diferenciadas de cada profissional acerca de uma situação em particular permitem melhor percepção e análise da mesma, garantindo um resultado mais favorável e mais próximo das aspirações da comunidade adscrita.²⁵

3.2.1 Expansão do programa de saúde da família no Brasil

Trezentos e vinte e oito equipes de saúde da família existiam no Brasil no ano de 1994 e, em dezembro de 1998, 1.219 municípios já concebiam a necessidade de reorganização da atenção básica, utilizando o PSF como estratégia primordial. As equipes de saúde da família já atuavam em 24 estados brasileiros, sendo 3.119 equipes em funcionamento.²³ Em 2007, o número aumentou para 27.324 equipes implantadas em 5.125 municípios. A cobertura alcançou 46,6% da população brasileira. Na ocasião, o número de pessoas cadastradas no programa era de cerca de 9 milhões de pessoas.²⁶ Os dados divulgados pelo Datasus, em janeiro de 2010 e em dezembro de 2014, mostram a dimensão do crescimento que tal estratégia alcançou em todo o Brasil, conforme Figuras 1 e 2.

Figura 1– DAB – Atenção Básica – PSF - Saúde da Família – Atenção Primária

17/02/2015

DAB - Atenção Básica - PSF - Saúde da Família - Atenção Primária

MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB

Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal

Unidade Geográfica: Brasil

Competência: Janeiro de 2010

Região	UF	Estado	População	Agentes Comunitários de Saúde	Equipe de Saúde da Família			Equipe de Saúde Bucal	
				Implantados	Nº de Municípios com eSF	Teto	Implantados	Estimativa da População coberta	Modalidade I Credenciadas pelo Ministério da Saúde
CENTRO-OESTE	DF	DISTRITO FEDERAL	0	732	1	1.066	92	317.400	0
	GO	GOLÁS	0	7.651	243	2.432	1.052	3.336.356	779
	MT	MATO GROSSO	0	4.654	140	1.227	555	1.823.333	311
	MS	MATO GROSSO DO SUL	0	4.058	76	974	413	1.357.067	800
Qtde de Estados			4	17.095	460	5.699	2.112	6.834.156	1.890
NORDESTE	AL	ALAGOAS	0	5.175	102	1.301	748	2.237.598	530
	BA	BAHIA	0	24.833	402	6.052	2.512	8.055.639	1.989
	CE	CEARÁ	0	12.203	184	3.520	1.782	5.772.855	1.489
	MA	MARANHÃO	0	14.975	217	2.615	1.774	5.023.544	1.298
	PB	PARÁIBA	0	7.929	223	1.556	1.259	3.581.006	1.196
	PE	PERNAMBUCO	0	14.579	185	3.637	1.826	5.913.881	1.316
	PI	PIAUÍ	0	6.774	221	1.295	1.086	3.033.186	970
	RN	RIO GRANDE DO NORTE	0	5.294	167	1.292	864	2.410.835	1.101
SE	SERGIPE	0	3.808	74	833	555	1.711.800	412	
Qtde de Estados			9	95.570	1.775	22.101	12.406	37.740.344	10.301
NORTE	AC	ACRE	0	1.318	22	284	132	425.856	112
	AP	AMAPÁ	0	1.106	16	254	144	434.575	227
	AM	AMAZONAS	0	6.062	60	1.396	514	1.678.900	302
	PA	PARÁ	0	13.546	137	3.078	876	2.914.412	466
	RO	RONDÔNIA	0	2.937	50	621	226	739.921	146
	RR	RORAIMA	0	646	14	171	98	306.846	73
	TO	TOCANTINS	0	3.489	137	538	383	1.127.324	307
Qtde de Estados			7	29.104	436	6.342	2.373	7.627.834	1.633
SUDESTE	ES	ESPÍRITO SANTO	0	5.035	76	1.437	547	1.731.844	448
	MG	MINAS GERAIS	0	26.315	834	8.267	4.068	13.109.822	2.091
	RJ	RIO DE JANEIRO	0	10.203	88	6.614	1.487	4.961.301	658
	SP	SÃO PAULO	0	23.238	485	17.092	3.218	10.817.657	1.726
Qtde de Estados			4	64.791	1.483	33.410	9.320	30.620.624	4.923
SUL	PR	PARANÁ	0	11.479	387	4.418	1.717	5.550.265	936
	RS	RIO GRANDE DO SUL	0	7.880	419	4.529	1.199	3.863.228	732
	SC	SANTA CATARINA	0	9.243	290	2.521	1.313	4.151.861	865
Qtde de Estados			3	28.602	1.096	11.468	4.229	13.565.354	2.533
Total Geral			27	235.162	5.250	79.020	30.440	96.388.312	21.280

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.

Obs: A Nota Técnica contém informações a respeito da origem dos dados e a descrição detalhada dos campos utilizados.

17/02/2015

DAB - Atenção Básica - PSF - Saúde da Família - Atenção Primária

MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB
Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal
Unidade Geográfica: Brasil
Competência: Dezembro de 2014

Região	UF	Estado	População	Agentes Comunitários de Saúde	Equipe de Saúde da Família				Equipe de Saúde Bucal	
				Implantados	Nº de Municípios com eSF	Teto	Implantados	Estimativa da População coberta	Modalidade I Credenciadas pelo Ministério da Saúde	
CENTRO-OESTE	DF	DISTRITO FEDERAL	11	1.005	1	1.324	242	834.900	147	
	GO	GOLÁS	77	8.281	246	3.077	1.313	4.118.279	1.034	
	MT	MATO GROSSO	24	4.965	141	1.564	630	2.024.332	399	
	MS	MATO GROSSO DO SUL	38	4.477	79	1.253	546	1.732.029	820	
Qtde de Estados			4	150	18.728	467	7.218	2.731	8.709.540	2.400
NORDESTE	AL	ALAGOAS	92	5.660	102	1.580	820	2.401.280	654	
	BA	BAHIA	267	26.194	417	7.093	3.305	10.075.101	2.435	
	CE	CEARÁ	222	14.784	184	4.297	2.303	6.819.140	1.698	
	MA	MARANHÃO	152	15.766	217	3.360	2.004	5.629.611	1.425	
	PB	PARAÍBA	151	8.389	223	1.914	1.344	3.614.055	1.500	
	PE	PERNAMBUCO	215	15.627	185	4.465	2.142	6.729.115	1.731	
	PI	PIAUI	95	7.264	224	1.573	1.266	3.076.335	1.523	
	RN	RIO GRANDE DO NORTE	90	5.771	167	1.612	1.018	2.684.808	1.219	
SE	SERGIPE	30	4.182	75	1.059	634	1.906.095	449		
Qtde de Estados			9	1.314	103.637	1.794	26.953	14.836	42.935.540	12.634
NORTE	AC	ACRE	16	1.648	22	380	202	590.220	135	
	AP	AMAPÁ	18	1.118	16	350	159	520.106	235	
	AM	AMAZONAS	71	6.399	62	1.796	633	2.049.646	505	
	PA	PARÁ	90	14.778	141	3.920	1.160	3.827.930	703	
	RO	RONDÔNIA	14	3.000	52	793	368	1.163.288	237	
	RR	RORAIMA	11	726	15	235	115	343.773	83	
	TO	TOCANTINS	18	3.598	138	706	470	1.325.621	368	
Qtde de Estados			7	238	31.267	446	8.180	3.107	9.820.584	2.266
SUDESTE	ES	ESPÍRITO SANTO	31	5.316	78	1.788	698	2.203.056	534	
	MG	MINAS GERAIS	362	30.292	851	9.928	5.079	15.618.083	2.822	
	RJ	RIO DE JANEIRO	142	14.625	91	8.119	2.377	7.943.751	1.443	
	SP	SÃO PAULO	279	29.292	576	20.944	4.780	16.055.607	3.611	
Qtde de Estados			4	814	79.525	1.596	40.779	12.934	41.820.497	8.410
SUL	PR	PARANÁ	217	12.592	397	5.291	2.209	7.022.686	1.269	
	RS	RIO GRANDE DO SUL	48	10.066	469	5.376	1.769	5.624.095	1.090	
	SC	SANTA CATARINA	110	9.883	294	3.184	1.642	5.042.395	1.174	
Qtde de Estados			3	375	32.541	1.160	13.851	5.620	17.689.176	3.533
Total Geral			27	2.891	265.698	5.463	96.981	39.228	120.975.337	29.243

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.

Obs: A Nota Técnica contém informações a respeito da origem dos dados e a descrição detalhada dos campos utilizados.

No Brasil, em 2010, havia 235.162 ACS implantados, 5.250 municípios com a ESF, 30.440 equipes implantadas e com estimativa da população coberta de 96.388.312 habitantes. Em 2014, havia 265.698 ACS implantados, 5.463 municípios com a ESF, 39.228 equipes implantadas e com estimativa da população coberta de 120.975.337 habitantes.²⁷

Os números evidenciam a proporção que a ESF ganha no decorrer dos anos e sinaliza para a importância da qualificação profissional no que concerne à inclusão da PNH na prática cotidiana.

A implantação da Estratégia de Saúde da Família é mais complexa nos grandes centros urbanos. Operacionalizar tal implantação requer mudanças de ordem qualitativa e quantitativa, graças a uma maior concentração populacional e a heterogeneidade das condições econômico-sociais. Nesse sentido, no intuito de atender a tais demandas, o Ministério da Saúde implantou o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF).²⁰

O PROESF consiste numa política de expansão do PSF, direcionada para os municípios de mais de 100.000 habitantes, em que prevê um financiamento do Banco Mundial com interveniência do Ministério da Saúde. Graças a esse projeto, os grandes centros, como Salvador, ampliaram consideravelmente suas ESFs.²⁰

3.2.2 Estratégia saúde da família no município de Salvador

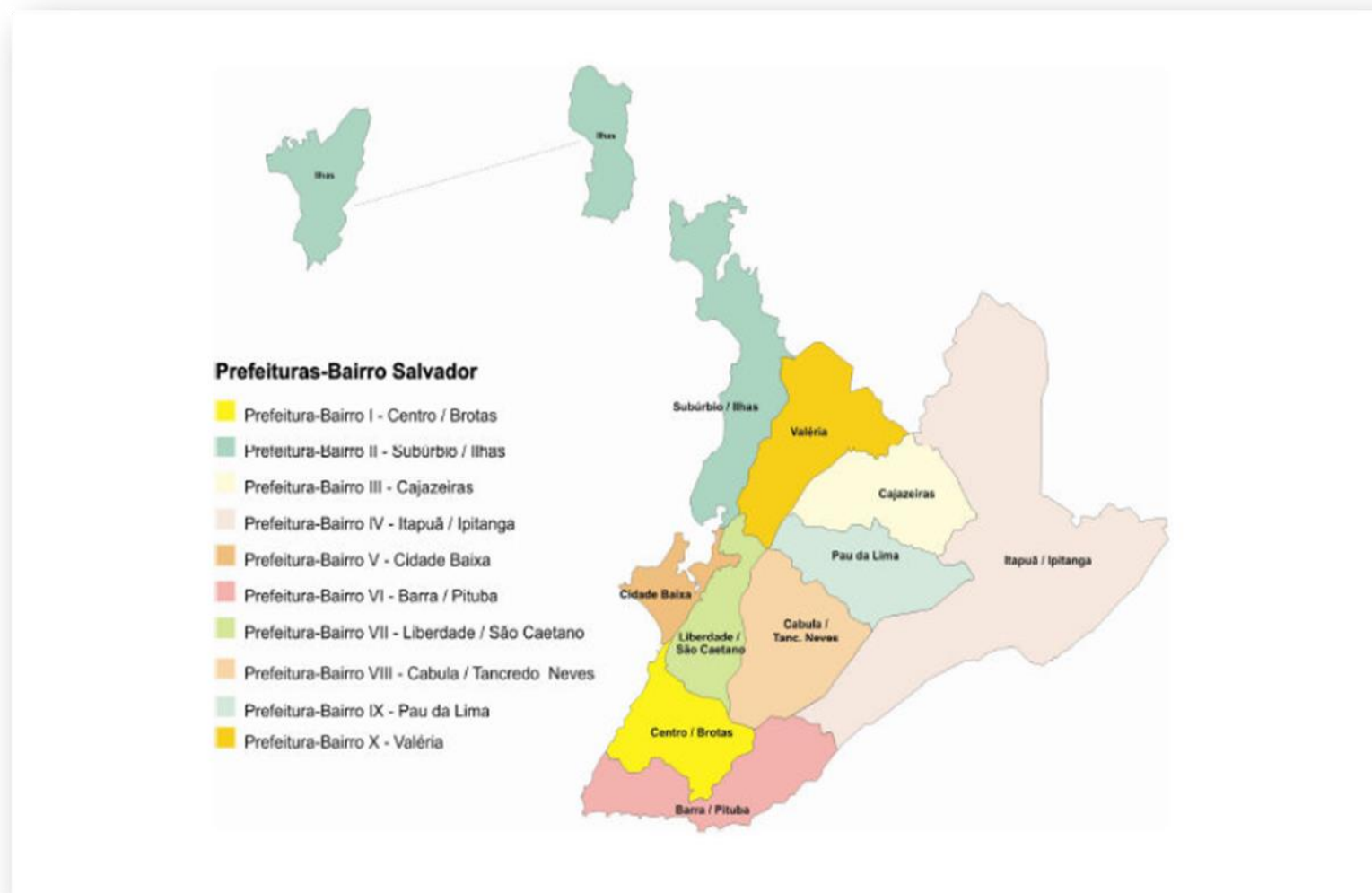
A Estratégia Saúde da Família foi implantada na Bahia no ano de 1997. Ela se estabeleceu como principal estratégia para o fortalecimento da AB no estado. De 2006 a 2010 houve crescimento na cobertura de saúde da família no Brasil, na Região Nordeste e na Bahia. De 2010 a 2011, apenas a Bahia manteve o crescimento, mesmo discreto (0,22%). Em 2011, o estado da Bahia supera a cobertura nacional (50,44%), mesmo não alcançando a cobertura pactuada (60,71%).²⁸

Salvador é a capital do estado da Bahia. Ocupa uma extensão territorial de 693,3 km². Do ponto de vista político-administrativo é constituída de 10 Prefeituras bairros e 12 Distritos Sanitários (DS). Ela constitui a Região Metropolitana de Salvador (RMS), juntamente com os municípios de Camaçari, Candeias, Dias D'Ávila, Itaparica, Lauro de Freitas, Madre de Deus, Mata de São João, Pojuca, São Francisco do Conde, São Sebastião do Passé, Simões Filho e

Vera Cruz. Pertence à Macrorregião Leste e Microrregião de Salvador. É considerada referência para macro e microrregião de saúde.²⁹

A Macrorregião Leste é composta por quatro municípios e, entre eles, a cidade de Salvador. No entanto, a população de Salvador corresponde a 61% da população da macrorregião e, apenas 13,59%, é coberta pela ESF. Nos municípios que são considerados de grande porte como Salvador (acima de 100.000 hab.), o incremento foi de apenas 11,08 no período avaliado (2006-2011).²⁸

Mapa 1 – Distribuição das Prefeituras Bairros do Município de Salvador, 2013.



Em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e dos modelos de atenção primária através do PACS/PSF, coube ao Plano Municipal de Saúde 1998/2001 a reorganização da atenção básica no município de Salvador.²⁰

Após aprovação do Conselho Municipal de Saúde, foi implantado o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 26 de outubro de 1998. Ele abrangeu os 12 Distritos Sanitários em que o município está organizado.²⁰

Em 2000, foi considerada prioridade a implantação do Programa de Saúde da Família (atual ESF) de acordo como Relatório Anual PACS/PSF (2001). O objetivo foi garantir a redução da morbimortalidade, maior impacto sobre a saúde da população, por meio de ações integralizadas – prevenção, promoção, assistência, vigilância e recuperação de saúde.²⁰

Na primeira fase da implantação, foi priorizado o Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário, em virtude da complexidade de problemas que se apresentavam nessa região, associados aos riscos sociais e a um risco epidemiológico de adoecer/morrer.²⁰ Outros DS foram contemplados posteriormente e, entre eles, o DS Boca do Rio, foco da pesquisa em questão.

Figura 2 - DAB - Atenção Básica - PSF - Saúde da Família - Atenção Primária

13/02/2015

DAB - Atenção Básica - PSF - Saúde da Família - Atenção Primária

MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB

Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal

Unidade Geográfica: Município - SALVADOR/BA

Competência: Janeiro de 2014 a Dezembro de 2014

Ano	Mês	População	Agentes Comunitários de Saúde						Equipe de Saúde da Família						Equipe de Saúde Bucal Modalidade I
			Teto	Credenciados pelo Ministério da Saúde	Cadastrados no Sistema	Implantados	Estimativa da População coberta	Proporção de cobertura populacional estimada	Teto	Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Cadastradas no Sistema	Implantados	Estimativa da População coberta	Proporção de cobertura populacional estimada	Credenciadas pelo Ministério da Saúde
2014	01	2.710.968	6.777	4.000	1.390	1.390	799.250	29,48	1.355	300	183	183	631.350	23,29	109
2014	02	2.710.968	6.777	4.000	1.389	1.389	798.675	29,46	1.355	300	186	186	641.700	23,67	109
2014	03	2.710.968	6.777	4.000	1.291	1.282	737.150	27,19	1.355	300	168	167	576.150	21,25	109
2014	04	2.710.968	6.777	4.000	1.382	1.376	791.200	29,19	1.355	300	185	183	631.350	23,29	109
2014	05	2.710.968	6.777	4.000	1.374	1.374	790.050	29,14	1.355	300	182	182	627.900	23,16	109
2014	06	2.710.968	6.777	4.000	1.379	1.379	792.925	29,25	1.355	300	184	184	634.800	23,42	109
2014	07	2.710.968	6.777	4.000	1.385	1.385	796.375	29,38	1.355	300	181	181	624.450	23,03	109
2014	08	2.710.968	6.777	4.000	1.509	1.509	867.675	32,01	1.355	300	185	185	638.250	23,54	109
2014	09	2.710.968	6.777	4.000	1.510	1.503	864.225	31,88	1.355	300	187	186	641.700	23,67	109
2014	10	2.710.968	6.777	4.000	1.508	1.501	863.075	31,84	1.355	300	198	197	679.650	25,07	109
2014	11	2.710.968	6.777	4.000	1.506	1.499	861.925	31,79	1.355	300	203	202	696.900	25,71	109
2014	12	2.710.968	6.777	4.000	1.505	1.498	861.350	31,77	1.355	300	208	207	714.150	26,34	109

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.

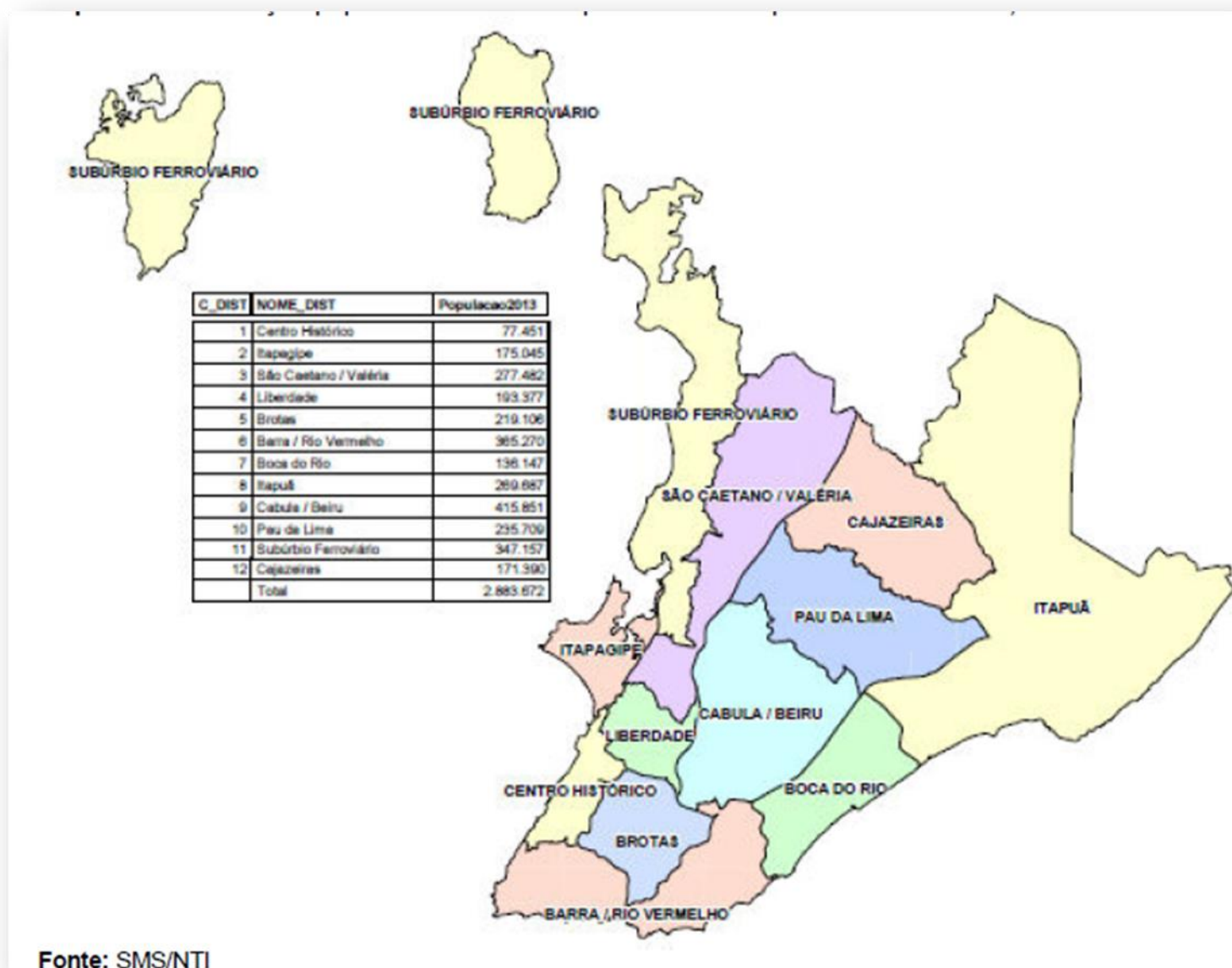
Obs: A *Nota Técnica* contém informações a respeito da origem dos dados e a descrição detalhada dos campos utilizados.

Conforme dados coletados pelo SIAB, tendo como período de referência o ano de 2014, o PACS em Salvador atendeu a uma população de 2.710.968 habitantes. O número máximo de agentes foi de 6.777, sendo 4000 credenciados pelo MS. O número máximo de agentes cadastrados foi de 1.510 (setembro) e o mínimo foi de 1.291 (março). Quanto à implantação no sistema, o quantitativo mínimo foi de 1.282 (março) e o máximo de 1.509 (setembro). A maior estimativa da população coberta foi de 867.675 habitantes, no mês de agosto, cujo percentual foi de 32,01%.²⁷

A ESF, nesse mesmo período, em Salvador, atendeu a uma população de 2.710.968 habitantes. O número máximo de equipes de saúde da família foi de 1.355, sendo 300 credenciadas pelo MS. O número máximo de agentes cadastrados foi de 208 (dezembro) e o mínimo foi de 168 (março). Quanto à implantação no sistema, o quantitativo mínimo foi de 167 equipes (março) e o máximo de 207 (dezembro). A maior estimativa da população coberta foi de 714.150 habitantes, no mês de dezembro, cujo percentual foi de 26,34%.²⁷

Os dados apurados deixam claro que, apesar do crescimento da ESF e do PACS em Salvador, ainda há muito por fazer, objetivando alcançar o patamar almejado de assistência na ESF em Salvador.

Mapa 2 – Mapa dos Distritos Sanitários do município de Salvador



O DISTRITO SANITÁRIO BOCA DO RIO

O conceito objetivo de Distrito Sanitário deve ser compreendido sobre duas dimensões: a primeira, enquanto estratégia de construção do SUS num município e/ou conjunto de municípios, envolvendo alguns elementos conceitual e operacionalmente importantes; e a outra dimensão se refere à menor unidade de território ou de população, a ser apropriada para o processo de planejamento e gestão. O processo, portanto, de construção/implantação de DS, como estratégia para implementação do SUS, deve ser visto como um processo social, tal qual é o SUS, isto é, como uma expressão concreta de uma política pública de dimensão social.²⁰

O Distrito Sanitário Boca do Rio, cadastrado sob o CNE nº 5597684, está localizado à Rua Brasília, nº 83 no bairro do Imbuí. Os bairros de abrangência são: Armação, Aeroclube, Alto da Alegria, Alto do São Francisco, Baixa Fria, Barreiro, Bate Facho, Boca do Rio, Caxundé, Bolandeira, Conjunto Marbak, Conjunto Rio das Pedras, Conjunto Solarium, Conjunto Vale dos Rios, Corsário, Costa Azul, Imbui, Invasão Alto de São João, Invasão Baixa do Cajueiro, Invasão Banal, Invasão da Rocinha, Invasão Golfo Pérsico, Invasão Irmã Dulce, Invasão Kwuait, Invasão Novo Paraíso, Invasão Sonho Dourado, Jardim Imperial, Loteamento Vela Branca e Pituaçu.³⁰

Os serviços oferecidos pelo distrito são: controle de diabetes mellitus, controle de hipertensão arterial, saúde bucal, saúde da criança e do adolescente, saúde da mulher, controle da tuberculose, PACS, enfermagem, nutrição, serviço social, aplicação de injeção, vacinação, nebulização.³⁰

As unidades que compõem o DS estão discriminadas conforme tabela que se segue:

Figura 3 - Distrito Sanitário Boca do Rio

Secretaria da Saúde



DISTRITO SANITÁRIO BOCA DO RIO

Endereço: Rua Brasília, nº. 09, Setor ,1 Imbuí.

CENTRO DE SAÚDE	ENDEREÇO
12º C.S. Alfredo Boureau – PA Ambulatorial	Rua Jaime Sapolnik (ladeira. do Marback) setor 2, Conj. Guilherme Marback, Imbuí.
USF Pituaçu - PACS	Rua Gonçalves Cezimbra, Jardim Imperial, Pituaçu.
C.S. Dr. César Araújo -PACS	Rua Manoel Quaresma, nº 08 - Boca do Rio.
CAPS ROSA GARCIA	Rua Elesbão do Carmo, 254, Jardim Armação.
UNIDADE BASICAS PITUAÇU	Rua Netuno, 04, Pituaçu.
USF Zumira Barros	R. Desembargador Manuel P., S/n, Costa Azul

Fonte: <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/arquivos/Unidades/dsbr.pdf>

3.3 FORMAÇÃO EM SAÚDE E HUMANIZAÇÃO NA ESF

Analisando todo o contexto inicialmente descrito e, visando a reorientação do modelo assistencial brasileiro, o Ministério da Saúde assumiu, a partir de 1994, a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF). Desse modo, o PSF representa estratégia e proposta de reorientação do modelo assistencial, organizando a atenção básica e trazendo uma nova concepção de saúde não mais centrada somente na assistência à doença, mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco.¹⁰

Independentemente de grupos étnicos, classes sociais, gerações, gênero, raça, situação socioeconômica, populações e segmentos culturalmente diferenciados, faz-se necessário salvaguardar a integralidade da atenção, a equidade e a universalidade para atender as necessidades sociais de saúde com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, reorganizar a atenção básica em saúde torna-se imprescindível. Em 1990, com tais premissas, surge a Estratégia Saúde da Família (ESF), do Ministério da Saúde, com cobertura quase total nos municípios do Brasil,¹⁰ com exceção de Salvador (17-23%).

Conforme estabelecido por Brasil¹⁴ através da Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006, a ESF é:

[...] a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica, que tem como um dos seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários.¹⁴

Atualmente o Programa de Saúde da Família é definido com Estratégia Saúde da Família (ESF), ao invés de programa. Essa terminologia aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização, o que não é o caso do PSF. A ESF é uma estratégia de reorganização da atenção primária e não prevê um tempo para finalizar essa reorganização. Desse modo, o Programa Saúde da Família se expande e se consolida como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil.¹⁰

A Estratégia Saúde da Família é definida na dimensão de um projeto concreto provido de interesses, diversidade, desejos e intencionalidades, cujo alvo é formular políticas.³¹

Essas políticas devem promover os movimentos que causem uma reavaliação e mudança de condutas, ampliando as dimensões para além da gestão em saúde, de procedimentos organizacionais e financeiros.

De acordo com o texto constitucional, complementado e aperfeiçoado pela Lei Orgânica da Saúde, as atividades em saúde no SUS devem abordar tanto as ações assistenciais ou curativas e, sobretudo, as atividades de promoção à saúde e prevenção de doenças, sendo essa apenas uma dimensão do conceito de integralidade.³²

São atribuições da ESF:

[...] conhecer as realidades das famílias pelas quais são responsáveis; identificar as situações de risco e os problemas de saúde a que aquela população está exposta; executar de acordo com a qualificação de cada profissional os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica; resolver os problemas de saúde no nível de atenção básica; organizar grupos para educação para a saúde; promover maior acessibilidade e equidade de saúde aos cidadãos; promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais são algumas atribuições comuns na qual devem estar focados os profissionais da ESF¹⁴.

A Estratégia Saúde da Família é composta pelos profissionais abaixo listados, podendo incluir a equipe de saúde bucal, também discriminada na descrição da tabela abaixo:

Tabela 3 – Atribuições da equipe multiprofissional da Estratégia da Saúde da Família

<i>Profissional</i>	<i>Atribuições</i>
Enfermeiro	Ao enfermeiro cabe atender a saúde dos indivíduos e famílias cadastradas, realizando consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e, conforme protocolos, solicitar exames complementares, prescrever medicações e gerenciar insumos e encaminhar usuários a outros serviços. Cabem a ele também as atividades de educação permanente da equipe de enfermagem, bem como o gerenciamento e a avaliação das atividades da equipe, de maneira particular do agente comunitário de saúde (ACS), que ocupa na ESF papel fundamental para a manutenção do vínculo entre os usuários e a unidade de saúde. ³³
Médico	O médico é um profissional que se ocupa da saúde humana, promovendo saúde, prevenindo, diagnosticando e tratando doenças, com competência e resolutividade, responsabilizando-se pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário. Para que possa atender à demanda dos indivíduos sob sua responsabilidade, deve realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea, de forma compartilhada, consultas clínicas e pequenos procedimentos cirúrgicos, quando indicado na unidade de saúde, no domicílio ou em espaços comunitários, responsabilizando-se pela internação hospitalar ou domiciliar e pelo acompanhamento do usuário. Além disso, o médico deve, em um trabalho conjunto com o enfermeiro, realizar e fazer parte das atividades de educação permanente dos membros da equipe e participar do gerenciamento dos insumos. ³³
Agente Comunitário de Saúde	O agente comunitário de saúde (ACS) exerce o papel de “elo” entre a equipe e a comunidade, devendo residir na área de atuação da equipe, vivenciando o cotidiano das famílias/indivíduo/comunidade com mais intensidade em relação

	<p>aos outros profissionais. É capacitado para reunir informações de saúde sobre a comunidade e deve ter condição de dedicar oito horas por dia ao seu trabalho. Realiza visitas domiciliares na área adscrita, produzindo dados capazes de dimensionar os principais problemas de saúde de sua comunidade. Estudos identificam que o ACS, no seu dia a dia, apresenta dificuldade de lidar com o tempo, o excesso de trabalho, a preservação do espaço familiar, o tempo de descanso, a desqualificação do seu trabalho e o cansaço físico. A esses profissionais, cabe cadastrar todas as pessoas do território, mantendo esses cadastros sempre atualizados, orientando as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis. Devem acompanhá-las, por meio de visitas domiciliares e ações educativas individuais e coletivas, buscando sempre a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS. Devem desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês ou, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade, em número maior. A eles cabe “o acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo governo federal, estadual e municipal de acordo com o planejamento da equipe”³³</p> <p>O ACS também é responsável por cobrir toda a população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família.³³</p>
Técnico e auxiliar de enfermagem	<p>Ao técnico e auxiliar de enfermagem cabe, sob a supervisão do enfermeiro, realizar procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão, tanto na unidade de saúde quanto em domicílio e outros espaços da comunidade, educação em saúde e educação permanente³³.</p>

Fonte: www.unasus.unifesp.br

Em se tratando da organização dos serviços e das práticas de saúde, a integralidade caracteriza-se por assimilar práticas preventivas e assistenciais num mesmo serviço. Desse modo, o usuário do SUS é poupado de dirigir-se a unidades de saúde distintas para receber assistência curativa e preventiva.³⁴

A integralidade pressupõe uma abordagem diferenciada do profissional de saúde, que, ao invés de vislumbrar o paciente/cliente de modo fragmentado, aborda-o holisticamente na dimensão biopsicossocial, para o além-doença de modo a alcançar necessidades mais abrangentes do cliente em questão.³⁴

Essa abordagem transcende a barreira da assistência curativa, com incentivo para identificação de fatores de risco à saúde, acompanhada de ações de cunho preventivo, ou seja, a educação em saúde.³⁴

A melhoria da qualidade da assistência e conseqüente satisfação do usuário são resultantes do modo de gestão do trabalho desenvolvido nos serviços, cujo protagonista nesse

processo é o trabalhador da saúde. Partindo-se da premissa de que a produção de saúde é feita por pessoas dotadas de desejos, sentimentos, saberes e necessidades, considera-se que humanizar é ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais.³

Para humanizar a assistência é preciso humanizar sua produção.³⁵

Em linhas gerais, o panorama atual é de baixa qualificação dos trabalhadores por parte das instituições, especialmente a gestão participativa e o trabalho em equipe, minimizando as condições de um processo crítico e comprometido com as práticas de saúde. Há pouco estímulo à inclusão e à valorização desses profissionais, podendo ressaltar o desrespeito aos seus direitos, ignorando-se as suas necessidades individuais e do trabalho. Há que se considerar ainda a má remuneração, a carga horária considerável e a carência de incentivos a esse profissional. Tudo isso dificulta a instauração de políticas humanizadoras.

A falta de precisão e de fragilidade do conceito de humanização é, ainda, associado à percepção de benefício, favorecimento, assistencialismo, paternalismo ou mesmo a tecnicismo, e não um direito conquistado.³ No entanto, a humanização é proposta como um conceito que consiga expressar de forma concreta a diversidade humana e as transformações resultantes de movimentos coletivos. Logo, a humanização exigiria um reposicionamento dos sujeitos e mudanças nos modos de fazer, de trabalhar, de praticar e produzir saúde, mantendo-se a constante preocupação de evitar a dissociação entre o cuidado e a gestão do cuidado.

O acolhimento é importante, mas, por si só, não atende a necessidade de saúde do usuário do serviço, ou seja, não basta ter um serviço de acolhimento de excelência se há carência dos exames necessários para esclarecer um dado problema de saúde.¹⁰

Portanto, é pertinente o envolvimento do profissional na produção de um espaço acolhedor aliado a sua sabedoria clínica com o objetivo de defesa da vida do usuário.

Nessa perspectiva, o papel da ESF é o de rever o distanciamento entre o profissional de saúde e os interesses do usuário, entendendo essa reaproximação do resultado, do produto final, como valorização do orgulho profissional, autonomia e liberdade criativa resultará em produção do cuidado pelo profissional, reinventando o seu cotidiano de trabalho.¹⁰

Uma vez redefinido o conceito, a humanização torna-se a estratégia de interferência nas práticas, quando os sujeitos sociais são mobilizados e capazes de, coletivamente, transformar realidades, transformando-se a si próprios nesse mesmo processo. Com base nessa concepção do que é humano, faz-se necessário investir em outras formas de interação

com os sujeitos que constituem os sistemas de saúde, deles usufruem e neles se transformam, acolhendo tais atores e fomentando seu protagonismo.

3.4 INTERDISCIPLINARIDADE NAS EQUIPES DE ESF

As atividades de educação e saúde e as responsabilidades dos profissionais do PSF estão inclusas, atendendo ao princípio da integralidade. A horizontalização dos programas de saúde e a noção de integralidade estão relacionadas, excluindo-se o contexto da verticalização das ações em saúde no Brasil, cuja característica é o respaldo do saber técnico, mais precisamente do saber da saúde pública para trazer as respostas das doenças a serem incluídas na agenda governamental.³²

As equipes de saúde da família são capacitadas para atuar na busca ativa de casos dentro da sua área de atuação, por meio da visita domiciliar, assim como realizar o acompanhamento ambulatorial e o fornecimento de medicamentos dos casos diagnosticados de tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes, entre outras enfermidades.¹⁰

Em contrapartida, Rosa e Labate³¹ referem que, para uma mudança no modelo de atenção, é preciso formar um novo profissional, ou seja, para uma nova estratégia seria necessário um profissional formado nessa nova concepção. Caso contrário, o modelo de atenção não será alcançado na realidade cotidiana.

As tecnologias leves são definidas como vínculo, humanização, comprometimento social, interdisciplinaridade e trabalho em equipe. No cotidiano da assistência, há uma dificuldade de trabalhar essas tecnologias integrando-as ao cotidiano de trabalho.¹⁰ Como exemplo, tem-se o gerenciamento da equipe quase sempre concentrado em uma só pessoa, geralmente na figura do médico. Essa postura mantém a demanda extremamente deprimida:

[...] uma vez que o atendimento é médico-centrado, a demanda torna-se maior, fazendo com que o médico tenha que atender um número maior de pacientes, encurtando o tempo das consultas, não dando espaço para que se desenvolvam as tecnologias leves que seriam a interpretação das pessoas, mas ele não é concreto e subjetivo, se dá pelo acesso à percepção, que permitem outros patamares na relação médico-paciente para além da clínica, levando ao vínculo e à responsabilização.¹⁰

O processo de trabalho centrado na figura do médico precisa ser modificado, sendo restabelecidos os papéis de cada profissional dentro da equipe multidisciplinar. A falta de

definição de papéis e o modelo centrado num único profissional refletem a produção de um cuidado e cura centralizados. Assim, faz-se necessária uma ação de reorganização que estabeleça o papel do médico e dos outros profissionais, atuando nos processos decisórios que ocorrem no ato mesmo da produção da saúde. No PSF, há um conflito entre o que é ferramenta para diagnóstico e intervenção e o que é resultado em saúde. Desse modo, evidencia-se a necessidade de organizar a rede de poderes e dos processos de trabalho de modo que as equipes de saúde estejam, ao mesmo tempo, estimuladas e preparadas para assumir novos padrões de autonomia e de responsabilidade.¹⁵

A proposta do PSF, nessa perspectiva, consiste em promover uma relação mais próxima entre profissionais e as pessoas, famílias e comunidades, assumindo o compromisso de prestar assistência integral e resolutiva a toda à população. Esse acesso é garantido através de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar que presta assistência de acordo com as reais necessidades dessa população, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada. Desse modo, o PSF torna-se estratégia significativa para a mudança do modelo assistencial, visando à qualidade de vida da comunidade.¹⁵

De modo geral, o que se percebe no cotidiano de trabalho é uma expectativa geral dos trabalhadores de saúde e usuários para que o modelo técnico-assistencial prevaleça, ou seja, o modo como a enfermagem organiza o atendimento é para ser médico centrado; os pacientes reagem do mesmo modo, já esperando por isso, e o médico responde a demanda sem maiores questionamentos, como coparticipe. Não há interdisciplinaridade, e cada um trabalha em seu núcleo específico de cuidado, sem inter-relação dos diversos profissionais para um objetivo comum.¹⁰

A interdisciplinaridade é fundamental na produção de cuidados. Se o programa limita-se apenas à prática ambulatorial e ao atendimento de emergências, ele não alcança a meta de prevenir e promover saúde. Apenas a adesão ao programa não é suficiente, mas, sobretudo, implementá-lo de acordo com as finalidades propostas. Para tanto, é preciso superar a divisão entre saúde pública e atenção médica curativista, com novas propostas de intervenção e o resgate das ações de prevenção, promoção e assistência à saúde.¹⁰

Souza e Abraão¹⁰ referem que, de acordo com os estudos realizados, em alguns municípios que adotaram a ESF, houve maior aproximação dos profissionais com o cotidiano das famílias, apesar das discussões do modo como se relacionam os profissionais com a população local. Em contrapartida, em outras localidades, a ESF significou somente uma mudança institucional, não havendo mudança no modo de se produzir saúde.

A dificuldade na transdisciplinaridade reside também na disputa entre os diversos núcleos do saber (ex. enfermagem, psicologia, odontologia) e sua subordinação ao saber médico.¹⁰

Como mencionado anteriormente, a atenção básica é a porta de entrada do sistema e sua ação tem início com o ato de acolher, escutar e oferecer resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde da população, minimizando os danos e sofrimentos. Além disso, ela precisa chamar para si a responsabilidade do cuidado, mesmo que ele seja da competência de outros pontos de atenção da rede, garantindo sua integralidade³³.

Para tanto, o trabalho em equipe torna-se indispensável, buscando a união dos saberes e que eles possam se materializar em cuidados efetivos dirigidos a populações de territórios definidos pelos quais essa equipe assume a responsabilidade sanitária.³³

Muitos profissionais vivenciam, ainda, nos dias de hoje, a hegemonia dos saberes, a separação de fazeres, as relações conflituosas, acarretando a seus membros competitividade, conflitos e hostilidade. Para superar essas situações, é preciso construir um projeto comum no qual a responsabilidade de cada membro seja definida, que haja escuta às experiências de todos e que a comunicação entre os interessados seja a principal ferramenta para reverter conflitos, resultando em crescimento para a equipe, trabalho multidisciplinar e cuidado integral ao usuário.³³

O trabalho de equipe não é simples. O processo de globalização trouxe mudanças que afetam as doenças, as práticas de saúde e os hábitos de vida, de modo que compete ao profissional de saúde atualização constante capacitando-o para atuar em equipe. Buscando atender a tais premissas, os Ministérios da Saúde, da Educação e da Ciência e Tecnologia lançaram mão de estratégias que dessem conta desses desafios.³³

Por essa razão, o trabalho em equipe é considerado tão importante na Estratégia Saúde da Família:

Na ESF o trabalho em equipe é considerado um dos pilares para a mudança do atual modelo hegemônico em saúde, com interação constante e intensa de trabalhadores de diferentes categorias e com diversidade de conhecimentos e habilidades que interajam entre si para que o cuidado do usuário seja o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica.³³

Apesar dos avanços significativos desde a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), na década de 1980, problemas ainda persistem: equidade de acesso, qualidade de

ações e serviços, utilização adequada de recursos e sustentabilidade. Para atingir a meta de melhorar o modelo de atenção, é preciso mudanças do modelo de gestão, de modo que todos os envolvidos – gestores, trabalhadores da saúde e usuários – assumam papéis de relevância, potencializando o estabelecimento de práticas humanizadas, bem como a eficiência e efetividade do sistema de saúde. Para tanto, é preciso eliminar o principal obstáculo a esse processo que é o modelo de gestão centralizado e vertical.³⁴

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

- Este estudo tem como objetivo primordial avaliar a percepção dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família sobre a implantação da Política Nacional de Humanização na Estratégia Saúde da Família do município de Salvador.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Discorrer acerca do processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e sua articulação com a interdisciplinaridade e com o PNH.
- Avaliar como a implantação da PNH atua na melhoria da atenção à saúde na ESF.
- Identificar as dificuldades e facilidades para a implantação do PNH na atenção básica do município de Salvador.

5 METODOLOGIA

Foi realizado estudo descritivo e exploratório de metodologia qualitativa. Para tanto, foram realizadas entrevistas gravadas, utilizando-se um roteiro semiestruturado e observações registradas no diário de campo. Os dados foram avaliados por meio da técnica de análise temática, por meio da qual se procurará entender o processo de humanização do SUS. Segundo Minayo: ³⁶

O método qualitativo é capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerente aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

5.1 CAMPO

Conceituar Distrito Sanitário significa interpretá-lo sob duas dimensões: uma, enquanto estratégia de construção do SUS num município e/ou conjunto de municípios, envolvendo alguns elementos conceitual e operacionalmente importantes; e a outra refere-se à menor unidade de território ou de população, a ser apropriada para o processo de planejamento e gestão.²⁹ O cenário desta pesquisa foi o Distrito da Boca do Rio, Salvador-Bahia. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e diário de campo em duas unidades de ESF desse distrito, que foram pré-selecionadas após avaliação técnica do distrito, no que diz respeito à implantação de ações voltadas à humanização na saúde.

A proposta do diário de campo consistiu em descrever as ações e interações dos sujeitos num dado contexto, cujo objetivo foi interpretar as motivações e compreensões subliminares. Nos estudos direcionados às metodologias qualitativas de pesquisa, não há preocupação em obter atividades, eventos, atitudes ou sentimentos passíveis de serem categorizados em sistemas pré-definidos. Estudos como esses permitem os registros das percepções subjetivas dos participantes acerca de fenômenos que consideram relevantes para si mesmos, num determinado ponto no tempo. ²⁰

Nessa perspectiva, o objetivo do pesquisador é compreender as reações dos diaristas e suas descrições dos eventos, conforme visão dos pesquisados e num modo próprio de vislumbrar seus mundos. O enfoque dado é descrito por inúmeros autores.²⁰

O método dos diários permite examinar eventos e experiências descritos em um cenário natural e espontâneo. O tempo entre a ocorrência da experiência e seu registro é minimizado. É possível conceber os diários como mais efetivos que as entrevistas no estudo de assuntos que envolvam elementos temporais. Nas entrevistas, os indivíduos fazem uma síntese de suas vivências, resultando em possíveis distorções ou esquecimentos de eventos significativos pela percepção e/ou pela memória.²⁰

Foi utilizada a observação participante. Ela é entendida como a presença do observador numa situação social, cuja finalidade é realizar uma investigação científica. Nesse contexto, o observador está face a face com os observados e os dados coletados é resultado da sua inserção na vida deles, no seu cenário cultural. Desse modo, o observador é parte do contexto em observação, está inserido nele, concomitantemente modificando e sendo modificado por esse contexto.³⁸

5.2 SUJEITO E PRODUÇÃO DE DADOS

A pesquisa qualitativa, utilizando entrevista com roteiro semiestruturado, amplia a possibilidade de acesso às informações. Apesar de ser norteada por questionamentos pré-estabelecidos, ela não é engessada, antes gera pontos de vistas sem perder o foco: “são as entrevistas que combinam perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender a indagação formulada”.³⁷

Foram entrevistados 15 profissionais de nível superior e médio, os quais responderam perguntas semiestruturadas (Anexo 1). Responderam aos questionamentos, um enfermeiro, dois médicos, dois dentistas, quatro técnicos de enfermagem, uma auxiliar de saúde bucal e cinco agentes comunitários de saúde, os quais compõem as duas equipes de saúde da família do distrito. Na USF 1, foram entrevistados oito profissionais e sete na unidade de saúde da família 2. As entrevistas tiveram duração média de 28 minutos.

Garantias como o direito ao anonimato, liberdade de retirar a concessão dos dados coletados e sua utilização com finalidade científica foram rigorosamente respeitadas. Foram prestados esclarecimentos quanto aos objetivos do estudo e fornecido, aos voluntários, o

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 6), que foi assinado após a aprovação dos sujeitos.

A metodologia de amostragem foi de acordo com a técnica de saturação teórica como instrumento para determinar o número da população em estudo. “A análise pode efetuar-se numa amostra desde que o material a isso se preste. A amostragem diz-se rigorosa se a amostra for uma parte representativa do universo inicial”.³⁹ A amostragem por saturação é utilizada, quando as informações coletadas passam a apresentar repetição e não apresenta contribuição diferente com relação ao objeto estudado. Em se tratando de estudos qualitativos, a representatividade e a qualidade das informações obtidas são mais relevantes que a quantidade dos indivíduos.⁴⁰

As entrevistas foram realizadas em local reservado, gravadas em fitas magnéticas e, posteriormente, redigidas em sua totalidade. Uma média de duas entrevistas por dia foi agendada, conforme a disponibilidade do profissional, a fim de não atrapalhar o fluxo de atendimento à população e seus possíveis compromissos marcados. Além da assinatura do TCLE (Anexo 6), foi solicitada a concordância dos entrevistados quanto à gravação e posterior transcrição das entrevistas pela pesquisadora. Ouvir e transcrevê-las traz a possibilidade de reviver o que havia se passado no seu decorrer. Favorece, no ato da transcrição, sinalizar questões que, durante a análise, pudessem ser consideradas.³⁶

O método qualitativo utilizado foi o da análise de conteúdo. A análise de conteúdo deve obedecer às seguintes etapas: “1. A pré-análise; 2. A exploração do material; e, por fim, 3. O tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação”.³⁹

A pré-análise foi dividida em leitura flutuante, definida pela leitura intensa do material; em constituição do corpus, onde o universo estudado alcança a exaustividade e pertinência, e em formulação de hipóteses e objetivos. No que diz respeito à exploração do material, essa consistiu-se na classificação das unidades temáticas, visando alcançar melhor compreensão dos resultados. Na última etapa, foi realizada a interpretação dos resultados e a sua descrição.^{37, 39}

A leitura intensificada na pré-análise teve a finalidade de incorporação do conteúdo para posterior identificação das temáticas. A delimitação dos objetivos da análise foi feita através do delineamento das perguntas relacionadas à entrevista. Todas as entrevistas transcritas (15) e o diário de campo constituíram o corpus analisado.

O estudo em questão teve a aprovação do Comitê de Ética da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, CAAE 13953313.5.0000.5544. Em seguida, houve o encaminhamento à Secretaria Municipal de Saúde com o objetivo de obter liberação para

início da coleta de dados. A pesquisadora foi direcionada pela Secretaria Municipal de Saúde para áreas onde a implantação do PNH já havia sido iniciada.

Em virtude do tempo decorrido em relação à implantação do programa, que estava prevista para ocorrer no ano de 2008, foi acionada a vinda de um representante da cidade de Brasília (DF) para tentar reimplantá-lo. A pesquisadora foi direcionada para o Distrito Sanitário. Nos referidos distritos, apesar de a PNH não ter sido efetivamente implantada, há profissionais orientados para atuar em conformidade com ela, dando sequência ao programa, dentro de suas possibilidades e limitações. Essa foi a justificativa para a escolha dos campos de pesquisa nos referidos distritos.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Não se pode subestimar a relevância da política Nacional de Humanização como instrumento norteador das práticas de saúde para todos os profissionais e para a sociedade de modo geral, prioritariamente para o setor saúde. Cabe, ainda, compreender a humanização, não na dimensão da cordialidade, mas, sobretudo como política pública que deve ser seguida.

Na PNH, a humanização consiste em ofertar atendimento de qualidade articulando avanços tecnológicos com acolhimento, com melhora dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. O que observamos, na prática, é um processo com pouco dispositivo de fomento à cogestão e baseado na relação queixa-conduta, favorecendo, assim, um olhar sobre a doença.

Os resultados da presente pesquisa serão discutidos da seguinte forma: primeiramente proceder-se-á à discussão do diário de campo nas unidades das equipes de saúde da família do distrito. Em seguida, far-se-á a descrição das análises das temáticas identificadas.

6.1 O CAMPO DA PESQUISA

Na apresentação inicial ao distrito sanitário, encontramos certa resistência no acolhimento para o desenvolvimento da pesquisa. Além da resistência, percebemos que o espaço físico do distrito não era acolhedor. O ambiente era muito pequeno e apresentava grande quantidade de papel e tinha pessoas tumultuadas, em pequenos espaços, o que, de alguma forma, dificultava mais o trabalho. Após cinco a seis dias de reuniões e seleção de unidades/contatos, conseguimos o encaminhamento à primeira unidade de saúde da família, denominada Unidade 1.

Essa unidade é considerada uma das menores do município de Salvador. Sua estrutura física só permite, de forma bem restrita, o desenvolvimento do trabalho de uma equipe de saúde da família. Ela já existia como atenção básica e passou por reforma para receber essa equipe. Em função disso, percebemos uma estrutura física que não acolhe coerentemente o trabalho de humanização do grupo, apresentando salas bem distanciadas, ausência de espaço para desenvolver atividades educativas e falta de insumos para realizar atividades corriqueiras. Existia, na unidade, certa iniciação, no que diz respeito ao acolhimento do

paciente, mas nada que se concretizasse como humanização da assistência como um todo. Essa unidade partiu de interesses pontuais, por parte de alguns profissionais, e da chefia gerencial, como forma de se destacar na assistência. Nesse momento, passou por um processo de troca de profissionais, devido ao concurso público realizado em 2011. Nesse quadro, observou-se profissionais recém-chegados (um a dois anos) que, de certa forma, mostraram interesse em iniciar o programa, mas se desestimulavam com as dificuldades encontradas. A maioria dos profissionais nunca participou de curso ou formação sobre humanização da assistência, tanto na sua formação acadêmica quanto no trabalho, porém achavam importante a forma diferenciada de acolher o paciente (dando ênfase à maneira de acolher muitas vezes não relacionando ao processo total da humanização), o que demonstrou a não implantação, de fato, do programa no município de Salvador.

Pelo fato de o programa ser desconhecido pela totalidade de profissionais, foi observada uma resistência na coleta de dados. Inicialmente, olhavam-me como mais alguém que viria fiscalizar e que de nada adiantaria. Ao longo do tempo e, durante processo de apresentação, esse contexto foi-se modificando. Com a apresentação do programa, do projeto da pesquisa e da explicação do seu objetivo, tornou-se notório que os profissionais se sentiam mais à vontade, no decorrer do processo, e demonstravam certo interesse e motivação para responder perguntas e buscar resoluções dos seus problemas, sempre destacando seus interesses. Demonstrava de alguma forma, um interesse individual sobre suas questões e dificuldades. Foi observado que, tanto a estrutura física inadequada e insuficiente como a estrutura da assistência, propriamente dita, criavam barreiras para que o PNH tivesse, de fato acesso no município de Salvador.

Todos os profissionais se queixavam da inexistência de serviço de referência e contrarreferência que, segundo eles, impediam a humanização da assistência. Dessa forma, percebeu-se que, apesar de todo o empenho no acolhimento realizado pelos profissionais, o sistema deixava lacunas devido a um processo falho e inadequado. Isso gerava certa insatisfação e tecnicismo por parte dos profissionais, descontentamento e não credibilidade da população. Assim, como visto o PNH de forma inadequada e não implantada, observei também uma estrutura hierárquica entre os profissionais ainda resistentes. Existia pouco contato entre eles e, apesar de citarem reuniões semanais da equipe, houve desencontro durante citações sobre processo da assistência na unidade.

Percebeu-se uma preparação inadequada dos profissionais e um desconhecimento para atuar dentro dos princípios da PNH. Isso fez notar que o sistema não integra os profissionais entre si e como um todo, deixando resquícios da individualidade como herança. Durante as

entrevistas, cada categoria profissional só se referenciava a sua parte no processo da assistência, muitas vezes desconhecendo o outro lado. Nessa equipe, já havíamos entrevistado oito profissionais de nível médio e superior, ocorrendo a repetição das respostas entre eles (saturação).

Após a conclusão da primeira etapa, partimos para a segunda unidade de saúde da família, denominada Unidade 2. Antes, nos apresentamos mais uma vez ao distrito para conclusão da primeira etapa e apresentação na segunda unidade. Nesse momento, sentimos resistência maior dessa unidade, que era composta por duas equipes de saúde da família e, segundo o distrito, era mais difícil o contato, pois eles participavam de um projeto de vacinação, o que poderia alterar a rotina e, mais uma vez, iniciei o diálogo para esclarecimentos. Alguns dias se passaram até que a carta de apresentação chegasse à unidade. Durante esse processo, me apresentei na unidade e tentei esclarecer sobre os objetivos e a finalidade da pesquisa em questão. Essa unidade, ao contrário da anterior, abriga uma estrutura física que comporta mais equipes, porém não se adequa à realidade do programa, tendo consultório odontológico inadequado e fora da estrutura da unidade. No geral, o percurso se assemelhou à primeira etapa da pesquisa, sendo que, nessa fase de coleta, foi percebida uma maior desorganização por parte do serviço. Muitos profissionais, na unidade, não se interligavam durante a assistência e a gerência não estava focada na sua humanização.

Durante muitas entrevistas, os profissionais usavam aquele momento como um desabafo para seus problemas de assistência individualizados, sem ao menos se focar na população e na multidisciplinaridade, o que nos permitiu perceber que ali a insatisfação da população era maior. No início, houve muita resistência à entrevista, chegando ao ponto de ter que ser marcada mais de uma vez. Porém, após explicação em reunião, a situação foi se acomodando. Assim como a unidade de saúde anterior, essa passou por uma reforma, porém, devido ao imenso tamanho da população circunvizinha, ela não conseguia dar conta. A unidade anterior tinha uma população bem mais restrita, o que permitia certo controle. Nessa, percebeu-se pouco empenho no que diz respeito ao acolhimento. Em todos os momentos em que estive presente, não vi sendo realizada sala de espera nem outra atividade, apesar de os profissionais citarem em suas entrevistas.

De forma geral, notamos que, na verdade, existem atividades pontuais, ausência de insumos básicos e demora de sua reposição, sem integralidade entre profissionais e com certa hierarquia entre eles, o que dificultava o acesso e a aceitação da população. Vimos também a falta de investimentos em curso e capacitações dos profissionais, abordando temas propostos, um sistema falho que não dava resolutividade aos problemas da população. Nessa unidade

foram realizadas sete entrevistas, totalizando 15. Ao final da 15ª entrevista encerramos, pois havíamos atingido um nível de saturação. Por esse motivo, fechamos o ciclo de entrevista nessa unidade sem partirmos para um próximo distrito. Nossa caminhada foi concluída ao longo de oito meses e, no meio desse processo, tivemos a Copa do Mundo no Brasil, o que retardou mais ainda o caminhar.

6.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A coleta foi realizada no período de março a julho de 2014. O processo de coleta de dados deu-se em três momentos diferenciados: No primeiro, houve a apresentação da pesquisa à gerência do Distrito Sanitário. No segundo, a apresentação da pesquisa nas referidas unidades de saúde e o agendamento de reunião com os profissionais de saúde objetivando apresentá-la, assim como reconhecer o campo de trabalho. Na terceira etapa, foi realizado o agendamento de dois profissionais por vez para fazer a entrevista.

Quadro 2 – Profissionais entrevistados

<i>Entrevistado</i>	<i>Idade</i>	<i>Sexo</i>	<i>Cargo</i>	<i>Data entrevista</i>	<i>Tempo de serviço (anos)</i>	<i>Duração entrevista (min)</i>	<i>Unidade (psf) da entrevista</i>
1	33	F	Tec. enfermagem	31/03	2	26	1
2	29	F	ASB	31/03	1	20	1
3	28	M	Médico	02/04	2	35	1
4	36	F	Tec. enfermagem	04/04	1	22	1
5	27	F	Enfermeira	04/04	3	39	1
6	34	M	Dentista	09/04	2	42	1
7	39	F	ACS	07/05	5	25	1
8	46	F	ACS	07/05	6	20	1
9	49	F	Médica	03/07	4	33	2
10	27	M	Tec. Enfermagem	03/07	2	23	2
11	34	F	Tec. Enfermagem	08/07	2	28	2
12	42	F	ACS	11/07	5	20	2

13	39	F	ACS	11/07	5	23	2
14	40	F	ACS	16/07	6	21	2
1532	32	F	Dentista	11/07	2	36	2

6.3 HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA

Humanização é uma expressão de difícil conceituação, haja vista seu caráter subjetivo, complexo e multidimensional. Na saúde, ela está inserida na qualidade clínica do atendimento profissional e, mais do que isso, na qualidade do comportamento. Dicionários da língua portuguesa definem a palavra humanizar como: tornar humano, civilizar, dar condição humana. Portanto, é possível dizer que humanização é um processo que se encontra em constante transformação e que sofre influências do contexto em que ocorre, sendo promovida e submetida pelo próprio homem. Essa mudança está estritamente relacionada ao modo como usuários e trabalhadores da área da saúde interagem entre eles, permitindo melhor atendimento aos beneficiários, bem como melhores condições aos trabalhadores em seu processo de trabalho. A mudança de um sistema de saúde está vinculada às mentalidades dos indivíduos na forma de perceber essa nova maneira de fazer saúde. Para alcançar esse patamar elevado do modo de se fazer e inovar na saúde, foi lançado, em 2003, o HumanizaSUS.

[...] prestamos mais atenção nos problemas do paciente, porque ele não chega aqui querendo somente tratamento. Ele quer ser ouvido num todo [...]. (Entrevistado 13)

Na percepção dos profissionais de atenção básica no município de Salvador, o atendimento humanizado está intimamente relacionado à forma humana nas relações com o paciente. Eles confirmam atos do PNH a partir do momento em que dão pequenos retoques nos serviços, mesmo deixando de lado, por desconhecimento, as condições de produção do processo de trabalho em saúde.

"[...] olhar o paciente como uma pessoa que precisa de acolhimento e resolução dos seus problemas [...]" (Entrevistado 11)

Foi possível apreender que a implantação e representação da PNH na ESF é meramente superficial e associada a atitudes de caráter filantrópico, representando, assim, um “favor” e não um direito à saúde. Desse modo, a PNH torna-se, na prática, mais um programa, sem resolutividade e qualidade. As iniciativas de modo geral se apresentam vagas e

associadas a atitudes humanitárias, filantrópicas, voluntárias e reveladoras de bondade, um “favor”, portanto, e não um direito à saúde.⁵

Nesse sentido, a pesquisa corrobora com a descrição proposta por Brasil⁵ que reafirma o estabelecimento de uma relação queixa-conduta, com olhar direcionado para a doença, automatismo das relações entre trabalhadores e usuários dos serviços de saúde. Somam-se a esse cenário o investimento insuficiente na qualificação dos trabalhadores, particularmente na gestão participativa e no trabalho em equipe, com reduzidos dispositivos de fomento à cogestão, carência de valorização e de inclusão dos trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde.⁵

“[...]ele tem aqui tudo o que busca para sua saúde: pré-natal, consulta odontológica etc.[...]”

(Entrevistado 3)

A falta da percepção de saúde como direito e não como favorecimento vai de encontro ao estabelecido pela Constituição Federal do Brasil, artigo 196 que diz:

Art.196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.⁴¹

A PNH propõe a mudança dos modelos de atenção e gestão, cujos fundamentos são a racionalidade biomédica (fragmentados, hierarquizados, centrados na doença e no atendimento hospitalar). É uma política de saúde fundamentada nos princípios da inseparabilidade entre clínica e política, isto é, atenção e gestão dos processos de produção de saúde são inseparáveis.⁴²

Confirmando os dados apurados, defende-se a necessidade da transversalidade, definindo-a como o aumento da comunicação nos grupos e entre os grupos, sinalizando para a necessidade de mudanças nas práticas de saúde.⁴³

Logo, é preciso desmistificar essa concepção equivocada no que concerne ao direito à saúde. Os achados aqui relatados corroboram com diversas publicações acerca do direito à saúde associado a atitudes filantrópicas, despersonalizadas e tecnicistas. O usuário dos serviços é um mero instrumento da aplicação de técnicas. A visão de humanização referida pelo profissional se reduz a atos de bondade, de favor e não saúde como conquista, como direito, como o exercício pleno da cidadania.

6.4 INTERDISCIPLINARIDADE/REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

Entende-se por interdisciplinaridade a qualidade daquilo que se realiza com a cooperação de várias disciplinas, com base numa concepção multidimensional dos fenômenos. Ela é oriunda da necessidade de integrar situações e aspectos visando criar conhecimentos e respostas a situações complexas. Esse tipo de conduta favorece a abordagem integral do problema e a elaboração de resoluções. Na saúde coletiva, ela está intrinsecamente atrelada ao contexto da saúde no âmbito social. Nessa perspectiva, ela abrange as relações sociais, as expressões emocionais e afetivas e a biologia. Tudo isso traduzindo as condições e razões sócio-históricas e culturais dos indivíduos e grupos.

Como política, a PNH deve traduzir, portanto, princípios e modos/conjunto das seguintes relações profissionais e usuários, diferentes profissionais da equipe, diversas unidades e serviços de saúde e instâncias que constituem o SUS. É importante o entendimento do confronto de ideias, do planejamento, dos mecanismos de decisão, das estratégias de implantação e de avaliação. De igual forma, é preciso compreender o modo como tais processos se dão ao confluir para a construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde.

Neste ponto, a humanização (PNH) se define como o aumento do grau de coresponsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, na produção de saúde, implicando, assim, em mudanças na cultura da atenção dos usuários e de gestão dos processos de trabalho, garantindo direitos dos usuários e de seus familiares. Ao mesmo tempo, deve-se estimular que os profissionais sejam atores do sistema de saúde por meio de sua ação de controle social, garantindo condições de trabalho dignas e a participação como cogestores do próprio processo de trabalho. Essa prática possibilita que o SUS seja tomado em sua perspectiva de rede de tal forma que a conectividade seja a característica mais destacada.³⁴

Os profissionais entrevistados, em sua maioria, acreditam que o trabalho em equipe pode ser algo favorável quando a questão é interdisciplinaridade. Observou-se uma dificuldade na definição do termo interdisciplinaridade. O mesmo foi associado ao trabalho em equipe apenas no âmbito da sua unidade de saúde, ou seja, trabalho multiprofissional:

[...] um unido ao outro. Quando identificamos uma casa, passamos para nosso colega... Assim, conseguimos tratar os problemas do paciente [...]. (Entrevistado 12)

Observou-se também, a importância atribuída às organizações e parcerias para obter-se um processo interdisciplinar. No entanto, na prática, não foi possível correlacionar esse trabalho interdisciplinar como uma forma de dar sentido à humanização na assistência.

Percebeu-se, também, que as diferentes esferas de atendimento têm conhecimento e atitudes de forma distinta quando a questão é humanização na assistência.

[...] aqui os profissionais têm agenda de atendimento compartilhada [...].
(Entrevistado 6).

Foi percebido que os profissionais reconhecem o programa da PNH, porém acreditam que, na prática, a sua implantação inexistente. Salientam a necessidade de que deve haver muitas melhoras no sistema para que haja implantação da Política de Humanização. Apesar de não saberem identificar o conceito, os profissionais relacionam a referência e contrarreferência como uma das pendências para o funcionamento do programa na ESF.

“[...] contribuir ele tenta, mas não chegamos ao modelo ideal[...].” (Entrevistado 10)

Percebemos uma deficiência no sistema e um desconhecimento por parte dos profissionais, no que diz respeito à interdisciplinaridade na assistência. Quase 100% dos profissionais citam que o sistema de contrarreferência é inexistente e precário. Mencionam essa questão como um grande problema quando se trata do funcionamento do SUS de forma adequada, pois a integralidade da assistência para eles é inexistente.

“[...] Tenho dois anos aqui e só vi ficha de contrarreferência duas vezes. [...]”. (Entrevistado 5)

Entendemos que o acesso aos demais serviços e níveis do sistema interfere na credibilidade do profissional e da comunidade perante o programa.

Diante do exposto, evidenciou-se a dificuldade de compreender a definição de interdisciplinaridade na concepção do profissional. O entendimento de tal prática é limitado às práticas do entorno. Um contraponto importante é que, apesar dessa dificuldade de assimilação do conceito, não se evidenciou através das falas dos profissionais a supremacia de uma profissão em detrimento da outra descrita por Hennigton¹⁵ quando faz referência às relações conflituosas entre os diversos profissionais que atuam no setor saúde.

Ainda conforme o autor, o usuário passa despercebido nesse processo, apenas como mais um componente e a sua participação na tomada de decisão quanto a sua saúde¹⁵ sequer é mencionada. O acolhimento consiste na escuta qualificada aos usuários e o seu devido encaminhamento para que o vínculo se dê de forma efetiva, permitindo que ele possa, num dado momento, gerir sua forma de conduzir a vida e a família de forma autônoma e saudável; essa premissa é um contraponto dentro da realidade encontrada nas unidades pesquisadas.¹⁵

A limitação na assimilação do conceito de interdisciplinaridade é resultado da falta de incentivo à participação do trabalhador no processo de tomada de decisão, como seu cogestor, da falta de valorização do profissional e, sobretudo, da falta de interação entre os

trabalhadores de diferentes categorias usando suas habilidades e conhecimentos em prol de um bem comum: o cuidado do usuário.¹⁵

O trabalho no campo da saúde impõe ao trabalhador desafios a serem enfrentados. Os trabalhadores em saúde:

[...] lidam com o limite humano, com nossa impotência, com a evidência de que não somos deuses [...]. Lidam com a morte, a doença e a dor. Trabalham em ambientes perigosos (germes, fracassos, competição etc.), logo, precisam, além de planos de carreira e salários, de apoio, o que tem o sentido de estar sempre em análise. Trata-se de uma função que se expressa num determinado modo de fazer, que não está localizada numa pessoa e persegue a criação de grupalidade, de forma a fortalecer e montar redes de coletivos.⁴

Diante de tantos interventores, o apoio institucional torna-se uma estratégia de suma importância para o enfrentamento das situações adversas. Ainda conforme o autor, o significado do apoio institucional para a PNH consiste numa relação dinâmica entre o apoiador institucional e a equipe apoiada, na qual não há uma postura de omissão entre os apoiadores, nenhum tipo de ação contrária aos grupos, planos ou protocolos e normas para as equipes. Ao contrário, “caracteriza-se pelo apoio à cogestão. A função do apoiador institucional é de contribuir para a gestão e a organização de processos de trabalho na construção de espaços coletivos onde os grupos analisam, definem tarefas e elaboram projetos de intervenção”.⁴

A abordagem interdisciplinar ao usuário dos serviços de saúde pressupõe uma assistência holística, de qualidade, centrada no cliente e não na patologia. Garante o pleno exercício de cidadania tornando-o parte fundamental do processo de trabalho. Para tanto, é preciso estar claro no entender do profissional de saúde a noção de interdisciplinaridade, referência e contrarreferência. Desconhecer tais significados em sua magnitude implica em deficiência no atendimento, automatismo das ações e descredibilidade na PNH, particularmente pelos usuários dos serviços de saúde

6.5 FORMAÇÃO PROFISSIONAL/ HUMANIZAÇÃO

O “instrumento de trabalho” do profissional da saúde é a vida, seja animal ou humana. A prestação de assistência inadequada pode por fim à vida. Não são apenas números, mas, histórias de vida que “ficam pelo caminho”. Diante da responsabilidade que recai sobre o profissional da saúde, faz-se necessária a constante busca por capacitação, com o objetivo de

assistir da melhor forma possível. Com a PNH, o profissional da saúde é sinalizado quanto à necessidade de prestação da assistência humanizada. Desse modo, atividades de capacitação e atualização se tornaram fundamentais na reprodução de tal conhecimento.

Para garantir o direito constitucional à saúde para todos, dentro do contexto da humanização da assistência, é necessário um processo contínuo de qualificação dos trabalhadores, principalmente em relação à gestão participativa e ao trabalho em equipe, o que possibilita o fortalecimento de um sistema crítico, comprometido com as políticas de saúde e com o usuário em suas diferentes necessidades. Observou-se, na prática, uma queixa em relação aos poucos dispositivos de fomento à gestão, à valorização e à inclusão dos trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde, despertando, assim, os seus direitos. Isso gera uma relação queixa-conduta⁵, automatizando o contato entre trabalhadores e usuários, fortalecendo o foco na doença, impedindo, assim, o vínculo fundamental que permite a responsabilidade sanitária que constitui o ato de saúde. Todo esse quadro é fortalecido quando notamos que a formação dos profissionais de saúde mantém-se distante do debate e da formulação das políticas públicas de saúde. Esses aspectos são essenciais quando se pensa em viabilizar uma saúde digna para todos, com profissionais envolvidos, de fato, no processo da saúde e da defesa da vida.

Foi possível perceber que os profissionais carecem de capacitação, abordando a temática da humanização em saúde. Uma parcela representativa dos entrevistados teve contato com alguma disciplina relacionada à humanização na assistência, durante sua formação na graduação, porém, quase todos associam sua experiência prática ao seu aprendizado. A PNH para eles se limita ao acolhimento em saúde, havendo a necessidade de compreensão de sua totalidade.

[...] nunca participei de nenhum curso com esse tema aqui [...]. (Entrevistado 3)
 [...] não lembro [...] faz tanto tempo e foi dado de forma superficial [...].
 (Entrevistado 1)

As atividades de promoção à saúde e prevenção de doenças fortalecem os vínculos entre profissionais de saúde e usuários dos serviços, sendo o prevenir muito mais eficaz e com menores custos. Essas atividades precisam cumprir o papel para as quais foram criadas e não somente fazer parte da agenda dos gestores como mero cumprimento de atividades, de forma isolada. É fundamental a compreensão da sua finalidade pelos profissionais de saúde.

“[...]as ações educativas permitem meio caminho andado quando se fala em humanização na assistência[...]” (Entrevistado 12)

6.6 AÇÕES EDUCATIVAS X ACOLHIMENTO

Promover saúde significa capacitar os indivíduos para controlar e melhorar a própria saúde. Desse modo, noções de poder e do controle para a promoção da saúde são fundamentais. A saúde sofre a influência de fatores físicos, socioeconômicos, culturais e ambientais, o que não significa apenas ausência de doenças. A promoção da saúde é um investimento na ‘engenharia’ desses fatores, visando maximizar as possibilidades de saúde, evitar a doença e a invalidez.⁴³

Entende-se por acolhimento, o ato ou efeito de acolher, recepção; atenção, consideração; refúgio, abrigo e agasalho. Na relação mãe-filho, a mãe ampara, acolhe. De modo semelhante, os trabalhadores podem amparar sua clientela, de modo que se torne responsável pelo desenvolvimento de seus usuários.⁴⁴

É importante salientar que nas diretrizes preconizadas pela PNH para a atenção básica, destacam-se como pilares os seguintes aspectos: o incentivo às práticas promocionais de saúde, o acolhimento e a inclusão do usuário de forma a promover a otimização do serviço, diminuição das demandas reprimidas, humanização de riscos e acesso a todos os níveis de atenção.

Nesse sentido, as atividades educativas são tidas como fundamentais na porta de entrada ao serviço, porém, não se esgotam por si só. É necessário dar toda a continuidade nesse processo educacional para a integralidade na atenção ao usuário. Nesse processo, os sistemas de referência e contrarreferência são essenciais para o funcionamento adequado do sistema.

Na prática, observou-se que todos os profissionais têm ciência da importância das atividades educativas, porém, pelo desconhecimento da política PNH, acham ou acreditam que ela se esgota por si só, e que tem algum sentido somente se for utilizada de forma isolada.

Notou-se a existência de um sistema articulado entre as diferentes esferas de atenção à saúde e uma PNH que é vista de forma verticalizada⁵. A maioria absoluta dos profissionais cita a ineficácia absoluta da referência e da contrarreferência. Como consequência, observou-se uma incredibilidade na PNH.

[...] educar evita certos problemas, que fogem à nossa governabilidade [...].
(Entrevistado 5)

[...] importante para que as pessoas venham a mudar [...]. (Entrevistado 1)

[...] contribuir ele tenta mais não chegamos ao modelo ideal[...]. A educação ainda é muito pontual, o que não traz resolutividade [...]. (Entrevistado 10)

Pires⁴⁶ aponta para o descompasso entre o aprendizado dentro das instituições de ensino superior e a realidade vivida pelo profissional, situação experimentada nas unidades, quando o assunto é humanização, vivenciada na graduação dos funcionários, em algum momento, mas, no entanto, apresentando dificuldades quando o assunto é inseri-la no cuidado cotidiano.

O HumanizaSus tem a preocupação de orientar quanto à prática da interdisciplinaridade, sendo ele uma das exceções, pois há carência de documentos que norteiem essas práticas, confirmando a realidade encontrada no cotidiano desses profissionais que apresentaram grandes dificuldades de entender o acolhimento, a humanização e a interdisciplinaridade na perspectiva do seu cotidiano de trabalho.⁴⁵

A análise proposta por Souza e Abraão¹⁰ refere que, tanto a prevenção quanto a promoção da saúde estiveram abandonadas por muitos anos em todos os seus aspectos. Esse abandono retrata as condições atuais das unidades pesquisadas, focadas preferencialmente numa assistência curativa, distanciada da prevenção e da promoção à saúde. Desse modo, a educação em saúde é um contraponto nas unidades em questão, pois não vislumbra o preconizado pelo PSF:

Educar para a saúde implica ir além da assistência curativa, significa dar prioridade a intervenções preventivas e promocionais. Deste modo, o desenvolvimento de práticas educativas no âmbito do PSF, seja em espaços convencionais, a exemplo dos grupos educativos, ou em espaços informais, como a consulta médica na residência das famílias em ocasião da visita domiciliar, expressa a assimilação do princípio da integralidade pelas equipes de saúde da família.³⁴

Assim sendo, a autora sinaliza para a importância de incentivar no cotidiano profissional, não apenas a assistência curativa, mas, sobretudo, a prática de atividades de promoção e prevenção à saúde, ou seja, é preciso que haja um deslocamento da assistência curativa para incentivar a promoção, a prevenção à saúde e a recuperação de doenças.

Ao buscar por atenção à saúde, o usuário deve ser “vislumbrado como sujeito” na situação e não simplesmente “objeto” destinado a receber tratamento médico. A reavaliação dos procedimentos de rotina deve ser constante, em cada situação específica quanto a sua pertinência. Desse modo, cabe incorporar o acolhimento aos procedimentos das unidades de saúde e, concomitantemente, transcender o caráter de rotina do cotidiano.

A relação de ajuda está presente em todas as situações de atendimento em que profissional e clientela se encontram, demandando uma ação contínua de formação, supervisão e estímulo para que se torne efetiva.⁴⁶

É inegável o avanço na legislação da saúde pública brasileira. Em contrapartida, na prática, a realidade é bem divergente. A insatisfação por parte de usuários e trabalhadores requereu mudanças drásticas no modo de “fazer saúde”. A palavra-chave é inclusão.

É do interesse de toda a sociedade (gestores, trabalhadores, usuários e comunidade em geral) as mudanças preconizadas pela PNH. De fato, os problemas existem e a PNH propõe metas para erradicá-los, mas a política não funciona sozinha, como num estalar de dedos. Ela requer a participação dos agentes, que somos nós, sociedade, usuários, trabalhadores da saúde e gestores, de modo que a escuta apropriada é devida a todos os participantes do sistema, como uma rede, que busca soluções efetivas para um problema que é de todos. O profissional precisa ser acolhido em sua necessidade de capacitação profissional, de condições dignas de realização do seu processo de trabalho e renda adequada. O trabalho multidisciplinar demanda o olhar de todos os profissionais, portanto, o profissional precisa ser cogestor do seu processo de trabalho. Ninguém melhor que o profissional da saúde para discutir tais demandas, visto que ele as vivencia cotidianamente.

O usuário dos serviços de saúde precisa ter sua demanda resolvida, ter garantido o seu direito à cidadania. Ele conhece, de forma apurada, as necessidades de sua comunidade, família, todos do seu entorno. Ele as vivencia diariamente.

Os gestores, por sua vez, precisam trabalhar aliados aos profissionais e à comunidade, considerando como imprescindível ouvir as partes interessadas, propondo soluções. É preciso estabelecer vínculos entre todos os interessados.

Não é suficiente que as políticas públicas de saúde apenas “existam no papel”. Relevante é que elas funcionem e tragam soluções para as demandas de saúde de toda a sociedade brasileira.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa em questão buscou avaliar primordialmente como os profissionais da Estratégia de Saúde da Família percebem a implantação da Política Nacional de Humanização na atenção básica do município de Salvador.

De modo geral, a ideia que esses profissionais fazem acerca da implantação da PNH limita-se a seus pequenos retoques, permeado de atitudes de cunho filantrópico, entendendo a saúde como um favor e não como direito conquistado através dos movimentos de mobilização popular como a Reforma Sanitária, contrariando o artigo 196 da CF, no qual a saúde é vislumbrada como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas públicas.

Apesar dos avanços, no que concerne à multidisciplinaridade e, na definição do conceito de saúde mais ampla, abrangendo a sua promoção e recuperação, percebeu-se, nessa pesquisa, a persistência de um modelo ainda centrado na figura do médico. Esse modelo ainda subsiste, não somente na cultura da equipe multiprofissional, mas, de igual modo, na percepção da população atendida, além da percepção de saúde como um fenômeno estritamente biológico.

A falta de definição acerca do papel de cada componente na equipe multidisciplinar, além do desconhecimento da proposta da PNH, exhibe uma lacuna importante que contraria a proposta da ESF de uma equipe multidisciplinar, cogestora de seu processo de trabalho, além do controle social em que o usuário do serviço é autônomo acerca de seu próprio processo de saúde e não somente mais um componente aleatório dele.

Pelo desconhecimento acerca da PNH, a sua implantação é considerada inexistente e ineficaz além do falho entendimento de humanização como filantropia, da suposta inexistência de um serviço de referência e contrarreferência, sendo essas dificuldades importantes para a sua implantação. Apesar dos profissionais se mostrarem mais solícitos no decorrer do tempo, em relação à aceitação da pesquisa, as análises, em geral, se mostravam restritivas a sua atuação profissional, dificultando uma visão de equipe do processo de trabalho, vago e impreciso.

Em se tratando da integralidade com o princípio do SUS e a meta do PNH, temos que repensar a forma de acolher o paciente no sentido de fazer isso para se chegar à tão sonhada integridade. Para isso, necessário se faz repensar as ações educativas como meios de se chegar a ela e o acolhimento como forma de fazer valer essa integridade preconizada.

Apesar dos avanços significativos no campo da legislação, na prática ainda vem sendo alvo de inúmeras insatisfações. O Sistema Único de Saúde, SUS, implantado no Brasil, em 1988, traz consigo diversas reformulações e mudanças buscando uma saúde mais acessível e de qualidade para toda a população brasileira. No entanto, o que se vê, no real, são reclamações diárias de um atendimento inexistente ou desqualificado.

Desse modo, a proposta da PNH, aliada à ESF, é reformular a maneira de se fazer saúde no Brasil, com a corresponsabilidade de todos nas decisões pertinentes à saúde.

De modo geral, as relações humanas estão desgastadas, com pessoas correndo de um lado para o outro, sempre apressadas e com muitas responsabilidades. O estresse do cotidiano nas grandes cidades tem repercutido também na assistência à saúde. O despreparo dos profissionais, a carência de capacitação profissional e de insumos considerados básicos no cotidiano da assistência tem resultado em prestação de assistência inadequada, desinformação e desinteresse pelos problemas da população assistida.

A mudança começa quando começamos a fazer o que estamos fazendo agora: criando estratégias, direcionadas à escuta qualificada, tanto de profissionais como de usuários dos serviços de saúde; permitindo que o usuário seja coparticipante das decisões tomadas acerca do seu processo de saúde; formando uma rede de profissionais que trabalham em equipe, ajudando-se mutuamente. Nessa perspectiva, a PNH preocupa-se com os sujeitos da saúde e propõe um novo olhar, exigindo o respeito mútuo em todo o processo de trabalho.

Decisões tais, como respeitar as escolhas do usuário perante sua situação de saúde, garantir um atendimento de qualidade e ágil, interação e manutenção do sigilo, parece algo primário, mas que, no serviço de saúde, deve ser considerado como primordial.

Mesmo a legislação vigente, ainda não tem sido capaz de fazer valer os direitos e deveres dos usuários e profissionais de saúde. Mas, então, o que deve ser feito? Para Paulo Freire, a solução está na educação: “Se a educação sozinha não transforma a sociedade, sem ela, tampouco, a sociedade muda...” A PNH propõe algo possível, sem muitos gastos, mas que parece distante da realidade brasileira. Necessário se faz que cada ente participante do processo de saúde, sinta-se assim e assuma a sua própria responsabilidade.

O usuário precisa sair da inércia e se posicionar com o gestor social e os profissionais de saúde devem descer do pedestal num objetivo único de solucionar os problemas de forma conjunta e individual, viabilizando a cada situação. Para isso, a educação consiste no passo fundamental internalizando em cada um seus direitos, mas também, os seus deveres nessa nova política.

Os argumentos aqui descritos evidenciam que os objetivos aos quais se propôs este estudo foram alcançados. Não são poucas as publicações que confirmam ser esse o retrato da realidade que permeia a assistência pública, não somente da região em estudo, mas do Brasil, de modo geral. Apesar disso, o processo de mudanças segue em todo o país, buscando atingir aos objetivos propostos pelo Sistema Único de Saúde brasileiro, aliados aos propósitos da Estratégia Saúde da Família de um SUS que dá certo.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Manual do programa nacional de humanização da assistência hospitalar - PNHAH. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
2. Ferreira MOA, Souza RC, Pires SSS, Dias WMP. Política nacional de humanização para o sistema único de saúde e carta dos direitos do usuário. Projeto de intervenção. Mossoró/RN: 2010. Disponível em: <<http://www.cbccenf/sistemainscricoes/arquivostrabalhos/I20709.E8.T3573.D4AP.pdf>> Acesso em: 05 jun.2013.
3. Benevides R, Passos E. A humanização dos serviços e o direito à saúde. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2004 set./out.; 5(20):1342-53.
4. Campos GWS. A saúde pública e a defesa da vida. São Paulo: Hucitec; 2002.
5. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS. A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. (Série B.Textos básicos de saúde).
6. Silva JPV, Batistella CEC; Gomes ML. Problemas, necessidades e situação de saúde: uma revisão de abordagens para a reflexão e ação da equipe de saúde da família. In: Fonseca AF, Corbo AD, org. O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p. 159-76.
7. OMS. Definição de saúde. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/>. Acesso em: 02 jan. 2015.
8. Paim, J. Temas em saúde: o que é o SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
9. Bravo MI. Política de saúde no Brasil. In: Mota AE, Bravo MIS, Uchoa R, Nogueira V, Marsiglia R, Gomes L et al, orgs. Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. 4ª ed. São Paulo: Cortez; 2009. Cap. 5, parte I.
10. Souza RF. Reflexão sobre o processo de trabalho na estratégia saúde da família (ESF). 2010. Disponível em:<http://www.revistalabor.ufc.br/Artigo/volume3/reflexao_processo_trabalho.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2014.
11. Teixeira C. O SUS e a vigilância em saúde. In: Brasil, Ministério da Saúde. Programa de formação de agentes locais de vigilância em saúde - PROFORMAR. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, org. Rio de Janeiro: 2003. Disponível em: <www.epsjv.fiocruz.br/> Acesso em:13 jul. 2014.
12. Pasche DF, Passos E. Cadernos temáticos PNH: formação em humanização. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Cadernos HumanizaSUS. Brasília: 2010. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernoshumanizaSUS.pdf>> Acesso em: 26 mai. 2014.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008. (Série B. Textos básicos de saúde).
14. Brasil. Ministério da Saúde. PNH - Política Nacional de Humanização. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS). 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
15. HENNINGTON EA. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. Ver. Saúde Pública. 2008; 42(3):555-61.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional da Assistência Hospitalar. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000.
17. Simões ALA, Rodrigues FR, Tavares DMS, Rodrigues LR. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. Texto Contexto Enfermagem. Florianópolis. 2007 jul.-set.; 16(3): 439-44.
18. Viana ALA, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. PHYSIS Rev. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. 1998; p.11-48.
19. Andrade FM. O programa de saúde da família no Ceará. Fortaleza: Expressão Gráfica Editora Ltda; 1998. p.49-59.
20. Borges VO. A família no programa de saúde da família: perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma unidade de saúde da família [mestrado]. Salvador: UCSal. Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação; 2009.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção básica. Pactos pela saúde. 2006. 4ª ed. Brasília; 2007.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf. Acesso em: 4 jan. 2015.
23. Brasil. Ministério da Saúde. A implantação da unidade de saúde da família. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Caderno 1; 2000.
24. Moysés SJ, Moysés ST, Giacomini CH, Paciornik EF, Oliveira KL. A equipe de saúde multiprofissional nos programas de saúde da família. Revista Médica do Paraná. Curitiba. 1999 jan./ dez.; 1/2(57):1-7.
25. Papp P. O processo de mudança. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999.
26. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS/2008. Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>. Acesso em: 10 jan. 2015.
27. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS/2014. Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>. Acesso em: 03 fev. 2015.

28. Salvador. Secretaria Municipal de Saúde. Boletim de avaliação e monitoramento. Salvador: Secretaria Municipal de Saúde; [2011].
29. Salvador. Secretaria Municipal de Saúde. Plano municipal de saúde de Salvador 2014-2017. Salvador: Secretaria Municipal de Saúde; 2014.
30. Salvador. Prefeitura Municipal. Crescimento da estratégia saúde da família é o maior do Nordeste. Salvador, Secretaria Municipal de Saúde. 2011; 1(01).
31. Rosa WAG, Labate R. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. Revista Latino-americana de Enfermagem. 2005; 13:1027-34.
32. Carvalho GI, Santos L. Sistema único de saúde: comentários à lei orgânica de saúde (Leis n. 8.080/90 e n. 8.142/90). 3ª ed. Campinas: Editora da Unicamp; 2002. p.33-53.
33. Figueiredo EN. A estratégia saúde da família na atenção básica do SUS. Disponível em: www.unasus.unifesp.br. Acesso em: 21 ago. 2013.
34. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o programa de saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação. 2005 fev.; 16(9):39-52.
35. Deslandes SF. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
36. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
37. Minayo, Maria Cecília de Souza. Sobre o humanismo e a humanização. In: Deslandes SF, org. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007. p. 23-30.
38. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2012.
39. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70, LDA; 2009.
40. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Petrópolis: Vozes; 2008.
41. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm. Acesso em: 10 jun. 2013.
42. Santos Filho SB, Barros MEB, Gomes RS. The national humanization policy as a policy produced within the healthcare labor process. Interface - Comunic., Saúde, Educ. 2009; (13 supl.1):603-13.

43. Passos E. Proposta de apresentação dos níveis de composição da PNH. Rio de Janeiro; 2006.
44. Carta de Ottawa: primeira conferência internacional sobre promoção da saúde. 1986. Disponível em:<www.bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>. Acesso em: 02 set. 2013
45. Pires ROM. Complexidade em saúde da família e formação do futuro profissional de saúde. Interface - Comunic., Saúde, Educ. 2009 jul./set.; 30(13):153-66.

ANEXO 1 – Mestrado: Entrevista Semiestruturada

Perguntas:

1-O que você considera atendimento humanizado em saúde?

2-De que forma está representado o atendimento humanizado nesta unidade básica de saúde?

3-Como esse programa vem contribuindo para a interdisciplinaridade em saúde?

4-Quais os avanços considerados?

5-Quais dificuldades encontradas?

6-Que mudança pode ser implantada para consolidação do programa perante interdisciplinaridade?

7-Já participou de algum curso ou capacitação, fora do âmbito de trabalho, em humanidade?

8-Quais disciplinas cursou durante a graduação envolvendo o tema humanidade? Elas influenciam durante sua atenção ao paciente?

9-Vc considera que ações educativas são importantes no processo de humanização? Quais realiza aqui nesta unidade?

10-Vc se recorda das condições de saúde dos pacientes atendidos? Vc. vai às residências dos mesmos? Qual frequência? Tem registro em prontuário sobre essa atividade?

11-Como é feita a referência e contrarreferência? Existe ficha própria? Vc. dispõe na USF dos contatos dos profissionais dos centros especializados? Já precisou entrar em contato com os mesmos?

ANEXO 2 – Carta de Anuência da Secretaria Municipal da Saúde de Salvador

Secretaria Municipal da Saúde
Coordenadoria de Desenvolvimento de Recursos Humanos
Subcoordenadoria de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoal

Salvador, 10 de maio de 2013.

CARTA DE ANUÊNCIA

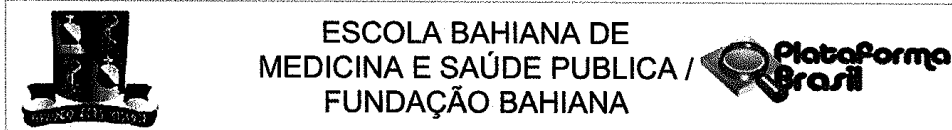
A Secretaria Municipal da Saúde de Salvador está ciente da realização da pesquisa intitulada *A humanização na atenção básica: Avanços e entraves. Uma avaliação do Programa Nacional de Humanização no Programa de Saúde da Família*. Esse estudo será desenvolvido por Denise Senna Amarante, mestranda em Tecnologias em Saúde da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, em unidades de saúde do Distrito Sanitário Centro Histórico. A pesquisadora apresentou o seu pré-projeto de mestrado e o termo de consentimento livre e esclarecido à Subcoordenadoria de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoal dessa secretaria.

Atenciosamente,


Maria do Socorro Tanure Telles
Coordenadora da CDRH/SMS


Emanuel M Silva Palma
Técnico CDRH/Capacitação/SMS

ANEXO 3 – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA: AVANÇOS E ENTRAVES
Uma avaliação do Programa Nacional de Humanização no Programa de Saúde da Família

Pesquisador: Liliene Elze Falcão Lins Kusterer

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 13953313.5.0000.5544

Instituição Proponente: Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 329.170

Data da Relatoria: 29/05/2013

Apresentação do Projeto:

O projeto consiste em um estudo de corte transversal, descritivo e exploratório realizado sobre uma abordagem qualitativa através de entrevista semi-estruturada, utilizando-se a técnica de análise temática por meio da qual procurar-se-á entender o processo de humanização do SUS. O Programa Nacional de Humanização tem como objetivo maior assegurar a integralidade da assistência à população e ampliar as condições de garantias dos seus direitos enquanto cidadãos. Para tanto foram criados princípios e dispositivos que proponham a reorganização do processo de trabalho dos profissionais envolvidos na saúde brasileira, com o objetivo de melhor conduzir o trabalho frente às necessidades dos sujeitos. Esta não parece uma política de fácil concretibilidade, pois implica em transformações políticas, administrativas e

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, Nº 275
Bairro: BROTAS **CEP:** 40.290-000
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3276-8225 **E-mail:** csp@bahiana.edu.br

ANEXO 4 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: A Humanização na Atenção Básica: Avanços e Entraves.

Uma avaliação do Programa Nacional de Humanização no Programa de Saúde da Família.

Instituição: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP)

O Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa supracitada, com objetivos de investigar e entender o processo de Humanização do SUS na Atenção Básica. A pesquisa permitirá que os profissionais promovam uma avaliação própria do seu processo de trabalho frente à humanização demonstrando com mais precisão o efeito do programa HumanizaSUS juntamente com o PSF como principal estratégia para a reorganização da atenção básica no SUS. Na pesquisa será feita uma abordagem qualitativa através de entrevista semi-estruturada, utilizando-se a técnica de análise temática por meio da qual procurar-se-á entender o processo de humanização do SUS. A casuística se baseará inicialmente na pesquisa entrevista de cerca de 50 técnicos, entre enfermeiros, médicos e cirurgiões-dentistas em 05 Unidades de Saúde da Família de Salvador/Bahia.

Nesta pesquisa o profissional de saúde participará de uma entrevista sobre relações de trabalho com seus pares e com seus pacientes. Esta será realizada em local reservado, nas dependências das Unidades de Saúde da Família em horário comercial, gravadas e posteriormente redigidas em sua totalidade. Estas serão arquivadas no Núcleo de Estudo e Pesquisa em Ética e Bioética da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública e os pesquisadores se comprometem com o sigilo e privacidade dos participantes.

Os benefícios da pesquisa são: Avaliação do Programa de Saúde da Família visando a melhoria e a aproximação dos princípios do SUS; permitir que os profissionais promovam uma avaliação própria do seu processo de trabalho frente à humanização, demonstrando com mais precisão o efeito do Programa Humaniza SUS junto ao PSF para reorganização da Atenção Básica; gerar argumentos que justifiquem modificações em grades curriculares nas faculdades e novas exigências no mercado de trabalho. Sabe-se que toda pesquisa envolve riscos para os participantes. No caso do presente estudo, pode ser que algum técnico participante da pesquisa se sinta constrangido durante a entrevista, principalmente quando irão ser abordadas relações de trabalho com seus pares e relação com pacientes. Ao mesmo tempo torna-se importante a capacidade de reflexão dos profissionais sobre o campo de prática e suas relações interpessoais.

Esta pesquisa não prevê nenhuma indenização ou remuneração para os participantes. Os pesquisadores garantem guardar sigilo em relação à identidade dos participantes e estes têm a garantia de esclarecimento em relação a qualquer dúvida, antes e durante o curso da pesquisa, estando livres para recusar-se a participar da pesquisa, assim como retirar este

consentimento a qualquer momento, sem penalização ou prejuízo ao seu cuidado. Os resultados desta pesquisa serão publicados em forma de dissertação de mestrado e artigos científicos.

O pesquisador responsável é Liliâne Lins Kusterer (92700660) que pode ser contatada a qualquer momento para esclarecer dúvidas pelo número de telefone celular fornecido ou no endereço Av Silveira Matins 3386, Cabula, CEP 41150-100, as terças-feiras pela manhã. Se você concorda em participar da pesquisa, assine este termo que é composto de duas vias de igual conteúdo, sendo a primeira para arquivamento pelo pesquisador e a segunda por você.

_____, ____/____/____.

Assinatura do Participante

Denise Senna Amarante (9956-0270) Assinatura do (a) pesquisador (a)

Em caso de dúvida ou denúncia contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – Fundação Bahiana para o Desenvolvimento das Ciências - Av. D. João VI, 274 – Brotas - CEP. 40.285-001- Salvador-BA. Tel.: (71) 2101-1900.

ANEXO 5 – PARECER Nº. 016/2013 da Secretaria Municipal da Saúde – Salvador**Secretaria Municipal da Saúde
Coordenadoria de Desenvolvimento de Recursos Humanos
Subcoordenadoria de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoas**

Salvador, 30 de Abril de 2013.

PARECER Nº. 016/2013

PROJETO/TÍTULO: “A HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA: AVANÇOS E ENTRAVES, Uma avaliação do Programa Nacional de Humanização no Programa de Saúde da Família.”

OBJETIVO: Conhecer o impacto da implantação da Política Nacional de Humanização na Atenção Básica do município de Salvador.

PESQUISADORES RESPONSÁVEIS: Profa. Dra. Liliane Lins (orientadora) e Denise Senna Amarante (mestranda).

INSTITUIÇÃO PROPONENTE: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE: Secretaria Municipal da Saúde (SMS).

CONSIDERAÇÕES:

Considerando tratar-se o referido projeto de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, e o preconizado pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 196/1996; a Carta nº. 0244/2010, CONEP/CNS; a Lei nº. 12.527, de 18 de novembro de 2011, que regula o acesso a informações:

RECOMENDAÇÕES:

- Anexar o TCLE, conforme previsto na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 196/1996;
- Anexar o instrumento da entrevista semi-estruturada;
- Anexar o Referencial Teórico do projeto;

PARECER: PENDENTE

Almir Silva Ferreira

Téc. /CDRH/SM

ANEXO 6 – Artigo: Percepção da Política Nacional de Humanização na Estratégia de Saúde da Família

Percepção da Política Nacional de Humanização na Estratégia de Saúde da Família

Perception of the National Policy of Humanization in the Family Health Strategy

Percepción de la Política Nacional de Humanización en la Estrategia Salud de la Familia

Denise de Sena Amarante ¹

Liliane Lins²

Marta Silva Menezes ³

¹ Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, Brasil. Mestranda em Tecnologias em Saúde pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. dsamarante72@gmail.com

² Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil. Livre Docente em Bioética pela Faculdade de Medicina da universidade Federal da Bahia. liliane.lins@ufba.com

³ Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, Brasil. Doutora em Medicina e Saúde pela Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia. martamenezes@bahiana.edu.br

Resumo

No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) se constituiu nos últimos anos como principal política de saúde para melhoria da assistência no Sistema Único de Saúde (SUS). Esse modelo de assistência objetivou substituir o modelo biológico, centralizado na doença, por um modelo humanizado com melhor resolutividade e gestão de recursos em saúde. A Política Nacional de Humanização (PNH) tem caráter transversal nos diferentes níveis de atenção no SUS, objetivando ofertar melhor assistência na rede. Para atingir essa meta é preciso mudar o modelo de gestão para o participativo com envolvimento de gestores, trabalhadores da saúde e usuários no fortalecimento das práticas humanizadas na assistência. O presente estudo procurou avaliar a percepção da PNH pelos profissionais da ESF. Tratou-se de estudo descritivo de metodologia qualitativa. Foram realizadas entrevistas gravadas utilizando-se um roteiro semiestruturado e observações registradas no diário de campo. Foi possível identificar que a implantação da PNH nas ESF é incipiente em Salvador, havendo carência de capacitação na área. A humanização foi associada às atitudes filantrópicas por parte dos profissionais. As ações interdisciplinares, de referência e contra referência, não foram identificadas como integrantes da PNH, comprometendo a resolutividade e qualidade da assistência à saúde.

Palavras-chave: Política Nacional de Humanização; Estratégia de Saúde da Família; Profissionais de Saúde.

Abstract

In Brazil, the Family Health Strategy (FHS) was developed in recent years as the main health policy to improve health care in the Unified Health System (UHS). This model of care aimed to replace the biological and centralized model based on disease, for a humanized model with better resolution and health resources management. The National Humanization Policy (NHP) has a transversal character at the different levels of care in the UHS, aiming a better assistance in the health network. To achieve this goal, we need to change the management model for a participatory one, involving managers, health workers and users in the strengthening of humanized practices in care. This study aimed to evaluate the perception of NHP by the FHS professionals. This was a descriptive study of qualitative methodology. We have recorded the interviews, using a semi-structured instrument. We have registered the observation in the research diary. The implementation of the NHP in the FHS is still incipient in Salvador, with a lack of education in the area. Humanization was associated with philanthropic attitudes by professionals. The interdisciplinary actions, reference and counter reference, were not identified as a part of the NHP, compromising the resolution and quality of health care

Key words: National Humanization Policy; Family Health Strategy; Health professionals.

Resumen

En Brasil, la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) se formó en los últimos años como la principal política de salud para mejorar la atención en el Sistema Único de Salud (SUS). Este modelo de atención dirigido a sustituir el modelo biológico, centralizado en la enfermedad, para un modelo humanizado con mejor resolución y gestión de recursos de salud. La Política Nacional de Humanización (PNH) es transversal en los diferentes niveles de atención en el SUS, con el objetivo ofrecer una mejor asistencia en la red. Para lograr este objetivo hay que cambiar el modelo de gestión para la participación participativa con los gerentes, trabajadores de salud y los usuarios en el fortalecimiento de las prácticas humanizadas en la atención. Este estudio tuvo como objetivo evaluar la percepción de la PNH por los profesionales de la ESF. Se realizó un estudio descriptivo de metodología cualitativa. Se realizaron entrevistas grabadas y observaciones fueron registradas en el diario de campo. Se encontró que la implementación de la Política Nacional de Humanización en la ESF es incipiente en Salvador, con la falta de capacitación en el área. La humanización se asoció con actitudes filantrópicas de los profesionales. Las acciones interdisciplinarias, referencia y contra referencia, no se identificaron como miembros de la PNH, comprometiendo la resolución y la calidad de la atención sanitaria.

Palabras-clave: Política Nacional de Humanización; Estrategia de Salud de la Familia; Profesionales de la salud.

INTRODUÇÃO

Em 2004, o Ministério da Saúde criou a PNH, visando a reorganização do setor saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). A implantação da PNH objetivou a melhoria da atenção à saúde, possibilitando ações integradas nos diferentes níveis de atenção à saúde no SUS. A proposta da PNH coincidiu com os próprios princípios do SUS, enfatizando a necessidade de assegurar a integralidade na assistência à população e ampliar as condições de garantia dos seus direitos enquanto cidadãos. Para tanto, esta Política parte de princípios e dispositivos que propõem a reorganização do processo de trabalho de todos os profissionais envolvidos na saúde brasileira (Brasil, 2004).

A prevenção e promoção da saúde foram ações abandonadas por muitos anos em todos os seus aspectos. A rede básica de saúde, constituída pelos postos, centros ou unidades básicas de saúde, foi considerada assessoria e desqualificada, alimentando a lógica excludente (Souza, 2010).

A princípio, a rede básica deveria ser o topo da cadeia de atenção e acabou por se tornar a porta de entrada na rede (Pasche e Passos, 2010). O resultado anterior foi a obtenção de um modelo hospitalocêntrico caro, ineficiente e desumano que degradou a prática profissional e não atendeu eficientemente às necessidades da população. As diversas pesquisas realizadas no decorrer dos anos indicaram que unidades básicas de saúde, funcionando adequadamente, resolvem com qualidade cerca de 85% dos problemas de saúde da população. Desse modo, um reduzido número de pessoas necessitará recorrer ao atendimento hospitalar e especialidades. O funcionamento torna-se mais eficiente, eficaz, havendo racionalização dos custos (Pasche e Passos, 2010).

Diante de um cenário de insatisfação geral e do ideal de transformação na saúde, com o objetivo de ofertar uma assistência de melhor qualidade, comprometida com a prevenção e o cuidar, nasce a Política Nacional de Humanização (PNH), de caráter transversal, proposta pelo Ministério da Saúde em 2003, perpassando todos os níveis de atenção à saúde e que tem como premissa uma transformação cultural da atenção aos usuários e da gestão de processos de trabalho. O diferencial dessa Política está na preocupação com a capacitação e o desenvolvimento dos trabalhadores do setor saúde, proporcionando condições adequadas para a execução das atividades laborativas (Brasil, 2008).

A centralidade nas relações que envolvem trabalhadores e gestores em sua experiência cotidiana de organização e condução de serviços é uma das possibilidades da implantação da PNH (Brasil, 2008). A acessibilidade e integralidade na assistência devem ser permeadas pela

garantia de vínculo entre os serviços/trabalhadores e população, avançando para o que se tem nomeado como “clínica ampliada”, capaz de melhor conduzir o trabalho frente às necessidades dos sujeitos.

Para propiciar essas mudanças, tem-se discutido sobre as transformações no campo da formação, possibilitando estratégias de educação permanente para capacitar os trabalhadores da saúde para análise e intervenção em seus processos de trabalho. Apesar do reconhecimento da necessidade da humanização em saúde, a implantação da PNH não parece ser de fácil concretizabilidade. Humanizar o atendimento implica em transformações políticas, administrativas e subjetivas. Perpassa pela própria transformação do modo de olhar o usuário que deixa de ser passivo para ser sujeito do processo na atenção à saúde. Nesse caso, o usuário passa da figura de necessitado de caridade para aquele que exerce o direito de ser usuário de um serviço que garanta qualidade e segurança (Benevides e Passos, 2004).

Torna-se controverso inserir os profissionais de saúde no PNH, já que na concretização da assistência, sistematicamente a humanização tem sido impedida pelas precárias condições de trabalho dos profissionais. Dentre essas condições destacam-se: a sobrecarga de atividades e funções, uma jornada dupla ou tripla de trabalho, a dificuldade de conciliação da vida familiar e profissional, os baixos salários e estrutura física inadequada que gera desgaste físico e emocional (Campos, 2002).

Humanizar a assistência deve ser é uma preocupação constante da gestão pública. Para tanto, deve-se buscar a melhoria das práticas de cuidado, adotando-se novos modelos assistenciais, onde a equipe multidisciplinar, que atende as pessoas, não se preocupe apenas com a doença, mas com o ser humano holisticamente. A humanização em saúde preconiza que na assistência haja solidariedade e apoio social. O cuidar deve ter a consciência permanente da vulnerabilidade de quem cuida e daquele à quem a assistência é prestada.

É na atenção básica que o usuário passa a ter o contato inicial com o serviço de saúde do SUS. É imprescindível que a humanização da assistência também seja propiciada na porta de entrada da rede. A presente pesquisa não se resume ao objetivo de promover mudanças de forma retórica, mas de conhecer as dificuldades e facilidades encontradas pelos profissionais para a implantação da PNH no seu processo de trabalho. Só assim, poderão ser propostas estratégias para a efetivação factual do que se propõe o Ministério da Saúde para/com a humanização em saúde.

Visando a reorientação do modelo assistencial brasileiro, foi que o Ministério da Saúde assumiu, a partir de 1994, a implantação do Programa de Saúde da Família, atualmente denominado como Estratégia de Saúde da Família (ESF). Desse modo a ESF representa uma

estratégia de reorientação do modelo assistencial, organizando a atenção básica e trazendo uma nova concepção de saúde não mais centrada na assistência à doença, mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco (Souza e Abraão, 2010).

A melhoria da qualidade da assistência e consequente satisfação do usuário são resultantes do modo de gestão do trabalho desenvolvido nos serviços, cujo protagonista nesse processo é o trabalhador da saúde. Partindo-se da premissa de que a produção de saúde é feita por pessoas dotadas de desejos, sentimentos, saberes e necessidades, considera-se que humanizar é ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (Benevides e Passos, 2004).

Para humanizar a assistência é preciso humanizar sua produção (Deslandes, 2006). Em linhas gerais, o panorama atual é de baixa qualificação dos trabalhadores por parte das instituições, especialmente no que concerne a gestão participativa e ao trabalho em equipe. Há pouco estímulo à valorização dos profissionais, assim como, é frequente o desrespeito aos seus direitos. Fatores como má remuneração, carga horária excessiva e precárias condições de trabalho dificultam a implantação de políticas humanizadoras (Hennington, 2008).

Este estudo teve como objetivo primordial avaliar qual a percepção dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família acerca da implantação da Política Nacional de Humanização (PNH) na atenção básica do município de Salvador. Este estudo procurou também identificar quais os avanços e obstáculos na implantação da PNH e os efeitos da implantação na interdisciplinaridade profissional nas equipes de ESF.

A possibilidade de promover uma autoavaliação dos profissionais do seu processo de trabalho frente à humanização no SUS pode representar uma estratégia para a reorganização da atenção básica no SUS. Através de pesquisas na assistência pode-se construir argumentos empíricos que justifiquem modificações em projetos políticos pedagógicos nas instituições formadoras de profissionais de saúde que satisfaçam as demandas de uma atenção à saúde digna para todos envolvidos.

PERCURSO METODOLÓGICO

O estudo em questão é produto da Dissertação de Mestrado apresentada a Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), não havendo conflitos de interesses para realização do mesmo. O estudo teve início após a aprovação do Comitê de Ética da EBMSP

(CAAE 13953313.5.0000.5544). Após a aprovação ética, houve o encaminhamento da mesma a Secretaria Municipal de Saúde com o objetivo de obter liberação para início da coleta de dados. A Secretaria Municipal de Saúde norteou a pesquisadora para áreas onde a implantação da PNH já havia sido iniciada.

Foi realizado estudo de corte descritivo de metodologia qualitativa. Para tanto, foram realizadas entrevistas gravadas utilizando-se um roteiro semiestruturado e observações registradas no diário de campo. Os dados foram avaliados por meio da técnica de análise temática, buscando-se entender o processo de humanização no SUS.

A pesquisa qualitativa, utilizando entrevista com roteiro semiestruturado, pode ampliar a possibilidade de acesso às informações sobre o objeto pesquisado. Apesar de ser norteada por questionamentos pré-estabelecidos, ela não é engessada, antes gera pontos de vistas sem perder o foco, permitindo a combinação de perguntas fechadas e abertas, dando ao entrevistado a possibilidade de discorrer amplamente sobre o tema em questão (Minayo, 2010).

Foi utilizada também a observação participante. Ela é entendida como a presença do observador numa situação social, cuja finalidade é realizar uma investigação científica. Nesse contexto o observador está face a face com os observados e os dados coletados é resultado da sua inserção na vida deles, no seu cenário cultural. Desse modo o observador é parte do contexto em observação, está inserido nele, concomitantemente modificando e sendo modificado por este contexto (Minayo, 2010).

Para determinação do número da população em estudo foi utilizada a técnica de saturação teórica. Nessa técnica de amostragem, a coleta da pesquisa se encerra quando ocorre a saturação ou seja repetição dos achados (Bardin, 2009). Obteve-se uma amostra final de quinze profissionais entre enfermeiros, médicos, cirurgiões-dentistas (CD), técnicos de enfermagem (TE), auxiliar de saúde bucal (ASB) e agentes comunitários de saúde (ACS) em duas Unidades de Saúde da Família de Salvador/Bahia. As entrevistas foram realizadas em local reservado, gravadas e, posteriormente redigidas em sua totalidade.

O método qualitativo de análise foi composto por três etapas: A pré-análise, dividida em leitura flutuante (definida pela leitura intensa do material), em constituição do Corpus (onde o universo estudado alcança a exaustividade e pertinência) e em formulação de hipóteses e objetivos. A segunda etapa correspondeu a exploração do material, consistindo-se na classificação das unidades temáticas identificadas, visando alcançar melhor compreensão dos resultados. Na última etapa, procedeu-se a interpretação dos resultados. (Bardin,2009; Minayo,2010)

A leitura intensificada na pré-análise teve a finalidade de incorporação do conteúdo para posterior identificação das temáticas. A delimitação dos objetivos da análise foi feita através do delineamento das perguntas relacionadas à entrevista. Todas as entrevistas transcritas e o diário de campo constituíram o corpus analisado.

A coleta foi realizada no período de Março a julho de 2014. O processo de coleta de dados se deu em três momentos diferenciados: No primeiro momento houve a apresentação da pesquisa à gerência do Distrito Sanitário indicado. No segundo momento, houve a apresentação da pesquisa nas unidades de saúde indicadas, havendo agendamento de reunião com os profissionais das referidas unidades. Nesse momento, houve o reconhecimento do campo de trabalho. Na terceira etapa, foi realizado o agendamento dos profissionais para as entrevistas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa serão descritos da seguinte forma: primeiramente, proceder-se-á descrição da amostra e do diário de campo. Em seguida, far-se-á a descrição das análises temáticas identificadas: Humanização na assistência; Interdisciplinaridade, referência e contra referência e, por último a Formação profissional em humanização.

Caracterização da amostra

A amostra foi composta por quinze profissionais de saúde com média de idade de 35,7 \pm 6,6. Houve predominância do sexo feminino (80%), sendo a caracterização dos entrevistados descritas no quadro 1.

Quadro 1- Características dos indivíduos entrevistados

Entrevistado	Idade (anos)	Sexo	Profissão	Tempo de serviço (anos)	Tempo de entrevista (min)	Unidad e ESF
E1	33	F	TE	2	20	1
E2	29	F	ASB	1	26	1

E3	28	M	Médico	2	35	1
E4	36	F	TE	1	22	1
E5	27	F	Enfermeira	3	39	1
E6	34	M	CD	2	42	1
E7	39	F	ACS	5	25	1
E8	46	F	ACS	6	20	1
E9	49	F	Médica	4	33	2
E10	27	M	TE	2	23	2
E11	34	F	TE	2	28	2
E12	42	F	ACS	5	20	2
E13	39	F	ACS	5	23	2
E14	40	F	ACS	6	21	2
E15	32	F	CD	2	36	2

O Campo da Pesquisa

A primeira unidade de saúde da família pesquisada é considerada uma das menores do município de Salvador. Sua estrutura física só permite, de forma bem restrita, o desenvolvimento do trabalho de uma equipe de saúde da família. Em função disto percebeu-se uma estrutura física que não propiciava um acolhimento coerente ao trabalho de humanização do grupo. As salas eram bem distanciadas, havendo ausência de espaços para desenvolvimento de atividades educativas. Observou-se também a falta de insumos para desenvolvimento de atividades de atenção à saúde.

Existiam profissionais com pouco tempo de serviço (1 a 2 anos) que, de certa forma, demonstravam interesse na implantação do PNH, mas se desestimulavam com as dificuldades encontradas no trabalho. A maioria dos profissionais nunca participou de curso ou formação sobre humanização na assistência, tanto na sua formação quanto no trabalho. Porém, a maioria acha importante a forma diferenciada de acolher o paciente (dando ênfase a maneira de acolher muitas vezes, não relacionando ao processo total da humanização). Observou-se que não houve, de fato, a implantação do programa no município de Salvador, mesmo nas unidades referenciadas.

Todos os profissionais se queixavam da inexistência de serviço de referência e contra referência que integra a PNH. Desta forma, percebeu-se que apesar de todo empenho no

acolhimento, realizado pelos profissionais, o sistema deixa lacunas na existência de um processo falho e inadequado. Observou-se certa insatisfação e tecnicismo por parte dos profissionais, assim como descontentamento e não credibilidade por parte dos usuários. Foi possível também observar a existência de estrutura hierárquica entre os profissionais, ainda resistente. Existia pouco contato entre os profissionais, apesar de alguns entrevistados referirem a existência de reuniões de equipe com periodicidade semanal. Percebeu-se uma preparação inadequada dos profissionais e desconhecimento da PNH. O sistema não integrava os profissionais entre si e como um todo, deixando resquícios da individualidade como herança. Durante entrevista a entrevista, cada categoria profissional se referia ao seu trabalho individual no processo da assistência. Neste momento foram entrevistados nove profissionais de nível médio e superior, ocorrendo a saturação de dados na unidade inicialmente pesquisada.

A segunda unidade saúde da família pesquisada apresentou resistência maior por parte dos profissionais para as entrevistas. A referida unidade é composta de duas equipes de saúde da família e , ao contrário da anterior possui uma estrutura física que comporta mais equipes. Porém, a mesma não se adéqua ao ideal na assistência, possuindo consultório odontológico inadequado e fora da estrutura da unidade. As etapas para a pesquisa foram semelhantes às da unidade inicial, sendo a segunda unidade pesquisada apresentou maior desorganização por parte do serviço. Observou-se que os profissionais da unidade tinham pouca ou nenhuma articulação e que a gestão não estava focalizada na humanização.

A segunda unidade passou por um processo de reforma e possuía grande demanda reprimida. Esse fato repercutia em todo processo de trabalho. Percebeu-se pouco empenho dos profissionais no acolhimento dos usuários, ausência de insumos básicos e demora de reposição dos mesmos. A falta de interação entre os profissionais, e certa hierarquia entre eles, dificultavam o acesso ao serviço e aceitação pela população. Foi notório o não investimento em cursos e capacitações profissionais, abordando temas propostos pela PNH. O sistema falho não apresentava resolutividade das demandas da população. Ao final de seis entrevistas na segunda unidade, houve saturação dos dados e foi encerrada a coleta.

Humanização na Assistência

Na percepção dos profissionais de atenção básica no município de Salvador a humanização na assistência está intimamente relacionado à forma solidária nas relações com o paciente. Para os mesmos, a PNH é cumprida a partir do momento em que dão ênfase na

atenção ao usuário, deixando de lado, por desconhecimento, os aspectos da PNH que envolvem o processo de trabalho em saúde.

[...] olhar o paciente como uma pessoa que precisa de acolhimento e resolução dos seus problemas [...]" (E 11)

[...] prestamos mais atenção nos problemas dos pacientes, porque ele não chega aqui querendo somente tratamento. Ele quer ser ouvido num todo [...]. (E 13)

Foi possível apreender que a implantação da PNH nas ESF ainda se encontra incipiente, sendo a PNH associada a atitudes de caráter filantrópico por partes dos profissionais, representando assim um “favor” ao usuário e não um direito do mesmo à saúde. Desse modo, não foi possível observar a resolutividade e a qualidade preconizadas pela Política (Brasil, 2004).

Neste sentido, a pesquisa corrobora com a descrição de Brasil (2004) que critica o estabelecimento de uma relação queixa-conduta, com olhar direcionado para a doença, havendo automatismo nas relações multiprofissionais e usuários.

[...] ele (usuário) tem aqui tudo o que busca para sua saúde: pré-natal, consulta odontológica, etc [...]"(E 3)

Esse cenário é consequente ao investimento insuficiente na qualificação dos trabalhadores, particularmente na gestão participativa e no trabalho em equipe. Há reduzidos dispositivos de fomento à cogestão que fomenta a inclusão dos trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde (Brasil, 2004). A falta da percepção de Saúde como direito e não como favorecimento vai de encontro ao estabelecido pela Constituição Federal do Brasil em seu artigo 196 que diz:

Art.196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

Nesse mesmo sentido a PNH propõe a mudança dos modelos de atenção e gestão cujos atuais fundamentos são a racionalidade biomédica, fragmentados, hierarquizados, centrados na doença e no atendimento hospitalar (Santos-Filho et al., 2009). A PNH constitui-se em uma política de saúde fundamentada nos princípios da inseparabilidade entre clínica e política. A atenção e gestão dos processos de produção de saúde devem ser inseparáveis.

Confirmando os dados apurados, Passos (2006) defende a necessidade da transversalidade, definindo-a como o aumento da comunicação nos grupos e entre os grupos, sinalizando para a necessidade de mudanças nas práticas de saúde. Logo, é preciso desmistificar essa concepção equivocada encontrada no presente estudo, no que concerne ao direito à saúde.

A abordagem interdisciplinar favorece uma assistência de qualidade ao paciente, pois permite conhecê-lo de forma holística, além de garantir seu pleno exercício de cidadania, tornando-o parte fundamental do processo de trabalho. No entanto, definições como interdisciplinaridade, referência e contra referência precisam estar bem claras na concepção dos profissionais de saúde. Desconhecer tais significados em sua magnitude implica em deficiência no atendimento, automatismo das ações e descredibilidade na PNH particularmente pelos usuários dos serviços de saúde.

Interdisciplinaridade, referência e contra referência

A implantação da PNH deve propiciar a interação das relações profissionais e usuários, profissionais da equipe e diversas unidades e serviços de saúde que constituem o SUS. É importante o entendimento do confronto de ideias, do planejamento, dos mecanismos de decisão, das estratégias para sua implantação e avaliação. De igual forma, é preciso compreender o modo como tais processos se dão ao confluir para a construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde.

Neste ponto, a humanização (PNH) se define como o aumento da corresponsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS na produção de saúde. Esse processo implica em mudanças na “cultura” da equipe na atenção aos usuários e da gestão dos processos de trabalho, garantindo os direitos dos usuários e de seus familiares. Os profissionais devem ser incentivados a desempenhar papel ativo, no sistema de saúde, por meio do controle social, garantindo as condições de trabalho dignas e uma participação como cogestões do próprio processo de trabalho (Alves, 2005).

Os profissionais entrevistados acreditam que o trabalho em equipe pode ser favorável se o mesmo for interdisciplinar. No entanto, observou-se uma dificuldade na definição do termo interdisciplinaridade, sendo o processo associado ao trabalho em equipe apenas no âmbito da sua unidade de saúde, ou seja, trabalho multiprofissional:

[...] um unido ao outro. Quando identificamos uma casa passamos para nosso colega [...] assim conseguimos tratar os problemas do paciente [...]. (E 12)

Observou-se também a importância atribuída às organizações e parcerias para um processo interdisciplinar. No entanto, na prática não foi possível correlacionar este trabalho interdisciplinar ressaltado tendo efetividade na humanização na assistência. Percebeu-se que as diferentes esferas de atendimento têm conhecimento e atitudes de forma distinta quando a questão é humanização na assistência, ressaltando o trabalho multiprofissional.

[...] aqui os profissionais tem agenda de atendimento compartilhada [...]. "(E 6)

Foi percebido que os profissionais já ouviram falar do programa da PNH. Quando explicado em sua complexidade, acreditam que na prática a implantação do mesmo inexistente. Salientam a necessidade de melhoras no sistema para que haja implantação da PNH. Apesar de não saberem definir o conceito de referência e contra referência, os profissionais relacionam os processos como uma das pendências para o funcionamento do programa na ESF.

[...] contribuir ele tenta (processo de referência e contra referência), mas não chegamos ao modelo ideal [...]"(E 10)

Percebeu-se uma deficiência no sistema e um desconhecimento por parte dos profissionais no que diz respeito a interdisciplinaridade na assistência. Quase todos os profissionais citaram que o sistema de referência e contra referência é inexistente e precário. Mencionam esta questão como um grande problema quando se tratar do funcionamento do SUS de forma adequada, pois a integralidade da assistência para eles é inexistente.

[...]tenho dois anos aqui e só vi ficha de contra referencia duas vezes[...]"(E 5)

Diante do exposto evidenciou-se uma dificuldade de compreensão da definição de interdisciplinaridade pelo profissional, sendo o entendimento de humanização e interdisciplinaridade, ambos limitados às práticas do seu entorno. Houve identificação de disputa de poder entre os profissionais, conforme descrito na literatura (Hennington, 2008). Cabe ressaltar que as relações conflituosas na equipe de saúde invariavelmente interferem na qualidade da assistência.

Por outro lado, o usuário fica passivo nesse processo, sendo apenas mais um componente do mesmo, não tendo participação ativa na tomada de decisão quanto à sua saúde. O acolhimento consiste na escuta qualificada dos usuários e o devido encaminhamento dos mesmos para que o vínculo se dê de forma efetiva. Esse vínculo permite o fortalecimento da autonomia do usuário e seu posicionamento ativo na produção da saúde (Hennington, 2008).

Em se tratando de formação profissional a humanização tem sido negligenciada. Embora atualmente seja uma questão amplamente debatida, não se traduz na prática cotidiana, existindo um abismo que separa o conteúdo teórico da prática cotidiana.

Formação profissional em humanização

Para garantir o direito constitucional de saúde para todos, dentro do contexto da humanização da assistência, é necessário ter um processo contínuo de qualificação dos trabalhadores, principalmente em relação a gestão participativa e ao trabalho em equipe. A capacitação efetiva possibilita o fortalecimento de um sistema crítico, comprometido com as políticas de saúde e com os usuários em suas diferentes necessidades.

Observou-se na prática, uma queixa em relação aos poucos dispositivos de fomento a gestão que valorize e inclua os trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde. Esse fato fortalece a assistência focada na doença, impedindo assim o vínculo fundamental entre profissional de saúde-paciente (Brasil, 2004). Este quadro é fortalecido quando notamos que a formação dos profissionais de saúde mantem-se distante do debate e da formulação das políticas públicas de saúde. Esses aspectos são essenciais quando se pensa em viabilizar uma saúde digna para todos, com profissionais envolvidos de fato no processo da saúde e da defesa da vida.

Foi possível perceber que os profissionais entrevistados carecem de capacitação, abordando a temática da humanização em saúde. Uma parcela representativa dos

entrevistados teve contato com alguma disciplina relacionada à humanização na assistência durante sua formação na graduação, porém quase todos associam sua experiência prática ao seu aprendizado. A PNH para os mesmos se limita ao acolhimento em saúde, havendo a necessidade de compreensão de sua totalidade.

[...] nunca participei de nenhum curso com esse tema aqui [...](E 3)

[...] não lembro [...] faz tanto tempo e foi dado de forma superficial [...](E 1)

As atividades de Promoção à Saúde e prevenção de doenças fortalecem os vínculos entre profissionais de saúde e usuários dos serviços. Essas atividades precisam cumprir o papel para o qual as mesmas foram criadas e, não somente devem fazer parte da agenda dos gestores como mero cumprimento de atividades, de forma isolada. A compreensão da finalidade das mesmas pelos profissionais de saúde é fundamental.

[...]as ações educativas permitem meio caminho andado quando se fala em humanização na assistência[...]"(E 12)

É importante salientar que nas diretrizes preconizadas pela PNH se destacam como pilares os seguintes aspectos: o incentivo às práticas promocionais de saúde, o acolhimento e inclusão do usuário de forma a promover a otimização do serviço, diminuição das demandas reprimidas, humanização de riscos e acesso a todos os níveis de atenção (Brasil, 2004).

Neste sentido, as atividades educativas são tidas como fundamentais na porta de entrada ao serviço, porém que não se esgotam por si só. É necessário dar toda continuidade nesse processo educacional para a integralidade na atenção ao usuário. Nesse processo os sistemas de referência e contra referência são essenciais para o funcionamento adequado do sistema.

Na prática, observou-se que todos os profissionais têm ciência da importância das atividades educativas, porém pelo desconhecimento da PNH acham ou acreditam que ela se esgota por si só, e que a mesma tem algum sentido se for utilizada de forma isolada.

A maioria dos profissionais relatou uma ineficácia do processo de referência e contra referência e certa resistência ou descrença no processo educativo para implantação da PNH.

[...] educar evita certos problemas, que fogem a nossa governabilidade [...](E 5)

[...] importante para que as pessoas venham a mudar [...].(E 1)
[...] contribuir ele (processo de referência e contra referência) tenta mais não chegamos ao modelo ideal[...]a educação ainda é muito pontual, o que não traz resolutividade[..](E 10)

Pires (2009) aponta para o descompasso entre o aprendizado dentro das instituições de ensino superior e a realidade encontrada pelo profissional no campo de trabalho. Essa situação foi vivenciada pelos entrevistados com relação à humanização, embora o aprendizado tenha sido focalizado em sua concepção restrita à relação profissional e paciente. Os entrevistados apresentavam dificuldades de compreensão ampla da humanização, sua inserção no cuidado cotidiano e nas relações interdisciplinares entre as equipes.

A prevenção e a promoção da saúde foram procrastinadas por muitos anos em todos os seus aspectos (Souza e Abraão, 2010). A situação de implantação incipiente da PNH parece influenciar em todo processo de atenção à saúde que se mantém focadas preferencialmente numa assistência curativa. Desse modo, a educação em saúde nas unidades pesquisadas não tem vislumbrado o preconizado pelo PSF:

Educar para a saúde implica ir além da assistência curativa, significa dar prioridade a intervenções preventivas e promocionais. Deste modo, o desenvolvimento de práticas educativas no âmbito do PSF, seja em espaços convencionais, a exemplo dos grupos educativos, ou em espaços informais, como a consulta médica na residência das famílias em ocasião da visita domiciliar, expressa a assimilação do princípio da integralidade pelas equipes de saúde da família. (Alves, 2005)

Torna-se necessário, incentivar no cotidiano profissional, não apenas a assistência curativa, mas, sobretudo, a prática de atividades de promoção e prevenção à saúde. É preciso que haja um deslocamento da assistência curativa para incentivar a promoção e prevenção à saúde e a recuperação da autonomia do usuário nesse processo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa em questão buscou avaliar primordialmente como os profissionais da Estratégia de Saúde da Família percebem a implantação da Política Nacional de Humanização na atenção básica do município de Salvador.

De modo geral, a ideia que os profissionais entrevistados fazem acerca da implantação da PNH se limitou ao estabelecimento de atitudes de cunho filantrópico, entendendo a saúde como um “favor” ao usuário e não como direito conquistado pelo mesmo.

Apesar dos avanços no que concerne a multidisciplinaridade e na definição do conceito de saúde mais ampla, abrangendo a promoção e a recuperação da mesma, percebeu-se nessa pesquisa a persistência de um modelo biológico e centrado na doença que subsiste não somente na cultura da equipe multiprofissional, mas de igual modo na percepção da população atendida.

A falta de definição acerca do papel de cada componente na equipe multidisciplinar, além do desconhecimento da proposta da PNH abriu uma lacuna importante que contraria a proposta da ESF pelo MS, tendo uma equipe multidisciplinar cogestora de seu processo de trabalho e controle social efetivo pelo usuário do serviço como autônomo no seu próprio processo de saúde.

A implantação da PNH foi considerada como ineficaz, havendo um falho entendimento de humanização como sinônimo de filantropia, dificuldades nas relações interdisciplinares e inexistência de serviço de referência e contra referência..

Os argumentos aqui descritos evidenciam que os objetivos propostos pelo estudo foram alcançados. Apesar dos resultados que confirmam uma implantação incipiente, o processo de mudança segue em todo o país, buscando atingir aos objetivos propostos pelo Sistema Único de Saúde Brasileiro, aliado aos propósitos da Estratégia Saúde da Família de um SUS que dá certo.

REFERÊNCIAS

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa de Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, vol.9, n.16, p.39-52, fev. 2005.

BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. Edições 70. Lisboa, Portugal LDA: 2009.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1342-1353, set./out.2004.

BRASIL. Título VIII, da Ordem Social. Capítulo II, da Seguridade Social. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Seção II: Da Saúde. Artigo n.196. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitu%C3%A7ao.htm>. Acesso em 01.10.2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. *A humanização como eixo norteador das práticas de atenção*

e gestão em todas as instâncias do Sus. Brasília, Ministério da Saúde, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 72 p (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CAMPOS, Gastão Wagner Souza. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec, 2002.

DESLANDES, Sueli Ferreira. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. 20 ed. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz: 2006.

HENNINGTON, Élide Azevedo. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da Ergologia. *Revista Saúde Pública* v. 42, n.3, p.555-61, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. 12 ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 2010.

PASSOS, E. *Proposta de apresentação dos níveis de composição da PNH*. Rio de Janeiro, 2006.

PASCHE, Dario Frederico; PASSOS, Eduardo. Cadernos Temáticos PNH: formação em humanização. In: BRASIL, Ministério da Saúde. *Cadernos HumanizaSUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série B, Textos básicos em Saúde 242p.)

PIRES, Rodrigo Otávio Moretti. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.13, n.30, p.153-66, jul./set. 2009.

SANTOS- FILHO, Serafim Barbosa; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; GOMES, Rafael da Silveira. The National Humanization Policy as a policy produced within the healthcare labor process. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.13, supl.1, p.603-13, 2009.

SOUZA, Rodolfo Fernandes. *Reflexão sobre o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF)* 2010. Disponível em: <http://www.revistalabor.ufc.br/Artigo/volume3/reflexao_processo_trabalho.pdf>. Acesso em 01.10.2014

SOUZA, Rodolpho Fernandes de; ABRAHÃO, Ana Lúcia. Reflexão sobre o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF). *Revista do LABOR*, Fortaleza, v. 1, n. 3, p. 1-15, 2010.

Este artigo resultou da dissertação de mestrado em Tecnologia em Saúde *de autoria de Denise de Sena Amarante*, realizado na EBMSP.

Correspondência:

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Av. Dom João VI, nº 275, Brotas, Salvador, Bahia, Brasil. CEP: 40290-000.

Colaboradores: Denise de Sena Amarante participou na concepção do projeto, na coleta de dados, interpretação dos resultados e escrita do artigo. Liliane Lins participou da concepção do projeto, da interpretação dos resultados, da escrita do artigo e co-orientação da pesquisa. Marta Silva Menezes participou da interpretação dos resultados, análise crítica do artigo e orientação da pesquisa. Os autores declaram não haver conflito de interesse.