



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Anna Nunes Pereira Neta Farias

**HUMANIZAÇÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PERCEPÇÕES
DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM EM UM CENTRO DE SAÚDE DA
COMUNIDADE NA CIDADE DE PALMAS - TO**

PALMAS – TO
2017

Anna Nunes Pereira Neta Farias

**HUMANIZAÇÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PERCEPÇÕES
DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM EM UM CENTRO DE SAÚDE DA
COMUNIDADE NA CIDADE DE PALMAS - TO**

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado Profissional em Ciências da Saúde
da Universidade Federal do Tocantins, para
a obtenção do título de Mestre.

Orientadora:
Prof.^a Dr.^a Leila Rute Oliveira Gurgel do
Amaral

PALMAS – TO
2017

FOLHA DE APROVAÇÃO

ANNA NUNES PEREIRA NETA FARIAS

HUMANIZAÇÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM EM UM CENTRO DE SAÚDE DA COMUNIDADE NA CIDADE DE PALMAS - TO.

Dissertação apresentada ao Mestrado
Profissional em Ciências da Saúde da
Universidade Federal do Tocantins para a
obtenção do título de Mestre.

Aprovada em: 09/05/2017

BANCA EXAMINADORA



Dra. Leila Rute Oliveira Gurgel do Amaral

Orientadora

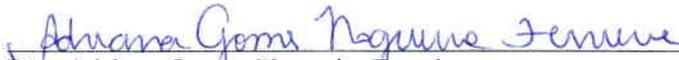
Instituição: Universidade Federal do Tocantins



Dra. Marta Azevedo dos Santos

Examinadora Interna

Instituição: Universidade Federal do Tocantins



Dra. Adriana Gomes Nogueira Ferreira

Examinadora Externa

Instituição: Universidade Federal do Maranhão

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

Farias, Anna Nunes Pereira Neta

Humanização na Estratégia de Saúde da Família: Percepções dos profissionais que atuam em um Centro de Saúde da Comunidade na Cidade de Palmas – TO./ Anna Nunes Pereira Neta Farias. - Palmas, TO, 2017.
96 f.

Dissertação (Mestrado Profissional) – Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Palmas – Curso de Pós-graduação (Mestrado) em Ciências da Saúde, 2017.

Orientadora: Leila Rute Oliveira Gurgel do Amaral

1. Política Nacional de Humanização.2. Estratégia de Saúde da Família. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Acolhimento. 5.Ambiência. I. Título

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citado a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

DEDICATÓRIA

A toda minha família, em especial aos meus pais, Ademar e Maria Ivone, e aos meus irmãos, Ademar Júnior, Míriam e Jayme Netto, pessoas que eu tanto amo e que sempre me apoiaram em todas as fases da minha vida.

Ao meu esposo André Luiz, pelo companheirismo, carinho, apoio, compreensão, paciência. Ao meu filho Miguel, que, embora não tivesse conhecimento deste trabalho, de forma especial, iluminou os meus pensamentos, me levando a buscar mais conhecimentos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom maravilhoso da vida, porque sem ele eu nada posso fazer, e também pela oportunidade que me proporcionou em obter mais conhecimentos, de modo que, de maneira mais qualificada, poderei desenvolver o meu trabalho na área da saúde, em prol de uma sociedade mais justa, solidária e de muito amor ao próximo.

À minha orientadora, professora Dr.^a Leila Rute Oliveira Gurgel do Amaral, por ter acreditado em mim e por ter-me mostrado o caminho do verdadeiro conhecimento. Pessoa de uma simplicidade admirável, sempre mostrou disponibilidade, paciência e compreensão para comigo.

À Prof.^a Dr.^a Adriana Gomes Nogueira Ferreira e Prof.^a Dr.^a Marta Azevedo dos Santos, que participaram da Banca de Qualificação e de Defesa, pela leitura atenta do material e pelos comentários que foram valiosos e iluminadores, na etapa final desta Dissertação de Mestrado.

A todos os colegas e professores da Coordenação de Pós-Graduação do Programa de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Tocantins, pelo convívio e aprendizado.

A todos aqueles que fazem parte do Programa de Pós-Graduação e Pesquisa do Mestrado Profissional em Ciências da Saúde, pelo empenho e dedicação para manter a qualidade desse curso.

À equipe do Centro de Saúde da Comunidade Aurenny II, onde foi realizada a pesquisa, pelo acolhimento e por ter contribuído na coleta de dados deste trabalho.

Aos que, de forma direta e indireta, colaboraram na realização deste meu trabalho de Mestrado.

Humanizar caracteriza-se em colocar a cabeça e o coração na tarefa a ser desenvolvida, entregar-se de maneira sincera e leal ao outro e saber ouvir com ciência e paciência as palavras e os silêncios. O relacionamento e o contato direto fazem crescer, e é neste momento de troca que humanizo, porque assim posso me reconhecer e me identificar como gente, como ser humano. (OLIVEIRA, 2001, p. 102).

RESUMO

Com a efetivação do SUS, em 1988, grandes mudanças no setor saúde aconteceram, dentre as quais o advento da Política Nacional de Humanização (PNH), implantada em 2003, que tem como objetivo principal qualificação das práticas de saúde, acolhimento, valorização dos trabalhadores e usuários com a participação da gestão. Pautada nesses princípios, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), criada em 1990, apresenta uma dinâmica de reorganização dos serviços de saúde, prevenção das doenças e reabilitação do indivíduo. A humanização na ESF favoreceu a construção e troca de saberes com as redes de atenção à saúde, interação com os trabalhadores de saúde e um forte compromisso com a valorização do ser humano, da ambiência e do processo de trabalho das equipes de saúde da família. A presente Dissertação objetivou analisar as perspectivas dos profissionais que atuam em um Centro de Saúde da Comunidade, na cidade de Palmas/TO, a respeito da humanização na Estratégia de Saúde da Família. Para tanto, foi realizada uma pesquisa qualitativa em saúde no Centro de Saúde da Comunidade Aurenny II, de maio a junho de 2016, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal do Tocantins, sob parecer 114/2014. Fizeram parte da amostra dez profissionais da Estratégia de Saúde da Família. Para a coleta de dados, foi utilizada uma entrevista semiestruturada, os dados foram gravados e depois transcritos; a análise dos dados foi feita por meio da técnica de análise de conteúdo. Todos os profissionais conceituaram humanização como forma de acolher o usuário dentro do serviço de saúde, tratá-lo com responsabilidade, proporcionando carinho e escuta qualificada. O relacionamento entre os trabalhadores e o usuário é considerado bom, apesar dos conflitos. Por outro lado, o relacionamento entre os trabalhadores é satisfatório. Quanto à ambiência, o espaço físico precisa melhorar, constituindo uma das principais dificuldades relatadas pelos profissionais. Através dos relatos dos profissionais, o processo de educação permanente em saúde não faz parte da rotina do Centro de Saúde da comunidade. Uma das facilidades encontradas está na liberdade de os profissionais realizarem as suas atividades. A maioria dos trabalhadores veem a humanização na Estratégia de Saúde da Família como um desafio que precisa melhorar. Diante dos resultados encontrados, para efetivar a humanização à qual almejamos e promover mudanças nos modelos de atenção e gestão em saúde, é oportuno apostar na implementação dos dispositivos que norteiam a PNH: o grupo de trabalho de humanização, o colegiado gestor, o sistema de escuta qualificada para usuários e trabalhadores, o projeto terapêutico, a educação permanente em saúde para os trabalhadores do serviço e a elaboração de projetos de ambiência com ampliação do Centro de Saúde da comunidade, com o objetivo de fortalecer cada vez mais o controle social e os princípios e diretrizes do SUS.

Palavras-Chave: Estratégia de Saúde da Família. Política Nacional de Humanização. Ambiência.

Abstract

With the implementation of the SUS, in 1988, major changes in the health sector, such as the National Humanization Policy (PNH), implemented in 2003, aimed at qualifying health practices, welcoming and valuing workers and management. Based on these principles, the Family Health Strategy (FHS), created in 1990, presents a dynamic of reorganization of health services, disease prevention and rehabilitation of the individual. Humanization in FHS favored the construction and exchange of knowledge as health care networks, interaction with health workers and a commitment to a valuation of the human being, the environment and the work process of the family health units. This dissertation aimed to analyze the perspectives of professionals working in a Community Health Center in the city of Palmas / TO, regarding humanization in the Family Health Strategy. Therefore, a qualitative health research was carried out at the Aurenly II Community Health Center, from May to June 2016, with the approval of the Ethics Committee on Research in Human Beings of the Federal University of Tocantins, based on opinion 114/2014. The sample comprised 10 professionals from the Family Health Strategy. For the data collection, a semi-structured interview was used, the data was recorded and then transcribed; the analysis of the data was done through the technique of content analysis. All professionals conceptualized humanization as a way to welcome the user within the health service, treat him with responsibility, providing affection and qualified listening. Although conflicts happen from time to time between professionals and users, the relationship between these subjects is considered satisfactory.

Key Words: Family Health Strategy. National Politics of Humanization. Ambience.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Fluxograma 1 – Análise de conteúdo-----	41
Quadro 1 – Unidades de registro/temas iniciais-----	43
Quadro 2 – Unidades de contexto e de registro-----	44
Quadro 3 – Categorias de análise-----	45

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

AB:	Atenção Básica
ABS:	Atenção Básica de Saúde
ACS:	Agente Comunitário de Saúde
AIS:	Ações Integradas de Saúde
AP:	Atenção Primária
APS:	Atenção Primária à Saúde
CAP:	Comunidade Ampliada de Pesquisa
CEP:	Cômite de Ética e Pesquisa
CNDSS:	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde
CNS:	Conselho Nacional de Saúde
CTH:	Câmara Técnica de Humanização
DSS:	Determinantes Sociais de Saúde
E1:	Entrevistador
EP:	Educação Permanente
ESF:	Estratégia de Saúde da Família
GTH:	Grupo de Trabalho de Humanização
INAMPS:	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LOS:	Lei Orgânica de Saúde
NASF:	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS:	Organização Mundial de Saúde
OPAS:	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS:	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB:	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS:	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH:	Política Nacional de Humanização
PNHAH:	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PSF:	Programa Saúde da Família
RAS:	Redes de Atenção à Saúde
SF:	Saúde da Família
SINPAS:	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SUS:	Sistema Único de Saúde
TCLE:	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UBS:	Unidade Básica de Saúde
UBSF:	Unidade Básica de Saúde da Família
UFT:	Universidade Federal do Tocantins
UPA:	Unidade de Pronto Atendimento
USF:	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CONCEITOS E CONTEXTO HISTÓRICO	15
1.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	16
1.2.1 Política Nacional de Atenção Básica.....	20
1.2.2 Redes de Atenção à Saúde enquanto Modelo de Atenção	23
1.3 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO.....	24
1.3.1 Diretrizes	27
1.3.1.1 Acolhimento	28
1.3.1.2 Ambiência	29
1.3.1.3 Valorização do trabalho e do trabalhador.....	31
1.3.1.4 Clínica Ampliada e Compartilhada	31
1.3.1.5 Gestão participativa e cogestão	32
1.3.1.6 Defesa dos direitos dos usuários, fomento das grupalidades, coletivos e redes e a construção da memória do SUS que dá certo.....	33
1.3.2 Contexto Atual da Política Nacional de Humanização no Brasil e Atenção Básica	33
2 OBJETIVOS	38
2.1 GERAL.....	38
2.2 ESPECÍFICOS.....	38
3 METODOLOGIA	39
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
5 CONCLUSÃO	75
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
REFERÊNCIAS	81
ANEXOS.....	91
ANEXO A – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP).....	91
APÊNDICES.....	92
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE	92
APÊNDICE B - Instrumento de coleta de dados - Entrevista.....	94

1 INTRODUÇÃO

O processo de humanização no sistema de saúde tem como meta contribuir no fortalecimento do relacionamento entre trabalhadores, usuários e gestores e, além disso, busca refletir a realidade encontrada nos serviços de saúde. Tal proposta almeja a conquista de um melhor atendimento à saúde da população e de condições de trabalho dos profissionais de saúde (ZUGE, 2012). Os trabalhadores de saúde vivenciam sobrecarga de trabalho e rotina de estresse. Prestam ainda atendimento a usuários em situações de fragilidade, dor e sofrimento.

A humanização não pode ser entendida como apenas mais um programa a ser aplicado aos diversos serviços de saúde, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede pública de saúde. Se a humanização for vista como mais um programa proposto pelo Ministério da Saúde, aprofundaria os riscos de relações verticais, nas quais são estabelecidas normativas que devem ser aplicadas e operacionalizadas, o que significa a efetuação burocrática, descontextualizada e dispersiva, por meio de ações pautadas em índices a serem cumpridos e metas a serem alcançadas, independentemente de sua resolutividade e qualidade (BENEVIDES; PASSOS, 2005). Implica mudança na gestão dos sistemas de saúde e de seus serviços. Essa mudança altera o modo como usuários, trabalhadores e gestores interagem entre si. Fornecer melhor atendimento aos usuários e melhores condições de trabalho, propor mudanças inovadoras, de modo a formar profissionais mais qualificados e comprometidos com as necessidades de saúde dos usuários constituem alguns dos principais objetivos dessa Política.

Apresenta-se como estratégia de interferência no processo de produção de saúde, por levar em conta que sujeitos, quando mobilizados, são capazes de transformar a realidade. Com efeito, um dos maiores problemas a serem enfrentados no sistema único de saúde é a falta de formação e profissionalização dos sujeitos. A partir desse ponto, surgem outros, decorrentes do processo, como a insatisfação por parte dos usuários, a falta de resolutividade, a dificuldade no acesso e os problemas estruturais (ZUGE, 2012).

As diretrizes operacionais da ESF revelam muitos pontos de convergência com aquelas referidas na PNH, a saber: ênfase no trabalho em equipe multiprofissional, incentivo à participação comunitária baseada no princípio de corresponsabilidade e uma maior aproximação com a realidade da população, vinculada à identificação de suas necessidades (TRAD; ESPERIDIÃO, 2010). Essas diretrizes contribuem para adequado relacionamento entre os profissionais, usuários e gestores. Estudos sobre a humanização na atenção primária evidenciam que a humanização, na Estratégia de Saúde da Família, é essencial para o fortalecimento do SUS. Está comprovado, através de artigos científicos, que o diálogo, a escuta realizada por profissional qualificado e o espaço físico agradável têm forte contribuição na evolução do estado de saúde do usuário.

A humanização na ESF requer um processo reflexivo acerca dos valores e princípios que norteiam a prática profissional; além de um tratamento digno, os profissionais que compõem a equipe devem proporcionar atendimento solidário e acolhedor aos usuários que necessitam de cuidados de saúde. A humanização, no âmbito da saúde da família, perpassa

todas as dimensões do SUS, no que diz respeito à universalidade na assistência, à integralidade e à equidade. Humanizar é ofertar atendimento de qualidade, com melhoria na ambiência e condições de trabalho. O baixo investimento na qualificação dos profissionais da ESF, a deficiência na gestão, a sobrecarga de trabalho, as pressões, o excesso de atividades burocráticas e a baixa resolutividade nos serviços de saúde causam diversos problemas, como usuários insatisfeitos, profissionais sobrecarregados e deficiência na gestão.

Os usuários dos serviços de saúde, assim como os trabalhadores, enfrentam problemas de diversas ordens, desde as grandes filas de atendimento, a insensibilidade dos trabalhadores frente ao sofrimento das pessoas, os tratamentos desreipeitosos, o isolamento das pessoas de suas redes sociofamiliares, nos procedimentos, consultas e internações, as práticas de gestão e internações, as práticas de gestão autoritária, as deficiências nas condições concretas de trabalho além da degradação nos ambientes das relações de trabalho, na perspectiva da PNH. Esses problemas são a expressão concreta e real de certos modos de se conceber e de se organizar o processo de trabalho em saúde (BRASIL, 2010c).

A relação usuário, trabalhador e gestor, no contexto da ESF, é um desafio para a implementação de práticas humanizadas em saúde, considerando sua relevância e a emergência da problemática da humanização como necessidade social (GOMES et al., 2012).

1.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CONCEITOS E CONTEXTO HISTÓRICO

De acordo com Matta e Morosini (2009), internacionalmente, tem-se apresentado “atenção primária à saúde” (APS) como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder, de forma regionalizada, contínua e sistematizada, à maior parte das necessidades de saúde da população, com ações preventivas e curativas. No Brasil, a APS incorpora os princípios da reforma sanitária, de sorte a levar o Sistema Único de Saúde (SUS) a adotar a designação da Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde.

Historicamente, o termo *atenção primária* foi utilizado como forma de organização dos sistemas de saúde, pela primeira vez, no chamado relatório Downson, em 1920, na Inglaterra. O referido relatório organizava o modelo de atenção em centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, suplementares, hospitais e ensino. Os centros de saúde primários e os serviços domiciliares deveriam estar organizados de maneira regionalizada, onde a maior parte dos problemas de saúde deveriam ser resolvidos por médicos generalistas. Os casos que o médico não tivesse condições de resolver deveriam ser encaminhados para os centros de atenção secundária (MATA; MOROSINI, 2009). Para Mello et al. (2009), o termo *primary health care* (atenção primária à saúde) teria sido descrito pela primeira vez em documentos oficiais ainda no início da década de 1970, na Inglaterra, nas páginas da “Contact”, revista de comissão médica cristã (CMC), ligada ao Conselho Mundial de Igrejas e Federação Mundial Luterana.

Sabe-se que, antes da criação do SUS, a APS representava um marco importante para a organização dos serviços assistenciais de saúde, tendo como proposta mudar o modelo de atenção à saúde, de sorte que passou a ser não só um nível de atenção, mas uma estratégia

de mudança para o sistema de saúde brasileiro. A APS deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada de centros de comunicação com toda a RAS. Essa estratégia é norteada pelos princípios da universalidade, da integralidade da atenção, da responsabilidade, da humanização, da equidade e da participação da comunidade.

Em 1978, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) realizaram a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata (MATA; MOROSINI, 2009). A declaração de Alma-Ata defendia a seguinte definição de APS: Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter, em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constitui a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem, trabalham e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OPAS/OMS, 1978).

Baseados nessas perspectivas, os cuidados primários de saúde são mundialmente conhecidos como atenção primária à saúde (APS) e contam com a implementação de novas práticas em saúde, advento da reforma sanitária e implantação do SUS. A APS passou a ser designada atenção básica, ou seja, primeiro nível de complexidade tecnológica do SUS e o mais importante espaço organizado de redes de atenção à saúde (SAMPAIO et al., 2012).

A APS apresenta várias abordagens, uma das quais se refere ao ponto de entrada no sistema de saúde, constituído por cuidados contínuos de saúde para a população, com ênfase no nível de atenção e em um sistema de serviços de saúde (OPS/OMS, 2007).

A APS, como eixo norteador do sistema de saúde, deve ser representada pelos princípios de intersetorialidade, equidade e participação da comunidade, e regida pelos valores de solidariedade, direito à saúde, além da sustentabilidade, de forma a assumir o compromisso com a manutenção da saúde da população. A APS deve atender às necessidades de saúde da comunidade, procurar ofertar serviços de qualidade além da humanização no atendimento. Para isso realmente acontecer, é imperiosa a implementação de uma força conjunta das demais redes de atenção à saúde, que inclui a média e a alta complexidade, laboratórios, centros de saúde, unidades de saúde e recursos humanos adequados, com responsabilidade e com o objetivo primordial de atender às necessidades de saúde das pessoas.

1.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Em face dessa problemática, o Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988, é definido como um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas, federais, estaduais e municipais. Esse sistema apresenta vários objetivos, dentre os quais está a assistência as pessoas por meio das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização de atividades assistenciais e preventivas. O SUS oferece um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange ações de promoção,

proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde (BITTENCOURT, 2013).

O SUS trouxe várias propostas de mudança na assistência à saúde, dentre elas, a PNH. Este sistema tem uma forte relação com essa política, uma vez que é norteado por princípios e diretrizes que estão fortemente interligados com a humanização no atendimento ao usuário, dentre estes; a humanização com a participação do usuário nos serviços de saúde, a integralidade, equidade, a universalidade no atendimento, dentre outros.

Um dos princípios do SUS, a integralidade da assistência, a atenção à saúde deve levar em conta as necessidades específicas das pessoas. O princípio da universalidade concebe que saúde é um direito de todos e dever do estado – mas nem sempre isso é garantido. O princípio da equidade visa a reduzir as disparidades sociais e regionais existentes no nosso país, as quais ainda são grandes; em outras palavras, diz respeito à necessidade de se tratar *igualmente os desiguais*. A regionalização e a hierarquização estão na organização, na união e na parceria de todos os envolvidos e dependem do apoio dos gestores estaduais e municipais em garantir a eficiência, a eficácia e a efetividade do SUS. Um dos maiores desafios do SUS está na necessidade de humanizar os serviços de saúde.

Ao longo do século XIX, a Saúde Pública no Brasil ganhou espaço, relacionado com o avanço da ciência e, principalmente, com o conhecimento a respeito do modo de transmissão das doenças infecciosas, necessidades econômicas, comerciais e políticas de sociedades capitalistas (CAMPOS, 2013). Sabe-se que, nesse período, as condições socioeconômicas da população não eram satisfatórias, de sorte que o país enfrentava as desigualdades sociais, a pobreza, a falta de saneamento básico, as precárias condições de moradia, alimentação, lazer e o acentuado número de doenças existentes, sem nenhum controle, necessitando de mudanças urgentes. No Brasil, doenças como febre amarela e varíola eram cada vez mais frequentes. Diante de toda essa situação, muitas medidas foram tomadas, no intuito de combater muitos males que ameaçavam a saúde da população.

Para Rosa e Labate (2005), as estratégias de saúde propostas pelo governo nem sempre visavam ao bem-estar da população. As políticas de saúde, no Brasil, refletiam o momento vivido, a economia vigente e as classes dominantes. Durante a Primeira República, as metas eram o saneamento de portos e núcleos urbanos, no intuito de manter condições sanitárias mínimas para programar as relações comerciais com o exterior.

Estudos realizados sobre a história da saúde pública, no Brasil, relatam que, no início da década de 1910, não existiam estabelecimentos de saúde pública. Sabe-se que as ações de saúde eram feitas no território, os profissionais de saúde atendiam ao ar livre, em barracas ou em redes improvisadas. Em 1916, o governo brasileiro inaugura os primeiros postos de profilaxia rural, projeto o qual priorizava o combate das doenças mais comuns naquela época, como a malária, doença de Chagas, tuberculose, febre amarela. Além disso, os profissionais implementavam ações de higiene infantil e imunizações, no combate aos vários tipos de doenças.

Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o atendimento especializado e hospitalar era realizado por instituições de caridade e, em face dos movimentos sociais, foi criada a saúde previdenciária, que tinha suas ações voltadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde (LIMA; MATÃO, 2007).

Na tentativa de reorganizar os serviços de saúde, os movimentos não pararam, com evidência de grandes esforços para modificar a realidade encontrada na área da saúde. A fim de que isso acontecesse, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, cuja proposta foi a implementação do SUS, em 1988. O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 e é regulamentado pela Lei nº 8.080, a Lei Orgânica de Saúde (LOS), de 19 de setembro de 1990, a qual dispõe sobre a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde, pela 2ª Lei Orgânica da Saúde e pelo Decreto nº 7.508, que regulamenta a LOS (FIGUEIREDO et al., 2013).

Conforme a legislação, saúde é um direito de todos e um dever do estado prover o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde. O SUS surgiu como uma maneira de contribuir no funcionamento e organização dos serviços de saúde. Esse sistema é único, porque segue os mesmos princípios de organização, sob a responsabilidade do governo federal, estadual e municipal.

Uma das melhores definições para entender esse sistema é a de que o SUS não é um serviço ou uma instituição, mas um sistema, que significa um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público (LIMA; MATAO, 2007). Esse sistema está voltado para o desenvolvimento das atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde da população.

Na verdade, o SUS é o marco da construção democrática e participativa das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2012). A legislação definiu mecanismos para que a participação popular faça parte do seu funcionamento, por meio da prática do controle social, nos conselhos municipais e locais de saúde.

Para Paim (2012), o SUS é resultante do processo de luta da sociedade brasileira, na época, contra a ditadura, e que defendia um projeto de reforma sanitária. Um de seus elementos, segundo o autor, era construir um sistema de saúde universal, para todos, de caráter público, que pudesse fazer uma integração entre ações individuais e coletivas.

Com a criação do SUS, a população passa a ter direito de acesso aos serviços públicos de saúde, através de ações de promoção, prevenção e reabilitação. Com o acesso ao SUS, a comunidade passa a dispor de unidades de saúde, centros e postos de saúde, unidades de pronto atendimento (UPA), clínicas, hospitais, laboratórios, hemocentros, vacinas e medicamentos.

O SUS está definido, de acordo com a Constituição brasileira, como um arcabouço jurídico institucional que rege o funcionamento das ações e serviços de saúde, no território nacional, com uma estrutura política e administrativa que prevê a gestão compartilhada entre as unidades da federação. Além disso, reconhece o direito à saúde, por meio de ações de promoção da saúde, de prevenção e controle de doenças e a prestação de serviços assistenciais (CAMPOS et al., 2013). Para melhor funcionamento e operacionalização do SUS, as ações e serviços de saúde que integram esse sistema são desenvolvidos segundo alguns princípios e diretrizes do SUS: Princípios doutrinários: universalidade, equidade e integralidade. Princípios organizativos (Diretrizes): Regionalização, descentralização, hierarquização, participação da comunidade e comando único. O artigo 196 da Constituição Federal brasileira de 1988 estabelece que “[...] saúde é direito de todos e dever do estado”, e que todo indivíduo tem direito a uma saúde de qualidade, atendimento universal, com equidade nas ações de prevenção das doenças e na promoção da saúde. Nessa perspectiva,

foi criada, em março de 2006, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), a qual visa a mobilizar a sociedade brasileira, para atender e enfrentar de forma mais efetiva as causas sociais das doenças e mortes que acometem a população e reforçar o que é socialmente benéfico para a saúde individual e coletiva (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2006).

De acordo com Buss e Pellegrini Filho (2007), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população, tais como habitação, saneamento básico, ambiente de trabalho saudável, serviços sociais de saúde e de educação de qualidade. Por outro lado, a Organização Mundial de Saúde (OMS) salienta que os determinantes sociais estão ligados às condições em que uma pessoa vive e trabalha. Entre os desafios, a área de saúde, juntamente com os demais setores da sociedade, deverá se unir no combate às desigualdades sociais e que proporcionem melhores condições de mobilidade, trabalho, lazer, acesso a serviços de saúde, além da participação da comunidade, trabalhadores e gestores no processo de produção da saúde e da qualidade de vida.

Baseados nessa situação, os determinantes sociais de saúde (DSS) estão associados com as condições de vida e de trabalho das pessoas. Alguns fatores, dentre eles os sociais e econômicos, têm forte influência na ocorrência de vários problemas de saúde, interferindo nas condições de moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego da comunidade. A Lei n. 8.080/90 explicita que a saúde tem, entre seus fatores determinantes e condicionantes, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (FIGUEIREDO et al. apud BRASIL, 1990a).

A PNH enquanto uma política transversal, tem o propósito de promover mudanças no modelo assistencial aos usuários dos SUS. Uma das propostas desta política, destaca-se a formação de grupos de trabalho de humanização (GTHS). Esses grupos são constituídos por pessoas interessadas em discutir os problemas encontrados nos serviços de saúde e também na identificação e intervenção dos determinantes sociais que afetam a qualidade de vida e saúde dos usuários.

A fim de organizar a AB, no território brasileiro, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, foi implantado, inicialmente, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1990; posteriormente, o Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, que atualmente passou a ser denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF). Enquanto um projeto dinamizador do SUS, apresentou um crescimento expressivo, nos últimos anos. Como estratégia, a saúde da família tem provocado um intenso movimento, com o objetivo de reordenar o modelo de atenção vigente. Ela é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, mediante a implantação de uma equipe composta por vários profissionais, em unidades básicas de saúde. Essas equipes são responsáveis por um número definido de famílias, localizadas em uma determinada área geográfica. Tais equipes realizam atividades educativas, com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e outros agravos, além da manutenção da saúde da comunidade sob sua responsabilidade. Essa Estratégia, como nova dinâmica do setor da saúde, busca romper velhos paradigmas, de uma assistência totalmente curativa e individualizada para o atendimento acolhedor, humanizado, centrado não apenas na doença, mas no aspecto biopsicossocial. Tal estratégia trouxe vários desafios, dentre os quais uma

assistência centrada na pessoa, na família e na coletividade, voltada para a prevenção de doenças e promoção de saúde.

1.2.1 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

Com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio dos movimentos sociais, com a participação de usuários, trabalhadores e gestores dos três níveis de governo federal, estadual e municipal, foi instituída a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). A atenção básica (AB), a qual tem como um dos princípios a descentralização, passou a ficar mais próxima da vida das pessoas, no território de abrangência da comunidade. Essa política é norteadada por outros princípios, tais como a universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, equidade e da participação da comunidade. A AB deve ser o contato preferencial da vida dos usuários, constituindo, assim o centro de comunicação com todos os serviços que compõem as Redes de Atenção à Saúde (RAS).

A organização da Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde (AB/APS) é uma das atribuições das Secretarias Municipais de saúde, que ficaram responsáveis, desde 2000, pelo papel de gerenciar a APS/AB, tanto em suas dimensões administrativas, quanto técnica financeira e operacional. A atenção tem a saúde da família como estratégia prioritária para sua organização; de acordo com os princípios do SUS, foi assim definida:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e cuidado e gestão democrática e participativa, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. (BRASIL, 2012, p. 19).

Nessa definição está implícito que o objetivo primordial da AB é desenvolver uma atenção integral, resolutive, com capacidade de resolver os problemas de saúde da comunidade, com ações de promoção da saúde, de prevenção de agravos, nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de acordo com os princípios do SUS. Conforme o contexto, a AB é constituída por unidades de saúde da família e deve ser o primeiro contato dos usuários, os quais deverão ser acolhidos nas suas necessidades básicas de saúde, por uma equipe multiprofissional. A definição de atenção básica é ampla, pois é orientada segundo os princípios do SUS, da humanização no atendimento, universalização, equidade e descentralização, de maneira que todas as ações implementadas são voltadas para o cuidado, a prevenção das doenças e a promoção da saúde.

A Portaria 2.488, de outubro de 2011 (BRASIL, 2011c) aprovou a Nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), na qual houve a inclusão de novas equipes de atenção básica, Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), dentre outros avanços, tais como a criação de vários programas para melhorar o atendimento, ampliando os serviços na Atenção Básica, com a ampliação e a reforma da rede física, inclusão de equipes de saúde ribeirinhas, Consultórios na Rua, Academia da Saúde, Articulação com a Rede de Urgências e Programa Saúde na Escola.

A atenção básica é considerada importante iniciativa do SUS, é norteadada por um dos princípios do SUS: a universalidade – em outras palavras, todas as pessoas têm direito ao atendimento gratuito e de qualidade, independentemente de etnia, religião, local de moradia, situação de emprego ou renda. É dever dos governos municipal, estadual e federal garantir o acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde (FIGUEIREDO et al., 2013).

É importante saber que essa nova política não induziu a grandes mudanças, todavia, incluiu novas adaptações, como o acesso do usuário aos serviços de saúde, o acolhimento com classificação de risco nas unidades de saúde da família, a linha de cuidado voltada para a prevenção dos agravos, como hipertensão arterial, diabetes, cuidado pré-natal e outras ações de saúde, além da gestão do cuidado à saúde das populações, com as unidades de saúde da família como um apoio, a porta preferencial da comunidade aos serviços básicos de saúde e ordenadora das demais redes de atenção à saúde.

São requisitos primordiais para o adequado funcionamento da AB, no território brasileiro: ser base para os demais serviços de referência; ser resolutiva, de sorte a identificar riscos e demandas de saúde, por meio de uma clínica ampliada com capacidade de estabelecer vínculos com a comunidade; coordenar o cuidado, como, por exemplo, na elaboração e acompanhamento de projetos terapêuticos; acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre as demais RAS, atuando como ponto de referência, através de uma relação horizontal, contínua e integrada e, por último, ordenar as demais redes de atenção e reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade (BRASIL, 2012).

Para que esse funcionamento possa acontecer de maneira adequada, os centros de saúde da comunidade devem apresentar uma estrutura física capaz de atender às demandas dos usuários, ou seja, os consultórios médicos, de enfermagem e odontologia precisam estar bem equipados, com salas para realizar o acolhimento aos usuários, reuniões com a gerência, equipe, procedimentos coletivos, sala de vacinas, além de sala de recepção agradável para o usuário.

Diante disso, os princípios básicos da ESF estão voltados para uma atenção básica resolutiva, ou seja, ser capaz de resolver os problemas de saúde da comunidade e prestar atendimento integral, humanizado, com equipe multidisciplinar. Essa equipe é composta, no mínimo, por um médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, um enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Pode-se acrescentar a essa composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal (ou equipe de saúde bucal – ESB): um cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família ou um auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012).

Cada equipe de saúde da família deve ser responsável por no máximo 4.000 pessoas de uma determinada área (BRASIL, 2012). O número de agentes comunitários de saúde deve ser o suficiente para atender toda população cadastrada no território, ficando 750 pessoas sob a responsabilidade de cada ACS. Os profissionais cadastrados na ESF deverão cumprir uma carga horária de 40 horas semanais e deverão desenvolver suas atribuições na unidade de saúde e também no território de abrangência, isto é, na comunidade, com atividades de prevenção das doenças e promoção da saúde.

Ao lado dos princípios gerais de AB, a ESF, segundo Campos (2013), deve ter caráter substitutivo em relação à rede de atenção básica tradicional nos territórios em que as equipes de saúde da família atuam; agir no território, a partir da realização do cadastramento familiar, diagnóstico situacional da comunidade, a fim de identificar os principais problemas de saúde/doença da comunidade e propondo soluções de melhoria; desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação da equipe, concretizadas após o diagnóstico situacional, sempre com o foco na família e na comunidade. Além dessas atribuições, a ESF deve buscar a integração com outras instituições e organizações sociais (Pastoral da Criança, Secretaria de Ação Social, centros de saúde etc.), para o desenvolvimento de parcerias (CAMPOS, 2013).

O trabalho das equipes de saúde da família por semana é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências entre os trabalhadores de diversas categorias, culturas diferentes, com ampla diversidade de conhecimento e habilidades. Dentre as atribuições dos profissionais da ESF, podemos citar: realizar programação e implementação das atividades de atenção à saúde, de acordo com as necessidades de saúde da população; fazer o acolhimento, com classificação de risco e escuta qualificada; prever atenção integral, continuada e organizada à população; apoiar as estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social; propiciar atenção domiciliar aos usuários que possuam problemas de saúde controlados ou compensados e com dificuldade física de locomoção (CROZETA; ROEHR, 2012). Paralelamente a essas atribuições, a equipe deverá realizar reuniões de equipe, participar de atividades de educação permanente e promover o encaminhamento responsável, quando houver necessidade, para outras redes de atenção à saúde (BRASIL, 2012).

É na ESF que se inicia com o ato de acolher, escutar e oferecer soluções para o problema de saúde apresentado pelo usuário, evitando, assim, o agravamento dos mesmos e o sofrimento. Para isso, é necessário que o trabalho seja realizado em equipe, de maneira que os saberes possam ser compartilhados. Na verdade, trabalhar dessa forma é muito difícil, contudo, é imprescindível o trabalho em conjunto, com o objetivo de buscar integridade da atenção à saúde. O desenvolvimento de trabalho em equipe não é uma tarefa fácil, porque requer mudança de comportamento e de atitude do trabalhador da saúde.

As equipes que atuam na ESF necessitam acolher todos os casos, seja por demanda espontânea, seja por agendamento. Todos os usuários precisam ser acolhidos e ter as suas necessidades de saúde atendidas. E sempre é bom lembrar que o acolhimento é mais do que uma triagem qualificada ou uma escuta interessada: é composto por um conjunto formado por atividades de escuta, identificação dos problemas e intervenções para o seu enfrentamento (SAVASSI, 2011).

Para trabalhar na ESF, os profissionais deverão conhecer o significado de humanização, como atender bem os usuários, procurar caminhos para resolver as suas

necessidades de saúde e conhecer a realidade do território de abrangência de uma determinada comunidade. A missão que se propõe a ESF não é pequena, uma vez que necessita inverter toda uma lógica biomédica, centrada até então na consulta médica, agora direcionada a outras práticas em saúde e ao trabalho interdisciplinar e intersetorial, ou seja, promover o diálogo entre as famílias assistidas e entre os profissionais da saúde e de outras áreas (CHAVES; MARTINES, 2003).

No entanto, poucos estudos têm dado ênfase à relevância da humanização na ESF, onde o usuário, ao buscar atendimento na Atenção Básica, necessita de um atendimento humanizado e de qualidade e espera do profissional uma atitude de carinho, baseada na escuta qualificada, no ouvir e não apenas no oferecimento de uma atenção centrada na sua doença. Procurar aprofundar os conhecimentos acerca da humanização do atendimento em saúde é relevante, visto que a ESF está norteada pelos princípios da integralidade da assistência, na equidade, na participação da comunidade, no acesso aos serviços de saúde, por meio de várias reflexões para a mudança no processo de trabalho das equipes de saúde da família.

Diante desse contexto, podemos observar, por meio do estudo de Simões et al. (2007), que a humanização é uma expressão de difícil definição, em vista do seu caráter subjetivo, complexo e multidimensional. Na ESF, a humanização exige muito mais que qualidade clínica dos profissionais: exige conhecimento técnico-científico. Embora o SUS carregue em suas entranhas os princípios e diretrizes daquilo que poderia ser a grande política de humanização da assistência à saúde no país, a fim de garantir acesso universal, gratuito e integral, por outro lado, podemos observar filas imensas de pacientes à espera de atendimento, nas portas dos serviços de saúde, o que mostra a distância da realidade com a proposta humanizadora do SUS que tanto almejamos.

1.2.2 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE ENQUANTO MODELO DE ATENÇÃO

As RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, as quais buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010). Para Mendes (2011) e a Organização Pan-Americana de Saúde (2010), as RAS são fundamentais para a coordenação e a integração dos serviços e das ações de saúde, para a integralidade e qualidade da atenção à saúde da população. Diante desse contexto, a organização dos serviços e dos recursos em redes evidencia melhores resultados em saúde, menos internações, maior satisfação dos usuários, melhor uso dos recursos, serviços mais custo-efetivos e de melhor qualidade e maior cooperação entre gestores dos diferentes serviços de saúde.

Uma das principais características das RAS está no fortalecimento da atenção básica para realizar a coordenação do cuidado e ordenar a organização da rede de atenção, responsabilizando cada profissional pelo cuidado, com integralidade, ao usuário. Esse modelo de atenção à saúde tem como um dos objetivos promover a integração com os demais serviços de saúde e estabelecer uma atenção integral, de qualidade, responsável e humanizada para cada cidadão.

Desse modo, a atenção básica apresenta algumas funções da RAS, entre as quais estão: ser a modalidade de atenção e de serviços de saúde, com a necessária participação no

cuidado; ser resolutiva, procurando identificar os riscos e as necessidades e demandas dos usuários sob sua responsabilidade (BRASIL, 2010). As RAS, enquanto um modelo voltado para a organização dos serviços de saúde, estão de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, como a descentralização dos serviços de saúde; atendimento acolhedor, integral e humanizado com ampla participação da comunidade.

Por outro lado, as RAS podem experimentar algumas dificuldades, como explicitam os documentos (BRASIL, 2012):

As RAS podem apresentar sucessos e dificuldades. Os sucessos estão na aproximação e integração entre as diversas esferas de gestão municipal, regional e estadual e junto aos técnicos do Ministério da Saúde; articulação entre serviços e instituições, com base, como centralidade, no planejamento, a cooperação e a governança regional; diálogo e participação dos gestores municipais de saúde; fortalecimento do controle social; ampliação e otimização do acesso aos usuários e aumento na qualidade da atenção. As principais dificuldades estão em exercer a cogestão e apoio institucional, de forma mais democrática e participativa; comunicação entre os serviços de saúde; conflito de orientações entre diversos interlocutores do Ministério da Saúde, muitas vezes em desacordo com as portarias; na demora da normalização do repasse do financiamento da atenção primária à saúde aos municípios e na necessidade de articulação e comunicação mais afinada nas relações interfederativas, envolvendo governo federal, estados e municípios.

A APS, como um dos componentes da RAS, tem a responsabilidade de prestar atendimento, com foco na humanização, conhecer a comunidade cadastrada no seu território de abrangência, a partir do reconhecimento das suas necessidades básicas de saúde e pela proposta das intervenções necessárias. Além disso, a APS, enquanto uma rede de atenção à saúde, tem a responsabilidade de estabelecer vínculo com a comunidade, prestar atendimento integral e resolutivo com a participação da comunidade, além de promover ações e serviços preventivos, curativos, individuais e coletivos.

1.3 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

O termo *humanização* deriva do conceito de humanismo, no qual se defende a construção de uma sociedade mais humana, justa e igualitária, baseada nos princípios éticos de beneficência, não maleficência, justiça e autonomia (DESLANDES, 2006). A palavra *humanismo* vem do latim *humanus*. Um humanista pode ser definido como alguém cuja visão de mundo confere grande importância à vida e aos valores humanos. Como doutrina filosófica, o humanismo teve seus antecedentes na Grécia antiga. Os estudiosos atribuem a origem do humanismo a Sócrates, que foi condenado à morte, justamente por colocar em dúvida a existência dos deuses oficiais, através das suas reflexões sobre os problemas humanos (DESLANDES, 2006).

A Política Nacional de Humanização e/ou HumanizaSUS, criada em 2003, pelo Ministério da Saúde, representa marco de grande relevância para o Sistema de Saúde Brasileiro. Segundo documentos oficiais (cf. BRASIL, 2010), humanização é a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia, o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão.

Humanizar corresponde também a cuidar, porque só o ser humano é capaz de cuidar ,no sentido integral, de outro ser humano; ademais, compreende também os valores, tais como solidariedade, gentileza, preocupação pelo outro, compaixão e amor. A humanização do cuidado é essencial para o relacionamento entre usuários, trabalhadores e gestores. É tornar humano, é ver cada pessoa como um ser único, complexo, cheio de qualidades e defeitos, mas, acima de tudo, seres humanos, dignos de respeito e consideração.

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi apresentada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 2004. Essa política protagonizou propostas de mudança dos modelos de gestão e de atenção, no cotidiano dos serviços de saúde, e está comprometida com o Sistema Único de Saúde (SUS). Assume o desafio de ressignificar o termo *humanização* e, ao considerar os usos anteriores, identifica o que recusar e o que conservar (MORI; OLIVEIRA, 2009). A partir disso, é importante analisar o SUS como política pública – haja vista que a PNH é uma política do SUS, apresentando suas inspirações, conquistas e desafios (PASCHE; PASSOS, 2008). Os princípios do SUS – universalidade, integralidade, equidade e participação social – são totalmente de inspiração humanista e definem a humanização em qualquer concepção, em qualquer instância de atenção ou gestão. Tal caráter faz do SUS, hoje, o principal sistema de inclusão social para toda a sociedade brasileira.

A humanização depende da capacidade de falar e de ouvir, pois as coisas do mundo só se tornam humanas quando passam pelo diálogo com os semelhantes, ou seja, viabilizar, nas relações e interações humanas, o diálogo, não apenas como uma técnica de comunicação verbal que possui um objetivo pré-determinado, mas como modo de conhecer o outro, compreendê-lo e atingir o estabelecimento de metas conjuntas, as quais possam propiciar o bem-estar recíproco (OLIVEIRA et al., 2006). É interessante saber que, sem comunicação, não há humanização. O diálogo, troca de saberes, os conhecimentos compartilhados, o interesse pelo problema do outro faz com que os trabalhadores da área da saúde se tornem cada vez mais humanos. Está comprovado que a comunicação entre os trabalhadores e usuários fortalece cada vez mais o vínculo, o que contribui para um relacionamento agradável entre esses sujeitos.

Antes da implantação da Política Nacional de Humanização, existiam ações que eram desenvolvidas no campo da saúde pública, buscando induzir práticas humanizadoras. Com isso, o Ministério da Saúde instituiu, em 2000, a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo peso – Método Canguru – e, em junho de 2001, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, com o objetivo de melhorar a assistência na gestação, parto, puerpério e período neonatal. Em 2000 – 2002, foi criado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), cuja proposta inicial era melhorar a qualidade da assistência prestada ao usuário e a relação entre profissionais, usuários, família e comunidade.

Atualmente, vivenciam-se diversos problemas no sistema de saúde, tais como: desvalorização dos trabalhadores de saúde, relações de trabalho cada vez mais precárias, baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, pouca atuação dos gestores, pouco vínculo com usuários, tanto por parte da gestão como dos trabalhadores. Sabe-se o quanto

é preocupante o despreparo do profissional, a falta de conhecimento e mesmo o pouco interesse em se qualificar. Por outro lado, temos os gestores com a prática de gestão cada vez mais centralizadora e fragmentada, bem distante da realidade encontrada na literatura brasileira.

Em um país como o Brasil, com profundas desigualdades socioeconômicas, permanecem vários desafios na saúde, como a ampliação do acesso com qualidade aos serviços e aos bens de saúde e a ampliação do processo de corresponsabilização entre trabalhadores, gestores e usuários, nos processos de cuidar da saúde (BRASIL, 2010). Para efetivar o SUS no cotidiano das práticas de atenção à saúde, de modo a qualificar o sistema de saúde brasileiro e valorizar a troca de saberes entre gestores, trabalhadores e usuários, foi formulada a Política Nacional de Humanização (PNH). Lançada em 2003, a PNH tem como objetivo buscar colocar em prática os princípios e diretrizes do SUS, produzindo grandes mudanças no cuidado à saúde. Essa política apresenta alguns propósitos na atenção básica à saúde, como sensibilizar os trabalhadores, gestores e usuários sobre a importância da humanização na assistência à saúde, pela proposta de um atendimento acolhedor e resolutivo ao usuário que procura a unidade básica de saúde e de valorização do trabalho dos servidores.

Por conseguinte a PNH estimula a comunicação entre trabalhadores, gestores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto, que, na maioria das vezes, produzem atitudes e práticas desumanizadoras, resultando em transtornos no cotidiano das equipes de saúde da família. A comunicação inadequada entre esses três atores provoca movimentos de perturbação e inquietação que a PNH acredita precisam ser incluídos no processo de produção de saúde (BRASIL, 2015). Na realidade, para humanizar os serviços de saúde, em especial, a ESF, é preciso investir em muitas mudanças, as quais sejam construídas não de forma individualizada, mas de maneira coletiva e compartilhada, de que decorre a necessidade de incluir esses atores nas rodas de conversa, como propõe a PNH.

Com a implementação da PNH, a ESF poderá apresentar alguns resultados: ampliação do acesso aos serviços de saúde, redução de filas de espera, acolhimento humanizado e resolutivo, maior comunicação entre os trabalhadores, gestores e usuários e fortalecimento das redes de atenção à saúde. Queremos o SUS com mais humanização, uma atenção básica fortalecida, com equipes de saúde da família comprometidas e interessadas em resolver os problemas de saúde da população, com base na ideia de que, nos serviços de saúde, ocorrem situações inconvenientes, desde a falta de respeito, tratamento adequado com o usuário, à precariedade das instalações e péssimas condições de trabalho. Todavia, a humanização na ESF implica a transformação no processo saúde – doença.

A proposta de humanização na ESF visa, além da melhoria da qualidade de atendimento ao usuário, das condições de trabalho para os profissionais, pois condições salariais decentes, ambientes de trabalho saudáveis, com instalações adequadas, oferta de informação sobre os riscos do trabalho à saúde, equipamentos de proteção da saúde, dentre outras medidas, contribuem para aumentar a satisfação do trabalhador da saúde, fortalecer cada vez mais o vínculo com o usuário e favorecer a assistência à saúde da população (PEREIRA, 2013).

A humanização do cuidado requer do trabalhador de saúde uma postura ética com respeito para com o usuário que necessita de cuidados. O profissional deve procurar acolhê-lo em suas angústias e inquietações, tentar solucionar, ao máximo, os problemas

encontrados, identificar os riscos e estabelecendo, assim, um vínculo harmonioso. As ações na ESF priorizam a promoção, proteção e recuperação da saúde dos usuários, família e comunidade, de forma integral e resolutiva. Diante disso, os profissionais que atuam nessa estratégia têm uma responsabilidade muito grande no cuidar da saúde da população que está sob a sua responsabilidade, de sorte a proporcionar um trabalho humanizado, com visão biopsicossocial e não apenas centrada na doença. O trabalho em equipe multiprofissional, um SUS mais acolhedor e ágil, o compromisso com a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde e as mudanças no modelo de fazer gestão fazem com que essa prática apresente alguns princípios básicos:

A transversalidade: aumento do grau de comunicação intra e intergrupos; Indissociabilidade entre atenção e gestão: alteração dos modos de cuidar inseparável dos modos de gerir e se apropriar do trabalho, integralidade do cuidado e integração dos processos de trabalho. Protagonismo, coresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos: as mudanças na gestão e na atenção ganham mais efetividade da autonomia dos sujeitos envolvidos, que contratam entre si responsabilidades compartilhadas nos processos de gerir e de cuidar (BRASIL, 2010).

A PNH surgiu com o interesse de qualificar a saúde pública e incentivar as trocas solidárias entre os protagonistas da história (trabalhadores, gestores e usuários). Na ESF, esse novo modelo de fazer gestão busca transformar as relações de trabalho, a partir da comunicação entre a população e tais protagonistas, deixar de lado o poder de hierarquia, o trabalho verticalizado, contudo, almejando buscar transversalizar os diferentes conhecimentos e saberes dos profissionais. Por outro lado, essa política exige que os protagonistas da história procurem conhecer como funciona as redes de atenção à saúde, a gestão dos serviços, os encaminhamentos, referências e contrarreferências. Outro fator relevante é que o cuidado à saúde não é de responsabilidade somente da equipe, porém, também do usuário e de seus familiares.

A humanização, como política transversal, busca reconhecer os saberes e afetos que marcam as relações de trabalho das equipes, com a compreensão de que não depende só da gestão propor mudanças: estas competem igualmente ao usuário e ao trabalhador, os quais devem pensar juntos. Desse modo, a PNH atua com base em orientações clínicas, éticas e políticas, que se traduzem em determinados arranjos de trabalho (BRASIL, 2015). Para nortear a PNH, algumas diretrizes foram traçadas: acolhimento, gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalho e dos trabalhadores, defesa dos direitos dos usuários, fomento das grupalidades, coletivos e redes e construção da memória do SUS que dá certo (BRASIL, 2010).

A PNH está estruturada a partir dessas diretrizes, as quais têm um papel de extrema relevância para transformar a realidade encontrada nas unidades básicas de saúde. Antes de comentar a importância de cada uma, vale aqui relembrar a definição de diretrizes – um conjunto de orientações clínicas, éticas e políticas, que se traduzem em determinados arranjos de trabalho (BRASIL, 2004b), isto é, referem-se a uma linha a seguir, que servirá de apoio para os profissionais e gestores, com o objetivo de mudar o processo de trabalho das equipes.

1.3.1 Diretrizes

1.3.1.1 Acolhimento

Para Ferreira (1999), acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir. O acolhimento, como ato ou efeito de acolher, expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, quer dizer, uma atitude de inclusão (BRASIL, 2010). O acolhimento, considerado uma das principais diretrizes, deve reconhecer o trabalho do outro, valorizar as relações profissionais e usuários, através de uma escuta qualificada, com a melhoria do acesso dos usuários aos serviços básicos de saúde, enfim, significa acolher, escutar, ouvir. A gestão participativa e a cogestão estão na inclusão de novas pessoas para fazer a gestão e, com isso, englobam novas funções e tarefas, de maneira a compartilhar conflitos e responsabilidades, realizar discussões e pactuações, implementadas através de reuniões e rodas de conversa. Já a ambiência, isto é, o espaço físico, precisa ser saudável, acolhedor, receptivo e confortável e que seja um lugar para as pessoas se encontrarem e trocarem experiências.

Essa diretriz é definida como processo de construção das práticas e promoção da saúde que implica responsabilização do trabalhador e equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída. O trabalhador precisa ouvir as suas queixas, considerar suas preocupações e angústias, fazendo uma escuta qualificada, garantindo atenção integral e resolutiva, sempre com vistas à horizontalidade do cuidado (BRASIL, 2008).

Todos os profissionais que trabalham nos centros de saúde da comunidade podem e devem realizar o acolhimento. O acolhimento fortalece o vínculo entre trabalhadores e usuários, o que contribui para uma ESF mais humanizada. Pressupõe a escuta do usuário, em suas queixas, a responsabilização na solução dos problemas e, quando houver necessidade, a realização do acompanhamento por outras redes de atenção à saúde.

Assim, ao estabelecer o vínculo, os profissionais podem melhorar a compreensão das reais necessidades do usuário. Com um atendimento integral, tudo fica mais tranquilo e dinâmico, amplia-se o acesso e se facilita a comunicação entre os profissionais. De acordo com a investigação de Damasceno et al. (2012), existem dois modos de acolhimento, denominados formal e informal. O primeiro consiste no atendimento programado e individual dos usuários, com ações, metodologias e espaço definidos. Já o acolhimento informal é o que não depende de horário e nem de local específico, de modo que o usuário é atendido pelo profissional que, no momento, estiver disponível.

O acolhimento possibilita que a ESF se torna a porta de entrada preferencial para o usuário, evita a superlotação, nos hospitais e nas unidades de pronto atendimento, e colabora significativamente para a construção e consolidação dos princípios e diretrizes do SUS (SANTOS; VIEIRA; SANTOS, 2011). O acolhimento no processo de trabalho da ESF deve ser visto na perspectiva de implantação de novas práticas de saúde. Trata-se de uma postura de escuta qualificada, na qual o trabalhador deve procurar atender às necessidades de saúde de cada cidadão, através da solidariedade, da integralidade e da intersetorialidade (GARUZI et al., 2014).

Muito mais do que uma atitude de inclusão, é preciso deixar claro que o acolhimento não é triagem. Triagem acontece quando o profissional ouve a queixa do usuário e seleciona por qual profissional ele será atendido, enquanto acolhimento é o acolher, dar ouvidos, agasalhar o usuário, ouvindo com clareza as suas queixas, ou seja, é a humanização dos serviços de saúde. Enquanto uma ferramenta da ESF, requer atitudes de mudança, de sorte que o trabalhador deve prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização. É uma postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelos usuários. Como um dos dispositivos da PNH, o acolhimento é um marco importante dos serviços de saúde. É uma estratégia para reorganização dos serviços, mudança do foco do processo de trabalho da equipe, o que significa garantir o acesso universal para a população (ALVES; SILVA, 2008).

A fim de que essa reorganização realmente possa acontecer, é preciso o envolvimento não só dos trabalhadores e gestores, mas também da agregação de novos sujeitos, tais como os usuários, os apoiadores e demais parcerias que compõem as redes de atenção à saúde; com isso, o trabalho em saúde precisa ser reestruturado, possibilitando ambientes terapêuticos e profissionais qualificados. Um ambiente acolhedor, uma postura responsável e confiável de toda a equipe multiprofissional que acompanhará o usuário, desde a sua entrada até a sua saída do serviço, são fatores condicionantes para que o acolhimento aconteça de maneira satisfatória (SILVA; ALVES, 2008). O vínculo sólido entre o usuário e a equipe leva os profissionais a se comprometerem mais com o problema do paciente (FREIRE et al., 2007). As equipes que atuam na ESF necessitam acolher todos os casos, seja por demanda espontânea, seja por agendamento. Todos os usuários precisam ser acolhidos e ter as suas necessidades de saúde atendidas. E sempre é bom lembrar que o acolhimento é mais do que uma triagem qualificada ou uma escuta interessada: é composto por um conjunto formado por atividades de escuta, identificação dos problemas e intervenções para o seu enfrentamento (SAVASSI, 2011).

A implantação do acolhimento da demanda espontânea “pede” e provoca mudanças nos modos de organização das equipes, nas relações entre trabalhadores e na maneira de cuidar. Para acolher a demanda espontânea, com equidade e qualidade, não basta distribuir senhas em número limitado, nem é possível encaminhar todas as pessoas para o médico (BRASIL, 2011a). No acolhimento, o profissional deve atentar para resolver os problemas de saúde das pessoas, seja por demanda agendada, seja espontânea (BRASIL, 2004a).

Estudo efetuado por Savassi (2011) aponta que existem três formas de acolhimento: a primeira é o acolhimento enquanto postura, que é aquela acolhedora, por parte da equipe. A segunda é o acolhimento enquanto processo de trabalho, sendo uma diretriz reorganizadora. A última é o acolhimento enquanto ferramenta de vínculo, acessibilidade, universalidade e humanização. Essa diretriz se coloca quando o profissional procura realizar a escuta dos usuários, tenta equilibrar a qualidade da escuta, o tempo escasso e o volume da demanda, que não deve ultrapassar 25% do tempo dedicado para as ações de saúde. Todos os tipos de acolhimento destinados aos usuários são importantes, durante esse processo de mudança na atenção primária à saúde.

1.3.1.2 Ambiência

O termo *ambiência* tem origem do francês *ambiance* e pode ser também traduzido como “meio ambiente”. De acordo com o *Dicionário Aurélio*, é o espaço organizado e animado, que constitui um meio físico e psicológico, especialmente quando se trata de atividades humanas (BESTETTI, 2014).

O ambiente onde estamos inseridos emite estímulos agradáveis, saudáveis, acolhedores, confortáveis, o que propicia mudanças no processo de trabalho, porém, de outro lado, pode causar desconfortos e criar um clima desarmônico e hostil.

A estrutura física dos Centros de Saúde da Comunidade deve proporcionar uma atenção acolhedora e humana para os trabalhadores desempenharem com êxito o seu trabalho e para os usuários que aguardam atendimento. Os centros de saúde devem apresentar uma boa ventilação, iluminação, limpeza do chão, recepção sem grades, placas de identificação dos serviços, espaços adaptados, além de jardins, cozinha, banheiros, consultórios médico e de enfermagem, consultório odontológico, sala de vacinas, sala de reuniões de equipe, sala de acolhimento e de procedimentos, almoxarifado (BRASIL, 2010).

A estrutura física do Centro de Saúde da Comunidade Aurenly II, é constituída por uma sala de recepção, dois consultórios médicos, um consultório de enfermagem e um consultório odontológico, um almoxarifado, uma sala para acolhimento, uma sala de procedimentos, uma sala de vacinas, uma sala de reunião para ACS, um refeitório e dois banheiros para os funcionários e usuários. O espaço físico não está de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde, pois não oferece uma estrutura agradável, confortável para os trabalhadores e também para os usuários.

Desde a criação da PNH, os serviços de saúde têm-se esforçado muito para construir ambiências acolhedoras e harmônicas, as quais colaborem para melhorar a assistência ao usuário. Essas estratégias envolvem relações de troca entre trabalhadores, gestores, usuários e seus familiares, as quais podem ser mediadas por atividades educativas na recepção, enquanto aguardam atendimento ou até mesmo pela exibição de algum vídeo ou leitura de revistas. Também compreendem o uso da própria arquitetura como forma de proporcionar bem-estar ao usuário e suas famílias, de modo a facilitar o desenvolvimento do processo de trabalho dos profissionais de saúde (RIBEIRO; GOMES; THOFEHRN, 2014).

Uma unidade de saúde que apresenta uma ambiência adequada constitui um marco importante para a humanização dos serviços de saúde e atua positivamente na reestruturação da atenção básica. Segundo o Ministério da Saúde, o conceito de ambiência segue primordialmente três eixos: (1) o espaço que visa à confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, valoriza elementos do ambiente que interagem com as pessoas – cor, cheiro, som, iluminação, morfologia – e garante o conforto aos trabalhadores e usuários; (2) o espaço que possibilita a produção de subjetividades – encontro de sujeitos – por meio da ação e reflexão sobre os processos de trabalho; (3) o espaço usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, o qual favorece a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo (BRASIL, 2010).

Todos esses três eixos acima citados devem estar em harmonia um com o outro. As cores, o cheiro, a iluminação, a privacidade dos usuários, quando utilizados com equilíbrio, criam espaços acolhedores, propiciam um ambiente harmonioso e interferem no tratamento do usuário. O que não pode faltar na estrutura física de uma unidade de saúde, área para lazer, com plantações de flores, bancos para as pessoas se sentarem, são detalhes pequenos e que podem fazer a diferença no relacionamento entre trabalhador e usuário. Dentro dessa

perspectiva, a ambiência é uma importante ferramenta facilitadora do processo de trabalho das equipes de saúde da família, tanto no seu aspecto estrutural quanto nos relacionados às intervenções entre trabalhadores e usuários (GARCIA et al., 2015).

Estudos sobre a ambiência na ESF relatam a insatisfação dos trabalhadores quanto à estrutura da UBS. Muitos profissionais consideram que a infraestrutura física de unidades de saúde da família não permitem realizar o atendimento ao usuário de acordo com as diretrizes da PNH. Para o bom funcionamento da ESF, o espaço físico de uma USF deve oferecer boas condições na sua estrutura e propiciar um espaço agradável para todos. Na ESF, o ambiente terapêutico deve proporcionar conforto, bem-estar e interação entre usuários, família e equipe, de maneira a facilitar o acolhimento e o estabelecimento de vínculo entre os envolvidos e resgatar valores de solidariedade, respeito, harmonia, confortabilidade e corresponsabilidade (GARCIA et al., 2015).

1.3.1.3 Valorização do trabalho e do trabalhador

A valorização do trabalho e dos trabalhadores é uma das diretrizes que favorece a produção de saberes, dos conhecimentos e experiências de cada trabalhador. Estudos efetuados por Sousa(2014), na área de saúde da família, dão conta de que trabalhar na ESF gera muito sofrimento de quem está na “ponta”, porque são funcionários que estão totalmente envolvidos com a vida, morte, dor, alegria e outras situações estressantes. Assim, não é tarefa fácil, pois é muito complexa a atuação dos profissionais que compõem as equipes de saúde da família; ademais, o contato com agentes químicos, ambientes perigosos, insalubres (germes, acidentes, degradação, sobrecargas intensivas...) causa mal-estar nas relações de trabalho, provocando o adoecimento do profissional.

Para que isso não aconteça, o trabalhador precisa ser cuidado, ser valorizado pelos gestores e também pelos usuários. As instituições de saúde precisam investir mais na saúde do trabalhador, por exemplo, com ações de educação permanente (rodas de conversa, oficinas, reuniões), sem descuidar do papel do espaço onde este executa as suas atividades: se ele não for incluído, escutado, acolhido, respeitado, não terá saúde, será mais um ser humano doente e insatisfeito com o trabalho realizado. Diante dessas considerações, para atingir o ideal de justiça social, faz-se necessária a implementação de políticas públicas que garantam ao trabalhador uma existência digna, livre de danos que podem afetar a sua saúde, por exemplo, ambientes sem estrutura física adequada e insalubres, com péssimas condições de trabalho, sobrecarga de trabalho e pressões por parte da chefia (STUCHI, 2010). Para Brasil (2015), é importante dar visibilidade à experiência dos trabalhadores e incluí-los na tomada de decisão, apostando na sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho.

1.3.1.4 Clínica Ampliada e Compartilhada

A clínica ampliada é uma ferramenta teórica e prática, cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento. Ela permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia. Para fazer a clínica ampliada, utilizam-se recursos que permitam enriquecimento dos diagnósticos; ao lado do enfoque orgânico, podem ser adotadas a percepção dos afetos

produzidos nas relações clínicas e a qualificação do diálogo entre os profissionais e usuários, de modo a possibilitar decisões compartilhadas e compromissadas com a autonomia e saúde dos usuários do SUS (BRASIL, 2015).

Essa diretriz busca integrar várias abordagens: a biomédica, a social e a psicológica, ou seja, o usuário deverá ser visto pelo profissional da saúde no seu todo biopsicossocial e não apenas na doença em si. Infelizmente, muitos profissionais, como os médicos, não têm essa visão holística, estão mais centrados na doença. A clínica vai muito além do que uma simples prescrição de medicamentos. O profissional precisa saber que a depressão, o desemprego, a solidão, tudo isso interfere na saúde do usuário, daí a importância do atendimento integral, como um todo e não apenas voltado para a doença.

A clínica ampliada é a diretriz de atuação dos profissionais da saúde. Consiste na articulação e diálogo de diferentes saberes entre trabalhadores e usuários, para uma melhor compreensão do processo saúde-doença e redução da fragmentação do trabalho (SUNDFELD, 2010). Muitos trabalhadores têm dificuldades para a prática de uma clínica ampliada, tais como dificuldade de ouvir as pessoas, de realizar a escuta qualificada. Alguns profissionais estão preocupados com a doença, sem levar em conta o estado emocional do doente e as causas do adoecimento. Outra dificuldade muito comum é de compartilhar os diagnósticos e condutas com o usuário e seus familiares e na relação com outros profissionais.

1.3.1.5 Gestão participativa e cogestão

A gestão em saúde pode ser conceituada como a capacidade de lidar com conflitos, de ofertar métodos, diretrizes, quadros de referência para análise e ação das equipes nas organizações de saúde. Com efeito, a gestão é um campo de ação humana que visa à coordenação, articulação e interação de recursos e trabalho humano para a obtenção de metas e objetivos (BRASIL, 2012).

A participação de novos sujeitos no processo de produção de saúde é imprescindível para a organização do serviço. A cogestão possibilita a participação ativa de usuários e familiares no cotidiano dos centros de saúde da comunidade. Para organizar os espaços de gestão e acordos entre usuários, trabalhadores e gestores, a PNH apresenta alguns dispositivos que objetivam promover mudanças nos modelos de atenção à saúde, exemplos: Grupo de trabalho de Humanização (GTH); Câmara Técnica de Humanização (CTH); colegiado gestor; contrato de gestão; sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde; ouvidorias; acolhimento com classificação de risco; Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP).

Entende-se por *cogestão* a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto à ampliação das tarefas da gestão. A organização e a experimentação de rodas de conversa é uma importante orientação da cogestão. A PNH destaca dois grupos de dispositivos de cogestão: aqueles que dizem respeito à organização de um espaço coletivo de gestão, que propicie o acordo entre necessidades e interesses de usuários, trabalhadores e gestores; e aqueles que se referem aos mecanismos que garantem a participação ativa de usuários e familiares (BRASIL, 2015).

1.3.1.6 Defesa dos direitos dos usuários, fomento das grupalidades, coletivos e redes e a construção da memória do SUS que dá certo

A diretriz *defesa dos direitos dos usuários* reforça que os usuários têm os seus direitos garantidos por lei, e os serviços de saúde devem garantir esse direito. Cada pessoa tem direito a uma equipe de saúde, deve ser bem informada sobre a sua saúde, receber um tratamento digno de respeito (BRASIL, 2015). Assim, os usuários que buscam os serviços de saúde apresentam vários direitos, como a serviços de qualidade, ambiente acolhedor e humanizado. Esses serviços devem incentivar o conhecimento desses direitos e assegurar que eles sejam cumpridos em todas as fases do cuidado, desde a recepção até a alta. Todo cidadão tem direito a uma equipe que cuide dele e também de decidir sobre compartilhar ou não sua dor e alegria com sua rede social.

A diretriz *fomento das grupalidades, coletivos e redes* apresenta alguns desafios que precisam ser enfrentados, tais como: a fragmentação do processo de trabalho entre as equipes, a comunicação deficiente entre profissionais e gestão, o baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, conflitos no relacionamento entre profissionais e usuários. Para enfrentar esses obstáculos, essa diretriz recomenda as oficinas de trabalho, as quais têm como intuito mudar os vícios de trabalho, possibilitar um melhor relacionamento entre trabalhadores e gestores, reflexões sobre acolhimento e o atendimento prestado ao usuário, pela ampliação do diálogo entre profissionais da UBS.

As reuniões de equipe, as rodas de conversa e as oficinas constituem estratégias relevantes para fortalecer o processo de trabalho da equipe da ESF. Muitos profissionais, membros da equipe que compõe a ESF, não têm qualificação, há inúmeros problemas de relacionamento entre trabalhadores, usuários e gestores. Por isso, a diretriz mencionada acima sugere um espaço para a equipe trabalhar os problemas encontrados, assim como planejar as ações que serão desenvolvidas no Centro de Saúde da comunidade.

A última diretriz traz a *construção da memória do SUS que dá certo*, segundo a qual os usuários, trabalhadores e gestores precisam acreditar que o SUS tem provocado grandes reformas na saúde, como a implementação da PNH, que reúne conceitos, diretrizes e dispositivos para o enfrentamento dos problemas encontrados na ESF.

1.3.2 CONTEXTO ATUAL DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NO BRASIL E ATENÇÃO BÁSICA

A PNH, como uma estratégia de fortalecimento do sistema público de saúde, tem o propósito de contribuir para a melhoria da qualidade da atenção e da gestão da saúde, no Brasil. As principais prioridades são: valorizar a dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS; buscar contagiar trabalhadores, gestores e usuários do SUS com as ideias e as diretrizes da humanização e fortalecimento das iniciativas existentes; fortalecer o trabalho em equipe multiprofissional, com o fomento da transversalidade e da grupalidade, apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e de sujeitos; construir autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS, corresponsabilizando esses sujeitos nos processos de gestão e

de atenção; fortalecer o controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS; produzir conhecimento e desenvolver tecnologias relacionais e de compartilhamento das práticas de cuidado e de gestão em saúde; comprometer-se com a democratização das relações de trabalho, valorização dos profissionais e estímulo do processo de educação permanente; aprimorar e ofertar/divulgar estratégias e metodologias de apoio e mudanças sustentáveis nos modelos de atenção e de gestão em saúde (PASCHE; PASSOS, 2008).

Estudos têm dado pouca ênfase à relevância da humanização, na atenção básica, onde o sujeito não é, muitas vezes, um cliente adoecido, todavia, da mesma forma, necessita e busca um atendimento de qualidade e humanizado (SIMÕES et al., 2007). A humanização na APS é de essencial relevância, uma vez que o atendimento está baseado nos princípios de integralidade, equidade, universalidade e participação social.

A PNH está fundamentada nos princípios de transversalidade, indissociabilidade, protagonismo e autonomia dos sujeitos e coletivos. A efetivação desses princípios estruturantes depende de uma atenção básica que seja a porta de entrada do sistema e organizadora da rede de serviços. A humanização perpassa os processos de trabalho e os atores envolvidos na Atenção Básica. Para que isso aconteça, é necessário que sejam utilizados vários dispositivos na produção de saúde, tais como grupo de trabalho de humanização, colegiado gestor, ouvidorias, acolhimento com classificação de risco (NORA; JUNGES, 2013)

O principal objetivo da PNH é a mudança nos modelos de atenção e gestão na saúde, com atenção integral ao usuário e valorização do trabalhador. A humanização era vista como um programa e, em 2004, foi transformada de programa em uma política, a Política Nacional de Humanização. Antes da sua criação, muitas iniciativas haviam sido realizadas, várias ações eram desenvolvidas, não de maneira isolada, mas tinham um caráter fragmentário (CONCEIÇÃO, 2009).

O tema da humanização foi apontado como um dos desafios para o SUS, na 11ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 2000. Dentre os desafios encontrados, ressaltase a questão de a humanização constituir um sentido, para que ela pudesse ao mesmo tempo ser um qualitativo de práticas renovadas e uma direção ético-política para se promover um movimento no sistema de saúde, o modo de lidar com os desafios e problemas e de promover as mudanças necessárias (BRASIL, 2011b).

A PNH tem sido construída com base nos princípios metodológicos que são a própria expressão de um método, o Método da Tríplice Inclusão: inclusão dos sujeitos, dos coletivos e da perturbação que essas inclusões produzem, nos modos de governar os serviços de saúde e nas relações clínicas. A inclusão da diferença funciona como a mais importante, do ponto de vista ético (BRASIL, 2011b).

Entende-se por inclusão a forma de acolher e incluir as diferenças, as diversidades encontradas: trata-se de promover a universalidade e a equidade, o acesso aos serviços de saúde de qualidade, atendimento integral e resolutivo e no fortalecimento do controle social. O SUS humanizado é aquele que reconhece a pessoa como um cidadão de direitos, além de valorizar os usuários, trabalhadores e gestores. A PNH é uma iniciativa do SUS.

A PNH existe desde 2003, para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificar a saúde pública no Brasil e incentivar trocas solidárias

entre gestores, trabalhadores e usuários (SILVA; CARVALHO, 2010). Para Silva e Carvalho (2010), a PNH, em seus referenciais teóricos, considera a saúde como direito de todos e dever do Estado, entendendo que a humanização como política deve atravessar as diferentes ações e instâncias gestoras dos serviços de saúde e, nessa perspectiva, estar comprometida com as dimensões de prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, enfim, de produzir saúde.

De acordo com o documento oficial (BRASIL, 2004b, p. 12), a PNH propõe-se como política transversal, a fim de melhorar o acesso, o acolhimento e a qualidade dos serviços prestados no SUS. Assim, ao atravessar as diversas ações e instâncias gestoras, implica traduzir os princípios do SUS nos modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos de rede; construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos; oferecer um eixo articulador das práticas em saúde, pela consideração do aspecto subjetivo nelas presente; contagiar, por atitudes e ações humanizadoras, na rede do SUS, o que inclui gestores, trabalhadores da saúde e usuários.

Os principais norteadores da PNH pressupõem ações de humanização, as quais incluem o direito à saúde de qualidade, continuidade do cuidado, acesso com responsabilidade e vínculo; garantia dos direitos do usuário; garantia da eficácia das intervenções e dispositivos; trabalho criativo e valorizado: construção de redes de valorização e cuidado aos trabalhadores da saúde e na produção e disseminação de conhecimentos; aprimoramento de dispositivos da PNH, formação, avaliações, divulgação e comunicação (BRASIL, 2004b).

Um dos desafios da política é o de humanizar uma sociedade na qual, atualmente, prevalecem grandes injustiças, desigualdades, violências, tão comuns no cotidiano de vida das pessoas. Para Benevides e Passos (2005, p. 2), falar em saúde pública ou saúde coletiva, na perspectiva da PNH, é falar do protagonismo e da autonomia daqueles que se posicionam como pacientes nas práticas de saúde, sejam os usuários dos serviços, sejam os trabalhadores de saúde.

Para avançar na efetivação da PNH, na atenção básica, é fundamental apostar na implementação dos seguintes dispositivos propostos pela política de humanização: grupo de trabalho da humanização, colegiado gestor, sistema de escuta qualificada para usuários e trabalhadores, projeto terapêutico singular, programa de formação em saúde do trabalhador e projetos cogерidos de ambiência, buscando utilizar esses dispositivos como estratégias para promover mudanças no modelo de atenção e gestão em saúde (NORA; JUNGES, 2013).

A PNH tem, como um dos seus dispositivos, o acolhimento enquanto um dos processos constitutivos das práticas de produção e promoção da saúde. As ações do acolhimento na AB podem ser concretizadas com base na tríade acolhimento – diálogo, acolhimento – postura e acolhimento – reorganização dos serviços (GERREIRO et al., 2013).

A humanização na AB requer mudanças de atitude dos trabalhadores da saúde, usuários e gestores. A PNH está totalmente voltada para a reorganização dos serviços de saúde da AB, que inclui a prevenção, a promoção e o restabelecimento de saúde do indivíduo.

Na perspectiva da PNH, na AB, a promoção de vínculo com os usuários, a implementação de práticas de acolhimento, o agendamento por área de abrangência, a busca

ativa de casos e a atuação das equipes de saúde da família são considerados potencializadores do cuidado direcionado aos usuários. Na visão dos gestores, a escuta seguida de orientação traz satisfação para os usuários e resolubilidade, no momento em que eles demandam o centro de saúde. O bom trato ao usuário e o bom relacionamento com a comunidade são valorizados, na medida em que esclarecem ao usuário as rotinas e procedimentos, fluxos e limites de atendimento (GUERREIRO et al., 2013).

O profissional da ESF/AB tem mais condições de conhecer de perto as necessidades de saúde da comunidade cadastrada no território de abrangência sob sua responsabilidade. O modo de gestão da PNH é centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva e em colegiados que garantem o compartilhamento do poder, a coanálise, a codecisão e a coavaliação – em uma palavra: a cogestão. As reuniões de equipe, com espaço e tempo programados, pode constituir-se numa estratégia relevante para sua qualificação, troca de saberes, tanto entre os profissionais como entre estes e os usuários, facilita a resolução dos problemas e promove o protagonismo e valorização dos trabalhadores (BRASIL, 2009).

As reuniões de equipe favorecem a troca de saberes, a discussão de casos, a elaboração de projetos, a avaliação das ações realizadas, a educação continuada, o planejamento das atividades. O profissional da AB deve procurar valorizar esses encontros, pois permitem que cada trabalhador procure acolher o outro com sabedoria.

O profissional de saúde que atua na AB tem um ponto de vista diferente de outro profissional que trabalha em outra rede de atenção. A equipe da ESF tem mais condições de conhecer as famílias, ao longo do tempo, a situação afetiva, o significado e a repercussão do sofrimento/adoecimento da população. A integração do profissional da AB com outro profissional de outra rede de atenção favorece a troca de conhecimentos e também pode evitar encaminhamentos desnecessários e facilitar/qualificar o processo de contrarreferência (BRASIL, 2009).

Atualmente, a maioria das instituições de saúde sofre com a escassez de recursos materiais e humanos para os profissionais trabalharem, além da falta de exames e procedimentos específicos, número de vagas insuficientes no atendimento especializado, enfim, diversos problemas que dificultam o atendimento ao usuário. A saúde passa por momentos difíceis, com crises que, na maioria das vezes, estão relacionadas com a ineficiência da gestão. Diariamente, a mídia tem noticiado o caos encontrado nos serviços de saúde, desde a insatisfação dos usuários com o atendimento recebido, os profissionais estressados, devido à grande sobrecarga de trabalho, a falta de compromisso da gestão, as pressões por parte da chefia e a falta de adequado acolhimento. Tal realidade aponta para a urgência de melhoria na qualidade dos serviços de saúde e a corresponsabilização, com a responsabilidade partilhada entre os trabalhadores, gestores e usuários.

A humanização está articulada com uma perspectiva biopsicossocial de atendimento ao usuário e, portanto, vincula-se aos processos de saúde-doença. A saúde está intimamente associada com os princípios propostos pela PNH, cujo descumprimento gera diversos tipos de adoecimentos para os trabalhadores, gestores e usuários. O fato de alguns profissionais não atuarem dentro dessa perspectiva biopsicossocial reflete em práticas equivocadas, distantes do processo de construção da saúde e, por outro lado, alguns centros de saúde da comunidade ainda apresentam práticas desvinculadas e distantes do modelo proposto pelo Ministério da Saúde, tais como a falta de espaços instituídos de diálogos entre os servidores da rede e usuários, deficiência na realização do acolhimento humanizado, na gestão e na

escuta qualificada, profissionais despreparados e com perfil inadequado para atuar na saúde da família, usuários insatisfeitos e estrutura física inadequada, provocando transtornos no processo de trabalho da equipe. Através dessas considerações, tornou-se prioridade realizar este trabalho sobre a humanização na ESF, visto que este estudo já contribuiu para uma assistência mais humanizada aos usuários que procuram os serviços públicos de saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Conhecer a percepção dos profissionais de saúde que atuam no Centro de Saúde da comunidade Aurenny II sobre a prática da humanização na Estratégia de Saúde da Família no Município de Palmas/TO

2.2 Específicos

- Identificar a percepção dos profissionais de saúde da ESF relacionadas à humanização.
- Relacionar facilidades e dificuldades, na visão dos profissionais de saúde da ESF, na prática da humanização do cuidado.
- Identificar o conhecimento das atribuições dos profissionais sobre o fazer dos profissionais.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa em saúde, (CHIZZOTTI, 1995; MINAYO, 1999). A abordagem qualitativa promove uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela leva em conta a empatia aos motivos, as intenções, os projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações se tornam significativas (MINAYO; SANCHES, 1993. p. 6).

Para Gerhardt e Silveira (2009, p. 32), as características da pesquisa qualitativa, são:[...] objetivação do fenômeno, hierarquização das ações de descrever, compreender, explicar, precisão das relações entre o global e o local em determinado fenômeno; observância das diferenças entre o mundo social e o mundo natural; respeito ao caráter interativo entre os objetivos buscados pelos investigadores, suas orientações teóricas e seus dados empíricos; busca de resultados os mais fidedignos possíveis; oposição ao pressuposto que defende um modelo único de pesquisa para todas as ciências.

Desse modo, a pesquisa qualitativa foi escolhida como método deste trabalho sobre a humanização na ESF, pois ela permite que o sujeito da pesquisa possa expor os seus sentimentos, as suas emoções, a respeito da temática em estudo. A abordagem qualitativa descreve, compreende e explica, de forma eficaz, qualquer tipo de investigação de uma determinada área. Além disso, esta pesquisa trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões dos participantes envolvidos nesse processo. Baseado nisso, Duarte (2012) enfatiza que esse tipo de pesquisa não pode ser mensurável, pois a realidade e o sujeito são elementos indissociáveis.

Por isso, este estudo teve caráter exploratório, porque estimula o entrevistado a pensar, a raciocinar e se expressar livremente sobre o fenômeno estudado.

A investigação, concretizada nos meses de abril a junho de 2016, no Centro de Saúde da Comunidade Aurenny II (localizada em Taquaralto, no município de Pamas-TO), foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Tocantins - UFT (CEP/UFT), sob o parecer 114-2014 (APÊNDICE A) Esse Centro de Saúde da Comunidade é composto por duas equipes – equipe 11 e 20, integradas por profissionais da ESF. Devido ao grande número de profissionais, optou-se por sortear uma dessas equipes, recaindo o sorteio na de número 11.

A amostra do estudo foi composta por 1 (uma) médica, 1 (uma) enfermeira, 1 (uma) técnica de enfermagem, 1 (um) cirurgião dentista, 1 (uma) assistente de saúde bucal e 5 (cinco) agentes comunitárias de saúde; uma agente se recusou a participar da pesquisa pois, segundo a mesma, não estava preparada para a entrevista. Como critério de inclusão, foram definidos: aqueles profissionais que atuam no Centro de Saúde da Comunidade Aurenny II, equipe 11, e que fazem parte da Estratégia de Saúde da Família; os profissionais que não estão de licença médica ou maternidade; os que aceitarem participar da investigação; e aqueles que não estiverem no período de férias. Como critério de exclusão, foram definidos: profissionais que estão em férias; aqueles que estão de atestado médico ou de licença-maternidade; profissionais que se recusaram a participar da pesquisa; profissionais que não são da ESF e que não fazem parte da Equipe 11.

Inicialmente, foi feito um convite por contato telefônico à gerente do Centro de Saúde da Comunidade Aurenny II, que comunicou a equipe 11 sobre a entrevista. Durante o convite, foram descritos todos os procedimentos e objetivos da pesquisa. Após o aceite, os profissionais foram instruídos a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B); somente após esse ato é que a entrevista foi iniciada, permanecendo todos os dados coletados mantidos em sigilo.

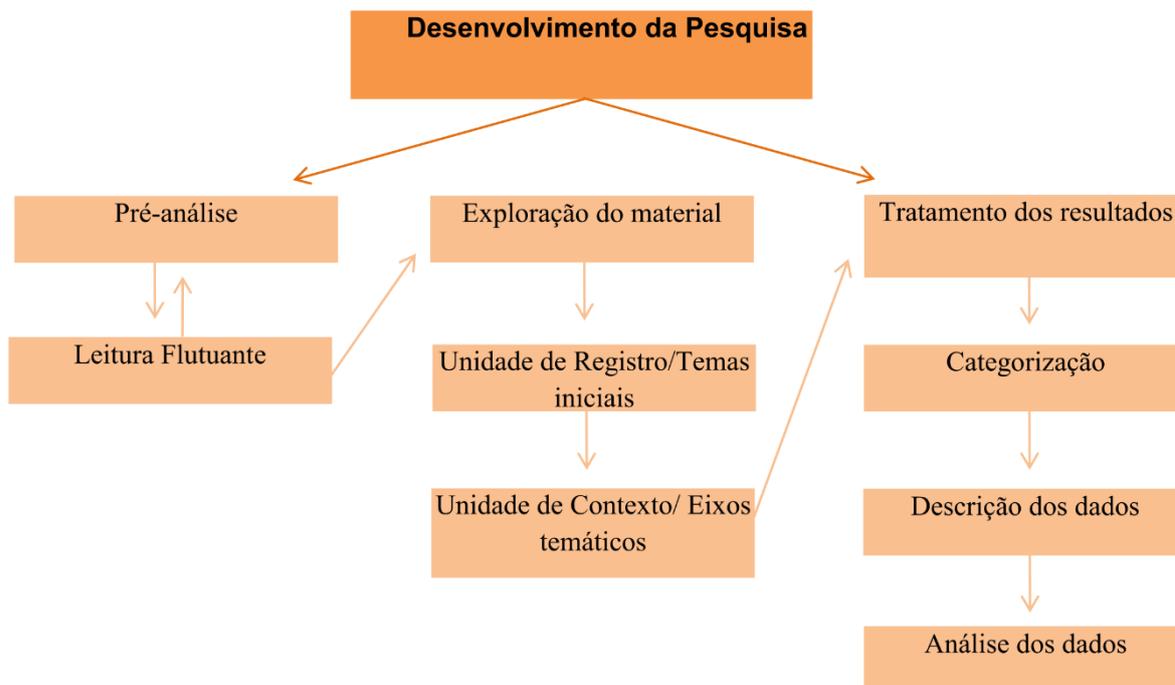
Para a coleta de dados, utilizou-se uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE C) e, para avaliar a aplicabilidade do instrumento de coleta de dados e adequá-lo às necessidades apontadas, foi realizado um estudo piloto para validar o instrumento de coleta de dados pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família cadastrados no Centro de Saúde da Comunidade 508, norte, e que foi escolhido aleatoriamente. Após a validação do instrumento, as alterações foram feitas para uma melhor compreensão dos sujeitos da pesquisa. Os dados obtidos nessa entrevista de validação não foram utilizados neste estudo.

A abordagem dos sujeitos foi realizada pela pesquisadora, que, após esclarecimento sobre o objetivo da pesquisa e a manifestação de interesse dos voluntários, combinou o dia e o horário para a entrevista. Todas as entrevistas foram efetivadas nos consultórios, sala de reunião e de procedimentos dos profissionais, com vista a preservar a privacidade e o anonimato dos entrevistados. Para possibilitar a íntegra dos depoimentos, os dados foram gravados e transcritos pela pesquisadora, providência que permitiu valorizar o significado das falas dos participantes. Os discursos foram identificados pelas siglas E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10 (Entrevistado).

Todos os profissionais do Centro de Saúde da Comunidade Aurenny II atuam, há mais de um ano, no mesmo local de trabalho. A assistente de saúde bucal tem 12 (doze) anos de atuação, no mesmo local, 2 (duas) agentes comunitárias de saúde também já contam com um bom tempo: uma tem 16 (dezesesseis) anos de trabalho nessa mesma unidade e a outra tem 11 (onze) anos; a última agente está com 15 (quinze) anos de trabalho. A amostra foi constituída por 9 (nove) profissionais do sexo feminino e 1 (um) do sexo masculino. Pelo que pudemos observar, de todos os profissionais que compõem a equipe, as agentes comunitárias de saúde e a assistente de saúde bucal têm mais tempo de trabalho, nesse mesmo Centro de Saúde. Isso é muito bom, pois elas conhecem melhor a realidade de cada família, as necessidades de saúde, além de fortalecer ainda mais o vínculo entre profissional e usuário.

Para selecionar as categorias, é de grande relevância a organização das unidades de registro (Quadro 1) que, para Bardin (2009), tem uma significação relevante, destinada a codificar, correspondendo ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, com vistas à categorização. A categorização é um procedimento de classificação de elementos constitutivos de um conjunto de diferenciação, como os critérios já definidos. A maioria dos procedimentos de análise organiza-se através do processo de categorização (BARDIN, 2009)

Fluxograma 1 – Análise do Conteúdo



Fonte: BARDIN, 2009

Os dados obtidos foram analisados por meio da análise de conteúdo. Inicialmente, foi promovida a pré-análise, isto é, as leituras flutuantes e exaustivas dos dados coletados, procurando-se delinear o tema presente no texto, com idas e vindas ao material coletado. A segunda fase, a análise temática do conteúdo (fase exploratória), baseou-se nas representações e argumentos elucidados. Nessa fase, buscou-se organizar os dados em unidades de contexto e de registro (Quadro 2) e se tentou demarcar os núcleos de sentido e suas principais categorias: conceito de humanização, relacionamento com o paciente, relacionamento entre os membros da equipe, ambiência, educação permanente em saúde, facilidades encontradas, dificuldades encontradas, atribuições dos profissionais da ESF, humanização na ESF. Após realizada a seleção das categorias, iniciou-se a descrição e a discussão dos resultados encontrados neste estudo de investigação.

A análise do conteúdo, de acordo com Bardin (2009), é dividida em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos, representadas pelo seguinte esquema:

A) Pré-análise: É a fase da organização propriamente dita. Essa fase tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais. Após essa leitura, vem a escolha dos documentos, a qual permite obter informações sobre o problema levantado (BARDIN, 2009). A leitura flutuante requer do pesquisador o contato direto e intenso com o material de campo, em que pode surgir a relação entre as hipóteses ou pressupostos iniciais, as hipóteses emergentes e as teorias relacionadas ao tema (CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014).

B) Exploração do Material: Nessa fase, inicia-se o processo de categorização que, para Minayo (1999), consiste num processo de redução do texto às palavras e expressões. As

unidades de registro e de contexto são organizadas nessa etapa. De acordo com Bardin (2009, p. 127), [...] consiste na fase longa e fastidiosa, essencialmente em operações de codificações, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas[...]. Já Cavalcante, Calixto e Pinheiro (2014) apontam que a análise temática tradicional pode se iniciar através de uma frase, recortando o texto em unidades de registro, as quais podem se constituir por palavras, frases, temas, personagens e acontecimentos.

C) Tratamento dos resultados: nessa etapa, os dados coletados foram organizados a partir das nove unidades de contexto/eixos temáticos. Entende-se por categoria uma forma de pensamento que reflete a realidade encontrada, de maneira resumida, em determinados momentos (SANTOS, 2012). Para Bardin (2009, p.145), “[...] as categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro, no caso da análise do conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efectuado em razão das características comuns destes elementos [...]”

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Quadro 1, estão elencadas as principais Unidades de Registro e Temas Iniciais desta pesquisa; deve-se frisar que, para Bardin (2009, p. 131), o tema [...] é uma afirmação acerca de um assunto. Quer dizer, uma frase, ou frase composta, habitualmente um resumo ou uma frase condensada por influência da qual pode ser afetado um vasto conjunto de formulações singulares [...].” Nessa etapa, foram encontrados dez temas iniciais (Quadro 1).

Quadro 1 – Unidades de Registro/Temas iniciais

Temas
Humanização entre profissionais e usuários
Relação saudável e conflituosa
Relação saudável
Pouco espaço para trabalhos em grupos
Qualificação profissional
Vínculo com a comunidade
Liberdade para desenvolver as atividades
Estrutura física e qualificação profissional
Ações específicas de cada categoria profissional
Atendimento ao usuário

Fonte: Elaborado pela autora

Depois de finalizada essa etapa, foram agrupadas as unidades de contexto e eixos temáticos, conforme definidas por Oliveira (2008, p.3): “[...] unidades de contexto são unidades de compreensão da unidade de registro e corresponde ao segmento da mensagem cujas dimensões são maiores do que aquelas da unidade de registro [...]” Para Bardin (2009), as unidades de contexto correspondem às unidades de significação a codificar e ao segmento de conteúdo. São consideradas unidades de base, que visam à categorização dos resultados encontrados.

Após a seleção das unidades de registro, retornamos aos dados coletados, a fim de buscar as particularidades de cada tema e, com base nesse contato, encontramos as unidades de contexto/eixos temáticos (Quadro 2), procurando identificar o que cada entrevistado havia dito.

Quadro 2 – Unidades de Contexto e de Registro

Unidades de Contexto	Unidades de Registro	Participantes											
		E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10		
Primeiro contato com a humanização Ouvir o usuário Acolhimento humanizado Tratar bem	Humanização entre e profissionais e usuários												
Relacionamento com o paciente	Relação saudável e conflituosa												
Relacionamento entre os membros da equipe	Relação saudável												
Infraestrutura do centro de saúde da comunidade	Pouco espaço para trabalhos em grupo												
Participação em rodas de conversa, oficinas	Qualificação profissional												
Autonomia para realizar as atividades profissionais e apoio da comunidade	Vínculo com a comunidade Liberdade para desenvolver as atividades												
Infraestrutura do centro de saúde da comunidade e falta de qualificação profissional	Estrutura física e qualificação profissional												
Atividades de promoção da saúde e prevenção das doenças	Ações específicas de cada categoria profissional												
Acolhimento humanizado ao usuário na ESF	Atendimento ao usuário												

Fonte: Elaborado pela autora

Com base nessas informações teóricas e através do quadro das unidades de contexto e de registro elaboraram-se as categorias de análise que estão apresentadas no Quadro 3.

Quadro 3 – Categorias de Análise

Unidades de contexto	Categorias de análise
Primeiro contato com a humanização Ouvir o usuário Acolhimento humanizado Tratar bem o usuário	Conceito de humanização
Relacionamento com o paciente	Relacionamento com o usuário
Relacionamento entre os trabalhadores da saúde	Relacionamento entre os membros da equipe
Infraestrutura do Centro de Saúde da comunidade	Ambiência
Participação em rodas de conversa, oficinas	Educação Permanente em Saúde
Autonomia para realizar as atividades profissionais e apoio da comunidade	Facilidades encontradas
Infraestrutura do Centro de Saúde da comunidade e falta de qualificação profissional	Dificuldades encontradas
Atividades de promoção da saúde e prevenção das doenças	Atribuições dos profissionais da ESF
Acolhimento humanizado ao usuário	Humanização na Estratégia de Saúde da Família

Fonte: Elaborado pela autora

Com a organização e a análise dos dados, foram identificadas nove categorias principais, as quais deram sentido à humanização na Estratégia de Saúde da Família: Conceito de humanização; Relacionamento com o usuário; Relacionamento entre os membros da equipe; Ambiência; Educação Permanente em Saúde; Facilidades encontradas; Dificuldades encontradas; Atribuições dos profissionais da ESF; Humanização na Estratégia de Saúde da Família.

Conceito de Humanização

Essa categoria refere-se aos significados expressos pelos informantes sobre o conceito de humanização. Quando aludem a esse conceito, os profissionais relataram que, ao ouvirem pela primeira vez a palavra *humanização*, pensaram no atendimento humanizado ao usuário, em se colocar no lugar dele. Os conceitos apontados estão em consonância com a literatura. Percebe-se isso, através dos comentários abaixo:

Imaginei que era uma coisa muito boa, sim, colocada em prática, seria muito bom prá todo mundo [...] (E6)

Tem que ser humano, se colocar no lugar dele. Eu me senti mais preparada [...] (E8)

É o atendimento, entrada e saída do paciente no seu atendimento, onde ele está sendo atendido. É a forma que ele é atendido na hora da chegada e a saída dele no atendimento [...] (E9)

De acordo com o *Dicionário da Língua Portuguesa*, a *humanização* é o ato ou efeito de humanizar, que, por sua vez, significa tornar humano; dar condição humana; tornar benévolo, afável, tratável; tornar-se humano; humanar-se (FERREIRA, 1999). Para Chaves, Bianco e Ide (2007), a humanização está associada à qualificação da relação entre o profissional da saúde e o sujeito que procura o serviço de saúde. É como se fosse o encontro entre sujeitos no e pelo ato de cuidar, ou seja, o encontro de subjetividades.

A PNH propõe um atendimento de qualidade, por meio da articulação dos avanços tecnológicos com o acolhimento, de sorte a promover a melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. A humanização, na ESF, é realizada pela equipe multiprofissional, de maneira distinta e individualizada; busca resgatar o direito dos usuários em preservar sua dignidade, o que inclui sua participação, responsabilização e autonomia, os quais são elementos fundamentais para que a humanização seja construída (SANCHES et al., 2016).

Nessa perspectiva, quando se trata de humanização, o cotidiano dos profissionais que atuam no Centro de Saúde da Comunidade é diferente do abordado na literatura. Segundo o HumanizaSUS do Ministério da Saúde, humanizar é tornar o ambiente mais humano, com infraestrutura adequada, profissionais qualificados e satisfeitos com o trabalho desenvolvido – e isso não está de acordo com a prática vivenciada pelos trabalhadores, na qual se distancia cada vez mais a teoria da prática.

Com a humanização, muitas mudanças aconteceram nesse Centro de Saúde da comunidade; dentre elas, a equipe passou a fazer mais reuniões, os profissionais se aproximaram mais, principalmente a odontologia, que era mais afastada das demais categorias profissionais:

Mudou o aconchego, a turma, a reunião. Mais a união da equipe. Antes, era afastado da equipe, principalmente a parte de odontologia [...] (E10).

Ao perguntar aos profissionais como foi o seu primeiro contato com a humanização, todos declararam que havia muito tempo que participaram de cursos sobre esse assunto. Alguns mencionaram que o primeiro contato aconteceu na época dos estudos de graduação e de nível médio, como podemos perceber, nos relatos abaixo:

Ah, tem tempo. Eu acho desde quando eu fiz o curso técnico, depois na faculdade [...] (E1)

Na faculdade, há muitos anos, há muitos anos [...] (E3)

Acho que desde quando comecei a trabalhar no PSF mesmo, foi desde quando eu formei [...] (E2)

Foi em um curso quando a gente tava prá entrar no concurso e um dos temas era humanização [...] (E6)

Quando eu fiz o curso preparatório pra agente, os tutores lá nos preparou pra que a gente fosse assim mais aberto, conversasse mais uns com os outros [...] (E8)

De acordo com o Ministério da Saúde, a humanização é a valorização dos diferentes sujeitos que são os usuários, trabalhadores e gestores, e deve ser norteadas pelos seguintes valores: autonomia, corresponsabilidade, formação de vínculos, construção de redes e participação coletiva. Diante dos comentários dos profissionais, esse conceito de humanização não foi relatado como o proposto pelo Ministério da Saúde. Através disso, observa-se que a maioria dos profissionais entrevistados desconhecem o verdadeiro conceito da palavra *humanização*.

A humanização é assim, é como a gente trata o outro, né? A forma de tratar o usuário dentro da unidade, é tratar a pessoa com responsabilidade, ouvir o usuário, o paciente, às vezes que ter uma conversa mais com a gente e tem que tá sempre ouvindo o próximo e tentando atender ele o melhor possível [...] (E5)

Abraçar a causa dele, ouvir, bom dia, boa tarde, ouvir ele, depois que ele chegar nos dizer está doendo ali, mas ouvir primeiro, receber [...] (E8)

Os estudos realizados sobre esse tema indicam que a humanização apresenta várias definições; dentre elas, percebe-se, no texto de Muniz (2014), que humanizar, antes de tudo, é proporcionar carinho, respeito, confiança e amor ao próximo. A grande força desse conceito é que ele não se limita aos hospitais, porque qualquer segmento ou profissional da saúde pode humanizar o ambiente de trabalho. Humanização é ouvir o usuário e tratá-lo com responsabilidade.

Os profissionais relatam que a humanização está relacionada ao tratamento ofertado ao usuário que procura a unidade de saúde, para realizar uma consulta ou outro tipo de atendimento. Acima de tudo, é ouvir as suas queixas, saber o motivo que o levou a procurar

a unidade de saúde. Definição similar é encontrada em Mielko (2011): ouvir o paciente está relacionado com a escuta qualificada, a qual é considerada uma forma inovadora de cuidado, constituindo uma tecnologia leve, que envolve relações do tipo diálogo, vínculo, acolhimento. Possibilita compreender o sofrimento psíquico, a partir da pessoa, valoriza suas experiências e atenta para suas necessidades e diferentes aspectos que compõem seu cotidiano. É instrumento facilitador e transformador, estratégico no desenvolvimento da autonomia e inclusão social. Para Goulart e Chiari (2010), é relevante alcançar a resolutividade das ações de promoção da saúde e no desenvolvimento da sociedade, na qual estamos inseridos. Ademais, é relevante que o trabalhador da saúde tenha uma relação amistosa, de responsabilidade, cordialidade e, principalmente, na escuta dos anseios, desejos, demandas e sentimentos dos usuários e de seus familiares.

Além do que foi mencionado, para realizar a humanização na ESF, é fundamental que o trabalhador de saúde tenha um olhar voltado para atender o usuário de maneira holística, integral, colocar-se no lugar do próximo e vê-lo como um todo, como um ser que precisa de carinho, cuidados, atenção, independentemente da sua situação socioeconômica, cultural ou religiosa. É bom lembrar que a humanização é muito importante no dia a dia do profissional, pois, quanto mais humanizado, mais bem-sucedidas serão as suas atividades profissionais. Podemos perceber isso através dos relatos abaixo:

Colocar no lugar do paciente, colocar o coração antes da ação, o vê chegando na unidade e, abraçar a causa dele, Dar um bom dia, boa tarde, colocar a cadeira para ele sentar. Quando eu fiz o curso de formação pra agente, os tutores lá nos preparou pra que a gente fosse assim mais aberto, conversasse mais uns com os outros. Tem que ser humano, se colocar no lugar dele. Eu me senti mais preparada [...] (E8)

A gente tem que tratar as pessoas conforme, né?... Assim elas merecem, conforme a gente gostaria de ser tratado, né? Eu acho que a humanização assim é tudo, né?... na nossa profissão [...] (E4)

Acho que todo mundo deveria se por no lugar do paciente, desde o administrativo, a limpeza, até a médica, a enfermeira, todo mundo. (E1)

Para humanizar os serviços de saúde, é preciso imaginar o que deve ser feito, no sentido de oferecer um atendimento com amor e solidariedade ao próximo; acima de tudo, é imperioso se colocar no lugar do outro, tratar o próximo como gostaríamos de ser tratados. Oliveira, Cullet e Vieira (2006) deixam bem claro que humanizar a assistência em saúde implica dar lugar tanto à palavra do usuário quanto à palavra dos profissionais da saúde, de forma que possam fazer parte de uma rede de diálogos, a qual pense e promova as ações, campanhas, políticas assistenciais a partir do respeito, do reconhecimento mútuo e da solidariedade. É a possibilidade de se colocar no lugar do outro.

A humanização está relacionada com o tratamento, ou seja, tratar o usuário com carinho, dar-lhe atenção no que for preciso e, acima de tudo, ser humano, como dizem os relatos abaixo:

Prá mim, humanização é trabalhar com mais humanidade, você tratar bem a pessoa, tentar resolver o problema dela. Tratar aquela pessoa com carinho desempenhando um bom trabalho [...] (E1)

Acho que desde quando eu entrei aqui para trabalhar. E o que eu pensei é que a humanização é a gente ser humano um com o outro, né?... tratamento, a forma de tratamento, acho que era isso (E5)

Diante desses relatos, humanização é a ação de humanizar, de tornar humano. O profissional de saúde deve procurar tratar com responsabilidade cada usuário que procurar o serviço de saúde. Deve se interessar em resolver os problemas encontrados, pela oferta de tratamento fundamentado na paciência, no amor e na solidariedade para com o próximo. Podemos confirmar esses relatos através do trabalho de Lima et al. (2014), para quem o profissional de saúde não deve preocupar-se apenas com o tratamento da doença, porém, deve valorizar o cuidar – e isso exige sensibilidade para com as emoções do outro, manifestando interesse, respeito, atenção, compreensão, consideração e afeto. Tudo isso, com o intuito de amenizar as angústias e sofrimento trazidos pelos usuários que buscam a atenção dos trabalhadores de saúde.

Para os participantes deste estudo, a humanização é prestar um atendimento melhor, com responsabilidade. O profissional, ao atender um paciente, deve olhar não só o lado da doença, mas o aspecto biopsicossocial. Esse olhar holístico é de suma importância na humanização do atendimento ao usuário. Alguns relataram que a prática é diferente demais da teoria, quando se trata de humanizar o atendimento. Na teoria, é uma coisa, e, na prática, a realidade é outra totalmente diferente. Para muitos, a humanização, na Estratégia de Saúde da Família, precisa melhorar e muito, pois o acolhimento não se tem dado como deveria acontecer. Depara-se com muitos profissionais despreparados, estressados, que não sabem realizar uma escuta qualificada. Para muitos profissionais, o acolhimento é essencial no cuidado com o usuário, em face desse processo de humanização no atendimento. Podemos perceber isso através dos relatos de alguns profissionais:

Eu achava que a humanização era você trabalhar junto com o usuário, depois que a gente veio estudar um pouco mais a fundo, foi que a gente veio vê que é um pouco diferente, né? [...] A humanização é o acolhimento do paciente, é a forma melhor que você tem de atender ele bem, de compartilhar o seu trabalho e vice-versa. A gente humaniza eles e eles humaniza a gente [...] (E7)

É o acolhimento que a gente tem com os usuários, né? É conversar com o paciente, saber a realidade e procurar resolver o problema dele naquele momento. Acolher bem o paciente, resolver o problema dele [...] (E5)

Ele tem que ser bem acolhido já na entrada. Se ele for bem recebido, ele já chega calmo, tudo facilita mais [...] (E4)

O acolhimento, quando bem realizado, é capaz de promover o vínculo entre profissionais e usuários, possibilitar um atendimento integral, acesso aos serviços de saúde, além de qualificar a assistência e fortalecimento do trabalho dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. Como uma das principais diretrizes da PNH, compreende o compromisso do profissional na responsabilização do cuidado ao usuário, da corresponsabilização do usuário pelo tratamento, da recepção do paciente até a sua saída da

unidade de saúde, da escuta qualificada, pela escuta de suas queixas e angústias e também pelo favorecimento de uma melhor articulação com as demais redes de atenção à saúde.

A maioria dos profissionais entrevistados definiu que a humanização está no acolhimento prestado ao paciente, desde a sua entrada até a saída do estabelecimento de saúde. Alguns salientaram que, atualmente, no serviço de saúde, a humanização, o acolhimento do paciente precisa melhorar, como podemos perceber nos relatos abaixo:

Hoje, prá mim a humanização está bem precária, porque não tem mais aquele atendimento onde o paciente é bem recebido, ele não é, ele já chega com aquela deficiência, dele procurar o posto de saúde pro seu atendimento, pra sua acolhida, não é bem recebido. Humanização prá mim é a forma que o paciente está sendo acolhido naquela hora do atendimento dele [...] (E9)

Eu vejo que é aplicada a humanização aqui. Todo mundo faz sua parte, e o acolhimento poderia ser melhor, poderia, mas todo mundo faz a sua parte de humanização. [...] (E6)

A partir desses relatos, podemos perceber que a humanização no serviço de saúde precisa de mudanças, o usuário precisa ser bem acolhido pelos profissionais da unidade de saúde. De acordo com a PNH, o acolhimento tem sido apontado como grande disparador de mudanças no processo de trabalho da equipe, além de fortalecer o vínculo entre profissional e usuário. Com isso, o acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso com os pacientes, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade (BRASIL, 2010). O acolhimento como efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão, como pode ser visto nas falas abaixo:

Você tá acolhendo a comunidade, né? Tratar os pacientes bem, você ser educado. São pessoas do seu convívio, né? Você chama eles pelo nome, né? Você conhece a cara de cada um, já conhece as necessidades dele, as doenças dele [...] (E3)

A gente trata diretamente assim com as pessoas, vai na casa, né?... das pessoas. Então, tudo eu acho assim de suma importância a gente tratar bem, acolher bem as pessoas [...] (E4)

Acolher o usuário. Procurar saber por que ele está na unidade, o que que ele está procurando e direcionar ele ao atendimento que está precisando naquele momento [...] (E5)

Diante disso, as ações de acolhimento fazem parte do processo de trabalho da equipe da Estratégia de Saúde da Família e são essenciais na construção de um relacionamento sólido entre profissionais, usuários e família (GARUZI et al., 2014). Para Silva (2011), um ambiente de trabalho acolhedor, humanizado, permite ao profissional entender a sua

importância no processo de produção de saúde e ser reconhecido e considerado como sujeito. Por outro lado, para o usuário, um espaço humanizado e acolhedor proporciona o diálogo e a expressão dos seus sentimentos, que caracteriza a humanização das relações interpessoais, pois envolve profissionais, usuários, família e instituição.

O termo *humanização* apareceu na primeira década do século XXI, com várias definições, dentre as quais está a necessidade de melhoria da qualidade dos serviços prestados ao usuário, família e comunidade; é humanizar as condições de trabalho, do relacionamento entre profissionais e usuários. Para Waldow e Borges (2011), humanizar é afirmar o humano na ação, o que significa cuidado, porque só o ser humano é capaz de cuidar no sentido integral, holístico, como um todo.

Antes da criação do SUS, da Estratégia de Saúde da Família e da PNH, o cuidado do ser humano era visto de maneira muito superficial, centrado muito no modelo biomédico. Apesar dos avanços, esse tipo de modelo ainda prevalece nos dias de hoje e requer mudanças. Mas, com o surgimento da política, o atendimento ao usuário exige mudança de atitude por parte dos profissionais dessa estratégia. O tipo de assistência prestado passou a ser outro, o indivíduo passou a ser visto no seu todo biopsicossocial. Por conseguinte, com a ESF, a humanização no atendimento prestado ao usuário passou a ser obrigação dos serviços de saúde. Notamos isso nas seguintes falas:

Eu acho que antes era assim mesmo, a gente trabalhava mais naquela situação mais crua mesmo, né?... não tentava ouvir a pessoa. Acho que na estratégia a gente aprendeu a se comunicar melhor, a atender melhor a pessoa, as necessidades da pessoa [...] (E1).

Não focava muito, né?... agora com o trabalho assim, acho que mudou tudo, né?... acho que melhorou bastante [...] (E4).

Antes, eu achava que a humanização tinha que trabalhar com eles. Hoje, a humanização ela parte primeiramente da gente, né? Antes, a gente trabalhava com eles, hoje, eu vejo que é prá eles [...] (E7).

Através das falas dos profissionais, com a humanização, a comunicação entre a equipe melhorou muito e o atendimento ao usuário passou a ser prioridade. A humanização é muito mais do que realizar uma visita, como está representado na fala abaixo:

Mudou muita coisa. Eu via como uma fala comum. Humanizar é mais viver o ato, conviver com o cidadão. Eu atuo com agente de saúde, antes desse curso sobre humanização, eu achava que era simplesmente visitar, assinar a fichinha, levar o que eles pedia (E9).

A realidade do Centro de Saúde da comunidade pesquisado é diferente do que dizem os referenciais teóricos sobre a humanização no atendimento ao usuário na APS. A realidade encontrada nas instituições de saúde precisa mudar. A prática precisa se aproximar da teoria, de sorte que este estudo tem muito a contribuir, para que essa aproximação aconteça. Para muitos profissionais, quando a teoria é colocada em prática, não existe coisa melhor, mas, por outro lado, pode causar uma série de transtornos. Alguns dos profissionais

entrevistados tratam justamente sobre isso, a diferença entre a teoria e a prática, como se pode observar nas seguintes falas:

Na faculdade a gente vê como é que que é na teoria com relação a se por no lugar do outro, mas, quando você vem pro postinho e começa ver a realidade, você consegue fazer isso melhor [...] (E2).

É na época da faculdade era tudo muito teoria, né?... hoje, a gente acaba colocando muito em prática, nos deparamos com muita dificuldade, deparamos ainda com muita burocracia no sistema [...] (E3).

A prática e a teoria são completamente diferentes uma da outra. Na teoria, você tá lendo, na prática, você vê a realidade, aqui tá acontecendo. Tem diferença muito grande [...] (E9)

Para Goulart e Chiari (2010), o contato de humanização das práticas e da atenção à saúde está na pauta de discussões mundo afora, há várias décadas e, nos últimos anos, tem ganhado destaque nas publicações ligadas à saúde coletiva. Com o surgimento da PNH, em 2003, vários profissionais, como os que atuam na Estratégia de Saúde da Família, tiveram o seu primeiro contato com essa política, através de cursos de capacitação, oficinas e rodas de conversa.

Muitos profissionais, dentre estes os da Atenção Primária, tiveram seu primeiro contato com a PNH logo após o seu surgimento, em 2003. Com o objetivo de qualificar os profissionais para atender de maneira acolhedora à população e devido à necessidade de implantar um serviço humanizado, vários deles também tiveram o primeiro contato, durante os cursos de humanização propostos pelo Ministério da Saúde ou pelo município ou estado, todavia, nem todos os profissionais tiveram o privilégio de participar de momentos como esse; cite-se, por exemplo, os acadêmicos da área da saúde, profissionais de nível médio e superior.

O investimento na formação de profissionais e gestores é estratégia importante, uma vez que o modelo biomédico ainda permanece nas relações entre profissionais e mesmo após a implantação da PNH. O modelo de atenção à saúde está fortemente enraizado nas escolas de formação dos vários cursos de graduação da saúde, seja em instituições de ensino públicas, seja em privadas (GOULART; CHIARI, 2010).

Através dos relatos dos profissionais entrevistados, percebemos que faz muito tempo que esses profissionais participaram de capacitações sobre a humanização no atendimento ao usuário, de modo que alguns deles não se lembram desse primeiro contato, como podemos perceber através das seguintes falas:

Tou lembrada não, mas, faz muito tempo. Acho que desde quando eu entrei aqui para trabalhar [...] (E5)

Humanização? Muito tempo, não lembro assim, muito tempo [...] (E10)

Ao indagar sobre o que eles pensaram, quando ouviram falar em humanização, a maioria respondeu que a humanização está direcionada ao relacionamento entre profissionais e usuários, a desempenhar um bom trabalho, a ser mais humano com o usuário, a se colocar no lugar do próximo.

Desempenhar um melhor atendimento às pessoas que procuram a unidade. Os colegas também tá oferecendo prá eles o que veio procurar, se não resolver, mas, pelo menos informar os lugares. [...] (E1)

Pensei assim, tornar uma coisa mais, digamos, melhorar o relacionamento. [...] (E2)

Forma mais humanitária de tratar as pessoas, né?... os pacientes [...] (E3)

Tratar bem os pacientes, tratar bem as pessoas, o próximo [...] (E4)

Eu pensei é que a humanização é a gente ser humano um com o outro, né?... tratamento, a forma de tratamento, acho que era isso [...] (E5).

A humanização do cuidado deve ser prioridade para os trabalhadores da saúde e gestores, visto que se constitui em uma atividade que cuida do ser humano em situações de vulnerabilidade (WALDOW; BORGES, 2011). Com a PNH, o ser humano passa a ser visto em sua integralidade, de maneira holística, como um todo biopsicossocial. Ademais, para humanizar a assistência à saúde, o relacionamento entre os trabalhadores, gestores e usuários precisa ser saudável. Cada um deve respeitar o outro, as suas singularidades, pois somos seres humanos com pensamentos diferentes, os quais precisam ser valorizados.

Relacionamento com o usuário

Nessa categoria, a equipe da Estratégia de Saúde da Família deve construir um relacionamento agradável, tranquilo, desviando-se, o máximo que puder, de situações de conflito entre trabalhadores e usuários. Para humanizar a assistência à saúde, a relação harmoniosa entre esses sujeitos é fundamental para o cuidado humanizado. A equipe deverá ter um olhar holístico no relacionamento com o usuário, evitando problemas ou desentendimentos desnecessários. Percebe-se isso, nos relatos dos entrevistados:

É boa. Às vezes tem conflito, mas é resolvido [...] (E5).

Olha, é por dia, tem dias que isso aqui é uma maravilha, mas, tem outros dias que é um quebra-pau, ali na frente, você precisa ver, é uma graça [...] (E7).

Conflito sempre existe. Na minha parte, quando não tem como atender hoje, agendo para amanhã. O usuário não fica 100%, mas, não sai com briga [...] (E10).

A relação entre os trabalhadores e os pacientes representa um desafio para a reorganização dos serviços de saúde pública (LIMA et al., 2014). A mudança no processo de trabalho em saúde só é possível se houver a compreensão de cada trabalhador sobre o modo de produzir saúde e de aderir à nova forma de agir na relação com o usuário (GROV et al., 2009).

A ESF, juntamente com a PNH, trouxe várias modificações na área da saúde, principalmente no relacionamento do profissional com os usuários. Esse relacionamento é essencial para o bom funcionamento da USF. A fim de trabalhar na ESF, o profissional que compõe a equipe deve ter perfil para atuar na comunidade, gostar de trabalhar em equipe, ser comunicativo, utilizar uma linguagem simples, de acordo com a cultura de cada comunidade, caso contrário, muitos problemas virão, como o enfraquecimento do processo de trabalho da equipe e a não consolidação dos princípios doutrinários do SUS.

Para formar o vínculo profissional-paciente, é preciso, de acordo com os profissionais, conhecer a realidade particular de cada indivíduo e família. Por outro lado, as equipes de saúde da família precisam deixar de lado os discursos prontos e verticalizados, de preconceitos e do saber tradicional. Necessitam inserir-se na comunidade, a fim de conhecer e reconhecer a realidade do usuário dos serviços de saúde do local. É importante que o profissional tenha uma atitude humana, no sentido de reconhecer os limites de cada família, colocar-se no lugar do outro, ser humano, solidário, respeitar as diferenças de cada usuário e sua família. Os profissionais de saúde devem conquistar a confiança da população, ter coragem para entrar na realidade de cada família, dialogar com as diferenças e compreender as singularidades humanas, sem preconceitos ou verdades (ILHA et al., 2014).

De acordo com relatos de alguns profissionais, outra situação muito comum é o relacionamento entre o pessoal da recepção com o paciente, que às vezes é problemático. O primeiro contato que o usuário tem é com o administrativo, o pessoal que trabalha na recepção. Se o trabalhador que fica na linha de frente do Centro de Saúde não ofertar atendimento de qualidade, ser paciente, realmente causará uma série de problemas, os quais vão interferir no relacionamento com o usuário e provocar transtornos. O estresse, baixos salários, sobrecarga de trabalho, tudo isso interfere no relacionamento entre profissionais, usuários e gestores, de onde advêm conflitos no relação entre eles. Percebe-isso através da seguinte fala:

É bem complicado, porque aqui cada um trabalha de forma diferente, tem pensamento diferente, então assim, quando que “tô” aqui, que fico observando a recepção não é bem receptiva com os pacientes [...] (E9).

O profissional de saúde deve procurar manter uma relação humanizada com o paciente. O toque, uma palavra de carinho, ouvir, conversar, ter paciência, são fatores que cooperam para melhorar o desempenho das atividades dos profissionais, além de estabelecer uma relação de confiança e também de credibilidade. A maioria das pessoas que procuram a unidade de saúde requer apenas a atenção, falar dos seus problemas, de modo que, frequentemente, o tratamento mais eficaz é a atenção e o cuidado do profissional. Infelizmente alguns profissionais não têm essa paciência de realizar uma escuta qualificada,

prejudicando ainda mais o relacionamento com os usuários. O desgaste profissional, a sobrecarga de trabalho, o estresse, se o profissional não souber administrar esses problemas, interferem muito na relação profissional e usuário:

Aqui a gente consegue se dar bem. A relação do administrativo com o usuário é boa, mas, às vezes, ali fica muito cheio, tem paciente que é grosso, o pessoal tá cansado, aquele tanto de gente ali conversando acaba tendo algum estresse, mas, a maioria das vezes é muito boa [...] (E3).

As relações estabelecidas entre profissionais e pacientes estão entre os temas desafiadores para a reorganização dos serviços de saúde. Atualmente, a organização das equipes de saúde não superou o desafio de se solidarizar pela necessidade dos usuários, deixando de atender, assim, ao princípio da integralidade da atenção. Para o atendimento ser integral, o encontro com o usuário deve ser guiado pela capacidade do profissional de compreender o sofrimento de se colocar no lugar do paciente. De acordo com Schimith et al. (2011), os profissionais devem demonstrar respeito, atenção, elo de afetividade, confiança e credibilidade no cuidado prestado, fortalecendo o vínculo entre trabalhador e usuário.

Lima et al. (2014) assinalam que o relacionamento entre profissionais e pacientes da ESF representa um desafio para a reorganização da atenção básica e, por conseguinte, para a efetiva concretização do SUS. A relação entre profissional e usuário e a organização do processo de trabalho da equipe colaboram para um SUS mais humanizado.

Atualmente, a mídia (meios de comunicação) tem noticiado diversos problemas que envolvem o relacionamento entre pacientes e profissionais da ESF, tais como: desrespeito entre profissional e usuário e vice-versa; omissão de informações ao usuário; deficiência no acolhimento; tratamento desumano e falta de interesse do profissional em resolver os problemas de saúde do usuário. Para a efetiva consolidação do SUS com mais humanização, faz-se necessário o equilíbrio e o bom relacionamento entre profissionais e usuários dos serviços de saúde.

Nessa categoria, as pessoas entrevistadas ressaltaram que o relacionamento entre usuários e profissionais é uma relação boa, harmoniosa, mas, às vezes, há conflitos que terminam dificultando o relacionamento. É uma relação em que há respeito e carinho, conforme se verifica pelos comentários abaixo:

A relação é boa, tem uma relação boa com a comunidade, os profissionais aqui têm muito tempo que está aqui, então há aquele respeito, aquele carinho, aqui raramente acontece uma confusãozinha [...] (E1).

Eu creio que um relacionamento bom, lógico às vezes você não vai conseguir atender o paciente de imediato, ele vai achar que o atendimento é ruim. Às vezes tem conflito, mas, isso não é frequente [...] (E2).

Trabalhar na ESF é um trabalho no qual é essencial o cuidado humano e, desenvolvido na forma de trabalho coletivo, implica a relação entre profissionais, usuários, familiares e gestores. São várias as satisfações e insatisfações no trabalho da Atenção Básica e, com certeza, tem forte influência na saúde dos profissionais e também dos usuários (LIMA et al., 2014). Durante a entrevista com os profissionais, mesmo sendo uma relação agradável entre trabalhadores e pacientes, de vez em quando surgem conflitos. O profissional precisa

ter em mente que conflitos existem, mas precisam ser superados. Além disso, quando esses problemas costumam se repetir com frequência, interferem no relacionamento entre profissional e paciente, de sorte a causar o afastamento deste na unidade de saúde. O respeito entre ambas as partes precisa acontecer, caso contrário, será responsável por um ambiente desagradável para todos. Pode-se ilustrar essa percepção pelas seguintes falas:

É uma relação tranquila assim na medida do possível, sempre que o usuário vem a unidade, eles conseguem. Não tem nenhuma implicação assim [...] (E6).

É uma relação boa, com muito respeito. É uma hierarquia, tem que ser respeitada sim, mas cada qual no seu espaço, tem muito respeito, graças a Deus [...] (E8).

Relacionamento entre os membros da equipe

Nessa categoria, retrata-se o relacionamento entre os membros que compõem a equipe da ESF, o que constitui um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. Para humanizar os serviços de saúde, é imprescindível o bom relacionamento entre os trabalhadores de saúde. Está mais do que comprovado que a união da equipe fortalece o seu processo de trabalho, colaborando com um SUS mais humanizado. O relacionamento é bom, como está ilustrado nas falas:

Eu acho bom, é legal, a gente conversa sobre os problemas de alguns pacientes, é um bom relacionamento [...] (E1).

Eu falo que aqui é a minha família. Então, graças a Deus, eu dou bem com todos, prá mim, são pessoas maravilhosas. Aqui nós somos muito unidos [...] (E3).

Para Figueiredo (2012), 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 capazes de interagir entre si, para que o cuidado do usuário seja ético-político, que organiza a intervenção técnico-científica. De acordo com Paula (2016), a construção da cidadania exige, dos profissionais, postura, comunicação com os demais membros da equipe, respeito à autonomia do outro e ética profissional. É necessário igualmente compreender a linguagem e o significado das expressões próprias de determinada coletividade, assim como fazer-se compreender, compartilhar e possibilitar a construção recíproca de novos conhecimentos. Percebe-se que várias equipes têm dificuldade de trabalhar de forma compartilhada, além do relacionamento competitivo e conflituoso. Mas uma grande ferramenta para superar essas dificuldades é a comunicação entre a equipe. Quando a equipe tem um bom relacionamento, o processo de trabalho ocorre de maneira mais organizada e o atendimento ao usuário é humanizado e acolhedor.

De acordo com a entrevista realizada, a equipe do Centro de Saúde tem um bom relacionamento, às vezes há alguns desentendimentos, mas tudo logo é solucionado. O trabalho sempre é feito em parceria com os demais profissionais e, assim, se evita o trabalho isolado e fragmentado. Diante das dificuldades encontradas, os profissionais procuram interagir entre si, para superar os obstáculos encontrados. Podemos observar isso através das falas:

Sempre que a gente necessita de algumas dessas áreas, a gente solicita, é sempre bem atendido [...] (E6)

É muito boa, assim a gente se entende bem, né? É lógico que aqui, acolá, a gente tem ainda desentendimentos por falta de informação, mas assim relativamente é boa, né?... assim, a convivência é tranquila [...] (E7).

O relacionamento interpessoal entre os membros que compõem a equipe da ESF pode interferir no atendimento ao usuário. Disso decorre a importância do diálogo entre os seus membros e de uma boa interação entre si. A comunicação é algo fundamental entre os membros da ESF, porque é através dela que a equipe se tornará um grupo de trabalho integrado, formando um sistema de parceria e complementaridade, em que a troca de conhecimentos e experiências possibilitará uma atuação mais rica e pertinente com a complexidade, característica do ser humano. É uma tarefa árdua, pois cada membro possui sua individualidade, particularidades, e pensa de forma diferente (CARDOSO, 2004). O relato abaixo ilustra alguns desses aspectos:

Bem intenso, a gente poderia estar em comunicação entre eles, acaba que a gente tem que ter essa interligação. Então é bem intenso [...] (E2).

É um elo bom quando eu preciso deles, eu chego, enfermeira, gerente é o administrativo, como um todo. É um elo bom, normal, 100% [...] (E8).

A falta de diálogo e comunicação entre os profissionais provoca a fragmentação do processo de trabalho da equipe, dificulta o relacionamento e, conseqüentemente, o desenvolvimento das atividades. O trabalho, quando envolve toda a equipe, constitui uma ferramenta indispensável para a implementação de um serviço de qualidade. As reuniões de equipe e o trabalho multiprofissional favorecem uma melhor integração entre os membros da ESF. Nota-se isso, através das seguintes falas:

Tem reunião com a equipe, todinha, sempre em conjunto, visita, costuma fazer junto também [...] (E10).

As reuniões de equipe [...] é de conversar de vez em quando, perguntar como é que ele tá [...] (E5).

Para Figueiredo (2012), o trabalho da ESF é realizado basicamente por grupos de profissionais, o que representa um desafio entre os inúmeros outros problemas enfrentados pela ESF. O trabalho em equipe multiprofissional é um instrumento de intervenção relevante, para que as ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos sejam

desenvolvidas. Quando a equipe tem um bom relacionamento, promove a integralidade das ações de saúde, o que contribui para a organização do serviço e um melhor conhecimento das necessidades de saúde da comunidade.

Ambiência

Essa categoria é importante, já que a ambiência é considerada um fator primordial na promoção de conforto e bem-estar para os usuários, trabalhadores de saúde, gestores e comunidade. Sabe-se que a estrutura física de uma unidade interfere no atendimento humanizado ao usuário. Se a unidade não oferecer uma estrutura agradável, harmoniosa, durante o atendimento ao usuário, a assistência à saúde deixará muito a desejar, interferindo no processo de trabalho da equipe e no atendimento ao usuário. Observa-se isso por intermédio dos seguintes relatos:

Tem a parte da recepção do paciente, lá fora, eles não têm uma sala de espera, uma TV. A questão dos banheiros é só um pros pacientes tanto para homens como mulher e o banheiro pros funcionários tanto homem, como mulher [risos]... (E1)

O espaço realmente é um pouco pequeno, a estrutura fraca [...] (E2)

Eu acredito, pra iniciar, seria um pouco da infraestrutura daqui da unidade e acredito que ali a parte da espera do paciente poderia ser uma parte fechada, climatizada. No momento que ele estivesse esperando a gente, poderia tá dando uma palestra, eles poderiam tá vendo TV com algum vídeo sobre questões de saúde. Eu acho que espaço prá gente fazer exercício físico seria muito bom também pra unidade, uma academia ao ar livre, seria muito bom, movimentaria mais a gente, poderia chamar os idosos [...] (E5)

Eu acho ela bem precária, como eu já te falei, ela é pequena, precisaria mais de espaço, uma recepção bem maior, porque a recepção é pequena, e a humanização principalmente com o administrativo seria maior do que com a gente [...] (E8)

A PNH tem como uma de suas diretrizes a valorização da ambiência, como organização de espaços saudáveis e acolhedores de trabalho. Essa compreensão de ambiência é norteadada por três eixos: o espaço que visa à confortabilidade; o espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho; e a ambiência como espaço de encontros entre sujeitos (BRASIL, 2009).

A ambiência refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais, que deve proporcionar atenção acolhedora, humana e resolutiva (BRASIL, 2004a). O espaço físico é um instrumento de grande relevância dentro da USF, pois permite mudança no processo de trabalho da equipe, proporcionando mais autonomia para a equipe executar as ações de educação em saúde como, por exemplo, reuniões com grupos de hipertensos e diabéticos, grupos de adolescentes, gestantes e outras ações de prevenção das doenças e de promoção da saúde. Por outro lado, se a unidade não oferecer um espaço adequado para a equipe realizar o seu

trabalho, os trabalhadores da saúde vão para as escolas, igrejas do território de abrangência, circunstância que causa, às vezes, desgaste e estresse.

A maioria dos profissionais entrevistados entende que o espaço físico do local de trabalho é muito precário. Os consultórios são pequenos, a sala de espera onde o usuário aguarda atendimento não tem uma televisão ou vídeo para assistir, a sala de acolhimento não tem espaço suficiente para o profissional realizar a classificação de risco, além disso, as atividades educativas são feitas fora do Centro de Saúde, nas igrejas ou nas escolas. O que é preocupante é que nesse centro de saúde são cadastradas duas equipes de saúde da família. Se, para uma equipe, o espaço é pequeno, pode-se imaginar a situação para duas equipes.

De acordo com os relatos dos entrevistados, a estrutura física da unidade de saúde precisa melhorar. O espaço é insuficiente para trabalhos em grupos, rodas de conversa etc. A estrutura organizacional de uma unidade de saúde é fundamental para um atendimento mais humanizado ao usuário, família e comunidade. O espaço físico, a ventilação, a iluminação, a área externa e interna, o tamanho dos consultórios, tudo isso interfere muito no atendimento ao paciente. A ampliação da unidade e melhoria do espaço físico são algumas das sugestões propostas pelos profissionais para melhorar a qualidade do atendimento ao paciente.

Eu acho que é mais a questão da sala de espera, é a questão da sala de recepção, que eu vejo ali, que na hora do fluxo, fica muito cheio. É a questão da triagem, que às vezes também é pequena de tanta demanda, é só mesmo a questão da estrutura [...] (E3)

Eu acho que precisaria melhorar assim mesmo a estrutura, a recepção melhor, assim o local melhor pra gente acolher. [...] (E4)

Pelas considerações acima mencionadas, a ambiência é uma importante ferramenta facilitadora do processo de trabalho da equipe de saúde da família, tanto no seu aspecto estrutural quanto nos relacionados às interações entre trabalhadores e usuários. A fim de que o espaço seja confortável, há componentes modificadores e qualificadores, tais como: recepção sem grade, com cadeiras ou bancos e salas planejadas para acomodar os usuários; uso de placas de identificação dos serviços disponibilizados; sinalização dos fluxos; espaço adaptado a pessoas com deficiência; acesso a bebedouros e instalações sanitárias higienizadas (GARCIA et al. 2014).

Durante a entrevista, nota-se certa angústia e preocupação na fala de todos os profissionais, quando se trata de infraestrutura da unidade de saúde. Percebe-se essa preocupação através dos relatos abaixo:

Acho que poderia ser melhor, ter uma recepção melhor para os pacientes, acho que a gente deveria ter uma sala, né? [...] (E4)

A unidade é pequena e a gente faz o que pode. A estrutura oferece o que tem pra oferecer, é pouca coisa, mas, o que tem a gente se vira com o que tem, né? O consultório do dentista só tem um só. A nossa sala às vezes é pequena, a unidade, teria que aumentar mais [...] (E6)

O Centro de Saúde deve proporcionar espaço confortável, acolhedor e resolutivo. A luz, a ventilação, a cor das paredes, a privacidade são fatores que interferem no processo de trabalho da equipe e no atendimento ao usuário. A ESF surge com o objetivo de promover mudanças na assistência à saúde. Pautada nos princípios de equidade, integralidade, humanização no atendimento, a valorização da ambiência é fundamental para que o atendimento ocorra de maneira humanizada, quer do ponto de vista dos usuários, quer dos trabalhadores de saúde.

A ambiência na saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico, concebido como espaço social, profissional e de relações interpessoais, o qual deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana. A ambiência, enquanto espaço de encontro entre sujeitos, apresenta-se como um dispositivo que potencializa e facilita a capacidade de ação e reflexão das pessoas envolvidas nos processos de trabalho, favorecendo a produção de novas subjetividades (BRASIL, 2010).

Através das discussões realizadas, observa-se que o Centro de Saúde da comunidade não oferece condições adequadas para a equipe realizar as atividades. Percebe-se que a maioria dos profissionais trabalha de maneira desagradável, ambiente sem espaço suficiente para desempenhar um bom trabalho. Nesse serviço de saúde, existe apenas um consultório odontológico e, como são duas equipes, os profissionais cirurgiões dentistas trocam de horário para fazer o atendimento aos usuários. Diante dessa realidade, a infraestrutura física desse recinto encontra-se longe do preconizado pelo Ministério da Saúde, conforme a PNH, e necessita de reforma com urgência.

A ambiência discutida isoladamente não muda o processo de trabalho, uma vez que este também se relaciona com postura e o entendimento desses processos e práticas já instituídos e adotados na rotina pelos trabalhadores e gestores do setor saúde, porém, pode ser usada como uma das ferramentas facilitadoras que propiciem esse processo de mudança.

Como instrumento de construção do espaço aspirado pelos profissionais de saúde e usuários, é preciso contar com garantia de biossegurança e prevenção de acidentes biológicos (CARVALHO; DUPRET, 2009). Para mudar a infraestrutura de uma instituição de saúde, é imperiosa a participação de toda a equipe, com apoio da gestão e também da comunidade.

Na Atenção Básica, esses espaços devem ser pensados de maneira a integrar as equipes de trabalho que atuam numa mesma unidade, criando áreas que, além de multifuncionais, possam ser compartilhadas pelas equipes, como, por exemplo, os espaços de acolhimento da entrada, as áreas de encontros entre trabalhadores e entre trabalhadores e usuários. Outro fator importante é a disponibilização de espaços coletivos destinados a reuniões, orientações, palestras, oficinas (CARVALHO; DUPRET, 2009).

É bom, não é lá essas coisas, não é ruim assim, precisa melhorar [...]
(E10)

Olha, eu acho ela boa, a estrutura boa, aqui já teve pior. Eu acho que não é 100%, mas melhorou bastante. Se tivesse mais espaço, né?... assim como não tem, a gente usa [...] (E7)

De acordo com os entrevistados, a estrutura física do Centro de Saúde precisa melhorar. O espaço é insuficiente para os trabalhos em grupos, rodas de conversa etc. A estrutura organizacional de uma unidade de saúde é essencial para um atendimento mais humanizado ao usuário, família e comunidade. O espaço físico, a ventilação, iluminação, a área externa e interna, o tamanho dos consultórios, tudo isso interfere muito no atendimento ao paciente. A ampliação da unidade e melhoria do espaço físico são algumas das sugestões propostas pelos profissionais para melhorar a qualidade do atendimento ao paciente.

A ambiência deve incluir os gestores, trabalhadores e usuários. Deve estar voltada para a atenção acolhedora, resolutiva e humana, a qual pode contribuir de forma satisfatória na mudança das relações de trabalho da equipe, pela construção de um ambiente harmonioso, saudável e humanizado. Portanto, deve-se implementar ambiências acolhedoras e harmônicas, que colaborem para a promoção do bem-estar, de maneira a desfazer-se o mito desses espaços que abrigam serviços de saúde frios e hostis (BRASIL, 2010).

Educação Permanente em Saúde

Nessa categoria, a implantação da Educação Permanente em Saúde nos centros de saúde da comunidade é relevante para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde. A proposta da EPS tem como finalidade reorientar os processos de capacitação dos trabalhadores dos serviços de saúde. A EPS, nos serviços de saúde, possibilita um espaço de problematização, reflexão, diálogo, capaz de promover grandes transformações nos serviços de saúde. Ao perguntar para os profissionais entrevistados se participaram de algum curso sobre humanização, a maioria respondeu que ainda não recebeu nenhum tipo de capacitação. Isso pode ser conferido nas seguintes falas:

Capacitação ainda não. Eu sei que vários colegas aqui já foram, já tiveram, estão tendo, mas, eu mesma, não [...] (E1).

Capacitação em humanização? Que eu lembro, não, não lembro, não [...] (E2).

Não. Acho que teve uma época da humanização do SUS, eu não lembro, que foi aqui [...] mas, teve, sim, uma época de humanização [...] (E3).

A Política de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), implantada pelo Ministério da Saúde, através da Portaria GM/Ministério da Saúde nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, reformulada pela Portaria GM/Ministério da Saúde nº 1996, de 20 de agosto de 2007, é uma proposta educativa destinada à aprendizagem no trabalho, onde “[...] aprender e ensinar se incorpora ao cotidiano das organizações e ao trabalho” (BRASIL, 2005).

A educação permanente é uma proposta ético-político-pedagógica que visa a transformar e qualificar a atenção à saúde, os processos formativos, as práticas de educação

em saúde, além de incentivar a organização das ações e dos serviços, numa perspectiva intersetorial (BRASIL, 2005). Por outro lado, a educação continuada é definida como um processo que inclui as experiências posteriores à formação inicial, que ajuda o pessoal a aprender competências para o seu trabalho. Também é conceituada como algo que englobaria as atividades de ensino após o curso de graduação, com finalidades mais restritas de atualização, aquisição de novas informações, com atividades de duração definida e através de metodologias tradicionais (MASSAROLI; SAUPE, 2005).

Através dos depoimentos dos profissionais, notamos que a maioria deles ainda não participou de cursos, oficinas ou rodas de conversa a respeito da PNH. Isso contradiz estudos realizados sobre a humanização na ESF, segundo os quais todos os profissionais, antes de atuar nessa estratégia, devem ter alguma noção sobre humanização:

[...] não me lembro. Tem muitos anos. [...] deve ter uns dez anos que tive isso [...] (E5)

[...] que eu me lembre, não [...] (E8).

Não. O curso mesmo, eu não fiz não [...] (E4)

A Educação Permanente (EP) oferece elementos valiosos, ao prover uma visão geral filosófico-política e técnico-pedagógica para o processo de formação e aperfeiçoamento constante dos profissionais da saúde, com respeito aos desafios de seu trabalho cotidiano. É fundamentada na concepção de educação como transformação e aprendizagem significativa, centrada no exercício cotidiano do trabalho e em sua valorização como fonte de conhecimento (TESSER et al., 2011).

Uma das sugestões propostas pelos profissionais entrevistados está na necessidade de capacitar todos os profissionais que trabalham no Centro de Saúde da Comunidade onde foi realizada a pesquisa. Alguns profissionais mencionaram a importância de capacitar, não somente a equipe da Estratégia Saúde da Família, mas todos os profissionais, desde a médica até os serviços gerais.

Eu acho que deveria ter uma capacitação pra quem está na linha de frente na recepção, tanto para os técnicos de enfermagem. O administrativo, acho que precisaria passar por um treinamento, por uma reciclagem [...] (E2)

[...] capacitações, mais reuniões de equipe [...] (E1)

[...] e também eu creio mais treinamentos. [...] (E2)

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) também ressalta a necessidade de melhorar o serviço prestado à população pelos profissionais de saúde, com base na

qualificação, na capacitação. Na busca de melhores condições de trabalho, a capacitação dos profissionais é de ímpar relevância para o aprendizado e aperfeiçoamento das relações sociais próprias do cotidiano dos serviços de saúde. A qualificação e a capacitação dos profissionais da saúde constituem alguns caminhos para melhorar o atendimento prestado à comunidade e colaboram ainda no relacionamento entre profissionais e usuários (COTTA et al., 2016).

Nessa categoria, alguns entrevistados sugeriram que todos os profissionais da unidade de saúde, incluindo o setor administrativo, os técnicos de enfermagem, profissionais da ESF e serviços gerais fossem capacitados em humanização. Sabe-se que a capacitação é importante, sobretudo para quem está na frente de atendimento ao usuário, como é o caso dos funcionários administrativos, o pessoal do acolhimento e da recepção. Dos profissionais que participaram deste estudo, apenas uma participante salientou que foi capacitada e o curso foi bom, houve trocas de experiências, ainda que a experiência tenha sido feita há muitos anos.

[...] já tivemos, sim. Foi bom, coisas que eu não sabia eu aprendi lá. Foi uma troca muito boa, eu gostei [...] (E9).

Na ESF, todos os profissionais que compõem a equipe devem ser capacitados. Não adianta ofertar curso de capacitação somente para um grupo de profissionais, contudo, são imprescindíveis para todos da unidade, porque muitos usuários têm o primeiro contato com o funcionário da recepção, da limpeza, daí a necessidade de todos serem capacitados.

Baseada nesse conceito, a EP pode contribuir na qualificação do pessoal das unidades de saúde, prepará-los para melhor atender a comunidade, com um atendimento humanizado, acolhedor, em todo o processo de trabalho da equipe. A EP pode intervir na transformação pessoal, profissional e social dos sujeitos envolvidos, trabalhadores e/ou usuários (ROSSETO; SILVA, 2010). A EP é considerada uma estratégia de intervenção que tem como um dos objetivos transformar a realidade, melhorar a atuação do profissional na atenção destinada aos usuários, famílias e comunidade.

A EP é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais, pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, isto é, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm (BRASIL, 2009).

A Política de Educação Permanente em Saúde deveria ser implantada em todas as unidades de saúde da família. As unidades de saúde devem instituir espaços para o diálogo e comunicação entre os membros. Durante as reuniões de equipe, vários problemas de saúde da comunidade poderão ser levantados e, com base neles, a equipe poderá discutir formas para solucionar esses problemas/dificuldades. Esse tipo de estratégia permite identificar as necessidades de saúde da população, fortalecendo cada vez mais o controle social, como podemos perceber, através do relato a seguir:

Eu acho que prá melhorar poderia ser assim, a gente se reunir e colocar os fatos ali prá gente, porque infelizmente a gente não tem muito isso, né? Infelizmente, deixa muito a desejar [...] (E7)

A Educação Permanente em Saúde seria estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social, no setor da saúde, através do estabelecimento de ações intersetoriais com o setor da educação, pós-graduação e na educação técnica, de sorte a ampliar a permeabilidade das necessidades/direitos de saúde da educação e da universalização e equidade das ações e dos serviços de saúde (CECCIM, 2005).

Diante da problemática encontrada nos serviços de saúde, como a falta de trabalho em equipe, profissionais com baixa qualificação na ESF, muitos gestores propõem cursos de humanização na assistência, os quais consomem recursos imensos e que não têm gerado efeitos positivos, e mudancistas nas práticas desses profissionais (MERHY, 2005).

Um dos desafios da Política de Educação em Saúde está na capacidade de problematizar a realidade vivenciada pelos profissionais, identificar os problemas encontrados e levar para a roda de discussão, em equipe, com o intuito de buscar soluções. Essa política tem a finalidade de formar e capacitar profissionais da saúde para atender melhor às necessidades de saúde da população, conforme os princípios de universalidade, integralidade e equidade, com base na pedagogia da problematização. É bom deixar claro que existe uma grande diferença entre educação permanente e capacitação. Enquanto a educação permanente estimula o profissional a pensar sobre a sua prática de trabalho, a ter uma visão crítica reflexiva do problema de saúde encontrado, a capacitação está associada com as habilidades de formação profissional.

Facilidades encontradas

Outra categoria relevante encontrada neste estudo, foram as facilidades encontradas pelos profissionais pesquisados para realizar o trabalho na ESF. Um dos fatores que facilita a humanização na ESF, segundo uma participante desta pesquisa, é a liberdade que ela tem de realizar o trabalho, principalmente com grupos de hipertensos, diabéticos, gestantes, palestras educativas na creche, na escola, como citado no relato da entrevistada abaixo:

A gente é livre prá fazer o trabalho da gente, você escolhe o tema da palestra, você quer organizar alguma coisa, você consegue organizar [...] (E1)

O profissional que atua na ESF tem toda a autonomia para realizar as suas atividades, desde que não prejudique outra pessoa. Antes da realização dessas atividades, cabe ao profissional fazer um planejamento em equipe multiprofissional. Os profissionais têm o direito de desfrutar de suas liberdades e, na prática da autonomia, estão sujeitos às limitações heterônomas, desde que não sejam espúrias, sob o enfoque ético, que visem a assegurar o respeito dos direitos e liberdades dos demais e satisfazer às justas exigências da moral, da bioética, da ordem pública e do bem-estar social (MARCHI; SZTAJN, 1998).

A autonomia é considerada pelos sujeitos da pesquisa como um dos fatores que facilitam a humanização. Os profissionais devem ter autonomia (princípios éticos) para tratar de maneira humanizada os usuários dos serviços de saúde. As consultas odontológicas, com o médico e as de enfermagem, os encontros com grupos na estratégia saúde da família representam uma nova forma de relacionamento e interação entre profissionais e usuários. Praticar o exercício da autonomia precisa ser altamente analisado por profissionais competentes. Muitos profissionais investem o maior tempo de seu trabalho na resolução de questões administrativas, quando não estabelecem nenhum vínculo com o usuário, o que gera uma falsa autonomia (BARROS; CHIESA, 2007).

A equipe integrante da ESF deve sempre procurar ter bom vínculo com a comunidade, conhecer bem o território de abrangência, as famílias que estão sob a sua responsabilidade, ou seja, adquirir credibilidade com a população facilitará a organização do processo de trabalho da equipe. Além de conhecer a comunidade, a equipe tem que ter paciência, responsabilidade, amor, gostar do que faz, respeitar as diferenças e ter ética profissional. Abaixo, estão descritos alguns relatos que abordam tais aspectos:

É a gente está inserido no próprio ambiente da população, você acaba conhecendo a realidade do paciente [...] (E2)

Quando a gente vai à casa do paciente, a gente é bem recebido, então, prá gente é uma alegria, ter a gente lá, receber a gente lá [...] (E4)

A relação entre o usuário nos serviços de saúde e profissional da área é contrato de características especialíssimas, pois o prestador dos serviços deve ter formação própria para atuar na área. Autonomia em saúde é o poder que tem o usuário de decidir qual profissional escolher para atendê-lo, que tratamento ele aceita. Fundamenta-se no respeito à pessoa humana, à individualidade, implica o direito à escolha, à manifestação de vontade. Se a escolha de cada pessoa é decorrente do exercício de sua autonomia, uma pessoa não tem o direito de impor sua vontade a outrem (MARCHI; SZTAJN, 1998).

Os entrevistados enfatizaram que o bom vínculo que têm com a comunidade é um dos fatores que ajudam no processo de humanização e facilitam ainda mais o contato entre trabalhador e usuário. O vínculo saudável com a comunidade é importante, pois é através dele que a equipe passa a conhecer melhor as necessidades de saúde daquela comunidade, os problemas sociais, a situação sanitária, social – e, conhecendo bem, pode propor soluções para controlar tal situação.

A construção do vínculo do trabalhador com o usuário na ESF é uma estratégia fundamental para uma melhor assistência à saúde. A ESF surgiu para reorganizar os serviços de saúde e com objetivo de prestar um atendimento integral e resolutivo, além de fortalecer o vínculo com a comunidade. Na verdade, a formação do vínculo ocorre pela aproximação entre usuário e trabalhador de saúde, ambos com intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, mas, em situação de desequilíbrio, habilidades e expectativas diferentes, pois um, o usuário, busca assistência, em estado físico e emocional fragilizado, junto ao outro, um profissional supostamente capacitado para atender e cuidar da causa de sua fragilidade (BRASIL, 2004a).

A ESF está voltada para a reorganização da atenção básica, de maneira que um dos objetivos é o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre trabalhadores de saúde e a população (SCHIMITH; LIMA, 2004).

Para manter um bom vínculo com o usuário, o profissional da ESF precisa ter sabedoria, paciência para resolver o problema de saúde encontrado da melhor forma possível. Também é importante demonstrar interesse pelo paciente, utilizar linguagem simples, ter perfil para trabalhar em equipe e, o mais importante, gostar de trabalhar com a comunidade.

A comunidade sempre atende a gente. É difícil encontrar alguém que rejeita a visita [...] (E5)

Sempre e gente tem facilidade de estar conversando com os pacientes [...] (E6)

Eu tenho muita facilidade de estar realizando essa humanização com o usuário, né? Eu sou uma pessoa muito paciente em desenvolver o trabalho, um bom trabalho com eles, ouvir as pessoas com cuidado [...] (E7)

Dificuldades encontradas

Nessa categoria, as principais dificuldades encontradas pelos profissionais pesquisados para realizar a humanização do cuidado são inúmeras: a estrutura do Centro de Saúde é precária, pequena, não tem espaço para as duas equipes, de modo que impossível a execução dos trabalhos em grupo. Para efetivar essas ações, é preciso ter espaço suficiente para ministrar palestras, construir rodas de conversa, atendimento médico e de enfermagem e reuniões com a equipe. A infraestrutura do serviço de saúde precisa oferecer um ambiente agradável, confortável e com espaço suficiente para que os trabalhadores possam realizar o seu trabalho com mais humanização. Isso pode ser percebido através dos relatos dos profissionais:

As dificuldades às vezes é a questão da estrutura, e também, igual eu te falei, alguma pessoa não trata bem o paciente [...] (E3)

Espaço que a gente não tem, é pouco espaço aqui, a gente desenvolve muita atividade com a comunidade, não tem um espaço na unidade, a gente tem que tá procurando fora para realizar [...] (E5)

Uma questão importante, referente à consolidação da ESF, está ligada às condições gerais do espaço físico das unidades de saúde da família. Um ambiente terapêutico deve propiciar conforto, bem-estar e a interação entre usuários, família e equipe, por meio do

acolhimento e do estabelecimento de vínculo entre os envolvidos, a fim de resgatar valores de solidariedade, respeito e corresponsabilidade com o outro (GARCIA et al., 2014).

A estrutura organizacional constitui uma importante ferramenta que facilita o processo de trabalho da equipe e fortalece ainda mais a relação entre trabalhadores, usuários e gestores. Algumas unidades de saúde não oferecem espaço adequado para os profissionais realizarem as suas atividades e isso dificulta muito a humanização no atendimento, acarreta vários problemas, como, por exemplo, profissionais estressados, reclamações diversas dos funcionários e usuários, o que causa uma insatisfação muito grande.

O atendimento da estrutura do nosso posto de saúde é muito precário é muito pequeno não tem salas, a área de atendimento, a recepção é pequena demais, os pacientes fica aquela coisa bem agoniante [...] (E9)

Os centros de saúde da comunidade devem proporcionar ambiente saudável, adequado, com boas instalações físicas, para a equipe executar o seu trabalho. Uma das propostas da PNH está no espaço físico adequado, com boa ventilação para favorecer o atendimento ao usuário que procura os serviços de saúde.

Outra dificuldade relatada pelos profissionais está na falta de transporte para a equipe realizar as visitas domiciliares, principalmente nos setores mais afastados. Mas, com toda essa problemática, a equipe faz a visita com outros meios de transporte.:

A dificuldade maior prá gente é a nossa condução daqui à casa do paciente. A gente não tem transporte, tem setores que é muito longe, então a gente vai no transporte da gente [...] (E4)

Outra situação que merece ser discutida está na falta de profissionais com perfil para atuar na atenção primária. Além disso, a rotatividade dos profissionais e a falta de investimentos para qualificar os profissionais para atuar dentro da estratégia são fatores que também dificultam. Outra situação encontrada nos serviços de saúde é a demora por atendimento especializado. A demanda é grande e as vagas para atendimento com especialista são poucas, o que termina estressando os usuários e os profissionais. Isso fica expresso no seguinte discurso:

A burocracia tem a questão da gente não conseguir às vezes um atendimento rápido da área especializada, a questão mesmo é de burocracia, né? A secretaria nos capacita muito, mas ainda tem a área burocrática que ainda falta alguns profissionais especializados que retarda os nossos atendimentos [...] (E3).

A Estratégia Saúde da Família, capaz de orientar as ações de saúde, tem colaborado para a substituição do modelo assistencial hegemônico, centrado no médico, para um modelo

que gera a prevenção e promoção da saúde, de forma humanizada e com acesso universal. Dentre as dificuldades presentes no processo de consolidação da ESF, podem ser destacadas: a ação dos gestores que não compreendem a Saúde da Família como estratégia para mudança do modelo assistencial; a falta de investimentos na integralidade da atenção; a falta de ampliação do número de equipes; as precárias condições de trabalho e a insuficiência de medicação e insumos nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) (CARNEIRO, 2008).

Alguns profissionais ressaltaram a falta de capacitação para os trabalhadores do Centro de Saúde da comunidade. Alguns mencionaram que muitos profissionais estão despreparados para cuidar das pessoas, não estão totalmente comprometidos com a humanização. Sabe-se que o processo de educação permanente, principalmente na área da saúde, é relevante, pois é uma estratégia que possibilita transformações no processo de trabalho da equipe de saúde da família. É importante que os profissionais da equipe de saúde da família tenham perfil, saibam trabalhar em equipe e tenham conhecimento técnico-científico. É necessário que esses profissionais busquem se atualizar, se capacitar, para um bom funcionamento do processo de trabalho da equipe e também para a humanização das práticas de saúde. Há elementos a respeito dessa questão, nos discursos a seguir:

Falta mais capacitação para todos os funcionários [...] (E1).

Não é fácil a gente trabalhar aqui com o público. Eu acho que muitos profissionais estão despreparados psicologicamente, corporalmente, acho o despreparo muito grande. É necessário fazer uma reciclagem, fazer um curso, não só de humanização, mas de interagir uns com os outros [...] (E7).

Para melhorar o serviço de saúde prestado aos usuários e o processo de trabalho da equipe, é imprescindível que todos os profissionais sejam qualificados para atuar na AP. A qualificação da equipe da ESF é um dos caminhos para melhorar o atendimento prestado ao usuário e no relacionamento entre os trabalhadores, gestores e usuários.

Atribuições dos profissionais da Estratégia Saúde da Família

Para identificar o saber do profissional da ESF, foi selecionada a categoria Atribuições dos profissionais da Estratégia Saúde da Família, onde cada profissional tem a sua atribuição específica, todavia, é importante frisar que, para construir o processo de trabalho, faz-se necessário o envolvimento de todos os profissionais da equipe nas reuniões semanais para o planejamento das atividades. De acordo com a entrevista realizada com os profissionais que atuam na ESF, as atribuições são inúmeras; dentre elas, destacam-se:

Eu dou palestra, faço agendamento, escovação supervisionada, aplicação de flúor, visita domiciliar, auxílio o dentista, faço um pouco de tudo [risos] (E1)

Olha, eu faço na parte odontológica, eu faço tudo, atendo o pessoal de outra área [...] (E10)

A gente desenvolve muitas ações com adolescentes, gestantes, ações noturnas, prevenção da mulher, saúde do homem, saúde do trabalhador, na nossa equipe tem muita escola, e tem a creche, fazemos muita ação [...] (E3)

Eu faço curativo, retirada de pontos, faço triagem dos pacientes. Eu vacino, quando tem campanha. Mas eu participo de tudo aqui dentro, o que precisar, né? O que está ao nosso alcance, a gente sabe fazer, a gente faz a parte de enfermagem toda [...] (E4)

A Humanização na Estratégia de Saúde da Família está relacionada com as atribuições dos profissionais. Para realizar o atendimento humanizado, na ESF, faz-se necessário que todos os membros que compõem a equipe conheçam as suas atribuições específicas, caso contrário, o usuário não receberá acolhimento humanizado. Para isso, é importante humanizar as práticas de saúde, através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população (BRASIL, 1997). A equipe deverá realizar atendimento, não somente na unidade de saúde, mas também nas escolas, creches, com grupos de hipertensos e diabéticos, gestantes, crianças, adolescentes etc. Daí a importância de essa equipe ter perfil para trabalhar na comunidade, gostar de ministrar palestras, visitar os acamados, fazer busca ativa de casos de hanseníase, tuberculose, gestante faltosa às consultas de pré-natal, crianças, mobilizações, campanhas de vacinação. Além disso, o profissional deve ser comunicativo, gostar de trabalhar em equipe, planejar reuniões, ter um bom vínculo com a comunidade, respeitar as diversidades culturais etc. Isso pode ser percebido pelos discursos dos participantes:

A equipe da ESF, dentre as suas inúmeras atribuições, tem o cadastramento e acompanhamento das famílias do território de abrangência, acompanhamento dos grupos prioritários – hipertensos, diabéticos, puericultura, gestantes – ademais, a equipe desenvolve ações educativas nas escolas, no Centro de Saúde, creches, além das visitas domiciliares, como comentam as seguintes entrevistadas:

Cadastra a família, a gente acompanha crianças de 0 a 2 anos, se tiver gestante, a gente orienta aquela gestante em termos de fazer as consultas de pré-natal e, se tiver hipertensos e diabéticos, a gente orienta direitinho [...] (E7)

Primeiro, cadastro os pacientes na visita e oriento sobre o meu trabalho. Oriento sobre as vacinas, eu falo sobre os atendimentos de grupo. Orientar a comunidade a respeito do tabagismo [...] (E8)

Nessa categoria, as atribuições da equipe de saúde da família estão direcionadas para a prevenção das doenças, promoção da saúde, diagnóstico precoce e reabilitação do indivíduo. São algumas delas: realizar o cuidado da saúde da população adstrita, no âmbito da unidade de saúde, e, quando necessário, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escola, associações, entre outros); participar do acolhimento dos usuários, pela escuta qualificada e a identificação das necessidades de intervenções de cuidado, para proporcionar atendimento humanizado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando

o estabelecimento do vínculo; fazer busca ativa; participação em reuniões de equipes, a fim de discutir em conjunto o planejamento e a avaliação das ações da equipe; realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, os quais integrem áreas técnicas e profissionais de diferentes formações; implementar ações de educação em saúde à população adstrita; participar das atividades de educação permanente; promover a mobilização e a participação da comunidade, de sorte a efetivar o controle social; realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais (BRASIL, 2012).

O Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional de Atenção Básica, estabeleceu as atribuições específicas de cada profissional da ESF. Dentre estes profissionais, encontra-se o Agente Comunitário de Saúde (ACS), o qual tem sob sua responsabilidade atribuições que podem ser classificadas em ações de promoção e prevenção da saúde, ações de mediação entre o serviço de saúde e os usuários e ações de acompanhamento e reabilitação (ÁVILA, 2011). O ACS, que funciona como o elo entre a unidade de saúde e a comunidade, constitui um dos principais componentes da ESF. Por estar mais próximo da comunidade, executa ações educativas, participa de atividades de prevenção das doenças e visitas domiciliares. Pode-se observar através dos seguintes discursos:

A gente tem ações de grupo, idoso, gestante, criança. A gente sempre desenvolve ação na área, ação de dengue ou de DST [...] (E6)

A gente faz ações educativas, a gente entrega folders nos pontos estratégicos, a gente entrega preservativos. Faço as minhas visitas periódicas, tenho reuniões com meus hipertensos, a gente dá palestra [...] (E5)

Paralelamente a essas atividades, o ACS trabalha em conjunto com os demais membros da ESF, nas visitas domiciliares com a médica, enfermeira e técnica de enfermagem para aqueles pacientes acamados ou com dificuldade de procurar a unidade de saúde para se consultar. Pode-se ilustrar essa percepção pela fala de um dos profissionais:

O nosso trabalho na área é encaminhar, orientar, fazer prevenção e trazer os pacientes que estão assim com rejeição por algum motivo, encaminhá-lo até ao posto de saúde. A gente faz mesmo VD com a médica, com a enfermeira, com a técnica de enfermagem dentro da nossa microárea de atendimento [...] (E9)

A Estratégia de Saúde da Família tem o enfermeiro como um importante membro da equipe de atenção básica. Os enfermeiros da ESF devem desenvolver seu trabalho, na unidade de saúde e na comunidade, juntamente com os demais membros da equipe (SILVA; MOTTA; ZUTOUNE, 2010). O enfermeiro, além de coordenar o serviço de enfermagem, realiza ações de promoção da saúde, prevenção das doenças, consultas de enfermagem aos grupos de hipertensos e diabéticos, puericultura, pré-natal, exame Papanicolaou, planejamento familiar, visitas domiciliares e supervisão do trabalho do agente comunitário de saúde e dos auxiliares e técnicos de enfermagem. Há detalhes sobre isso, na seguinte fala:

Coordenação de equipe de enfermagem, atendimento das faixas etárias desde o pré-natal até o idoso, ação educativa fora da unidade, consulta de pré-natal, idoso, puericultura [...] (E2)

Para Paula (2016), as principais responsabilidades da equipe de saúde da família estão voltadas para a saúde da criança; saúde da mulher; controle da tuberculose; eliminação de hanseníase; ações de saúde bucal; visitas domiciliares, reuniões entre os profissionais, atividades educativas com grupos definidos, ações administrativas de supervisão e educação continuada para os membros da equipe. As atribuições dos profissionais entrevistados da ESF estão em consonância com as atribuições propostas pelo Ministério da Saúde: visitas domiciliares, cadastramento das famílias, vacinação, consultas médicas, de enfermagem e odontológicas, nos programas saúde da mulher, da criança e do homem. Atendimento ao hipertenso e diabético, acompanhamento dos casos de hanseníase e tuberculose, além das atividades educativas com grupos, as quais geralmente são realizadas nas escolas ou nas igrejas.

Humanização na Estratégia de Saúde da Família

Essa categoria, a Humanização na Estratégia de Saúde da Família, é essencial para o Sistema Único de Saúde e o fortalecimento do controle social. Humanizar os serviços de saúde significa acolher o usuário, reconhece-lo como cidadão de direitos, tratar bem, ouvir as suas queixas, proporcionando atendimento humanizado e acolhedor.

Ao perguntar aos profissionais como eles veem a humanização na ESF, alguns deles responderam que está tudo bem, contudo, o atendimento ao usuário poderia ser melhor. Se os usuários são bem recebidos pelos profissionais, o atendimento ainda não está adequado ao que preconiza a política. Pode-se ilustrar essa percepção pela fala de alguns dos profissionais:

As pessoas são tratadas com bastante humanização. Mas, poderia ser mais. Eu acho que deveria ser melhor, ainda não está. Tá longe ainda dos 100%. Está melhor do que já teve, né?... mas ainda não está o suficiente [...] (E1)

Às vezes, é deficiente. Todo mundo que trabalha tem que tratar o paciente desde a hora que ele chega ali na recepção, até aqui, tem hora que falta um pouco de humanização [...] (E2)

Eu vejo que é aplicada a humanização aqui, todo mundo faz sua parte, o acolhimento poderia ser melhor, poderia, mas todo mundo faz a sua parte de humanização [...] (E6)

Hoje, ela tá boa, ela poderia estar melhor, mas, ela hoje está boa. Já dá para andar, mas antes ela já teve muito ruim [...] (E8)

As diretrizes da PNH são orientadas pelos seguintes princípios: a valorização dos diferentes sujeitos, que são os usuários, trabalhadores e gestores; o estabelecimento de vínculos solidários; a identificação das necessidades de saúde; a mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho, tendo como foco as necessidades dos cidadãos; o compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento. As diretrizes operacionais da ESF apresentam muitos pontos de convergência com aquelas referidas na PNH, como, por exemplo: ênfase no trabalho em equipe multiprofissional, incentivo à participação comunitária baseada no princípio de corresponsabilidade e uma maior aproximação com a realidade da população, vinculada à identificação de suas necessidades (TRAD; ESPERIDIÃO, 2009).

A ESF é uma estratégia de reorganização do modelo de saúde criado pelo Ministério da Saúde, em 1994, que visa a colaborar na organização do SUS, através da implementação dos princípios de universalidade, equidade, descentralização, integralidade e participação comunitária. Nesse contexto, o acolhimento é uma das estratégias de mudança do processo de trabalho em saúde. Como uma das diretrizes da PNH, essa estratégia busca alterar as relações entre trabalhador e usuário e dos trabalhadores entre si, propiciando o estabelecimento de vínculo e a humanização do atendimento (FREIRE et al., 2007).

A ESF constitui um pilar essencial na construção de novo modelo de atenção à saúde, que é a humanização. Um dos principais objetivos dessa estratégia é criar vínculos entre os profissionais e usuários, através da corresponsabilidade, a fim de envolver cada usuário na resolução dos problemas de saúde (SIMÕES et al., 2007).

Segundo os profissionais entrevistados, a humanização na ESF é fundamental, porque lida diretamente com o ser humano que procura a unidade para resolver os problemas de saúde e espera do profissional um atendimento acolhedor e humanizado. Sabe-se que muitos profissionais que trabalham na ESF não têm perfil para atuar na comunidade, não gostam do que fazem e estão ali porque não encontraram outro vínculo empregatício. Alguns trabalhadores, tais como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e cirurgião dentista realizam mais ações curativas do que ações preventivas. Logo, o atendimento está voltado para o modelo biomédico, não procura atender o usuário de maneira holística, como um todo biopsicossocial e além disso, alguns deles, por não ter encontrado outro tipo de trabalho, vêm para a ESF. Alguns têm mais de um emprego, e isso faz com que, ao atender o usuário, chegam estressados, cansados e desmotivados. Nota-se isso nas seguintes falas:

Eu acho ela assim, meio que bem surrada [risos]. Devido o tempo muitos profissionais de carreira que trabalhava há muito tempo, muitos deles já ficam desgastados, e a humanização deixa a meio que a desejar. Eu acho que o desgaste é um dos principais fatores que derruba um pouco a humanização [...] (E7).

Bem escasso, não são todos os profissionais que têm aquela paciência, aquele calor, tipo dizer, calor de um bom atendimento ao paciente. Não têm paciência mesmo [...] (E9)

De acordo com as entrevistas realizadas, muitos profissionais estão sobrecarregados, com muitas atividades burocráticas, reuniões, cobranças da chefia, de maneira que, quando

vão para a ESF, chegam estressados, cansados, situação que interfere na humanização do atendimento.

Diante disso, o profissional da Saúde da Família deve comprometer-se para fazer um atendimento de qualidade e humanizado, ao usuário, independentemente do excesso de atividades, estresse ou outro tipo de emprego. Para Simões et al, (2007), a humanização na Atenção Primária à Saúde implica pensar em tornar os serviços resolutivos e de qualidade, de modo que as necessidades de saúde dos usuários ficam sob a responsabilidade de todos os atores sociais do processo de trabalho. A equipe de saúde deve refletir como tem sido a prática em todos os momentos de relação com o usuário.

Ao perguntar como deve ser o atendimento humanizado ao usuário, na ESF, alguns funcionários destacaram que, antes de tudo, o profissional deve ouvir as queixas do usuário, com atenção, paciência, tentar escutá-lo da melhor maneira possível, acolhendo as suas angústias e os motivos que o levaram a procurar a unidade de saúde, investigar as causas do seu adoecimento, enfim, interessar-se pelo problema dele. Além disso, alguns participantes relataram a importância de o profissional não ver somente o lado da doença em si, mas, todo o contexto biopsicossocial. O profissional de saúde vai buscar, junto ao usuário, os motivos que o levaram a procurar a unidade de saúde, saber quais os sintomas que ele apresenta. Conforme os entrevistados, a equipe de saúde deve tratar a pessoa com responsabilidade, ouvir mais, atender às suas necessidades de saúde, conforme descrito abaixo:

Eu acho que é assim o mais rápido possível, agasalhando aquele paciente, que não fique aquele monte de gente em fila, esperando para marcar consultas [...] (E1)

Acho que todo mundo deveria se por no lugar do paciente, desde o administrativo, a limpeza até a médica, a enfermeira, todo mundo [...] (E2).

A gente trabalha com o acolhimento, todo paciente que chega na unidade ele é ouvido, né?As queixas dele são ouvidas e classificadas, eu acho que isso já melhorou muito a questão da humanização, que ele não sai daqui sem o primeiro atendimento [...] (E3)

Durante as entrevistas, percebemos que o usuário precisa ser ouvido pelo profissional. Ele deve ser bem tratado, com responsabilidade, e bem acolhido por todos da equipe. Ouvir o usuário está relacionado com a escuta qualificada, a qual é considerada forma inovadora de cuidado, uma tecnologia leve que envolve relações do tipo diálogo, vínculo, acolhimento. Possibilita compreender o sofrimento psíquico, a partir da pessoa, valoriza suas experiências e atenta para suas necessidades e diferentes aspectos que compõem seu cotidiano. É instrumento facilitador e transformador, estratégico no desenvolvimento da autonomia e inclusão social (MIELKO, 2011). Por intermédio dos relatos abaixo, pode-se verificar isso:

Eu acredito que primeiro de tudo ouvir o paciente, o que que o paciente veio buscar dentro da unidade. Tem paciente que chega meio inibido, eu acredito que essa parte realmente de ouvir o paciente seria o início da humanização [...] (E6)

A humanização é assim, é como a gente trata o outro, né? A forma de tratar o usuário dentro da unidade é tratar a pessoa com responsabilidade, ouvir o usuário, o paciente, às vezes que ter uma conversa mais com a gente, tem que tá sempre ouvindo o próximo e tentando atender ele o melhor possível [...] (E5)

Abraçar a causa dele, ouvir, bom dia, boa tarde, ouvir ele, depois que ele chegar nos dizer está doendo ali, mas ouvir primeiro, receber [...] . Eu acho que deve ser bem atendido, bem ouvido, porque, às vezes, ele quer uma coisa e a pessoa não deixa ele falar. Então, eu acho que ele deve ser bem acolhido, bem ouvido [...] (E8)

Pelo que foi mencionado, a clínica ampliada é uma das diretrizes que a PNH propõe para qualificar o modo de fazer saúde. É integrar a equipe de trabalhadores da saúde de diferentes áreas, na busca de um cuidado e tratamento de acordo com cada caso, com a criação de vínculo com o usuário. Na prática, a clínica ampliada acontece através da escuta, que deve ser qualificada, na qual o trabalhador vai procurar ouvir mais o usuário, investigar os problemas de saúde, tentar o tratamento adequado, de modo que o cuidado deve ser diferenciado (BRASIL, 2010).

Uma das propostas do Humaniza SUS foca no atendimento humanizado ao usuário e no atendimento biopsicossocial, embora alguns profissionais preferissem o modelo biomédico, centrado apenas na doença e não na visão holística. Esse tipo de modelo tem perdido o seu espaço, pois o profissional deve acolher o usuário e procurar resolver as suas necessidades de saúde. Mesmo após a implantação da PNH, muitos problemas ainda permanecem, como, por exemplo, a grande demanda espontânea que aguarda consultas, o descumprimento do direito à saúde quanto ao acesso aos serviços, o desconhecimento de alguns profissionais sobre as reais demandas dos usuários em relação aos seus agravos e a baixa resolutividade da atenção básica. Em face dessa situação, o processo de trabalho das equipes requer mudanças, de que decorre a necessidade de atender bem o usuário e humanizar o atendimento. Com isso, uma das diretrizes da PNH é o acolhimento, o qual tem como princípios: garantir ao usuário o acesso aos serviços de saúde, reorganizar o processo de trabalho das equipes, garantindo uma escuta qualificada aos usuários que necessitam do serviço de saúde (BRASIL, 2010).

Eu acho que é a acolhida, o paciente, quando ele é bem acolhido, o atendimento dele é melhor. Deve ser assim, conversar, ter paciência, esperar saber o que que realmente ele quer ali [...] (E9)

Deve ser tratado com mais respeito, mais dignidade, com mais humanidade, eu vejo muito o lado do paciente, como fosse meu lado também [...] (E10)

Para Simões et al (2007), a humanização do atendimento implica transformações políticas, administrativas e subjetivas, além de necessitar da transformação do próprio modo de ver o usuário de objeto passivo e sujeito de necessidade de caridade, de maneira a exigir-se um serviço que garanta qualidade e segurança prestado por trabalhadores responsáveis.

A falta de recursos materiais, por exemplo, fichas de cadastro e materiais didáticos, interfere no atendimento humanizado ao usuário, assim como a falta de recursos humanos. Para realizar um bom atendimento, os centros de saúde devem dispor de material didático e profissionais suficientes para o profissional concretizar o seu trabalho, como citado abaixo:

Começar pela secretaria, se ela nos desse material. Material, insumos, nem sempre tem, nós temos que dar um jeitinho daqui, dali [...] (E8)

Na minha opinião, acho que deveria ter mais profissional odontólogo, só tem eu para atender, mais profissional, acho que precisaria [...] (E10)

De acordo com os discursos dos entrevistados, para promover o atendimento humanizado ao usuário, faz-se necessário que todos os profissionais tenham interesse em atender, de maneira acolhedora, os pacientes. Ao atender o usuário, sempre que necessário, fazê-lo de maneira holística, como um todo biopsicossocial. O acolhimento, para ser humanizado, requer a participação de todos os trabalhadores, usuários e gestores, de sorte que cada sujeito desempenhará o seu papel de maneira integral. Ademais, o ambiente precisa ser agradável, com recursos materiais e humanos necessários para o profissional realizar o seu trabalho com precisão e qualidade. Segundo Casate e Corrêa(2005), humanizar a relação com o usuário exige que o trabalhador valorize a afetividade e a sensibilidade como elementos necessários ao cuidar. Essa relação propicia um encontro entre sujeitos, pessoas humanas, que podem construir uma relação saudável, compartilhando saber, poder e experiência vivida; paralelamente, propõe-se uma sensibilidade para a escuta e o diálogo, estabelecimento de relações éticas e solidárias, de maneira a envolver um aprendizado contínuo, pouco enfatizado no ambiente de trabalho. Deve-se lembrar, ainda, que há um predomínio de estruturas administrativas tradicionais, rígidas e burocráticas nos estabelecimentos de saúde.

5 CONCLUSÃO

Conclui-se que, após a criação do SUS, em 1988, grandes mudanças ocorreram no setor da saúde, dentre as quais se tem a ESF, implantada em 1994, com o objetivo geral de reorganizar os serviços de saúde, pautada nos princípios do SUS: universalidade, integralidade, equidade, regionalização, descentralização e participação da comunidade.

Para atuar na ESF, os trabalhadores precisam ter alguma noção da PNH, apresentar perfil, apreciar trabalhar em equipe, gostar do que faz, desenvolver projetos relacionados com a prevenção de doenças e a promoção da saúde.

Nossos resultados demonstraram que a maioria dos profissionais entrevistados tem experiência na ESF e alguns trabalham há muitos anos, no mesmo Centro de Saúde da comunidade.

Com base na categoria que trata do conceito de humanização, os profissionais tiveram uma certa dificuldade em conceituar o termo *humanização*, como proposto pelo Ministério da Saúde. A maior parte dos trabalhadores asseverou que humanização é tratar o outro bem, com responsabilidade, ouvir o usuário, conversar com as pessoas, colocar-se no lugar do paciente, tratar a pessoa com mais humanidade, carinho e atenção. Sabe-se que o conceito de humanização vai muito mais além de tratar bem o usuário, ofertar amor e carinho. Para o Ministério da Saúde, humanização é a valorização dos diferentes sujeitos: usuários, trabalhadores e gestores. Essa política é norteada por princípios, diretrizes, dispositivos e valores de autonomia, formação de vínculos e participação social.

Na categoria relacionamento, a relação entre os profissionais e usuários é tranquila, embora haja momentos de conflitos, de estresse, principalmente de quem está na linha de frente do atendimento, os funcionários administrativos. Identificou-se que muitos usuários, quando não têm as suas necessidades de saúde solucionadas, perdem a paciência, ficam irritados, causando transtornos no relacionamento entre os trabalhadores.

Quanto à EPS, a grande maioria dos entrevistados confirmou ainda não haver participado de cursos de capacitação sobre humanização; essa foi, inclusive, uma das dificuldades encontradas neste estudo: a falta de qualificação profissional no atendimento ao usuário. Foi constatado que o processo de EPS não faz parte da rotina dos profissionais de saúde.

A categoria humanização na ESF traz alguns relatos que merecem destaque: muitos profissionais afirmaram que a humanização, embora às vezes possa apresentar deficiências, os usuários são tratados com bastante responsabilidade e, na medida do possível, os problemas encontrados são solucionados da melhor maneira. Através dos relatos de alguns profissionais, a sobrecarga de trabalho, o desgaste profissional e os vícios de trabalho são citados como fatores que interferem no atendimento humanizado ao usuário.

Foram identificadas algumas dificuldades para realizar o atendimento ao usuário, por exemplo, a precariedade na estrutura física do Centro de Saúde e a falta de qualificação profissional. No que concerne às facilidades, foi possível notar que os profissionais têm um vínculo muito bom com a comunidade e, além disso, desfrutam de autonomia para planejar as atividades.

Na categoria atribuições dos profissionais da ESF, a equipe desenvolve atividades no Centro de Saúde e no território (igrejas, escolas, creches). As ações concretizadas estão em consonância com as atividades preconizadas pela PNAB. Cada profissional tem as atribuições específicas. As principais atividades são: cadastramento das famílias, visitas domiciliares, consulta médica, de enfermagem e odontológica, ações de educação em saúde, campanhas de vacinação e outras atividades de promoção da saúde e prevenção das doenças.

Com relação à estrutura física, a ambiência fica muito a desejar. A equipe não tem um espaço físico suficiente para realizar as atividades. A sala de espera onde os usuários aguardam atendimento é precária, não está de acordo com os padrões da PNH e exige reforma com urgência. A estrutura física dos centros de saúde da comunidade é fundamental para propiciar um atendimento mais humanizado ao usuário.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A humanização no atendimento à saúde do usuário que procura os serviços públicos é de grande relevância para o seu bem-estar e de sua família. É notório que a humanização na assistência à saúde traz divergências entre profissionais e usuários, como, por exemplo, o diálogo ineficiente, o atendimento médico voltado para o modelo biomédico, o qual predomina ainda fortemente, na atualidade, estando mais focado na doença e não no paciente. Com efeito, tudo isso faz com que o profissional não tenha um olhar holístico, esteja preocupado apenas em prescrever medicamentos, solicitar exames laboratoriais e realizar procedimentos. Além disso, observam-se profissionais inseguros e insatisfeitos com o trabalho executado.

O desenvolvimento desta pesquisa trouxe uma reflexão acerca das diretrizes da PNH, na ESF, na percepção da equipe que atua na unidade de saúde da família. Vários aspectos foram abordados, como, por exemplo, o significado de humanização segundo o olhar dos profissionais, as dificuldades e facilidades apontadas para efetivar as suas atividades, a humanização no atendimento ao usuário, o relacionamento entre usuários e profissionais, a estrutura física e o processo de educação em saúde.

Um dos objetivos da PNH é mudar o modelo hegemônico biomédico encontrado em vários estabelecimentos de saúde, no sentido de ofertar um melhor atendimento ao usuário, no seu todo biopsicossocial. O que se espera dessa política é a participação da comunidade na reivindicação dos seus direitos, é o fortalecimento do controle social.

Esta investigação permitiu identificar vários fatores a respeito das diretrizes de acolhimento, ambiência, valorização do trabalhador, clínica ampliada e a necessidade de educação permanente para os trabalhadores da saúde, o que inclui os serviços gerais, administrativos e voltados para a recepção.

O estudo revelou a necessidade de buscar o aprimoramento para trabalhar as dificuldades existentes no serviço, qualificar os trabalhadores no sentido de prepará-los para o atendimento humanizado e acolhedor ao usuário, de sorte a fortalecer cada vez mais os princípios e diretrizes do SUS.

Na visão dos profissionais, apesar da estrutura física inadequada, desgaste profissional, falta de recursos humanos e materiais, transporte para realizar as visitas domiciliares, os profissionais conseguem promover um acolhimento humanizado, atendendo às reais necessidades de saúde dos usuários, além de manter um bom vínculo com a comunidade, construindo um relacionamento harmonioso e com muito respeito.

Observou-se, ainda, que a humanização, na visão dos profissionais, revelou compreensão, embora simplista, do significado de humanização, de modo que o principal sentimento evidenciado pela maioria foi a sua relação com o acolhimento e também a necessidade de se colocar no lugar do usuário. Diante disso, há necessidade de qualificar os profissionais quanto ao conceito de humanização, diretrizes e dispositivos, como proposto pelo Ministério da Saúde.

O profissional de saúde que atua na ESF deve procurar atender o usuário de maneira holística, mesmo diante das dificuldades impostas no trabalho, da falta de capacitação, dos poucos recursos, sempre esse olhar humano, numa atitude paciente e agradável.

Atuar na ESF não é tarefa fácil: requer um espírito de humanização, enfrentar os obstáculos encontrados e procurar atender de forma mais humana os usuários que procuram o serviço de saúde. Os trabalhadores devem estar preparados para enfrentar os conflitos, os desafios, têm que ter perfil, gostar de trabalhar em equipe; caso contrário, terão inúmeros problemas para realizar o seu trabalho na comunidade. Outra questão levantada pelos trabalhadores diz respeito aos cursos de capacitação, tendo em vista que a maioria ainda não participou de nenhum curso ofertado pelo seu serviço, no que tange a esse tema.

Nessa perspectiva, deve-se lançar um olhar diferenciado para o processo de educação permanente em saúde. Os serviços de saúde devem servir como espaços de sociabilidade, com momentos para a educação permanente, pois foi observado que os trabalhadores estão angustiados, porque, como têm contato direto com a população, sofrem com os problemas encontrados e precisam ser ouvidos por outros profissionais.

Para que a PNH possa ser realmente efetivada, será preciso um maior envolvimento, compromisso dos gestores em apoiar e oferecer suporte para que os trabalhadores executem o seu trabalho com mais qualidade, de sorte a propiciar, assim, um atendimento humanizado ao usuário. Desse modo, identificou-se a necessidade de reafirmar a PNH, a partir da necessidade de implantar a educação permanente nessa unidade de saúde, porque se acredita que é com a educação que podemos implementar mudanças, as quais podem contribuir de maneira eficaz para um SUS mais humanizado. Ademais, a ambiência da unidade de saúde carece de mudanças, havendo necessidade de ampliação, de reforma o mais breve possível.

A elaboração desta Dissertação mostrou diversas situações que interferem no processo de trabalho dos profissionais da ESF e requerem mudanças. A partir deste estudo, destaca-se a necessidade de implementação de políticas públicas saudáveis, no sentido de cooperar para o aprimoramento da PNH e de lutar por um SUS mais humanizado e próximo da comunidade.

Destaca-se a necessidade de modificar a realidade do Centro de Saúde pesquisado, buscando outras formas de atendimento, de fazer gestão, por exemplo, na redução de filas, com profissionais mais qualificados, melhores condições para os trabalhadores de saúde, e usuários cada vez mais satisfeitos com o atendimento recebido – enfim, por uma atenção básica mais resolutiva e organizada.

Diante dos resultados encontrados, ressalta-se a premência de novas produções a respeito da humanização no atendimento ao usuário da ESF, como a elaboração de novas dissertações de mestrado e artigos científicos. Expressamos ainda que, para efetivar a humanização à qual almejamos e promover mudanças nos modelos de atenção e gestão em saúde, é oportuno apostar na implementação dos dispositivos que norteiam a PNH, nos Centros de Saúde da Comunidade: o grupo de trabalho de humanização, o colegiado gestor, o sistema de escuta qualificada para usuários e trabalhadores, o projeto terapêutico, a educação permanente em saúde e a elaboração de projetos de ambiência. Por fim, em face dos resultados encontrados, é imperioso qualificar todos os trabalhadores da saúde, administrativos, de serviços gerais, do Centro de Saúde pesquisado, com a criação da EPS,

com grupos de trabalho, além de melhorar a estrutura física, com ampliação do local estudado. Espera-se que este estudo seja capaz de gerar mudanças no processo de trabalho da equipe da Estratégia de Saúde da Família e que possa ser replicado em cenários similares, ou seja, em outros centros de saúde da comunidade na Cidade de Palmas – TO.

REFERÊNCIAS

- ÁVILA, M. M. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburutama: **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.16, n. 1, p. 349-360, 2011. Disponível em: www.scielo.br Acesso em: 12 dez. 2016 às 04:09.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. ed. rev. e act. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BARROS, D. G.; CHIESA, A. M. Autonomia e necessidades de saúde na sistematização da assistência de enfermagem no olhar da saúde coletiva. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 41 (n. esp.), p. 793-798, 2007.
- BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n. 17, p. 389-406, mar./ago. 2005a. Disponível em: www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a14 Acesso em: 16 abr. 2017.
- BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, jul./set. 2005b.
- BESTETTI, Maria Luisa Trindade. **Ambiência: espaço físico e comportamento**. Curso de Gerontologia, Escola de Artes, Ciências e Humanidades. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP. Brasil. **Rev. Bras. Geriatria, Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 601-610, 2014. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 23 fev. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.
- BRASIL. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**. A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS, Ministério da Saúde, Secretaria - Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390> Acesso em: 19 abr. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente**. Disponível em: portalsaude.saude.gov.br/...educacao...educacao/20063 – política – nacional.... 8 de out. de 2005. Acesso em: 16 jun.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. O HumanizaSUS na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 32p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4.ed. 4. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 72 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização**. Formação e intervenção. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c. 242 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à Demanda Espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 56p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: bvms.saude.gov.br/publicações/cadernos_humanizasus_atencao_hospitalar.pdf. Acesso em: 19 abr. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Estado e as Redes de Atenção à Saúde**. 1ª Mostra Nacional de Experiências. Brasília: Ministério da Saúde, 2012, 318p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização – PNH. **HumanizaSUS**. Área Temática da Humanização na Biblioteca Virtual em Saúde. Ministério da Saúde. 1. ed. 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. 1. ed. 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento **nas práticas de produção de saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico de Política Nacional de Humanização. 2ªed. 2ª reimpressão. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2008. Disponível em:

bvsmms.saude.gov.br/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude_2ed.pdf. Acesso em: 28 jul. 2017.

BUSS, Paulo Marchieori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. Determinantes Sociais da Saúde. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9), p. 1772-1773, set. 2006. Disponível em: <http://www.determinantes.fiocruz.br>. Acesso em: 23 fev. 2017.

BUSS, Paulo Marchieori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Ver. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. **Antecedentes do SUS: histórico da saúde pública e da atenção básica. Alimentação e nutrição: contexto político, determinantes e informação em saúde.** Organizado por Denise Cavalcante Barros... [et al] – Rio de Janeiro, EAD/ENSP, 2013. 288p.

CARNEIRO, T. S. **Discutindo a Estratégia Saúde da Família em Campina Grande/PB: “neo-PSF às avessas”?** 2008. Trabalho de Conclusão de Curso – UEPB, João Pessoa-PB. Disponível em: www.joinpp.ufma.br. Acesso em: 14 dez. 2016.

CARVALHO, Antônio Ivo de; DUPRET, Lúcia Maria. **Ambiência: Humanização dos “territórios”: de Encontros do SUS.** 2009. Disponível em: www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/...ambiencia_humanizacao_territorios_encontros.pdf. /2009. Acesso em: 19 set. 2016.

CASATE, Juliana Cristina; CORRÊA, Adriana Katia. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 105-111, jan./fev. 2005. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae. Acesso em: 21 nov. 2016.

CAVALCANTE, Ricardo Bezerra; CALIXTO, Pedro; PINHEIRO, Marta Macedo Kerr. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta da pesquisa, possibilidades e limitações do método. Universidade Federal da Paraíba. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Programa de Pós-graduação em Ciência da Informação. **Info. Soc. : Est.** João Pessoa, v. 24, n. 1, p.13-18, jan./abr. 2014. Disponível em: www.okara.ufpb.br. Acesso em: 21 nov. 2016.

CHAVES, Eliane Correa; BIANCO, Maria Helena Borgato Cappo; IDE, Cilene Aparecida Costardi. **O ensino da humanização nos currículos de graduação em enfermagem.** São Paulo: Escola de Enfermagem – USP, 2007. (Digital Library, Theses and Dissertations).

CHAVES, Eliane Correa; MARTINES, Wânia Regina Veiga. Humanização no PSF. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, ano 27, n. 2, abr/jun. 2003.

CECCIM, Ricardo Burg. **Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário.** Interface – comunic, saúde, educ, v.9,n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005. Disponível em: www.scielo.com Acesso em: 31 jul. 2017.

CHIAZZOTTI, A. **A pesquisa em Ciências Sociais.** São Paulo: Cortez, 1995.

CONCEIÇÃO, Tainá Souza. **A Política Nacional de Humanização e suas implicações para a mudança do modelo de atenção e gestão na saúde: notas preliminares.** *SER social*, Brasília, v. 11, n. 25, p. 194-220, jul./dez. 2009. Disponível em: periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/viewFile/373/226. Acesso em: 19 abr. 2017.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; FRANCESCHINI, Sylvia do Carmo Castro; SCHOTT, Catarina Machado Azeredo; PRIORE, Sílvia Eloísa; DIAS, GLAUCE. **Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da Atenção Básica em saúde.** [Epidemiologia e serviços de saúde, 2006. 15(3): 7-18]. Disponível em: www.scielo.com.br. Acesso em: 31 jul. 2017.

CROZETA, Karla; ROEHRS, Hellen. Abordagem ética no trabalho na atenção primária. **PROENF - Atenção Primária e Saúde da Família**, v.1, n. 1, p. 127-162, 2012.

DAMASCENO, Renata Fiúza; SOUZA e SOUZA, Luís Paulo; RUAS, Fernanda Loiola; BRITO, Patrícia Antônio de; ANDRADE E SILVA, Érika; SILVA, Juliano Lucas Soares da. O acolhimento no contexto da Estratégia de Saúde da Família. **J. Health Sci. Inst.** v. 30, n. 1, p. 37-40, 2012. Disponível em: 200.136.76.129/Comunicação/publicações/ics/.../2012/01.../V.30_n1_2011_P37-40p. Acesso em: 23 fev. 2017.

DESLANDES, Suely Ferreira (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 410p. Disponível em: <https://books.google.com.br> Acesso em: 17 dez. 2016.

DUARTE, Vânia Maria do Nascimento. **Pesquisa quantitativa e pesquisa qualitativa.** 09 mar. 2012. Disponível em: monografias.brasilecola.uol.com.br Acesso em: 18 nov. 2016.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Aurélio Século XXI: O dicionário da língua portuguesa.** 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FERREIRA, Sandro de Souza. O conceito de pessoa e sua extensão a animais não humanos. **Revista Controvérsia**, v.1, n. 2, jul-dez 2005. Disponível em: <http://www.controvérsia.unisinos.br/index.php?a=49et=9>. Acesso em: 03 nov. 2016.

FIGUEIREDO, Heberth Costa; RIBEIRO, Liliane Brum; BORDINOSKI, Luciana Ferreira; BITTENCOURT, Sônia Duarte de Azevedo. A construção do direito à saúde no Brasil. In: BITTENCOURT, Sônia Duarte de Azevedo; DIAS, Marcos Augusto Bastos; WAKIMOTO, Mayumi Duarte (Org.). **Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade.** Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2013.

FIGUEIREDO, Verônica Leite. **Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.** Trabalho em equipe: um desafio para a equipe de saúde da família. Governador Valadares-MG: Universidade Federal de Minas Gerais, 2012. Disponível em: <https://www.nescon.Medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4038.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2016.

FREIRE, Laís Aparecida Melo; STORINO, Luísa Pereira; HORTA, Natália de Cássia; MAGALHÃES, Rafaela Pereira; LIMA, Telma de. **O acolhimento sob a ótica de profissionais da equipe de saúde da família**. Relato de Experiência. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), 2007. Disponível em: www.reme.org.br/detalhes-268. Acesso em: 11 dez. 2016.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo (Org.). **Métodos de Pesquisa**. Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica - Planejamento e Gestão para o desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GARCIA, Ana Cláudia Pinheiro; ANDRADE, Maria Angélica Carvalho; CONTARATO, Priscilla Caran; TRISTÃO, Flávio Igenes; ROCHA, Erika Maria Sampaio; RABELLO, Adriana Esteves; LIMA, Rita de Cássia Duarte. Ambiência na Estratégia de Saúde da Família. **Revista Visa em Debate**. Sociedade, Ciência e Tecnologia. UFES, Vitória., v. 3, n. 2, p. 36-41, 2015. Disponível em: www.visaemdebate.incqs.fiocruz.br. Acesso em: 09 jan. 2016.

GARUZI, Miriane; ACHITTI, Maria Cecília de Oliveira; SATO, Cíntia Ayame; ROCHA, Suelen Alves; SPAGNUOLO, Regina Stella. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev. Passam Salud Publica**. v. 35, n. 2, p. 144-149, 2014.

GODOY, A. S. Refletindo sobre critérios de qualidade da pesquisa qualitativa. **Revista Eletrônica de Gestão Organizacional**, v.3, n. 2, p.81-89, maio/ago. 2005.

GOMES, Annatalia Meneses de Amorim; CAPRARA, Andrea; LANDIM, Lucyla Oliveira Paes ; VASCONCELOS, Mardênia Gomes Ferreira. Relação Médico – paciente: entre o desejável e o possível na atenção primária à saúde. **Physis**, v. 22, n. 3, p. 1101-1119, jan. 2012.

GOULART, Bárbara Niegia Garcia; CHIARI, Brasília Maria. Humanização das práticas do profissional de saúde – contribuições para reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, jan. 2010. Disponível em: www.scielo.com.br. Acesso em: 29 nov. 2016.

GROV, Esmeraldo; OLIVEIRA, L. C.; SOUSA, K. M. M.; ARAÚJO, Man; C. E. FILHO, Esmeraldo; VIANA, E. M. N. Análise do acolhimento na estratégia de saúde da família sob a perspectiva do usuário. **Rev. Atenção Primária à Saúde**, v. 12, n. 2, p. 119-130, 2012.

GUERREIRO, Patrícia; MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de; ANDRADE, Selma Regina de; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde . **Texto Contexto – enfermagem**. Florianópolis, v. 22, n. 1, jan./mar. 2013. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 19 abr. 2017.

ILHA, Silomar; DIAS, Matheus Viero; BACKES, Dirce Stein; BACKES, Stein Marli Terezinha. Vínculo profissional – usuário em uma equipe da Estratégia Saúde da Família. **Ciência Cuidado Saúde**, v. 13, n.3, p. 556-562, jul./set. 2014.

LIMA, Cássio de Almeida; OLIVEIRA, Ana Paula Soares; MACEDO, Beatriz Ferreira; DIAS, Orlene Veloso; COSTA, Simone de Melo. Relação profissional-usuário de saúde da

família: perspectiva da bioética contratualista. **Rev. Bioét.** (Impr). Montes Claros/MG., v. 4, n. 22(1), p. 152-160, 2014. Disponível em: www.scielo.br/pdf/bioét/v22n1/a17v22n1.pdf. Acesso em: 13 dez. 2016.

LIMA, Idelmina Lopes de; MATÃO, Maria Eliane Liégio. **Manual do Técnico e Auxiliar de Enfermagem**. 8. ed., rev. e ampl. Goiânia: AB, 2007.

LIMA, Letícia de; PIRES, Denise Elvira Pires de; FORTE, Elaine Cristina Novatzki. Satisfação e Insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. **Esc. Anna Nery**, Universidade do Estado de Santa Catarina, v. 18, n. 1, p. 17-24, 2014. Disponível em: www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0017.pdf. Acesso em: 20 dez. 2016.

LIMA, Thaís Jaqueline Vieira de; ARCIERI, Renato Moreira; GARBIN, Cléa Adas Saliba; MOIMAZ, Suzely Adas Saliba; SALIBA, Orlando. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 23, n. 1, p. 265-276, 2014. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 29 nov. 2016.

LINGER, Peter. **Ética Prática**. Lisboa: Grandiva, 2000.

MARCHI, Maria Mathilde; SZTAJN, Rachel. **Autonomia e heteronomia na relação entre profissional de saúde e usuário dos serviços de saúde**. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1998.

MASSAROLI, Aline; SAUPE, Rosita. **Distinção Conceitual: Educação Permanente e Educação Continuada no Processo de Trabalho em Saúde**. Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí, 2005. Disponível em: www.abennacional.org.br. Acesso em: 22 abr. 2017.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. Atenção Primária à Saúde. **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Penitenciária de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro-RJ. Disponível em: www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html. Acesso em: 07 nov. 2016.

MELLO, Guilherme Arantes; FONTANELLA, Bruno José Barcellos; DEMARZO, Marcelo Marcos Piva. Atenção básica e Atenção Primária à Saúde. Origens e diferenças conceituais. Artigo de Revisão. **Rev. APS**, v.12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009. Disponível em: <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/307/203>. Acesso em: 07 nov. 2016.

MENDES, Eugênio Villaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERHY, Emerson Elias. O desafio que a Educação Permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface – Comunicação, saúde, Educação**, v.9, n. 16, p. 161-177, set. 2004/fev. 2005.

MIELKE FB, Olshowshy A. Actions of mental health in Family health Strategy and the health Technologies. **Rev. Esc. Anna Nery**, v. 15, n. 4), p. 762-768, 2011.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo – Qualitativo: oposição ou complementariedade? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul/set, 1993.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**, 13. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

MUNIZ, Fábio Cesar. **Humanizar é preciso imaginar**. 2014. Disponível em: www.hmdoctors.com/2014/para-humanizar-e-preciso-imaginar. Acesso em: 15 set. 2016.

MORI, Maria Elizabeth; OLIVEIRA, Olga Vânia Matodos de. Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, supl.1,p. 627 – 40, 2009.

NORA, Carlise Rigon Dalla; JUNGES, José Roque. Política de Humanização na Atenção Básica: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública** 2013; 47 (6): 1186-200. Disponível em: www.scielo.br/rsp Acesso em: 18 de abr. 2017.

OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves de; COLLET, Neusa; VIEIRA, Cláudia Silveira. A humanização na assistência à Saúde. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 277-284, mar./abr. 2006.

OLIVEIRA, Denize Cristina. Análise de Conteúdo Temático – Categorical: uma proposta de sistematização. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.16, n. 4, p. 569-760, out./dez. 2008. Disponível em www.facen.uerj.br. Acesso em: 21 nov. 2016.

OLIVEIRA, Maria Emília de; ZAMPIERI Maria de Fátima Mota; BRUGGEMANN, Odália Maria. **Mais uma nota para a melodia da humanização**. A melodia da humanização: reflexos sobre o cuidado durante o processo do nascimento. Florianópolis: Cidade Futura, 2001.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OPAS/OMS). **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978. Disponível em: [http:// www.opas.org.br](http://www.opas.org.br) Acesso em: 08 nov. 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OPAS/OMS). **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**. 2007.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación em las Américas**. Washington: Organização Pan-Americana da Saúde: 2010. (Serie: La renovación de La atención primaria de salud em las Américas, n. 4).

PAIM, Jairnilson Silva. O SUS é uma conquista Luta médica, jun./set. 2012. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/7718/1>. Entrevista 2012. pdf. Acesso em: 23 fev. 2017.

PASCHE, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo. **A importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde**. 2008. Disponível em:

esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/view/File/18/30. Acesso em: 17 abr.2017.

PAULA, Reginaldo Afonso de. **Relação multiprofissional do trabalho em equipe na Atenção Básica em Saúde**. 2016. Trabalho de conclusão de curso (Especialização) – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, 2016.

PEREIRA, Josenilda Soares. **A humanização na atuação no Programa de Saúde da Família**. Universidade de Minas Gerais. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Araguaci – MG, 2013. Disponível em: <https://www.nescom.medicina.ufmg.br>. Acesso em: 08 nov. 2016.

RIBEIRO, Juliane Portella; GOMES, Giovana Calgamo; THOFEHRM, Maura Buss. Ambiência como estratégia de humanização da assistência na unidade de pediatri: revisão sistemática. **Rev. Esc. Enferm USF**, v. 48, n. 3, p. 530-539, 2014. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/ Acesso em: 09 nov. 2016.

RIOS, Isabel Cristina. Humanização: a Essência da Ação Técnica e Ética nas Práticas de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica** [online]. v. 33, n. 2, p. 253-261, 2009. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php? Acesso em: 17 abr. 2017.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. Programa Saúde da Família: A construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latina Am.Enfermagem**. v. 13, n. 6, p. 1027-1034, nov./dez. 2005. Artigo de Revisão. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae. Acesso em: 23 fev. 2017.

ROSSETO, Maíra; SILVA, Luiz Anildo Anacleto da. Ações de Educação permanente desenvolvidas para o Agente Comunitário de Saúde. **Cogitare Enferm**. Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 723-729, 2010.

SAMPAIO, Ana Tânia Lopes; BARRETO, Ivete Santos; KREMPEL Márcia Cristina. O trabalho da Enfermagem na Atenção Primária: Desafios e Perspectivas. **Proenf – Atenção Primária e Saúde da Família**, v. 1, n. 4, p. 49-76, 2013.

SANCHES, Rafaely de Cassia Nogueira; GERHARDT, Paula Cristina; RÊGO, Anderson da Silva; CARREIRA, Lígia; PUPULIM; Jussara Simone Lenzi; RADOVANOVIC, Cremilde Aparecida Trindade. Percepções de profissionais de saúde sobre a humanização em unidade de terapia intensiva adulto. Maringá-PR, **Esc. Anna Nery**, v. 20, n. 1, p. 48-54, 2016.

SANTOS, Fernanda Marsaro. Análise do Conteúdo: A visão de Laurene Bardin. Resenha. **Revista Eletrônica de Educação**, v. 6, n. 1, maio 2012. Disponível em: www.reveduc.ufscar.br. Acesso em: 21 nov. 2016.

SANTOS, Ialane Monique Vieira dos; SANTOS; Adriano Maia dos. Acolhimento no programa saúde da família: revisão das abordagens em periodicos brasileiros.(Report). **Revista de Salud Publica**, v. 13, n. 4, p. 703, ago. 2011.

SANTOS, K. T; SALIBA, N. A; MOIMAZ, S. A. S; ARCIERI, R. M. **Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família?** Araçatuba São Paulo 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a35v16s1.pdf>>. Acesso em: 07 mar. 2014.

SAVASSI, Leonardo C. M. **Iniciação à Prática de Estratégia de Saúde da Família**. Belo Horizonte: Faculdade Senac, 2011. 80p.

SCHIMITH, Maria Denise; Simon, Bruna Sodr e; Br etas, Ana Cristina Passarella; BUDI O, Maria de Lourdes Dermardin. Relac es entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. **Trabalho educa o em saúde** (*online*), Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, nov. 2011.

SILVA, L via Gomes da; ALVES, Marcelo da Silva. Artigos de Revisão. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. **Rev. APS**, v. 11, n. 1, p. 74-84, jan./mar. 2008.

SILVA, Rosiane Patrícia Vieira. Construc o de um Protocolo de Acolhimento para unidade de saúde da família de Pingo D' gua/Minas Gerais. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Especializa o em Aten o Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3043.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2016.

SILVA, Van zia Gonc lves; MOTTA, Maria Catarina Salvador; ZEITOUNE, Regina Célia Golher. A prática do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família: o caso do município de Vitória/Espírito Santo. **Rev. Eletr Enf.** [*internet*]. v. 12, n. 3, p. 441-448, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.5278>. Acesso em: 21 nov. 2016.

SIMÕES, Ana Lúcia de Assis; RODRIGUES, Fernanda Resende; TAVARES, Darlene Mara dos Santos; RODRIGUES, Leiner Resende. Humaniza o na saúde: enfoque na aten o primária. **Texto contex. Enferm**, Florianópolis, v. 16, n.3, p. 439-444, jul./set. 2007.

SOUSA, Taiana Lemos de. Percepc es dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre seu processo de trabalho e sua qualidade de vida. 2014. Disserta o (Enfermagem) – Centro de Ciências Biológicas e Ciências da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, /2014. Disponível em: <https://repositoriufscar.br>. Acesso em: 23 fev. 2017.

STUCHI, Vitor Hugo Nazário. A valoriza o do trabalho humano como forma de realiza o do ideal de justiça social. **Scientia FAER**, Olímpia – SP, ano 2, v. 2, 1  sem. 2010.

SUNDFELD, Ana Cristina. Clínica Ampliada na aten o básica e processos de subjetiva o: relato de uma experiência. Rio de Janeiro, **Physis**, v. 20, n. 4, dez. 2010. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 25 fev. 2017.

SCHIMITH, Maria Denise; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. **Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família**. Cad.Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(6): 1487 – 1494, nov-dez, 2004.

SILVA, Tânia Alves; CARVALHO, Keyth Keller de Souza. **A importância da Política Nacional de Humanização para a qualidade do sistema público de saúde brasileiro**. 2010. 42f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Católica de Brasília. Brasília-DF, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ucb.br>. Acesso em: 19 abr. 2017.

TESSER, Charles Dalcanale; GARCIA, Adir Valdemar; VENDRUSCOLO, Carine; ARGENTA, Cleonete Elena. Estratégia Saúde da Família e análise da realidade social: Subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4295-4316, 2011.

TRAD, Leny Alves Bonfim; ESPERIDIÃO, Monique Azevedo. Sentidos e Práticas da humanização na Estratégia de Saúde da Família: a visão de usuários em seis municípios do nordeste. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, dez. 2010. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 11 dez. 2016.

WALDOW, Vera Regina; BORGES, Rosália Figueiró. Cuidar e humanizar: relações e significados. Artigo de Revisão. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRS). **Acta Paul Enferm**, v. 24, n. 3, p. 414-418, 2011. Disponível em: www.saude.sp.gov.br Acesso em: 11 dez. 2016.

ZUGE, Emanoeli. **A humanização nos serviços de saúde**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRS). Escola de Administração. Curso de Especialização em Gestão da Saúde. Porto Alegre; Rio Grande do Sul, mar. 2012. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br> Acesso em: 16 abr. 2017.

ANEXOS

ANEXO A – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP)

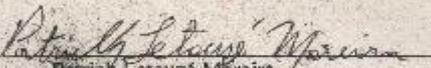


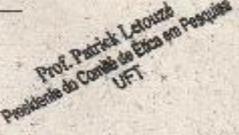
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o projeto de pesquisa: A HUMANIZAÇÃO SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE PALMAS - TO, do pesquisador responsável Leila Rutê Oliveira Gurgel do Amaral, Protocolo 114/2014, foi aprovado em reunião ordinária no dia 12/12/2014.

PALMAS -TO, 14 de Dezembro de 2014.


Patrick Letouze Moreira
Presidente do CEP-UFT


Prof. Patrick Letouze
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa
UFT

APÊNDICES



APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

O Sr.^(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “Humanização sob a ótica dos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família no Município de Palmas – TO”, de responsabilidade do pesquisador Anna Nunes Pereira Neta Farias. A relevância deste estudo baseia-se na definição de humanização, pelos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF), assim como as dificuldades e facilidades para a sua implementação, o processo de trabalho da equipe, o relacionamento com o usuário do serviço e a infraestrutura da unidade. Os resultados alcançados poderão nortear os profissionais da ESF em uma melhor compreensão sobre a Política Nacional de Humanização, no seu cotidiano de trabalho.

O objetivo deste estudo é analisar a perspectiva da humanização sob a ótica dos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família no Município de Palmas/TO.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, na qual a coleta de dados será realizada através de uma entrevista, contendo questões semiestruturadas sobre humanização na Estratégia de Saúde da Família. Para ser realizada a entrevista, será utilizado um gravador e, após a sua concretização, os dados serão analisados e transcritos conforme a fala de cada sujeito da pesquisa e, posteriormente, serão registrados sob a forma de narrativa.

A sua identidade será preservada e assegura-se as normas éticas de pesquisa com seres humanos, que garantem sigilo, privacidade e liberdade em retirar o consentimento sem penalização. *A priori*, não há riscos relacionados com a sua participação, e os benefícios dela obtidos poderão ser estendidos a outras unidades de saúde da família do município de Palmas/TO.

O Sr.^(a) receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e o *e-mail* do pesquisador, podendo retirar dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou em qualquer momento que assim desejar.

Eu _____, RG nº _____
 declaro ter sido informado(a) e concordo em participar, como voluntário(a), do projeto de pesquisa acima descrito.

Ou

Eu _____, RG nº _____
 Responsável legal por _____ RG nº _____
 declaro ter sido informado(a) e concordo em participar, como voluntário(a) do projeto de pesquisa acima descrito.

Palmas, _____ de _____ de _____

Nome e assinatura do paciente ou seu responsável legal

Nome e assinatura do responsável por obter o consentimento

Testemunha

Testemunha

Informações relevantes ao pesquisador responsável:

Res. 466/12 – item IV.2: O termo de consentimento livre e esclarecido obedecerá aos seguintes requisitos:

- a) ser elaborado pelo pesquisador responsável, expressando o cumprimento de cada uma das exigências acima;
- b) ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa que referenda a investigação;
- c) ser assinado ou identificado por impressão dactiloscópica, por todos e cada um dos sujeitos da pesquisa ou por seus representantes legais; e
- d) ser elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo sujeito da pesquisa ou por seu representante legal e uma arquivada pelo pesquisador.

Res. 466/12 – item IV. 3:

c) nos casos em que seja impossível registrar o consentimento livre e esclarecido, tal fato deve ser devidamente documentado, com explicação das causas da impossibilidade, e parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.

Casos especiais de consentimento:

1. Pacientes menores de 16 anos – deverá ser dado por um dos pais ou, na inexistência destes, pelo parente mais próximo ou responsável legal;
2. Paciente maior de 16 e menor de 18 anos – com a assistência de um dos pais ou responsável;
3. Paciente e/ou responsável analfabeto – o presente documento deverá ser lido em voz alta para o paciente e seu responsável na presença de duas testemunhas, que firmarão também o documento;
4. Paciente deficiente mental incapaz de manifestação de vontade – suprimento necessário da manifestação de vontade por seu representante legal.



APÊNDICE B - Instrumento de coleta de dados - Entrevista

A - Dados de Identificação:

Categoria Profissional:

- médico(a)
- enfermeiro(a)
- cirurgião dentista(a)
- assistente de saúde bucal(a)
- técnico de enfermagem(a)
- agente comunitário de saúde(a)

Sexo: M F

Idade:

- Entre 20 e 30 anos
- Entre 31 e 40 anos
- Entre 41 e 50 anos
- Acima de 51 anos

B - Questões Norteadoras

1. Há quanto tempo você trabalha aqui? Sempre no mesmo setor? Desenvolvendo sempre a mesma atividade? Você tem contato com outros setores/profissionais dentro da Unidade de Saúde? Como é esse relacionamento com os outros setores/profissionais da sua Unidade de Saúde?
2. Qual foi a primeira vez que você ouvir falar em humanização? O que que pensou sobre isso?
3. Você teve alguma capacitação sobre esse tema? Como foi? Qual sua avaliação sobre esse ou outros momentos iguais a esse?
4. Hoje, para você, o que é humanização?
5. O que mudou no conceito que você tinha anteriormente e agora?

6. Especificamente na Estratégia Saúde da Família, como você vê a humanização?
7. Quais as dificuldades e facilidades para realizar a humanização do cuidado, na Estratégia de Saúde da Família?
8. Em sua opinião, como deve ser realizado o atendimento humanizado ao usuário no Centro de Saúde da Comunidade?
9. De acordo com a sua área de atuação, quais as ações desenvolvidas no seu local de serviço?
10. Como você avalia a infraestrutura do Centro de Saúde da Comunidade e sua relação com uma atenção humanizada?
11. Como se dá a relação entre profissionais e usuários dos serviços de saúde?
12. Quais são as sugestões de melhoria das condições de humanização, na Unidade de Saúde da Família?

Obrigada pela sua participação!