



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

**PRÁTICA DE FISIOTERAPIA NA PERSPECTIVA DA POLÍTICA
NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E DA
GESTÃO EM SAÚDE**

MARIZA MARIA ALVES BARBOSA

FORTALEZA – CE
2009

MARIZA MARIA ALVES BARBOSA

**PRÁTICA DE FISIOTERAPIA NA PERSPECTIVA DA POLÍTICA
NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E DA
GESTÃO EM SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Políticas e Gestão em Serviços de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio

FORTALEZA – CE

2009

B732p Barbosa, Mariza Maria Alves
Prática de fisioterapia na perspectiva da política nacional de humanização da atenção e da gestão em saúde/ Mariza Maria Alves Barbosa.
Fortaleza, 2009.
150 p.
Orientador: Prof.Dr. José Jackson Coelho Sampaio.
Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública)
- Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde.
1.Fisioterapia-prática. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Humanização. I. Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde. II. Título.

CDD: 615.8

MARIZA MARIA ALVES BARBOSA

PRÁTICA DE FISIOTERAPIA NA PERSPECTIVA DA POLÍTICA NACIONAL DE
HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E DA GESTÃO EM SAÚDE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio
Universidade Estadual do Ceará

Prof^a. Dr^a. Ivana Lima Verde Gomes
Universidade Estadual do Ceará

Prof^a. Dr^a. Luilma Albuquerque Gurgel
Universidade Estadual do Ceará

Aos meus pais e meus irmãos, pessoas muito queridas e sempre presentes nesta jornada;

A Pedro, meu esposo, companheiro e incentivador em todas as horas, e a Gustavo, meu filho, com quem compartilho crescimento, amor e esperança.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela energia e força que encontro sempre quando olho a beleza da sua criação.

Ao Professor Doutor José Jackson Coelho Sampaio, incentivador do meu crescimento intelectual, com quem compartilhei este trabalho e aprendi muito. Obrigada pela paciência, pela tolerância, pelo compromisso, pelas críticas e sugestões.

Aos professores e funcionários do Mestrado, pela dedicação e seriedade.

Ao professor José Maia Pinto, pessoa que sempre torceu pela minha caminhada como pesquisadora e em quem sempre encontrei acolhimento.

As Professoras Doutoras Lúcia Conde de Oliveira e Ilvana Lima Verde Gomes, pelas sugestões na qualificação deste estudo.

Aos meus colegas do Mestrado, coparticipantes na construção deste projeto e companheiros desta árdua, porém, prazerosa caminhada, especialmente a Elisabete, pelo apoio oferecido todas as vezes que precisei me deslocar para Quixadá.

Aos trabalhadores do Centro de Reabilitação Fisioterápica de Quixadá - CREFI, pela disponibilidade em colaborar com a pesquisa, mas também pelo carinho com que sempre me receberam.

A todos os fisioterapeutas que fizeram parte desta pesquisa, pela credibilidade dispensada ao estudo e à pesquisadora.

A Secretária de Saúde de Quixadá, Maria Ivonete Dutra Fernandes, pela colaboração a este estudo e pelo compromisso com a saúde do município.

Aos usuários do serviço de Fisioterapia que gentilmente concederam seus depoimentos para o desenvolvimento deste trabalho.

A querida amiga, Filomena Costa Pinheiro, que sempre esteve disponível nos momentos de incertezas, pela sua orientação e colaboração com as ideias iniciais deste trabalho.

O mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas - mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam... Verdade maior...

Guimarães Rosa

RESUMO

Os estudos sobre Fisioterapia no Sistema Único de Saúde (SUS) têm enfatizado a clínica, a técnica, sem questionamento epistemológico da prática. Não se problematiza a inserção do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família, a sua formação profissional ou a humanização da prática fisioterápica nos diferentes níveis de atenção. Essa pesquisa busca compreender a prática de Fisioterapia no SUS-Quixadá, Ceará, na perspectiva da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde (PNH), a partir de duas perguntas norteadoras: Como está se conformando a prática da Fisioterapia no SUS Quixadá/CE? A prática fisioterápica do SUS Quixadá/CE incorpora os princípios e as diretrizes da PNH? O presente estudo apresenta natureza qualitativa, o que significa que os sujeitos da pesquisa – gestores, fisioterapeutas, técnicos de apoio e usuários – não foram submetidos a critérios numéricos. Dentre esses sujeitos, apenas os usuários tiveram que ser definidos por saturação teórico-empírica, estratificados segundo unidade componente do serviço e segundo a relevância das informações e observações significativas ao estudo. Os procedimentos de investigação foram a revisão da literatura, o levantamento de documentos administrativos e legais emanados dos poderes federal, estadual e municipal sobre o tema, a observação sistemática e a entrevista semiestruturada. As informações coletadas a partir das entrevistas foram analisadas utilizando-se da técnica de Análise de Conteúdo. A análise dos documentos foi realizada paralelamente à análise e interpretação dos resultados das entrevistas, com a finalidade de contextualizar a interpretação dos achados. Para análise das informações obtidas a partir da observação sistemática, foi utilizado o fluxograma analisador de Merhy (2007a). Os resultados revelaram que a prática de Fisioterapia reproduz um modelo de assistência não pró-ativo, voltado para a reabilitação e/ou para a cura. Assim, o serviço fisioterápico aguarda tal demanda para que possa intervir, topicamente, em queixas, sinais, sintomas, síndromes, agravos e doenças, de modo operativo pragmático. A clínica desenvolvida apresenta-se muito próxima do conceito de clínica oficial, com fortes elementos de clínica degradada, incorporando discursos, boas intenções, que apontam a clínica ampliada em um certo horizonte das vontades. A concepção do acolhimento se vincula apenas a um dos seus elementos constitutivos, o de recepção administrativa e ambiente confortável. No processo de cogestão, a Fisioterapia se insere em alguns dispositivos que permitem a participação dos trabalhadores, entretanto, os dispositivos gerenciais que possibilitam o envolvimento efetivo dos usuários não foram alcançados. Atenção e gestão são construídas paralelamente, sem pontos de interseção que possibilitem uma visão crítica dos atores envolvidos a respeito do que é democracia, direitos e deveres e o trabalhador da prática fisioterápica caracteriza-se como sujeito instituído e quase destituído, pois não reflete o processo de trabalho no qual está inserido. Enfim, a prática de Fisioterapia no SUS/Quixadá encontra-se distante da perspectiva de humanização proposta pela PNH, mas se constitui em potencial ferramenta de mudança de suas ações a partir dos princípios e diretrizes que essa política oferece, com vistas à defesa da vida dos cidadãos quixadaenses.

Palavras-chave: Fisioterapia-prática; sistema único de saúde; humanização.

SUMMARY

The studies on Physiotherapy at SUS (Unique Health System UHS) have been emphasizing the clinic and the technique without any theoretical study of practice. The physiotherapist's insert is not questioned in the Family Health program, their professional development or the humanization of the physiotherapeutic practice in different levels of attention. This research seeks to understand the physiotherapy practice at SUS-Quixadá-Ceará, in the perspective of the National politics of Humanization of the attention and health administration - PNH, starting from two direct questions: How the practice of the physiotherapy is conforming at SUS Quixadá-CE? Does SUS Quixadá-CE physiotherapeutic practice incorporate the beginnings and guidelines of PNH? This present research presents qualitative nature, where the subjects, workers and managers, they were not submitted to numeric criteria and all were involved, but, among the users, the subjects were defined for saturation of theoretical-self experience, stratified according to the service of the net, and for the relevance of the information and significant observations of the study. The investigation procedures were the revision of the reading, the rising of administrative and legal documents emanated of the federal, state and municipal power on the theme, the systematic observation and the semi-structured interview. The information collected starting from the interviews that were analyzed by being used of the technique analysis and interpretation of the results from the interviews, putting into context as the purpose of the interpretation that were found, analyzing the information obtained starting from the systematic observation, the Mehry's analyzing flowchart was used. The results reveal that the practice of Physiotherapy presents reproduces a model of attendance characterized by being helpful, and not self-active, turning back to the rehabilitation and/or the cure, with good service, awaiting the demand referred to intervene, about this topic, complaints, signs, symptoms, syndromes, offences and diseases, in a pragmatic operative way and the developed clinic presents itself closer of the official clinic concept, with strong elements of degraded clinic and they incorporate speeches, good intentions that point the clinic enlarged in a certain horizon of wills. The conception of the reception is just linked to one of their constituent elements, administrative reception and comfortable environment. In the extent of the participative administration between workers and physiotherapy managers presented itself in some of their devices like group of managers, the manager's group from the health unit and the table of permanent negotiation. However, the managerial device that makes participation available executes the users that were not reached. Attention and administration are built parallel, without insert points that makes possible a critical vision of the actors involved regarding the democracy, rights and duties and the physiotherapeutic practice is characterized as instituted subject and almost deprived, therefore the work process in which is inserted, does not contemplate the centered in the work portion that fits its and it deepens of the fragmentation of the work. Finally, the physiotherapy practice in SUS-Quixadá is distant from the humanization perspective proposed by PNH, but that is constituted as a potential tool of change of their actions starting from the beginnings and guidelines that this politics offers with views to the defense of life of the citizens from Quixadá.

Key words: Physiotherapy-practice; unique health system (uhs); humanization.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS	
Figura 1 – Mapa dos municípios coordenados pela 8ª Coordenadoria Regional de Saúde.....	47
Figura 2 – Modelo do diagrama-resumo analisador.....	60
<hr/> <hr/>	
QUADROS	
Quadro 1 – Grupo de participantes do estudo	52
Quadro 2 – Representação dos trabalhadores de Fisioterapia participantes do estudo	52
Quadro 3 – Representação dos usuários participantes do estudo	54
Quadro 4 – Modelo do quadro resumo de categorização para cada entrevista.....	59
Quadro 5 – Modelo do quadro resumo de categorização e frequência percentual para cada entrevista.....	59
<hr/> <hr/>	
GRÁFICOS	
Gráfico 1 – Número de Procedimentos Fisioterápicos realizados pelo Centro de Reabilitação Fisioterápica no período de 2007 – Quixadá – CE.....	76
<hr/> <hr/>	
FLUXOGRAMAS	
Fluxograma 1 – Fluxograma analisador do modelo de organização do serviço assistencial de Fisioterapia no SUS – Quixadá	87
<hr/> <hr/>	

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AVE – Acidente Vascular Encefálico

BIREME – Biblioteca Virtual em Saúde

CAP – Comunidade Ampliada de Pesquisa

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CNE – Conselho Nacional de Educação

CNS – Conferência Nacional de Saúde

COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

CRAS – Centros de Referência de Assistência Social

CREFI – Centro de Reabilitação Fisioterápica

CRES – Coordenadoria Regional de Saúde

CRISCA – Centro de Referência de Inclusão Social da Criança e do Adolescente

DORT – Doenças ocupacionais resultantes do trabalho

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Equipe Saúde da Família

GPSM – Gestão Plena do Sistema Municipal

GTH – Grupo de Trabalho de Humanização

HREB – Hospital Regional Eudásio Barroso

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDT – Instituto de Desenvolvimento do Trabalho

IJF – Instituto José Frota

LER – Lesões por esforços repetitivos

LHUAS – Laboratório de Humanização da Atenção em Saúde

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

PFST – Programa de Formação em Saúde e Trabalho

PNH – Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde

PNH/CE – Política Estadual de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde do Ceará

PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar

PSF – Programa Saúde da Família

PTS – Projeto Terapêutico Singular

SINE – Sistema Nacional de Emprego

SUS – Sistema Único de Saúde

UBASF – Unidade Básica de Saúde da Família

UBASF – Unidade Básica de Saúde da Família

UECE – Universidade Estadual do Ceará

UFC – Universidade Federal do Ceará

UNIFOR – Universidade de Fortaleza

USFt – Unidade do Serviço de Fisioterapia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Motivação e Problematização	14
1.2 Fisioterapia, Prática Clássica e Humanização no SUS.....	22
1.3 A Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde no SUS	34
1.4 Objetivos Geral e Específicos	44
2 TRATAMENTO METODOLÓGICO	45
2.1 Natureza do Estudo	45
2.2 Campo da pesquisa	47
2.2.1 Quixadá e o SUS Quixadá	47
2.2.2 Serviço de Assistência Fisioterápica de Quixadá	49
2.3 Os sujeitos do Estudo	50
2.4 Procedimentos de Investigação	54
2.5 Procedimentos de Interpretação	56
2.6 Dimensão Ética.....	61
2.7 Forma de Exposição	62
3 CAPÍTULO I.....	64
Caminho Percorrido em Busca da Humanização em Saúde na Assistência Fisioterápica do SUS/Quixadá	64
4 CAPÍTULO II.....	93
Trabalhadores e Usuários da Assistência Fisioterápica: Insatisfação, Conhecimento Fragmentado, Falta de Autonomia e Repetitividade	93
4.1 Relação entre Atenção e Gestão na Prática Fisioterápica.....	94
4.2 Acolhimento como Dimensão Espacial: recepção administrativa e ambiente confortável.....	105
4.3 Valorização do Trabalhador e a Construção de sua Autonomia para a Prática Fisioterápica	115

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	125
5.1 Considerações Gerais	125
5.2 Conclusões	127
5.3 Recomendações	129
REFERÊNCIAS.....	132
APÊNDICES	139
APÊNDICE A – Roteiro de entrevista para Gestores.....	139
APÊNDICE B – Roteiro de entrevista para Fisioterapeutas e Técnicos de Apoio ...	141
APÊNDICE C – Roteiro de entrevista para Usuários.....	143
APÊNDICE D – Roteiro de observação	145
APÊNDICE E – Termo de consentimento livre e esclarecido	148
ANEXOS	150
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará.....	150

1 INTRODUÇÃO¹

1.1 Motivação e Problematização

O principal interesse para a realização desse trabalho surgiu da minha vivência no serviço público de Fisioterapia, iniciada logo após a graduação, em 1995, em um pequeno município do sertão central do Ceará. Esse município apresentava perfil socioeconômico focado em atividades rurais e serviço público, com grande parte da população incluída nos estratos de mais baixa renda. As pessoas dessa localidade que necessitavam de assistência fisioterápica e eram encaminhadas a esse serviço, em sua maioria, não conheciam essa profissão e, quando chegavam ao local de atendimento, não sabiam por que estavam ali.

Essa realidade foi um desafio que me fez perceber a distância entre as práticas de uma rede pública de serviços de saúde, as práticas que vivenciei durante minha formação, e as que deveriam ser realizadas junto àquela comunidade. Conversar com as pessoas sobre seus sofrimentos físicos, para compreender suas reais necessidades, possibilitou-me a percepção, cada vez mais aguda, da importância de uma assistência que valorizasse a dimensão subjetiva dos sujeitos e estivesse voltada à incorporação das propostas do Sistema Único de Saúde (SUS). Em outras palavras, esse experimento me fez ver a necessidade de uma prática efetuada com agir cúmplice entre trabalhadores de saúde, usuários e dirigentes, no lugar de uma prática massificada e tecnicista, com vistas apenas à recuperação cinesiológica-funcional.

O desenvolvimento técnico-científico na área da saúde, evidenciado com a criação de serviços muito bem equipados para intervenções em saúde e avanços científicos tanto em conhecimentos quanto em soluções para os problemas que afetam a saúde das pessoas, tem trazido benefícios. Porém, tal desenvolvimento parece não ter sido acompanhado por avanços correspondentes nas relações humanas entre profissionais e usuários; entre instituições e profissionais; entre

¹ Essa pesquisa foi redigida conforme as alterações introduzidas na ortografia da língua portuguesa pelo *Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa* aprovado, no Brasil, pelo Decreto Legislativo nº 54, de 18 de abril de 1995 e implantado, no mesmo país, a partir de janeiro de 2009.

instituições, profissionais e comunidade. A escassez de pesquisas acerca da prática fisioterápica sob uma perspectiva social denota, de uma forma geral, que entre os fisioterapeutas ainda reside um reflexo do olhar predominantemente tecnicista. Isso demonstra que nós, fisioterapeutas, ainda estamos praticando o modelo biomédico tradicional, centrado na síndrome, na doença e na dimensão exclusivamente biológica e que a assistência fisioterápica que tem sido proporcionada está muito mais delegada à operação de equipamentos elétricos e mecânicos do que à efetivação de um cuidado integral, centrado nas necessidades da pessoa.

Outra motivação que foi fundamental para a produção desse estudo foi minha experiência em atividades do Programa de Saúde da Família (PSF) de Quixadá/Ceará. Esse experimento ocorreu no período de 1997 a 2001, quando, juntamente com outros trabalhadores de saúde, realizei atividades preventivas para incapacidades físicas e orientação de autocuidado para pessoas com hanseníase e para acamados. O trabalho realizado estava sempre aliado aos debates, em equipe multiprofissional, sobre os problemas da população. Mediante esses debates, novamente surgia o conflito entre minha formação para uma prática que trata doenças e a proposta de práticas de saúde construída a partir do diagnóstico das necessidades da demanda, considerando os indivíduos como sujeitos de um meio dinâmico e cheio de contrastes.

O SUS vem se desenvolvendo em busca da consolidação de seus princípios e diretrizes para uma melhor atenção à saúde. Após suas fases iniciais de garantia de acesso, de construção de infraestrutura, de definição de processos de financiamento, introduziu-se, nesse sistema, uma dimensão qualitativa, de gestão e de cuidado, que se traduziu pela Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde (PNH). A humanização apareceu como proposta fundamental para legitimar o SUS como política pública, crítica, sensível, produtora de saúde, mas também de sujeitos e de cidadãos.

Quatro caminhos foram trilhados para que a concepção de uma política de humanização em saúde fosse alcançada. O primeiro caminho é o do humano como superação do animal, resultante da lógica evolutiva das formas de vida representada no ser humano pela posse de um conjunto de habilidades físicas e mentais originais, as quais lhe capacitam para a criatividade. Essas habilidades encontram-se organizadas em uma consciência que critica, imagina, elabora significados e explicações, e formula um devir histórico.

Outro caminho, o segundo, fala do humano como superação do bárbaro, o que se refere à questão fundamental do processo civilizatório, no qual, evidentemente, fica muito difícil estabelecer uma lógica evolucionista, pois quem garante, por exemplo, que o complexo de práticas e ideias do capitalismo ocidental branco é melhor ou pior que o do feudalismo oriental árabe ou o do tribalismo sul-americano ianomâmi?

O terceiro caminho é o do humano como superação da coisa, pois não é possível transferir o cuidado em saúde para as máquinas, dado que, em última instância, a relação de interatividade na saúde acontece entre dois seres humanos, dois cidadãos, mediada por política e sentimentos. A velocidade e a precisão diagnósticas, por exemplo, não substituem o vínculo de expectativas, esperanças e temores, de contradições e ambiguidades, que põe um trabalhador de saúde diante de um cliente, individual ou coletivo.

O quarto desses caminhos considera o humano como superação da alienação, a partir da incremento do processo da autonomia, da justiça, da conscientização crítica, do protagonismo individual e coletivo, da emancipação, da liberdade, da construção pública de significados, valores e destinos assumidos em condomínio (SAMPAIO, 2006).

A humanização é um processo amplo, demorado e complexo, em que surgem muitas resistências, pois esse processo inclui mudanças de comportamento que despertam receio e medo. Os padrões conhecidos parecem mais seguros. Entretanto, os novos padrões não são generalizáveis, pois cada instituição, cada equipe, cada profissional, terá seu processo singular de humanização.

A PNH, enquanto movimento de mudança dos modelos de atenção e gestão, foi formulada para a efetivação dos princípios do SUS. Para isso, ela apresenta como princípios norteadores:

- a inseparabilidade entre gestão e atenção, pois, desse modo, incorporam-se, na integralidade, o cuidado e suas condições de realização entre processo técnico e a compreensão do que sejam direitos, sujeitos, democracia, processo saúde/doença;
- a inseparabilidade entre clínica e política, transversalidade para abertura comunicacional e para ampliação da grupalidade, e autonomia e protagonismo dos sujeitos, de forma que, na

ampliação e retroalimentação entre saberes, multipliquem-se as possibilidades de diálogo entre profissionais de saúde e usuários, e, também, o incremento de poderes de decisão, tudo isso em um espaço mais harmônico de cooperação (BRASIL, 2004).

Constituem-se matriz teórica desse estudo as diretrizes operacionais desses princípios norteadores da PNH, a saber: acolhimento, cogestão, clínica ampliada, ambiência, valorização do trabalho e do trabalhador, fomento a redes e coletivos e defesa dos direitos e deveres dos sujeitos.

Nesse campo, o acolhimento pode ser apreendido como ato ou efeito de acolher, como ato que expressa uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, como um procedimento que anuncia uma atitude de inclusão.

Nesse sentido é que o acolhimento se apresenta como uma das diretrizes de relevância ética, estética e política da PNH do SUS. Ética, ao reconhecer o outro na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, em suas dores, em suas alegrias, em seus modos de viver, sentir e estar na vida. Estética, porque traz para as relações cotidianas a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e para a construção da própria humanidade. E política, porque implica o compromisso de envolver o coletivo nesse “estar com”, potencializando protagonismos nos diferentes encontros (BRASIL, 2006a).

O acolhimento, enquanto ferramenta tecnológica que contribui para a efetivação do SUS, não é apenas um espaço confortável, uma ação de repasse de encaminhamentos, mas uma tecnologia do encontro, um regime de afetabilidade construído mediante os encontros através de redes de conversações afirmadoras de relações nos processos de produção da saúde.

Para Teixeira (2003), a rede de conversações conforma um autêntico espaço coletivo, com várias regiões de conversa, interligadas e passíveis de serem mapeadas, onde o acolhimento é o elemento que conecta uma conversa à outra e interconecta os diferentes espaços de conversa.

Ao acolhimento do tipo dialogado, designado por Teixeira (2003) como uma técnica de conversa ou de relação, é creditada, segundo o referido autor, a competência em manter todos esses espaços interconectados e oferecer aos usuários as mais amplas possibilidades de trânsito pela rede. Isso se deve ao fato,

ainda segundo esse autor, desse acolhimento estar embasado no entendimento e negociação permanente das necessidades a serem satisfeitas para a decisão da trajetória pertinente de cada usuário através do serviço.

A proposta do acolhimento é, portanto, a de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde. Esse atendimento pressupõe, por parte dos trabalhadores de saúde, a ação de ouvir os pedidos dos usuários e de assumir, no serviço, uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas a esses usuários, desencadeando, assim, o vínculo entre trabalhadores, usuários e gestores do sistema.

Nesse sentido, o dispositivo do acolhimento propõe inverter a lógica da organização e do funcionamento do serviço de saúde através da reconstrução das relações nas práticas de saúde para buscar a produção da responsabilização integral pelos problemas de saúde das pessoas (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

A cogestão apresenta um modo de administrar que inclui o fazer coletivo, para que não haja excessos dos corporativismos e, também, para que ela possa exercer o papel de controlador do estado e do governo. O trabalho de cogestão está centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva, em que planeja quem executa, e em colegiados que garantam que o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente, permitindo, pois, a interação com a troca de saberes, poderes e afetos entre profissionais, usuários e gestores (BRASIL, 2006c).

Dessa forma, o modelo de cogestão proposto pela PNH prevê ampliação da autonomia dos sujeitos, incorporando as necessidades singulares do indivíduo e do coletivo para o processo terapêutico através da democratização dos saberes entre os atores envolvidos na produção de saúde.

A concepção de Campos (2007), ao propor um método para análise e cogestão de coletivos, denominado Método da Roda, afirma que seres menos alienados serão sempre mais capazes de construir a felicidade. Assim, o papel do sujeito individual e coletivo assume poder transformador sobre sua vida, saúde e doença, por meio de relações entre sujeito instituído e instituinte.

A mudança nas práticas nos diversos serviços de saúde a partir da ferramenta da cogestão, da coparticipação, do coprotagonismo, permite construções/desconstruções nos modos de fazer e oferecer os serviços. Nesse sentido, Merhy (2007b) evidencia a necessidade do trabalhador em saúde

disponibilizar e compartilhar seu conhecimento com os usuários para garantir sua autonomia e permitir melhora real na qualidade de vida.

O resgate do sujeito através da sua autonomização é uma necessidade para a construção de práticas humanizadas de saúde, pois permite a aproximação entre o processo de decisão política e o processo de execução das ações decididas, o que torna o trabalho mais resolutivo e mais satisfatório (MERHY, 2007a).

Vários caminhos expostos pelo PNH podem ser seguidos para promover a gestão participativa nos múltiplos espaços de gestão do SUS, entre esses caminhos vale citar: a criação de conselhos de gestão participativa; de colegiados gestores – mesa de negociação permanente que ocorre entre trabalhadores e gestores sobre questões relacionadas ao trabalho em saúde –; e de contratos de gestão firmados entre as unidades de saúde e as instâncias hierárquicas de gestão.

Nos serviços de saúde, o valor de uso é socialmente produzido e coproduzido e não são somente trabalhadores e gestores que definem as necessidades de saúde. Essas necessidades resultam tanto da oferta de serviços quanto da demanda e das lutas políticas por direitos. O valor de uso dos saberes e das práticas está na defesa da vida, que tem capacidade de modificar o sujeito, tanto para criar dependência e impotência quanto para coproduzir autonomia e ampliação da capacidade de análise, e cogestão das pessoas (CAMPOS, 2003).

Nesse contexto, outro dispositivo humanizador das práticas de saúde é a clínica ampliada, que traz uma dimensão assistencial com compromisso singular ao sujeito doente. Esse dispositivo faz com que a dimensão assistencial seja ampliada para a dimensão político-social e com que saberes e processos de adoecimento e de saúde sejam contextualizados para os projetos terapêuticos individuais ou coletivos, focando-os, assim, na história, no contexto e nos sentidos mutuamente construídos (BRASIL, 2007).

A clínica ampliada, na concepção de Cunha (2005), procura deixar-se tomar pelas diferenças singulares do sujeito doente, com a produção de um projeto terapêutico que considera essa diferença e permite que o limite do saber seja transformado em possibilidade prática de intervenção.

A reforma da clínica moderna apresentada por Campos (2003) sugere um deslocamento da ênfase na doença para centrá-la sobre o sujeito concreto, portador de alguma doença, mas também marcado por um contexto social específico, como forma de ressaltar a integralidade humana, que inclui distúrbios, sofrimentos e dores.

Percebe-se, portanto, que se estabelece um compromisso radical com o sujeito doente, visto de modo único, uma busca de ajuda em outros setores através da intersetorialidade, que reconhece os limites dos profissionais de saúde e das tecnologias por eles empregadas e assume um compromisso ético profundo.

A ambiência deflagra o tratamento dado ao espaço físico, entendido como espaço social, profissional, onde ocorrem as relações interpessoais. Nessa perspectiva, a ideia de ambiência segue primordialmente três eixos:

- O espaço que possibilita a reflexão da produção do sujeito e do processo de trabalho;
- O espaço que visa a confortabilidade focada na privacidade e na individualidade dos sujeitos envolvidos, exaltando elementos do ambiente que interagem com o homem (cor, cheiro, som, iluminação, morfologia) e garantindo conforto a trabalhadores, paciente e sua rede social;
- O espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho funcional favorecendo a otimização de recursos e o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo (BRASIL, 2004, p.6).

A concepção de confortabilidade contemplada pela ambiência está associada ao resgate do vínculo de usuários e trabalhadores, para que juntos possam identificar, no processo de produção de saúde, suas referências nos ambientes de cuidado e atenção à saúde.

A ambiência, enquanto arquitetura, está muito mais relacionada com postura e entendimento dos processos. Sob esse prisma, a ambiência pode ser usada como instrumento construtor do espaço aspirado pelos trabalhadores e usuários, para que se constitua um ambiente que vai além da arquitetura normativa e que seja projetada exclusivamente para compor alta tecnologia (BRASIL, 2006b).

No processo de trabalho em saúde, as instituições devem ser espaços de produção de bens e serviços para os usuários, e, também, espaços de valorização do potencial inventivo dos sujeitos que trabalham nessas instituições ou serviços.

O trabalho é o que está definido de forma descritiva para ser executado pelos diferentes profissionais, e é, também, o que efetivamente se realiza nas situações concretas de trabalho do cotidiano. No entanto, para dar conta da realidade complexa do trabalho, os trabalhadores são convocados a criar, a improvisar ações, a pensar o melhor modo de trabalhar, a maneira mais adequada de realizar o trabalho para atender os diversos contextos específicos e evitar que a tarefa seja feita de forma mecânica.

Nesse contexto, a valorização do trabalho e do trabalhador em saúde, enquanto diretriz operacional da PNH, considera o trabalho um potencial produtor de sentido, quando é inventivo e participativo no âmbito da produção dos serviços (mudança nos processos, organização, resolubilidade, qualidade) e da produção de sujeitos (mobilização, crescimento, autonomia dos trabalhadores e usuários), e um potencial produtor de sofrimento e de desgaste, quando é burocratizado, fragmentado e centralizado. Impõe-se, portanto, cuidar do cuidador, compreender e atuar preventivamente no campo da saúde do trabalhador da saúde (BRASIL, 2006d).

A saúde também é entendida mediante a capacidade de produzir novos conhecimentos frente às adversidades que o mundo lhe apresenta. A valorização do trabalhador, contemplado pela proposta da PNH, é um dispositivo que aponta para a formação do profissional, para que ele possa compreender as situações do cotidiano, por meio de um processo contínuo de aprendizagem, de construção e desconstrução de saberes, valores e concepções (BRASIL, 2006d).

Fica evidente que os trabalhadores necessitam desenvolver vários níveis de competência, como a técnica, que envolve desde a formação profissional e a condição de exercício do cuidado até o salário do trabalhador, o espaço físico do posto de trabalho, o planejamento estratégico e a gestão participativa.

No nível comunicacional, há que se desenvolver também uma competência necessária ao trabalhador de saúde. Essa competência envolve a capacidade de ouvir e informar, respeitando a subjetividade do outro, valorizando a sua história única, contemplando a integralidade.

Outras competências têm relação com o acolhimento e com a clínica ampliada, como por exemplo: a relacional, que envolve a formação para a interdisciplinaridade, na lógica do corpo coletivo de trabalho; e a política, que envolve a construção da cidadania, superando a mera compaixão, o favor ou a troca mercantil, fazendo com que o trabalhador de saúde e o usuário estabeleçam vínculo entre dois cidadãos. Isso exige métodos para a negociação de interesses em contradição.

O fomento a redes e coletivos compreende que os programas, projetos e serviços não podem ficar isolados das políticas e dos sistemas. A articulação das redes proporciona ao cuidado acompanhar seus destinatários, em menos tempo, melhor resolução e com incremento da qualidade de vida (BRASIL, 2006e). A defesa

de direitos e deveres dos sujeitos envolvidos na produção da saúde defende que os direitos reconhecidos, pactuados e produzidos entre gestores, trabalhadores e usuários permite à saúde escapar a órbita da compaixão piedosa e do valor de troca em mercado (BRASIL, 2006e).

Nesse sentido, os serviços humanizados de saúde devem ceder lugar para as práticas que considerem as necessidades sociais, desejos e interesses dos diferentes atores envolvidos. Os serviços e ações de saúde ainda demandam maior complexidade de planejamento, de organização, de gestão e de execução, complexidade esta que requer, sobretudo, a necessidade de harmonizar o processo de trabalho, qual seja a promoção de saúde e bem-estar.

Portanto, o que foi exposto até aqui faz pensar sobre a forma como a prática de Fisioterapia vem se conformando no município de Quixadá, bem como sobre seus reflexos na condição de saúde da população. Considerando que a construção de um modelo de atenção fisioterápica deva estar em coerência com o conceito ampliado de saúde, definido pelo SUS, e que, no atual momento de transformação desse sistema, humanização significa melhoria na qualidade de vida das pessoas e dos serviços de saúde, essa pesquisa pretende contribuir para um novo modelo de assistência fisioterápica, comprometido com a defesa da vida da população.

1.2 Fisioterapia, Prática Clássica e Humanização no SUS

Os estudos sobre Fisioterapia no contexto do SUS são recentes e isso se deve à influência do seu surgimento, pois teve sua gênese e evoluções caracterizadas pela atuação na reabilitação e pelo atendimento individualizado. A Fisioterapia surgiu como uma especialidade da Medicina e tornou-se, posteriormente, uma profissão autônoma, mas seguindo a lógica de especialidade técnica. Em termos de hierarquia na organização do sistema de saúde, a Fisioterapia foi enquadrada entre os serviços de atenção secundária e terciária. Essa lógica de distribuição, durante muito tempo, excluiu da rede básica os serviços de Fisioterapia, e de acordo com o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia

Ocupacional (COFFITO, 2003), somente a partir de 2000 é que surgem as primeiras experiências da Fisioterapia voltadas para a atenção básica em saúde, especificamente no PSF.

A revisão de literaturas produzidas nos últimos cinco anos resultou em poucos achados, todos inadequados ao presente estudo. Na base de dados *on line* da Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME)², disponível na Internet, principalmente *Scielo, Lilacs e Medline*, encontraram-se seis publicações; em periódicos impressos, *Qualis A e B*, disponíveis nas Bibliotecas da Universidade Federal do Ceará(UFC) e da Universidade Estadual do Ceará (UECE), uma publicação foi encontrada; e no banco de Dissertações de Mestrado defendidas nos programas de pós-graduação do campo da Saúde Coletiva da UFC, da UECE e da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), encontraram-se três publicações. A ênfase dada nessas publicações é clínica, técnica, sem questionamento epistemológico da prática. Elas destacam apenas a inserção do fisioterapeuta no PSF ou a formação profissional dirigida à atenção secundária, e com referência à humanização do cuidado, a abordagem é reducionista diante da proposta da PNH.

Dos estudos que mais se aproximaram dessa pesquisa está a medida de satisfação do usuário com o serviço de Fisioterapia, desenvolvido a partir da aplicação de instrumentos de avaliação nesse campo, listados na literatura contemporânea (MENDONÇA; GUERRA, 2007). Esse estudo revelou que os aspectos mais destacados pelos entrevistados em relação ao atendimento foram: o comportamento afetivo e a habilidade de comunicação. O que sugere que o esclarecimento da dúvida dos pacientes e a oportunidade para expressar opinião são fontes importantes para a satisfação e/ou descontentamento do usuário de Fisioterapia.

A função dialógica do fisioterapeuta, voltada para a promoção de saúde do acompanhante do usuário hospitalizado, referida por Queiroz e Sandoval (2004), mantém relação com o tema dessa pesquisa por abordar a importância da ação comunicativa do fisioterapeuta junto aos acompanhantes para a aquisição de habilidades no cuidado com o paciente, estabelecendo maior vínculo fisioterapeuta-cuidador, cuidador-paciente.

² Conf. <<http://www.bireme.br>>

Estudando a equidade, um princípio da humanização, na prática fisioterápica com cliente em estado comatoso, ficou evidenciado para Lopes Júnior (2005) que, uma vez respeitado o princípio, com dedicação de maior tempo de atendimento de cinesioterapia passiva ao cliente mais grave, o estado geral do paciente melhora consideravelmente, o que faz com que a equidade e a humanização proporcionem maior resolubilidade do cuidado.

A criação do SUS, em 1990, trouxe para o Brasil um avanço na atenção à saúde, por meio de profunda reorganização paradigmática, legal e operacional. A partir de então, a ideia de humanização passa a ser posta, primeiro no horizonte utópico, e, depois, já em 2003, como possibilidade tangível, visando valorizar os diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde (SAMPAIO; CARNEIRO, 2008). Entretanto, é frequente a confrontação com uma enorme contradição entre as propostas e as práticas cotidianas dos serviços de saúde.

A humanização, enquanto tema das políticas de saúde, é anunciada, embora timidamente, na XI Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 2000, que tinha como título “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”. Nesse evento, objetivava-se destacar o tema e influir nas agendas federais, estaduais e municipais de saúde.

Em maio de 2000, o Ministério da Saúde (MS) do Brasil instituiu o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que deu início às ações em hospitais, com o intuito de criar comitês de humanização voltados para a melhoria do contato humano entre profissional de saúde e usuário, entre os próprios profissionais e entre o hospital e a comunidade, para garantir a qualidade da atenção ao usuário e, mais tarde, ao trabalhador. Tais iniciativas encontravam um cenário ambíguo, em que a humanização era reivindicada pelos usuários e alguns trabalhadores e, no mínimo, secundarizada, quando não banalizada, pela maioria dos gestores e dos profissionais. Os discursos apontavam para a urgência de se encontrar outras respostas à crise da saúde, identificada, por muitos, como falência do modelo SUS (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Entre os anos de 1999 e 2002, além da PNHAH, alguns programas do MS foram propostos como dispositivos para a humanização do cuidado, buscando superar imediatismo, espontaneísmo, fragmentação, superposição e ações mecânicas, simultaneamente imprecisas, invasivas e estereotipadas.

Para Ischiara (2003), o enfrentamento da problemática humanização, a partir do projeto-piloto que antecedeu o PNHAAH (BRASIL, 2000), já legou alguns avanços: 1) reconhecimento da existência de quatro atores sociais: clientela/usuários, trabalhadores, administração e poder público; 2) reconhecimento da existência de sete níveis analíticos: ético, estético, político, organizacional do sistema, organizacional do serviço, técnico e psicossocial; 3) reconhecimento, pelo lado da clientela, do percurso de cinco momentos existenciais: nascimento, vulnerabilidade, desamparo, impotência, dor, desabilidade e morte.

A implantação do SUS e a busca dos objetivos da universalidade, integralidade e equidade têm suscitado diversas elaborações e proposições referentes aos modelos assistenciais adotados e às práticas profissionais. A Fisioterapia, de acordo com Batalha (2003), enquanto ciência do movimento em todas as suas formas de expressão, encontra-se envolvida em mudanças, a exemplo das estruturas curriculares que traz a proposta de humanização da assistência, embora as políticas de intervenção ainda sejam pequenas, procurando promover as relações humanas como valor fundamental no âmbito das práticas públicas de saúde.

A PNH, aprovada pelo MS em 2003, passa a tratar a humanização não mais como um programa a ser aplicado nos diversos serviços de saúde, mas como uma diretriz política que opera transversalmente em toda rede SUS, traduzida pelas práticas de saúde, caracterizando uma construção coletiva que garanta o caráter questionador das verticalidades com o qual a saúde está sempre em risco de ser capturada (BRASIL, 2004).

A panorâmica das práticas no campo da saúde mostra que, nas eras mais remotas, período que caracteriza a prática do cuidar nos grupos nômades primitivos, as práticas de saúde, inicialmente, consistiam em ações nas quais os homens exerciam funções patriarcais e as mulheres, a prática de cuidar, instintivamente, de crianças, idosos, feridos e doentes (GIOVANINI et al., 2002; PAIXÃO, 1979).

Com a evolução dos tempos, constatando que o conhecimento dos meios de cura resultavam em poder, o homem aliou esse conhecimento ao misticismo, fortaleceu tal poder, apoderou-se dele e, como não podia explicar as causas das doenças, adquiriu a convicção de que as doenças eram um castigo de Deus ou a influência de maus espíritos.

Até o século XVII, dominava a concepção de saúde como graça recebida de Deus por motivo de virtude e a doença como desgraça, castigo de Deus por motivo do pecado. Segundo Sousa (1996), nessa época, o conhecimento era empírico, com base na verificação de causas e efeitos, e por isso o tratamento e cura de doenças passaram a ser realizados por pajés, feiticeiros e sacerdotes, através de práticas ritualísticas.

As práticas de saúde no alvorecer da ciência, do século V a.C., até os primeiros séculos da Era Cristã, quando as ações de saúde ainda se amparavam nas relações de causa e efeito, relacionaram a evolução dessas ações ao surgimento da filosofia e ao progresso da ciência..

Desse modo, a prática de saúde, até então mística e sacerdotal, passou a se basear essencialmente na experiência, no conhecimento da natureza, no raciocínio lógico, que desencadeia uma relação de causa e efeito para as doenças, e na especulação filosófica, baseada na investigação livre e na observação dos fenômenos, limitada, entretanto, pela ausência quase total de conhecimentos anatomofisiológicos. Essa prática individualista se volta para o homem e suas relações com a natureza (GIOVANINI et al., 2002; PAIXÃO, 1979).

No período considerado hipocrático, ocorrido entre os séculos V e IV a.C., surgiu a proposta de uma nova concepção em saúde, dissociando a arte de curar dos preceitos místicos e sacerdotais, através da utilização do método indutivo, da inspeção e da observação. Através dessa proposta, houve um avanço na medicina e maior preocupação em fazer um diagnóstico e uma terapêutica a partir da observação cuidadosa do doente (GIOVANINI et al., 2002).

As práticas de saúde incorporam grande importância para o sistema econômico da sociedade capitalista no período moderno, devido à necessidade de se manter trabalhadores saudáveis e produtivos, bem como de se manter consumidores de um mercado de bens e serviços, sob a forma de atenção, medicamentos, tecnologia. Os avanços foram destinados à manutenção da hegemonia do modelo de pronto-atendimento, centrado na figura do médico (GIOVANINI et al., 2002).

No início do século XIX existia apenas uma profissão da saúde, a médica, e os lugares de cuidado eram a casa do cliente, a casa do médico, os azilos de exclusão e os hospitais, lugares sem projetos terapêuticos, com pequenas equipes para o cuidado e a organização, com mínima agregação de competência, com

ausência de direitos trabalhistas, com tecnologias rudimentares de diagnóstico e de tratamento, com organização interna simples, com trabalho por repetição e com conduta terapêutica pouco resolutiva (SAMPAIO; CARNEIRO, 2008).

Os serviços fundados na filantropia do século XIX, onde o cuidador individual recebia honorário pelo seu trabalho, foram substituídos pela empresa médica, pela indústria farmacêutica e de equipamentos, pelos planos de saúde, submetendo estados nacionais, povos, profissionais e clientes a poderes transacionais que objetivavam acumulações de capital.

No período seguinte, até o século XX, consolidaram-se, em contradição, os paradigmas da saúde como bem comercial, valor de troca, e como direito humano, valor de uso intrínseco e inalienável.

Hoje, existe um sistema de saúde complexo, com urgências, emergências, unidades básicas de saúde, centros de especialidades, hospitais, centros de reabilitação, assistência domiciliar, PSF. Nesse novo modelo de organização, a concepção deixa de ser a de serviço para a de sistema e rede com articulações, referências e hierarquias ou pactos horizontais. Aqui, surge a necessidade da criação de dispositivos de ordem, regimentos, normas, protocolos, procedimentos financeiros e contábeis, tudo para dar conta dos processos técnicos de produção e dos produtos.

O fisioterapeuta, como define Lopes Júnior (2005), vem destinando sua atenção quase que exclusivamente à cura de doentes e à reabilitação de sequelados. Entretanto, ao que se refere à atuação profissional, tem se tornado crescente o debate em torno da necessidade de adequação das profissões à realidade epidemiológica e à nova lógica de organização dos sistemas de serviços de saúde.

As práticas são construídas, desde a Reforma Sanitária brasileira, a partir do modelo de saúde que direciona a organização dos meios de trabalho (saberes e instrumentos) e produzem serviços para atender necessidades de saúde individuais e coletivas da população.

Nesse contexto, o modelo assistencial-privatista instalou-se na segunda metade do século XX, em meio às mudanças do cenário da saúde pública brasileira. Paim (2003) afirma que esse modelo de atenção é o mais conhecido e prestigiado, apesar de não contemplar o conjunto de problemas da saúde de toda população e

de ter como características o atendimento individual, curativo e de ser baseado na demanda espontânea.

O surgimento da Fisioterapia no Brasil, como profissão, se deu na década de 1950, em decorrência da necessidade de profissionais para cuidar dos sequelados pelas grandes guerras ou pela alta incidência de poliomielite. O pensamento da época, mais clínico que reabilitador, usava a palavra tratar para indicar esse cuidado. Desde então, iniciaram as primeiras definições de Fisioterapia, menos como área de conhecimento e mais como ramo de trabalho interventivo, com ênfase na assistência individual e na reabilitação.

Nesse período, a assistência médico-hospitalar vai superando, progressivamente, as ações e os serviços de saúde pública e fornecendo as bases para a capitalização do setor saúde e da Medicina na conjuntura histórica seguinte (PAIM, 1998). A Fisioterapia, que se encontrava nos moldes do modelo vigente da época, tinha sua atuação nos centros de reabilitação e nos hospitais e era baseada em decisões médicas que determinavam o fazer dos técnicos em reabilitação.

O SUS, instituído pela Constituição brasileira de 1988, traz uma concepção ampliada de saúde, em que são propostos novos modelos de organização de serviços e práticas de saúde, a partir das necessidades e/ou demandas sociais, aliando os conhecimentos de clínica, epidemiologia, economia, sociologia, ciência política, antropologia, administração e psicologia, entre outros, com o propósito de garantir a eficácia das ações realizadas, bem como a capacidade de realizar ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, em busca de práticas resolutivas que garantam integralidade à saúde individual e coletiva (CAMPOS, 1994).

Com a evolução tecnológica, a assistência fisioterápica, que era centrada em equipamentos, e o fisioterapeuta, que era considerado um profissional da reabilitação, passaram, nos últimos anos, a serem considerados, respectivamente, como uma profissão e um profissional da saúde, com missão e funções bem mais amplas. O resgate do vínculo pessoal, artesanal, baseado nas técnicas manuais; da concepção holística do homem e do processo saúde/doença; do incremento da educação continuada e da participação efetiva em equipes multidisciplinares, possibilitou à Fisioterapia apresentar competência para o trabalho focado nas tecnologias relacionais.

Nesse campo, a essência dessas tecnologias é constituída por uma dupla natureza de vínculo entre o subjetivo, o humano, e o político, e de cidadania, desenvolvendo ações de saúde eficientes, efetivas e humanizadas, que liberam a flexibilidade e a criatividade.

Diante da possibilidade de transformação, Merhy (2007b) aponta para a discussão das ferramentas tecnológicas adequadas para confrontar com as instituições de saúde, destacando as tecnologias leves – das relações humanas – para ampliação das possibilidades terapêuticas e redirecionamento do modelo de saúde comprometido com a defesa da vida. Para o autor, o processo de trabalho em saúde é, essencialmente, um trabalho vivo, pois só existe em ato, em ação, ou seja, no momento do trabalho em si, no instante do encontro entre trabalhador de saúde e usuário.

O trabalho em saúde se diferencia de outros processos produtivos, nos quais o trabalho vivo é capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nas máquinas e nos saberes tecnológicos estruturados. Entretanto, essas tecnologias são reconhecidas como legítimas e complementares na conquista de práticas humanizadas de saúde, em todo trajeto feito pelos usuários e trabalhadores na busca pela saúde, pois

são bons ou ruins, mas quais razões instrumentais os estão constituindo e dentro de que jogo de intencionalidades. No trabalho em saúde, não cabe julgar os equipamentos, cabendo, portanto, perguntar sobre que modelagem de tecnologia do trabalho vivo em ato se está operando, como ela realiza a captura das distintas dimensões tecnológicas, e o lugar que os usuários/necessidades e os trabalhadores/necessidades, como intenções ocupam na rede de relações que as constituem (MERHY, 2007b, p. 49).

Hoje, os serviços de Fisioterapia podem abranger todos os níveis de atenção, incluindo prevenção, desenvolvimento, tratamento e recuperação da saúde em indivíduos, grupos de pessoas ou comunidades, aliando às tecnologias das relações, as tecnologias leve-duras e duras com ênfase no movimento e na função, prevenindo, tratando e recuperando disfunções e doenças. Portanto, o fisioterapeuta passa a exercer seu saber e sua prática de modo a ter, como objeto principal, a saúde funcional de indivíduos e grupos, o que extrapola a prática voltada apenas para a recuperação cinesiológica-funcional. Em consonância com essa ideia-força, é possível afirmar que

mais do que recuperar e curar pessoas é preciso criar condições necessárias para que a saúde se desenvolva. E quem poderia ser mais indicado do que o profissional que se dedica ao estudo e a investigação do movimento humano, das funções corporais, do desenvolvimento das potencialidades, atividades laborativas e da vida diária, entre outros, e tudo isso privilegiando a utilização de recursos da natureza e do próprio homem (BATALHA, 2003, p. 21).

Embora já apareçam no cenário da Fisioterapia os modelos problematizadores, o modelo hegemônico ainda é, como demonstra Vêras et al. (2004), o modelo técnico-assistencial-privatista, em que os serviços públicos ou privados ficam aguardando a demanda espontânea, para intervirem, topicamente, em queixas, sinais, sintomas, síndromes, agravos e doenças, de modo operativo pragmático.

Retornando à discussão acerca das transformações no campo das práticas, Merhy (2007a) teoriza que mudar o processo de trabalho envolve, necessariamente, o embate com interesses de várias naturezas, quase nunca consensuais, sobre as necessidades de rupturas. Dessa forma, ele introduz o conceito de micropolítica, afirmando que cada sujeito social tem um certo grau de autogoverno e imprime, no cotidiano das práticas de saúde, distintos processos instituintes que operam em várias direções dentro de seu microespaço de influência.

Nessa perspectiva de permitir confronto e construir a mudança, Acioli (2001) afirma que a prática tem sido tratada, na grande maioria das vezes, apenas como um campo de aplicação ou verificação de ideias propostas ou modelos, e que tal postura acaba por negar a condição do agente daquelas práticas como coagentes de transformações sociais, políticas e econômicas.

O fisioterapeuta, até pouco tempo atrás, apresentava pouco destaque profissional na atenção primária à saúde. Os currículos dos cursos de Fisioterapia existentes no Brasil priorizavam a ação curativa, baseados no modelo flexneriano-biomédico, especialista, sediado no espaço do hospital. Tal lógica de ação aguçou o caráter tecnicista, direcionou a atuação profissional para os centros de reabilitação e para os hospitais e criou uma estrutura curricular preocupada com as doenças que deixam sequelas reabilitáveis, pouco valorizando as dimensões preventivas e educacionais, o que dificultou a inserção do fisioterapeuta na Saúde Pública (RIBEIRO, 2002).

Para atender às novas políticas de saúde, fazem-se necessárias mudanças na formação dos profissionais de saúde, o que deve iniciar-se na

graduação e manter-se como um processo de educação continuada após a inserção do profissional no mercado de trabalho. A formação do fisioterapeuta atual deve objetivar sua atuação em todos os níveis de atenção à saúde, como parte de uma equipe interdisciplinar, em serviços articulados em rede intersetorial.

Com a urbanização, a terciarização da economia, o desenvolvimento das tecnologias médicas e o aumento da esperança de vida, o perfil epidemiológico das populações sofreu transformações substantivas, inclusive nos países periféricos, com menor grau de desenvolvimento socioeconômico ou desenvolvimento socioeconômico heterogêneo, truncado, lacunar. Esse processo histórico tem obrigado a vastas revisões nos conceitos de saúde e de doença, na formação dos trabalhadores do campo da saúde e no modelo de atenção.

Dessa forma, o modelo hospitalocêntrico, curativo e reabilitador, por exemplo, vem passando, em todo o mundo ocidental, pelo menos, para um modelo produtor de saúde, equitativo, universal, público, promotor da saúde, preventivo de doenças, agravos e transtornos, e habilitador psicossocial, em base comunitária. Respeitam-se o saber e a participação popular no planejamento e no controle do sistema, a articulação intersetorial e o processo de trabalho interdisciplinar. Nesse sentido, entende-se saúde não como o avesso da doença, mas como a busca do equilíbrio do ser humano, devendo-se, portanto romper os limites da assistência curativa (CHAMMÉ, 1988).

A reformulação dos Projetos Político-Pedagógicos dos cursos da área da saúde se impõe para atender a uma demanda crescente de profissionais de um novo tipo, capazes de atuar com resolubilidade e criatividade, em equipe multiprofissional interdisciplinar, a partir do poder público, em articulação com a sociedade organizada. A Resolução nº 4, de 19 de fevereiro de 2002, do Conselho Nacional de Educação (CNE), em que são estabelecidas as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação de Fisioterapia, apresenta, em seus artigos 3º e 4º, o que se segue abaixo:

Art. 3º - O Curso de Graduação em Fisioterapia tem como perfil do formando egresso/profissional o Fisioterapeuta, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual. Detém visão ampla e global, respeitando os princípios éticos/bioéticos, e culturais do indivíduo e da coletividade. Capaz de ter como objeto de estudo o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer nas alterações

patológicas, cinético-funcionais, quer nas suas repercussões psíquicas e orgânicas, objetivando a preservar, desenvolver, restaurar a integridade de órgãos, sistemas e funções, desde a elaboração do diagnóstico físico e funcional, eleição e execução dos procedimentos fisioterapêuticos pertinentes a cada situação.

Art. 4º - A formação do Fisioterapeuta tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais: Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo.

A atenção primária, que integra atenção básica, saneamento básico, educação em saúde, vigilância epidemiológica, vigilância ambiental e vigilância à saúde, prevê a resolubilidade das necessidades de saúde que extrapolam a esfera de intervenção curativa e reabilitadora individual, por meio de promoção da saúde, prevenção de doenças e educação continuada (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

A inserção do fisioterapeuta nos serviços de atenção primária à saúde é um processo em construção, ainda associado aos paradigmas clássicos de criação da profissão que definiam o fisioterapeuta como técnico reabilitador, voltado para pequena parte de seu objeto de trabalho, como concebido hoje. Essa lógica de conceituação, durante muito tempo, excluiu da rede básica os serviços de fisioterapia, acarretando uma grande dificuldade de acesso da população a esse serviço e impedindo a própria atuação do profissional (RIBEIRO, 2002).

A Fisioterapia apresenta como missão primordial, tendo em vista a nova realidade dos campos da saúde – perfil epidemiológico, consenso conceitual, modelo de práticas – a aplicação dos meios terapêuticos físicos e mecânicos, sob império da visão holística e das técnicas artesanais, manuais, para as várias naturezas de prevenção e as várias naturezas de reabilitação ou habilitação social e psicofísica.

Nesse momento das argumentações, já é possível estabelecer um protocolo mínimo de atribuições da Fisioterapia na atenção primária: coagente de promoção de saúde, de prevenção de transtornos, agravos e doenças, de educação

em saúde, de habilitação social e psicofísica. Assim, o fisioterapeuta acrescentaria ao leque de atuação dos outros profissionais uma ênfase na saúde postural, no autoconhecimento do corpo e dos movimentos, e na relação ergonômica com os espaços. De modo detalhado, Ragasson et al. (2006, p. 4), informando um novo léxico e um novo manual de atividades, discrimina os seguintes itens:

1. Participar de equipes multiprofissionais destinadas a planejar, implementar, controlar e executar políticas, programas, cursos, pesquisas ou eventos em Saúde Pública;
2. Contribuir no planejamento, investigação e estudos epidemiológicos;
3. Promover e participar de estudos e pesquisas relacionados à sua área de atuação;
4. Integrar os órgãos colegiados de controle social;
5. Participar de câmaras técnicas de padronização de procedimentos em saúde coletiva;
6. Participar de equipes multiprofissionais destinadas ao planejamento, a implementação, ao controle e a execução de projetos e programas de ações básicas de saúde;
7. Participar do planejamento e execução de treinamentos e reciclagens de recursos humanos em saúde;
8. Promover ações terapêuticas preventivas a instalações de processos que levam a incapacidade funcional laborativa;
9. Analisar os fatores ambientais, contributivos ao conhecimento de distúrbios funcionais laborativos;
10. Desenvolver programas coletivos, contributivos à diminuição dos riscos de acidente de trabalho;
11. Integrar a equipe de Vigilância Sanitária;
12. Cumprir e fazer cumprir a legislação de Vigilância Sanitária;
13. Encaminhar às autoridades de fiscalização profissional, relatórios sobre condições e práticas inadequadas à saúde coletiva e/ou impeditivas da boa prática profissional;
14. Integrar Comissões Técnicas de regulamentação e procedimentos relativos à qualidade, a eficiência e aos riscos sanitários dos equipamentos de uso em Fisioterapia;
15. Verificar as condições técnico-sanitárias das empresas que ofereçam assistência fisioterapêutica à coletividade.

De acordo com o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO, 2003), o projeto de construção de uma nova Fisioterapia busca desconstruir as ações estritamente curativas e insere a promoção da saúde e a prevenção de doenças nas intervenções profissionais. Esse esforço científico e político começa a tomar forma, em 2000, com algumas experiências junto aoPSF.

Atualmente, alguns municípios brasileiros vêm inserindo práticas fisioterápicas na atenção primária, a partir dessa nova perspectiva da prática

fisioterápica, que se propõe crítica, sistêmica, adequada ao SUS e à realidade sócio-sanitária vigente no Brasil.

1.3 A Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde no SUS

A PNH parte de conceitos e dispositivos que visam à reorganização dos processos de trabalho em saúde, propondo transformações nas relações sociais, que envolvem trabalhadores e gestores em suas experiências cotidianas de organização e condução de serviços, e transformações nas formas de produzir e prestar serviços à população (SERAFIM, 2007).

O tema da Humanização do cuidado surge no cenário nacional desde a década de 1950, através de projetos isolados, independentes e, na maioria das vezes, por adesão espontânea. Assim, projetos associados ao setor materno infantil como Brinquedoteca, Parto Humanizado, Casa da Gestante, Aleitamento Materno, Doutores da Alegria são alguns exemplos de experiências que apontaram para a humanização, mas de forma segmentada por área e nível de atenção.

Entre os anos de 1999 e 2002, o MS descobre o problema da satisfação/insatisfação entre usuários e trabalhadores de saúde, e, por meio de pesquisas, identifica um problema geral, com mais da metade das insatisfações motivadas por problemas relacionais tais como: inseparabilidade, impessoalidades, maus tratos, desrespeitos (SAMPAIO; CARNEIRO, 2008).

Frente a essa problemática, o MS desenvolve e implanta o PNHAH, com grandes ganhos em planejamento, organização de dispositivos e institucionalidade, mas centrado na assistência hospitalar, na lógica vertical do programa e na execução fora do SUS (SAMPAIO; CARNEIRO, 2008).

O PNHAH que foi implantado na gestão do Presidente Fernando Henrique Cardoso recebeu continuidade crítica no Governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, por meio de uma revisão conceitual e metodológica profunda que permitiu a criação de uma política ampla, contínua e capaz de viabilizar a humanização nos vários níveis de cuidado.

Dessa forma, a PNH implantada sai do hospital para o sistema e a rede, sai da assistência para a integralidade atenção/gestão e sai da operacionalização paralela para integração à institucionalidade do SUS. Considera-se que a humanização se constitui uma dimensão fundamental das práticas de saúde e, também, uma dimensão estratégica, não podendo, pois, ser entendida como um programa vertical setorizado, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede do SUS e de modo permanente (BRASIL, 2004).

Enquanto política, a humanização deve desdobrar-se em princípios, diretrizes e método de operação, tanto das relações entre os distintos gestores, entre os distintos profissionais, entre os distintos usuários, entre gestores e profissionais, entre gestores e usuários, entre gestores e profissionais e entre profissionais e usuários. Há que se lutar nos interstícios do estado, sempre tendente ao autoritarismo e à burocracia, nos interstícios das categorias profissionais, sempre tendentes ao corporativismo, e entre os interstícios das comunidades, sempre tendentes ao assistencialismo. O confronto de ideias, o planejamento participativo, as decisões consensuadas, as avaliações qualitativas e as trocas solidárias de saberes destinam-se à construção de um compromisso cidadão com a produção de sujeitos e de saúde.

Dessa forma, aumentar o grau de corresponsabilidade dos diferentes atores que constituem o SUS, no cuidado à saúde, para promover mudança na cultura política e no processo de trabalho em saúde é o grande objetivo da PNH (BRASIL, 2004).

Para Reis, Marazina e Gallo (2004), a PNH encontra-se longe de constituir-se em realidade. Na sua implementação, observam-se desequilíbrios que ocorrem até em consequência da falta endêmica de assistência e há uma tendência em atender às necessidades imediatas do usuário de acordo com uma tradição paternalista, cujo efeito mais direto se traduz na opacidade dos serviços. O autor reflete que, certamente, o profissional de saúde que trabalha no contexto da rede pública já ouviu falar das iniciativas de humanização, outros já participaram de iniciativas isoladas nos seus locais de trabalho. Porém, muitas vezes, a empreitada toma o viés de uma melhoria do espaço físico ou de instalação de grupos de acolhimento para pacientes com patologias específicas.

Para Pinheiro e Luz (2003), a construção do SUS traz uma característica essencial que é uma inédita politização de procedimentos técnicos operacionais do planejamento tradicional e da gestão e organização do sistema. Nessa perspectiva:

O cenário que se desenha é de superação entre a esfera política e a esfera técnica, na qual as ações - sejam de caráter político, ideológico, institucional ou administrativo - tomam os espaços de gestão concreta das redes de serviços e de operação do instrumental próprio das políticas públicas. Isso vem requerendo novos padrões de relacionamento entre serviços, profissionais e usuários (LEVCOVITZ, 1997, p. 118).

A humanização, como uma estratégia para alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde do SUS, por meio da consolidação dos princípios da equidade, da universalidade e da integralidade, estabelece a ativação de atitudes em sintonia com um projeto de corresponsabilidade e qualificação dos vínculos interpessoais e entre estes e os usuários na produção de saúde. Essas atitudes se caracterizam em nove níveis da realidade sanitária, individual e coletiva: ético, estético, político, cultural, econômico, organizacional de sistema, organizacional de serviço, técnico e psicossocial, que permitirão propor dispositivos para o incremento da humanização nos serviços de saúde (SAMPAIO, 2006).

No nível ético, essa realidade é analisada a partir da possibilidade de autonomia, da justiça e da equidade. O estético se refere à ambiência que incorpora a estrutura organizacional e a infraestrutura física, mas sobretudo, a funcionalidade, o conforto, a manutenção, a ergonomia e a beleza. No nível político, o grande enfoque é o da democracia e do respeito dos princípios do SUS, que concebe a saúde como direito e não como favor ou posse de dinheiro. Desse ponto emergem o controle social, o concurso público do trabalhador e o recrutamento técnico de gestores (SAMPAIO, 2006).

A incorporação do respeito às práticas sociais e às crenças com acolhimento, nos serviços públicos de saúde, e aos costumes e aos hábitos, está relacionada ao nível cultural de análise no processo de produção da saúde, enquanto o nível econômico, baseado na relação custo/benefício – superada historicamente pela relação custo/utilidade – associada à transcendência social, determina a melhor equação econômica, focando o problema da demanda pelo prisma da Economia Política (SAMPAIO, 2006).

Para que se alcance o nível organizacional do sistema, a atenção e a assistência precisam garantir integralidade em uma lógica de referência e contrarreferência, de acolhimento sucessivo, segundo organização que atenda grandezas escalares em rede. A lógica é a do mais complexo, o mais raro e caro, ficar em centros de maior abrangência da cobertura, enquanto o mais simples, o mais comum e barato, mais próximo da pessoa, do cidadão, da família, da comunidade, tornando tudo operacional e fluido, sem pontos de estrangulamentos (SAMPAIO, 2006).

Nesse sentido, o nível organizacional do sistema analisa problemas de cada serviço oriundos dos autismos e narcisismos institucionais, do burocratismo, da fragmentação, da divisão taylorista do trabalho, da hierarquia vertical de poder, da falta de investimento, manutenção e planejamento.

Outro nível analítico proposto pela PNH é o técnico, que considera a competência técnica, a habilidade treinada e autorizada para atuação profissional. A qualificação é operativa, pontual e mecânica, designada das narrativas, das relações de significado, da adequação político-social, da resposta à altura da história. É necessário articular diagnóstico, evidência, procedimento, consentimento e avaliação de consequência.

No nível psicossocial, satisfação, representação, respeito, personalidade, protagonismo e subjetividade se articulam para a prática do acolhimento. A pessoa em contato com o sistema de saúde encontra-se em situação vulnerável: tem medo do que sente, do diagnóstico, do tratamento, das prováveis sequelas e da morte. Faz-se necessário a capacidade de escuta do trabalhador, que também é um ser humano com carências, frustrações, perdas e precisa ser cuidado.

A humanização, sob a ótica da política, é também uma ampliação do processo comunicacional, pois a pobreza da comunicação entre equipes de saúde e usuários e entre os diferentes membros das equipes constitui verdadeiro entrave à humanização da saúde. Essa problemática recai na invisibilidade do outro e na necessidade de interagir efetivamente com ele.

A comunicação é de fundamental importância quando reconhece a humanidade do outro em sua capacidade de pensar, interagir, de ter lógica e de se manifestar e de se expressar. E mais ainda, na cumplicidade, universalidade e solidariedade desse outro em intersubjetividade, seja ele colega, paciente, doente ou familiar. O outro deve ser respeitado como ser singular e digno, apontando para o

ser humano como um ser de linguagem e, portanto, capaz de construir redes de significados que, ao serem compartilhadas, conformam uma identidade cultural.

O mundo em que vivemos está linguisticamente construído, pois

ao assumir a construção do mundo vinculado à língua, à lingüística aos significados, aos signos, estamos tratando dos processos de comunicação que diferenciam e unificam os grupos. Este processo se dá pela compreensão de uma linguagem que não se restringe à linguagem verbal, mas inclui a linguagem corporal e gestual (CAPRARA; FRANCO, 1999, p. 653).

O processo de humanização dos serviços de saúde coloca o pesquisador diante de uma dupla tarefa: refletir sobre a realidade do sistema de saúde e a particularidade de cada instituição, e desenvolver soluções para enfrentar os desafios e otimizar as oportunidades. Para tanto, é necessário a participação, sensível à proposta de humanização, de gestores, com vistas à construção de uma nova cultura organizacional, amparado pela vontade política dos dirigentes. Nesse sentido, na construção de saberes e práticas humanizadas, bem como na avaliação de uma política que o Estado desenvolve diante da defesa da vida da população, se faz importante o papel das instituições, possibilitando a participação dos diferentes atores nesse processo. Desse modo se concebe que

as instituições assumem papel estratégico na absorção dos conhecimentos de novas formas de agir e produzir integralidade em saúde, na medida em que reúnem diferentes perspectivas e interesses de distintos atores sociais (médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, dirigentes, usuários) em um mesmo espaço. (PINHEIRO; LUZ, 2003, p. 18).

Dessa forma, surgem, necessariamente, os espaços de comunicação para facultar a livre expressão através das vozes de usuários, profissionais e gestores que serão responsáveis pela construção de seu projeto de saúde. A humanização permite o aumento do grau de corresponsabilidade dos diferentes atores que formam a rede SUS quanto ao cuidado à saúde, o que resulta em transformações da atenção aos usuários. Nesse aspecto, os serviços humanizados supõem troca de saberes para alcançar a produção de saúde de uma coletividade que sustente novas ações e possam participar como cogestores no processo de trabalho.

O SUS instituiu uma política de saúde que visa à integralidade, à universalidade, ao aumento da equidade e à incorporação de novas tecnologias e especialização dos saberes, sobretudo as relacionais e comunicacionais. Apesar dos avanços acumulados no que se refere aos seus princípios norteadores e à descentralização da atenção e da gestão, hoje o SUS ainda enfrenta:

- fragmentação do trabalho e das relações entre os diferentes profissionais;
- fragmentação da rede assistencial dificultando a complementaridade entre a rede básica e o sistema de referência;
- precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção;
- sistema público de saúde burocratizado e verticalizado;
- baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere ao trabalho em equipe;
- desrespeito aos direitos dos usuários;
- formação dos profissionais de saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde;
- controle social frágil dos processos de atenção e gestão do SUS;
- modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta (BRASIL, 2006a, p. 13).

A PNH, como proposta de humanização dos serviços públicos de saúde, é, portanto, valor básico para conquistar melhor qualidade no atendimento à saúde dos usuários e nas condições de trabalho dos profissionais de todo o sistema de saúde. Nesse aspecto, é que são apresentados os princípios básicos norteadores, que acrescentam aos princípios do SUS inseparabilidade entre gestão e atenção e entre clínica e política, transversalidade para abertura comunicacional e ampliação da grupalidade, desdobrados para a política de humanização, conforme enumerado a seguir:

- Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações e as populações específicas (índios, quilombos, ribeirinhos, assentados etc.);
- Fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;
- Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
- Construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos coletivos implicados na rede SUS;
- Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente (BRASIL, 2006a, p. 17).

No processo de construção de um paradigma de cuidados, a PNH caminha no sentido da tríplice inclusão, nos processos de produção da saúde, dos diferentes agentes implicados: a inclusão dos sujeitos que propõe incluir gestores, trabalhadores e usuários, no sentido da autonomia, protagonismo e corresponsabilidade; a inclusão dos analisadores sociais, que inclui os conflitos resultantes da inclusão dos sujeitos, que desestabilizam os modelos tradicionais de atenção e de gestão, acolhendo e potencializando os processos de mudança; e a inclusão dos coletivos, com a inclusão dos coletivos sociais, movimentos politicamente organizados ou dos coletivos subjetivos, movimentos das concepções e sensibilidades, associados às mudanças de afetos (SAMPAIO, 2006).

Com a implementação da PNH, foram desenvolvidos vários dispositivos que são postos a funcionar nas práticas de produção de saúde, envolvendo coletivos e visando promover mudanças nos modelos de atenção e de gestão para o sistema, para as redes e para os serviços que se comprometem a consolidar quatro marcas específicas:

- Serão reduzidas as filas e o tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco;
- Todo o usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam da sua saúde e os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial;
- As unidades de saúde garantirão as informações ao usuário, o comportamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha) e os direitos do código dos usuários do SUS;
- As unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários assim como educação permanente aos trabalhadores (BRASIL, 2006a, p. 18).

Nesse caminho, alguns parâmetros foram propostos para acompanhamento da implementação da PNH nos serviços de saúde mediante o nível de atenção. Assim, em relação às diretrizes específicas na Atenção Básica, segundo o MS (BRASIL, 2006e), apresentam-se: elaboração de projetos de saúde individuais e coletivos para usuários e sua rede social, considerando as políticas intersetoriais e as necessidades de saúde; incentivo às práticas promocionais da saúde; formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema.

Na urgência e emergência, nos prontos-socorros, nos prontos-atendimentos, na assistência pré-hospitalar e em outros serviços de saúde, destacam-se: acolhimento da demanda através de critérios de avaliação de risco, garantindo o acesso referenciado aos demais níveis de assistência; garantia da referência e contrarreferência, aumentando a resolução da urgência e emergência, promovendo o acesso à estrutura hospitalar e a transferência segura de acordo com a necessidade dos usuários; definição de protocolos clínicos para garantir a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitar a individualidade do sujeito (BRASIL, 2006e).

Na atenção especializada ressaltam-se: garantia de agenda extraordinária em função da análise de risco e das necessidades do usuário; acesso com critérios de identificação de forma pública, incluídos na rede assistencial, com efetivação de protocolos de referência e contrarreferência; otimização do atendimento ao usuário, articulando a agenda multiprofissional em ações diagnósticas, terapêuticas que impliquem diferentes saberes e práticas de reabilitação; definição de protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando a individualidade do sujeito (BRASIL, 2006e).

Na atenção hospitalar, são propostos: a existência de Grupos de Trabalho de Humanização (GTH); a garantia de visita aberta, através do acompanhante e da sua rede social, respeitando a dinâmica de cada unidade hospitalar e peculiaridades das necessidades do acompanhante; mecanismos de recepção com acolhimento aos usuários; mecanismos de escuta para a população e trabalhadores; equipe multiprofissional (minimamente com médico e enfermeiro) de atenção à saúde para seguimento dos pacientes internados e com horário pactuado para atendimento à família e/ou sua rede social.

Outras propostas apresentadas no nível da atenção hospitalar são: a existência de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares e garantia de continuidade da assistência com sistema de referência e contrarreferência; a garantia de Conselho Gestor Local, com funcionamento adequado; plano de educação permanente para trabalhadores com temas de humanização (BRASIL, 2006e).

Em decorrência de tais princípios e de tais marcas almejadas, o MS, em 2004, com a aprovação da PNH, colocou como prioritário para a consolidação do

SUS, trabalhar quatro dimensões básicas das habilidades dos trabalhadores de saúde, a saber:

- Competência técnica, que envolve desde a formação profissional até a condição de exercício do cuidado;
- Competência narrativa, que envolve a capacidade de observar e respeitar a subjetividade do outro;
- Competência relacional, que envolve a formação para a interdisciplinaridade;
- Competência política, que envolve a construção da cidadania, estabelecendo vínculos entre trabalhador de saúde e cliente (SAMPAIO, 2005, p. 9).

No eixo das instituições do SUS, pretende-se que a PNH faça parte do Plano Nacional, dos Planos Estaduais e dos Planos Municipais dos governos brasileiros, sendo pactuada na agenda de saúde. No eixo da gestão do trabalho, propõe-se a participação dos trabalhadores nas discussões e decisões. No eixo do financiamento, é proposta a integração de recursos vinculados a programas específicos de humanização e outros recursos de subsídio à atenção, unificando-os e repassando-os fundo a fundo mediante o compromisso dos gestores com a PNH. Quanto ao eixo da atenção, é proposta uma política incentivadora do protagonismo dos sujeitos e da ampliação da atenção integral à saúde, promovendo a intersetorialidade. No eixo da educação permanente, indica-se que a PNH componha o conteúdo profissionalizante na graduação, pós-graduação e extensão em saúde. No eixo da informação e comunicação, indica-se a inclusão da PNH no debate da saúde. E no eixo da gestão, indica-se o acompanhamento e avaliação sistemática das ações realizadas, estimulando a pesquisa relacionada às necessidades do SUS na perspectiva da humanização.

No âmbito local, de acordo com a Política Estadual de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde do Ceará (PNH/CE) (CEARÁ, 2005), a implementação da humanização busca mudanças na atenção e gestão do SUS, que possibilitem um jeito de saber e fazer em saúde capaz de priorizar a dignidade humana e o acolhimento em todos os serviços. Nesse contexto, estabelece princípios que valorizam o respeito à diversidade de linguagens, crenças e valores; o respeito à subjetividade e à dignidade; o respeito ao diálogo, à livre expressão de opiniões e à escolha informada.

Outro princípio é o da construção da universalidade do direito do atendimento, com qualidade e eficiência do acolhimento; construção da equidade de

condições para a igualdade de resultados; construção da autonomia e do protagonismo; construção da grupalidade e da interdisciplinaridade na prática dos conhecimentos e das intervenções e construção da participação social e da gestão participativa (CEARÁ, 2005).

No município de Quixadá, a proposta de uma política de humanização da gestão e da atenção em saúde já se encontra em discussão, com vistas às mudanças no modelo assistencial de saúde ao que se refere à qualificação da gestão e das relações entre usuários, trabalhadores e gestores.

Nesse ambiente político e com consciência dos cenários nacional e estadual, sobretudo consciente da própria história de pioneirismo no âmbito das políticas públicas de saúde, em 2005, a gestão municipal solicitou ao Laboratório de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde (LHUAS) da UECE, um projeto de capacitação dos seus trabalhadores de saúde, com base nos princípios e diretrizes da PNH e da PNH/CE (SAMPAIO, 2006).

O LHUAS elaborou e executou o Projeto “Acolher Cidadão”, buscando a incorporação dos princípios do SUS de forma integrada e solidária, bem como a produção e incorporação de saberes a partir de práticas de trabalho para a implementação da humanização da saúde pública (FERNANDES, 2006).

Quixadá, através desse envolvimento estratégico nas Políticas Nacional e Estadual de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde, já observa mudanças importantes no acesso e humanização dos serviços e na satisfação da população e trabalhadores. Nesse processo, a Secretária de Saúde do município de Quixadá-CE, que também se refere ao compromisso e envolvimento do SUS-Quixadá com a proposta da humanização, segundo Fernandes (2006, p.11),

está perseguindo o propósito e a determinação de mobilizar e garantir as condições para a Humanização, incorporando os princípios do respeito à diversidade, à subjetividade, aos direitos dos usuários, numa construção contínua, buscando cumprir sua missão - a defesa da vida - como eixo estruturante das práticas do SUS.

Nesse momento que se apresenta rumo à construção de uma política de qualificação do SUS, a humanização é tratada, pela gestão municipal de Quixadá, como dimensão fundamental para o processo de produção da saúde e para a transformação da realidade, através da mobilização dos sujeitos sociais, para que estejam como protagonistas nesse mesmo processo.

Para Sampaio (2005), o desafio da humanização, onde não há o SUS, é instalá-lo, porém, onde há SUS, é necessário aperfeiçoá-lo, radicalizando sua experiência democrática e tornando-o apto ao acolhimento da subjetividade. A superação desse desafio é, portanto, necessária para alcançar a humanização das práticas de saúde nos diversos níveis de atenção e nos diversos serviços da rede SUS.

1.4 Objetivos Geral e Específicos

Em face do que foi abordado, a presente pesquisa aponta para a realização do seguinte objetivo geral:

- Compreender a prática da Fisioterapia no SUS - Quixadá, Ceará, na perspectiva da PNH.

Esse objetivo geral desdobra dois objetivos específicos:

- Descrever os aspectos relacionados à prática da Fisioterapia em Quixadá, Ceará: formação profissional e gerencial, ambiente de trabalho, relações interpessoais e habilidades comunicacionais;
- Apontar limites, avanços e perspectivas para a prática da Fisioterapia em Quixadá, Ceará, na perspectiva da PNH.

2 TRATAMENTO METODOLÓGICO

2.1 Natureza do Estudo

A pesquisa científica tem por objetivo construir explicações sobre a realidade e, para isso, a definição do problema, o caminho investigativo, os procedimentos interpretativos e os possíveis juízos sobre conclusões precisam ser sistemáticos, embora dinâmicos, pois o inacabado e as lacunas surgem do caráter individual ou coletivo, objetivo ou subjetivo do real estudado.

Se o tema tem relação com alguma das múltiplas dimensões do ser humano, o estudo será social, pois as ideias e o conhecimento são representações da vida humana, em um dado momento da sua história, dentro de suas interações. O ser humano não vive e não produz conhecimento sozinho e o conhecimento, uma vez produzido, altera a vida do próprio homem.

A presente pesquisa apresenta natureza qualitativa, com fins de compreender um certo conjunto de práticas de saúde, no contexto específico do – SUS, de um município de médio porte do sertão central cearense, Quixadá, por meio da avaliação dessas práticas, na perspectiva da implantação da PNH.

Para Minayo (2007), o método qualitativo é o que se aplica ao estudo das relações, das representações, das crenças, das percepções e opiniões, dos produtos das interpretações que as pessoas fazem a respeito de como vivem, do modo como constroem seus artefatos e a si mesmos, e do modo como sentem e pensam. Esse método traz, como contribuição ao trabalho, uma mistura de procedimentos de cunho racional e intuitivo capazes de proporcionar melhor compreensão dos fenômenos, tendo como objetivo a consciência histórica dos processos.

A avaliação é uma atividade que acompanha a vida do próprio homem e, cada vez mais, assume um caráter polissêmico em sua conceituação, abrangendo múltiplas realidades. Na perspectiva interdisciplinar, segundo Minayo e Deslandes (2002), a avaliação, mais que um conjunto rígido de normas a serem seguidas, pode

ser pensada como uma ideia reguladora que possui historicidade e está aberta a novos critérios.

Avaliar indica o processo de fazer julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes para a tomada de decisões. Esse julgamento pode ser sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processo) e os resultados obtidos, com critérios e normas, caracterizando uma avaliação normativa, ou sobre procedimento científico para a avaliação científica (SAMPAIO; VASCONCELOS FILHO, 2006).

A Fisioterapia está envolvida em mudanças na busca da superação do seu caráter reabilitador, que norteou sua prática durante muito tempo, através da construção de uma nova cultura de assistência à saúde que atenda aos princípios do SUS. Nesse contexto, os critérios que ampararam a escolha pela unidade de saúde de Quixadá para o presente estudo se deve ao fato de que a pesquisadora reside e trabalha nesse município, mas também devido a Quixadá localizar-se na região central do Estado e ser uma cidade de destaque no cenário cearense, tanto pelo seu valor histórico quanto pela sua importância político-econômica e, principalmente, pelos relevantes avanços nas políticas de saúde pública, educacional e social, mesmo com toda adversidade socioclimática comum da região e de todo o sertão cearense.

A proposta da PNH incorpora e amplia os próprios princípios do SUS, enfatizando a necessidade de assegurar atenção integral à população e de criar estratégias para ampliar a condição de direitos e de cidadania das pessoas. Dessa forma, contemplando objetivos mais amplos de provocar transformações no âmbito das relações entre as pessoas em situação de trabalho, transformações dos modos de produzir/gerirem serviços, e transformações entre profissionais e usuários, a Humanização se instaura como objeto a ser tratado de modo qualitativo nessa pesquisa, buscando-se significados para essas ações/relações sociais na ótica dos sujeitos/atores do processo (SERAFIM FILHO, 2007).

Portanto, o que foi exposto até aqui faz pensar sobre a forma como a prática de Fisioterapia vem se conformando no município de Quixadá sob perspectiva político-humanística, bem como sobre seus reflexos na condição de saúde da população. Considerando que a construção de um modelo de atenção fisioterápica deva estar em coerência com o conceito ampliado de saúde definido

pelo sistema de saúde vigente, são traçados a seguir, portanto, alguns questionamentos a serem investigados:

- Como está se conformando a prática de Fisioterapia no SUS Quixadá/CE?
- A prática fisioterápica do SUS Quixadá/CE incorpora os princípios e as diretrizes da PNH?

2.2 Campo da Pesquisa

2.2.1 Quixadá e o SUS Quixadá

Figura 1 – Mapa dos municípios coordenados pela 8ª Coordenadoria Regional de Saúde



Fonte: 8ª. CRES

O município cearense de Quixadá, segundo dados apresentados em 2008 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), tem uma população de 79.505 habitantes. Quixadá é sede da 8ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRES), antes denominada Célula Estadual de Saúde, antiga VIII Microrregião de Saúde. A 8ª CRES tem cobertura populacional de 300.000 habitantes, distribuídos nos seguintes municípios: Quixadá, Quixeramobim, Pedra Branca, Solonópole, Senador Pompeu, Banabuiú, Milhã, Ibareta, e Choró, conforme é ilustrado na Figura 1 (página anterior). Em 2008, o município de Ibicuitinga também foi incluído nessa CRES.

Historicamente, Quixadá vem implantando experiências exitosas no campo da saúde, que continuam em permanente desenvolvimento crítico até a presente data. Em uma retrospectiva de algumas dessas experiências, pode-se relatar que, em 1993, o município deu início a duas políticas originais em suas concepções: na capacidade de sobreviver a descontinuidades político-administrativas e ser espelho para experiências nacionais (SAMPAIO; VASCONCELOS FILHO, 2006).

Uma delas transformou as ideias de Médico da Família e de Agente Comunitário de Saúde (ACS) em programa integrado, multiprofissional, interdisciplinar, de abrangência intersetorial, como uma forma de estratégia básica de atenção primária em saúde, que é o PSF, hoje ação nacional encampada pelo MS e que, disseminado no interior do Ceará, efetua a cobertura de 85% da população.

Outra experiência foi a implantação de um programa de atenção à saúde mental integrado, com cobertura universal para o município, com o cuidado sendo realizado desde a atenção primária até a inclusão pelo emprego, passando pelo tratamento ambulatorial e pela internação de crises em hospital geral. O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Quixadá tem se tornado modelo e referência nacional em assistência à saúde mental.

Juntos, o PSF, o CAPS e a administração municipal, iniciaram um processo de discussão das políticas públicas de saúde, cujo intuito era focar o planejamento estratégico intersetorial. Esse planejamento envolveu todos os setores da administração pública, principalmente, saúde, educação, urbanismo e ação social, além de outros setores da sociedade, como os clubes de serviço e associações comunitárias.

Com a implantação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/01), o sistema da atenção à saúde de Quixadá, com sua diversidade de serviços e de profissionais especializados, credenciou-se ao nível de Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM). Quixadá faz parte da Macrorregião de Fortaleza e, de acordo com o planejamento estadual, é Município Pólo nas áreas Materno Infantil e de Traumatologia, além de ser Módulo Assistencial para os municípios de Banabuiú, Choró e Ibaretama, da 8ª CRES (CEARÁ, 2006).

Atualmente, em Quixadá, a rede de serviços assistenciais do SUS está composta por 14 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF), com 17 equipes do PSF, 11 Equipes de Saúde Bucal (ESB), 01 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), 01 CAPS, 01 maternidade, 01 ambulatório de especialidades, 01 hospital de médio porte (50 leitos) e 01 Centro de Reabilitação em Fisioterapia, 01 Centro de Referência de Inclusão Social da Criança e do Adolescente (CRISCA) e 02 Centros de Referência de Assistência Social (CRAS).

De acordo com Sampaio et al. (2006a), com estes serviços, todos instalados nos últimos 15 anos, a mortalidade infantil caiu significativamente em Quixadá, a cobertura assistencial universalizou-se e as crises psiquiátricas passaram a ter resolubilidade local, o que demonstra, entre outros indicadores, que um bom trabalho em saúde está sendo feito no município.

Em 2005, a gestão municipal propôs ao SUS local o envolvimento estratégico nas Políticas Nacional e Estadual de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde e criou o projeto “Acolher Cidadão” (CEARÁ, 2006), com o objetivo de qualificar a atenção em saúde por meio da capacitação dos recursos humanos e das instituições de saúde, tornando-os, assim, capazes de solucionar conflitos de forma integrada a partir dos parâmetros da ética e do respeito à cidadania. Esse projeto permitiu aos trabalhadores refletirem sobre seu papel como agente de mudanças da práxis da democracia, da humanização e da própria política.

2.2.2 Serviço de Assistência Fisioterápica de Quixadá

O serviço assistencial de Fisioterapia em Quixadá é composto por um conjunto de quatro campos de atuação:

- Um Centro de Reabilitação Fisioterápica (CREFI), que presta serviço ambulatorial especializado para pessoas com distúrbio e/ou limitação da função cinética;
- Um programa de assistência fisioterápica domiciliar, para pessoas acamadas ou com incapacidade física, que cause impossibilidade de deslocamento ao CREFI;
- Um CRISCA, que, no que diz respeito ao atendimento especializado de estimulação precoce assiste crianças com necessidades especiais, juntamente com equipe multidisciplinar, composta por fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, e que, no que diz respeito à reintegração da criança especial na escola regular conta com a equipe intersetorial da área de Educação; e,
- Um hospital, o Hospital Regional Eudásio Barroso (HREB), com sua clínica de especialidades médicas em anexo e seu ambulatório de traumatologia-ortopedia, onde são realizados atendimentos de Fisioterapia clínica a pacientes em internação e de onde eles podem ser triados para o CREFI ou para a assistência domiciliar.

Toda a demanda, exceto as emergenciais, deslocadas diretamente para o HREB, é organizada a partir de referência do PSF.

2.3 Os Sujeitos do Estudo

Os sujeitos dessa pesquisa não foram submetidos a critérios numéricos, visto que se trata de um estudo qualitativo. A quantidade de participantes foi organizada de acordo com a abrangência dos vários setores sociais (grupo, política ou representação), como sugere Minayo (2007). Desse modo, foram selecionados para compor o quadro de sujeitos desse estudo atores sociais das seguintes representações: gestores e trabalhadores de saúde, e usuários (ou os responsáveis

pelo usuário, quando no caso de menoridade), com os quais foram realizadas entrevistas semiestruturadas³.

Entre as representações dos gestores e dos trabalhadores todos os entrevistados foram envolvidos como sujeitos. Porém, no que concerne à representação dos usuários, os sujeitos entrevistados tiveram que ser definidos por saturação teórico-empírica. Em outras palavras, a ocorrência de repetições de respostas dadas pelos usuários às perguntas que lhe foram destinadas (Ver apêndice C) durante o processo de coleta das informações fez com que esses sujeitos fossem estratificados segundo cada unidade componente do serviço de Fisioterapia do SUS – Quixadá, e segundo a relevância das informações e observações significativas ao estudo.

Para conformação dos sujeitos, foram selecionados os seguintes grupos:

Grupo I: **Gestores** – profissionais responsáveis pelo gerenciamento das ações e serviços integrantes do sistema municipal de saúde: a Secretária Municipal de Saúde e a Coordenadora de Fisioterapia.

Grupo II: **Fisioterapeutas** – profissionais de saúde que exercem a prática de Fisioterapia, nos centros de reabilitação e em domicílios, em suporte ao PSF, nas ações secundárias.

Grupo III: **Outros trabalhadores de saúde que atuam no serviço de Fisioterapia** – são os recepcionistas, os auxiliares de atendimento e os motoristas, ou seja, trabalhadores que fazem interface com a prática da Fisioterapia, apoiando-a no cotidiano institucional e nas articulações entre instituições.

Grupo IV: **Usuários do Serviço** – protagonistas centrais do processo de produção da saúde, que podem expor suas impressões sobre autonomia, vínculo, cogestão e corresponsabilidade para as necessidades individuais e coletivas.

A seguir, estão representados, no Quadro 1, os diferentes sujeitos contemplados no estudo, de acordo com o grupo e a representação, já estabelecidos, e o número alcançado, respeitando o critério censitário para gestores e trabalhadores de Fisioterapia e o critério de saturação teórico-empírica para os usuários do serviço de Fisioterapia.

³ Todos os procedimentos investigativos utilizados para tornar possível essa pesquisa serão apresentados de forma detalhada no tópico 2.4.

Quadro 1 - Grupo de participantes do estudo

GRUPO	REPRESENTAÇÃO	N° DE SUJEITOS
I	Gestores	02
II	Fisioterapeutas	05
III	Outros trabalhadores	07
IV	Usuários	11
	TOTAL	25

Grupos I, II e III – 14 pessoas

Os entrevistados desses três grupos participam da prática fisioterápica no cotidiano das unidades do serviço de Fisioterapia (USFt). Todos eles trouxeram informações satisfatórias para a compreensão do contexto estudado. No Quadro 2, apresentado a seguir, são descritas as características dos grupos II e III, segundo a função do trabalhador de Fisioterapia, ordem de entrevista e USFt a qual esse trabalhador está vinculado.

Quadro 2 - Representação dos trabalhadores de Fisioterapia participantes do estudo

GRUPO	TRABALHADOR DE FISIOTERAPIA	N° DA ENTREVISTA	USFt
II	Fisioterapeuta	01	CRISCA Visita domiciliar
III	Recepcionista	02	CREFI

III	Auxiliar de serviços gerais	03	CREFI
II	Fisioterapeuta	04	CREFI e HREB
II	Fisioterapeuta	05	CREFI
III	Atendente de Fisioterapia	06	CREFI
II	Fisioterapeuta	07	HREB
III	Recepcionista	08	CREFI
II	Fisioterapeuta	09	CREFI
III	Recepcionista	10	CREFI
III	Motorista	11	Visita domiciliar
III	Recepcionista	12	CRISCA

Grupo IV – 11 pessoas

Os usuários entrevistados foram os assistidos pelas USFts , de ambos os sexos, maiores de dezoito anos, mesmo os usuários do CRISCA, onde o público atendido é formado por crianças e adolescentes, pois, nesse caso, foram realizadas as entrevistas com os pais e/ou responsável, independente de seus níveis de escolaridade, que estavam presentes nas USFts, no momento da coleta das informações, e que aceitaram participar das investigações. Os usuários que não foram incluídos no estudo tratam-se daqueles que se recusaram a participar das investigações, por qualquer motivo alegado por eles.

Todos os entrevistados dese grupo já haviam frequentado uma das USFts por mais de três vezes, ou, pelo menos, a um mês, devido à assistência fisioterápica ser seriada. Esse grupo está representado no Quadro 3, logo abaixo, segundo a USFt utilizada por cada usuário participante da pesquisa.

Quadro 3 – Representação dos usuários participantes do estudo

GRUPO	N° DA ENTREVISTA	USFt
IV	13	CREFI
IV	14	CREFI
IV	15	CREFI
IV	16	CREFI
IV	17	CREFI
IV	18	CREFI
IV	19	Visita domiciliar
IV	20	Visita domiciliar
IV	21	CRISCA
IV	22	CRISCA
IV	23	HREB

2.4 Procedimentos de Investigação

Uma literatura de rigor científico tem como principal função o levantamento do conhecimento acerca do tema nela abordado, revelando o que a ciência já sabe sobre o objeto de estudo, tornando-se, assim, esse levantamento de outros escritos científicos o ponto de partida para o desenvolvimento de qualquer pesquisa. No caso dessa pesquisa, o período de levantamento bibliográfico ocorreu

no último quinquênio (2003/2007). As principais fontes de busca foram: os bancos de dados *on line* Scielo, Lilacs e Medline; os periódicos impressos, Qualis A e B, disponíveis nas bibliotecas da UFC e da UECE; e o banco de Dissertações de Mestrado defendidas nos programas de pós-graduação em Saúde Coletiva da UFC, da UECE e da UNIFOR.

Outra fonte de informação foi o conjunto de documentos administrativos e legais emanados dos poderes federal, estadual e municipal sobre o tema. A leitura dos documentos permitiu compreender as decisões do poder público, seus princípios e diretrizes operacionais, suas metas e normas.

Para a obtenção das informações dos sujeitos, optou-se pela entrevista semiestruturada, com questões fechadas e abertas. O roteiro das entrevistas (Ver apêndices A, B e C) tem uma parte comum, com perguntas fechadas, que consta de dados de identificação pessoal, informações sobre formação e sobre regime de trabalho, e uma parte, aberta, diferenciada quanto ao público alvo: gestores (Ver apêndice A), fisioterapeutas e outros trabalhadores (Ver apêndice B) e usuários (Ver apêndice C). As questões abertas, por sua vez, foram desdobradas das perguntas norteadoras e dos objetivos específicos que direcionaram essa pesquisa, além de serem, também, orientadas pelas diretrizes operacionais da PNH.

De acordo com Minayo (2007), os roteiros de entrevista semiestruturada têm o propósito de guiar o pesquisador no andamento da interlocução. Os tópicos selecionados devem contemplar a abrangência das informações esperadas, bem como permitir flexibilidade nas conversas para absorver novas questões trazidas pelos diferentes sujeitos. Por isso mesmo, foram elaboradas questões comuns e outras específicas para cada grupo de entrevistados, devido à natureza heterogênea dos informantes.

Diante do campo da pesquisa foram realizados contatos preliminares com os sujeitos, com o propósito de desenvolver vínculos que facilitassem o desenvolvimento do trabalho. Para Minayo (2007) os primeiros contatos possibilitam iniciar uma rede de relações, correções iniciais dos instrumentos de coleta de informações e produzir uma agenda de atividades posteriores.

Todos os sujeitos do estudo receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Ver apêndice E), contendo esclarecimentos sobre a pesquisa, informações necessárias e autorização para a participação do estudo. Após autorização dos sujeitos, as entrevistas foram realizadas em locais e horários,

previamente, pactuados, o que possibilitou a realização de algumas entrevistas no próprio ambiente assistencial e outras na residência dos entrevistados. Assim, o entrevistado teve a oportunidade de expressar, de forma mais espontânea, suas respostas, que foram gravadas em fita cassete, transcritas logo após as falas e analisadas.

O segundo instrumento escolhido foi o protocolo de observação sistemática (Ver apêndice D), com temas pré-definidos dos espaços onde são realizadas as práticas de Fisioterapia. Chizzoti (1995) afirma que o pesquisador observa os eventos no momento em que se estabelece a ação e pode relacioná-los com outros atos que se integram na ocorrência, permitindo uma melhor compreensão do objeto em estudo. A observação permite ao pesquisador criticar a subjetividade dos sujeitos, pela percepção daquilo que não pode ser obtido por meio de perguntas, e possibilita um contato pessoal do pesquisador com o fenômeno estudado, captando a realidade a partir de seu próprio filtro.

O diário de campo, um instrumento da tradição antropológica dos estudos de campo, foi utilizado para anotação de impressões e situações que tiveram grande importância no estudo e que completaram a análise com informações não contempladas nos outros instrumentos.

2.5 Procedimentos de Interpretação

As informações coletadas a partir de questões fechadas contidas nas entrevistas possibilitaram conhecer dados quantitativos com o intuito de auxiliar à dinamicidade das análises dos conteúdos das falas dos entrevistados.

Entre os trabalhadores de saúde, uma parte da entrevista evidenciou aspectos referentes à idade, ao sexo, à escolaridade, ao tempo de exercício no trabalho de Fisioterapia, ao regime de contrato de trabalho, à carga horária contratual, e à existência de outro vínculo empregatício.

Quanto à idade, 52% dos trabalhadores entrevistados estão na faixa etária entre 40 e 49 anos; sendo 83% desses trabalhadores pertencentes ao sexo feminino. De acordo com a escolaridade, 58% possuem nível superior; 33% possuem nível médio e 9% possuem nível técnico. Quanto ao tempo de exercício no

trabalho em Fisioterapia, 35% tem entre 13 a 20 anos; 33% têm até 7 anos, enquanto que 17% apresentam entre 7 e 13 anos e 15% entre 20 e 27 anos de trabalho.

O regime do contrato de trabalho desses investigados expressou que 50% são concursados; 34% são estatutários e 16% são prestadores de serviço. Entre os prestadores de serviço, 100% são fisioterapeutas. A carga horária contratual é de 40 horas/semanais para 75% dos trabalhadores; 20 horas/semanais para 17% e 30 horas/semanais para 8% desses entrevistados. Quanto a ter outro vínculo empregatício, 66% não possuem outra atividade profissional, enquanto 34% disseram que exerciam outro trabalho.

Entre os usuários, foram revelados dados referentes à idade, ao sexo, à escolaridade e à residência. Quanto à idade, 55,5% estão na faixa etária entre 42 e 65 anos; 33,5% têm entre 19 e 42 anos e 11% estão com idade entre 65 e 88 anos. Quanto ao sexo, 88% são do sexo feminino e 12% são do sexo masculino. Quanto à escolaridade, 34% concluíram o ensino médio, 22% concluíram o ensino fundamental II, 22% concluíram o ensino fundamental I, e 22% não foram alfabetizados. A residência foi classificada em zona urbana e rural, e os dados coletados foram que 77% dos usuários investigados são da zona urbana e 23% são residentes na zona rural.

As informações coletadas a partir das entrevistas, com questões abertas, foram analisadas utilizando-se da técnica de análise de conteúdo, do tipo categorial temática, tendo como referencial Minayo (2007) e Sampaio, Borsoi e Ruiz (1998). Essa técnica permite a descrição sistemática dos conteúdos presentes nas comunicações, partindo de uma leitura de primeiro plano das falas, para atingir um nível mais profundo, ultrapassando o sentido manifesto ou aparente do material, além de permitir a construção de inferências junto aos discursos dos sujeitos.

Dessa forma, o objetivo foi o de estabelecer relações semânticas com estruturas sociológicas entre as diferentes falas para confrontar com as outras fontes de informações, em um processo de triangulação do material empírico, e com o referencial teórico norteador, com o propósito de alcançar considerações que dessem conta de explicar as questões relativas à prática de Fisioterapia no SUS em um cenário particular do sertão central do Ceará frente à perspectiva da PNH que norteou a análise.

A triangulação das informações é apontada por Minayo, Assis e Souza (2005), como uma técnica usada em pesquisa qualitativa, em que a intersecção de diferentes olhares e falas possibilita a verificação e validação da pesquisa, através do uso simultâneo de diversas técnicas de análise, diferentes sujeitos e pontos de vista distintos.

Nessa direção, foi realizada a ordenação das informações que consistiu no primeiro contato com o material empírico coletado. Esse momento deu-se após as transcrições, na íntegra, das entrevistas gravadas em fitas-cassetes para garantir fidedignidade ao que foi dito pelos pesquisados, seguido da leitura geral do material transcrito.

A análise das informações seguiu alguns passos sugeridos por Minayo (2007), que constaram de três etapas: Pré-Análise, Exploração do Material e Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação.

A Pré-Análise foi composta de três fases: leitura flutuante, constituição do corpus e formulação e reformulação de hipóteses e objetivos. Essa etapa foi de organização propriamente dita do material, que possibilitou a construção de um esquema preciso para o desenvolvimento das operações sucessivas, com vistas à elaboração de um plano de análise.

A leitura flutuante do conjunto das comunicações, a primeira fase da Pré-análise, teve a intenção de conhecer as mensagens nelas contidas, possibilitando à pesquisadora se impregnar por impressões, emoções e expectativas para se tornar uma leitura, progressivamente, mais sugestiva. Em seguida, na fase de constituição do corpus, os conteúdos foram estudados à luz das normas de validade qualitativa, tais como a exaustividade, a homogeneidade e a pertinência. Na última fase da Pré-análise, por sua vez, a formulação e reformulação de hipóteses e objetivos consistiu em retomar a etapa exploratória, que permitiu a leitura exaustiva do material referente às indagações iniciais.

Ainda nessa etapa de Pré-análise, foram definidas as unidades de análise: a unidade de registro foi a frase e a unidade de contexto foi a palavra que delimitou o contexto de compreensão das unidades de registro. A forma de categorização foi a semântica, que traz categorias temáticas, e a modalidade de codificação foi feita por meio de porcentagem, uma regra de contagem de codificação quantitativa.

Em cada entrevista, já obedecendo à segunda etapa da análise, denominada Exploração do Material, o texto foi recortado em unidades de registro (frases), as quais foram denominadas de subcategorias iniciais. Em seguida, foram definidas as unidades de contexto (categorias temáticas) que não foram criadas a priori, mas que emergiram das falas das respostas dos entrevistados, ou seja, as categorias foram criadas à medida que surgiram nos conteúdos, para depois serem interpretadas à luz das teorias explicativas e dos documentos legais, portanto designadas, para a análise, de subcategorias emergentes. Essas categorias foram agregadas para criar categorias teóricas ou empíricas responsáveis pela especificação dos temas, que, para esse estudo, foram as categorias significativas. Durante essa etapa foi montado, inicialmente, um quadro para cada entrevistado, para proporcionar melhor visualização da categorização, conforme ilustra o Quadro 4 a seguir:

Quadro 4 – Modelo do quadro resumo de categorização para cada entrevista

Subcategorias iniciais	Subcategorias emergentes	Categorias Significativas
Unidades de registro	Unidades de contexto	Categorias teóricas ou empíricas

Na etapa de tratamento dos resultados coletados e interpretados foi utilizado a estatística simples (porcentagens), que permitiu colocar em relevo as informações obtidas. As porcentagens foram calculadas a partir do total de informações referidas em cada subcategoria emergente, conforme pode ser conferido no Quadro 5, apresentado abaixo:

Quadro 5 – Modelo do quadro resumo de categorização e frequência percentual para cada entrevista

Subcategorias iniciais	Subcategorias emergentes	Categorias Significativas	N°	%
Unidades de registro	Unidades de contexto	Categorias teóricas ou empíricas		

Essa sistematização de análise dos conteúdos de cada entrevista foi confrontada, posteriormente, entre os entrevistados do estudo segundo cada grupo, e depois entre os grupos, com o intuito de propor inferências e realizar interpretações, interrelações com o quadro teórico inicial.

A análise dos documentos foi realizada paralelamente à análise e interpretação dos resultados das entrevistas, com a finalidade de contextualizar a interpretação dos achados.

Em relação às observações, elas não foram analisadas a partir de quadros classificatórios. As informações originadas dessa técnica foram analisadas utilizando o fluxograma analisador de Merhy (2007a). Essa ferramenta de análise possibilitou visualizar o serviço de Fisioterapia e perceber situações e características da prática fisioterápica no dia-a-dia. Na construção desse diagrama, algumas figuras geométricas, padronizadas universalmente, foram usadas como: a elipse, que serviu para mostrar o começo e o fim da cadeia de produção fisioterápica; o retângulo, que serviu para apresentar os momentos nos quais se realizam etapas de trabalhos importantes e consumos de recursos e produção de produtos definidos, que serviram para abrir novas etapas na cadeia até o final; e o losango, que representou momentos em que a cadeia produtiva enfrentou momentos de decisões e de possibilidades de percursos para se atingir etapas seguintes e distintas, conforme pode ser visualizado na figura 2, logo abaixo:

Figura 2 – Modelo do diagrama-resumo analisador



Fonte: Merhy (2007)

Para Merhy (2007b), o fluxograma, de um modo muito simples, é um diagrama usado por diferentes campos de conhecimentos, no intuito de desenhar o

modo como se organiza um conjunto de processos de trabalhos, que vinculam entre si em torno de uma cadeia de produção.

Foram realizadas observações sistemáticas dos espaços onde se desenvolve a prática de Fisioterapia no âmbito do SUS, que transcorreram durante os atendimentos nas USFs. As observações tiveram duração de vinte e quatro horas, distribuídas entre esses espaços. Para isso, foi utilizado um roteiro sistemático (Ver apêndice D), que contemplou a recepção dos usuários, o momento dos procedimentos fisioterápicos, a estrutura física, as relações comunicacionais decorrentes dos encontros entre usuários e trabalhadores, entre trabalhadores e entre usuários. Simultaneamente à efetuação da observação sistemática, outras informações de importância para o estudo foram registradas em diário de campo.

2.6 Dimensão Ética

Antes do início das entrevistas, foi mantido o respeito às questões éticas e aos princípios da Resolução n° 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, conferindo livre arbítrio aos sujeitos de optar ou não por participar do estudo.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UECE, que avaliou a pertinência do projeto, os objetivos nele expressos, e os riscos e/ou benefícios a que estão vulneráveis os participantes da investigação, para que, mediante essa avaliação, fosse concedida a aprovação.

Após a aprovação, efetivada pelo Comitê de Ética em 31 de julho de 2008, sob Protocolo n° 08085355-2, uma cópia do projeto foi enviada à Secretaria de Saúde de Quixadá para ser avaliado e aceito, para que esse trabalho fosse, pois, realizado nos serviços da rede de Fisioterapia do SUS desse município.

Todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido, no qual declararam terem sido informados sobre os propósitos da pesquisa, concordando em participar dela.

No transcorrer da descrição e análise das informações, foi tomado todo o cuidado de omitir quaisquer informações dos sujeitos e dos serviços de saúde investigados durante a pesquisa. Sendo assim, os entrevistados tiveram suas

identidades preservadas e foram identificados por números, conforme explicitado no documento elaborado e aplicado junto aos sujeitos, previamente à entrevista, que foi o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Ver apêndice E).

2.7 Forma de Exposição

Na Introdução, procura-se narrar a história de envolvimento da pesquisadora com a prática de Fisioterapia no SUS e apresentar o estoque de conhecimentos sobre a Fisioterapia, sua prática clássica e a humanização no SUS, e sobre a PNH no SUS.

No Tratamento Metodológico, apresentam-se elementos teóricos, procedimentos e instrumentos utilizados para caracterizar uma pesquisa de natureza qualitativa, com fins de avaliação da prática de Fisioterapia no contexto do SUS que foi desenvolvido na rede assistencial de Fisioterapia de Quixadá, tendo como perspectiva a PNH.

Para melhor visualização e sistematização dos resultados, optou-se por distribuí-los em dois capítulos, em conformidade com a natureza objetiva ou subjetiva daquilo que foi colhido.

No Capítulo I, denominado **Caminho Percorrido em Busca da Humanização em Saúde na Assistência Fisioterápica do SUS/Quixadá**, são organizados e discutidos os resultados provenientes dos procedimentos referentes aos estudos documental e observacional e dos referentes à aplicação de entrevistas com os gestores. Acrescentam-se, nesse Capítulo, os registros de diário de campo, que tiveram por motivo impressões da pesquisadora referentes aos mesmos procedimentos.

No Capítulo II, denominado **Trabalhadores e Usuários da Assistência Fisioterápica: insatisfação, conhecimento fragmentado, falta de autonomia e repetitividade**, são organizados e discutidos os resultados provenientes dos procedimentos referentes à aplicação de entrevistas com os trabalhadores e os usuários/responsáveis. Acrescentam-se, nesse Capítulo, os registros de diário de campo que tiveram por motivo impressões da pesquisadora referentes aos mesmos procedimentos.

As Considerações Finais relatam considerações gerais, sobre histórico, conteúdo temático e tratamento metodológico, relatam também conclusões, isto é, o conjunto de resultados que tenham consistência conclusiva, e, como necessário em estudos do campo da saúde coletiva, recomendações aos trabalhadores, aos gestores públicos e aos estudiosos do campo, para que o conhecimento se adense e as práticas de saúde sejam mais resolutivas, democráticas e amigáveis, amorosas, acolhedoras.

3 CAPÍTULO I

Caminho Percorrido em Busca da Humanização em Saúde na Assistência Fisioterápica do SUS/Quixadá

A organização do SUS/Quixadá e sua relação com a PNH estão baseadas na concepção da política de saúde do município, que se fundamenta nas diretrizes para a organização do SUS, tais como a descentralização, o atendimento integral, a participação da comunidade e a rede regionalizada e hierarquizada, dispostas pela Constituição Federal de 1988 para assegurar a saúde como direito de todos e dever do Estado e garantir sustentabilidade às políticas de saúde em todo território nacional.

O governo, a população e os trabalhadores de saúde do município vêm construindo um Sistema Local de Saúde que busca estabelecer a defesa da vida como principal eixo estruturante e norteador das práticas de saúde (QUIXADÁ, 2005).

Além dos determinantes histórico-estruturais da saúde que não dependem exclusivamente do SUS, como moradia, alimentação, educação, trabalho, renda, transporte, lazer, acesso a bens e serviços, a limitação dos serviços em produzir saúde tem sido apontada como um fator que dificulta a defesa da vida como eixo das práticas de saúde do SUS em Quixadá.

O processo de identificação desse problema contou com uma importante mobilização, que teve início em março de 2005, por meio da realização dos seguintes eventos: um seminário com os trabalhadores da saúde; o Congresso da Cidadania, ocorrido em diversas localidades que integraram as áreas descentralizadas de saúde; dezessete pré-conferências de saúde, constituindo-se em um debate amplo democrático com os usuários; a V Conferência Municipal de Saúde, ocorrida em agosto de 2005; e a apresentação do relatório parcial do Projeto Acolher Cidadão – Humanização da Saúde Pública Municipal.

Dessa forma, foi afirmada a participação ampla dos legítimos atores da política de saúde, os usuários, os trabalhadores do SUS e os gestores, não apenas na identificação dos problemas, mas também nas proposições de estratégias e

intervenções, fundamentadas em decisão coletiva para as condições de saúde e formulação da política de saúde para o quadriênio de 2005 a 2008.

Nesse contexto, a gestão local resolveu adotar, como enfrentamento dessa problemática, com vistas à defesa da vida, a reorientação dos serviços de saúde para aumentar sua capacidade de produzir saúde, curar e reabilitar pessoas, através de algumas metas definidas:

- Construção de políticas intersetoriais que possam intervir para a resolução dos fatores determinantes e condicionantes da saúde;
- Definição e implementação de uma política de educação permanente no âmbito do SUS, em consonância com a Política dos Pólos de Educação Permanente instituída pelo Ministério da Saúde;
- Estimular e apoiar a estruturação e fortalecimento dos mecanismos de controle social do SUS pelos segmentos organizados da sociedade, notadamente dos Conselhos de Saúde;
- Estruturar um modelo de atenção em que o acesso, o acolhimento, a capacidade resolutiva e a ampliação do grau de autonomia do usuário sejam assegurados;
- Construção conjunta, gestores e trabalhadores, de uma política de democratização institucional, tendo como foco a cogestão dos serviços (QUIXADÁ, 2005).

Percebe-se que esse processo de articulação política e técnico-administrativa de normatização e exigências legais para o planejamento configurou-se para contribuir com o fortalecimento do controle social e com a valorização dos atores envolvidos com o sistema de saúde, e gerou a possibilidade de uma repercussão na melhoria das condições da saúde e da vida da população quixadaense.

Em relação ao serviço de Fisioterapia, as unidades de saúde FISIOTERÁPICAS do município, principalmente o CREFI, apresentavam, em 2005, deficiências técnicas e infraestruturais profundas. Segundo um informante-chave, que emergiu no processo de realização do campo, as atividades eram desenvolvidas

de forma precária, pois não havia espaço adequado e material suficiente, ficando os profissionais, às vezes, sem trabalhar. O papel da coordenadora, até esse período, era apenas burocrático, sem que houvesse um planejamento, e os serviços eram oferecidos de maneira fragmentada, centrada na figura do fisioterapeuta, com uma atenção voltada para a doença e sem responsabilização pela produção de saúde.

Retomando o Plano Municipal de Saúde para o período 2005-2008, foi estabelecido como meta para esse quadriênio a manutenção e o suprimento de equipamentos para qualificar as unidades de saúde existentes e as novas unidades de saúde que seriam construídas.

Na perspectiva de implementar as condições de acesso, tendo em vista a precariedade de espaços físicos no nível secundário, previstas no plano municipal da saúde, também foi objetivada a construção de um complexo integral da atenção especializada. No mesmo espaço físico, originalmente, estariam o CREFI, o CAPS, o CEO, a Clínica de Especialidades Médicas e a Clínica de Apoio ao Diagnóstico, com ultrassonografia, endoscopia, eletroencefalograma, eletrocardiograma e raio X. A implantação resultou em um espaço próprio para cada um desses serviços. .

Além das modificações estruturais previstas para o serviço de Fisioterapia, eram também necessárias mudanças no modelo assistencial de saúde funcional, as quais exigiam alterações na gestão do serviço, nas relações entre os atores envolvidos, na comunicação entre trabalhadores e usuários e na formação dos trabalhadores.

Esses anseios, já percebidos pela comunidade, mediante a participação popular expressa nas instâncias de controle social que o SUS dispõe, coincidem, no mesmo período, com os resultados de uma pesquisa contratada ao Sistema Nacional de Emprego e o Instituto de Desenvolvimento do Trabalho (SINE/IDT) pela gestão municipal. Quinhentos usuários foram entrevistados sobre a assistência da rede básica, e, mediante análise, a pesquisa concluiu que era necessário melhorar o atendimento, com ênfase ao acolhimento nessas unidades de saúde.

Tradicionalmente, a ideia de acolhimento no campo da saúde tem sido identificada ora como recepção administrativa e ambiente confortável, ora como ação de triagem e repasse de encaminhamentos para serviços especializados. Essas noções construídas isoladamente dos processos de trabalho em saúde restringem o conceito a ações pontuais, isoladas e descomprometidas com a corresponsabilidade e a produção de vínculo, e acabam gerando filas de espera,

privilégio da produção de procedimentos, serviços incongruentes com a demanda e o objeto de trabalho passa a ser a doença, em detrimento da complexidade dos sujeitos e de seus sofrimentos (BRASIL, 2006a).

Considerando o conceito amplo e crítico de acolhimento, torna-se necessário uma mudança de postura em todo o sistema de saúde para receber as pessoas e responsabilizar-se de modo integral por elas, e desenvolver maneiras adequadas de receber os distintos modos como a população busca ajuda nos serviços de saúde, respeitando o momento existencial de cada um, sem abrir mão de colocar limites quando necessários (MOURA et al., 2003).

O acolhimento, como dispositivo técnico-assistencial, permite a reflexão e a mudança dos modos de operar a assistência, porque questiona as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acesso aos serviços (BRASIL, 2006a).

O acolhimento, em uma perspectiva comunicacional, é tratado por Teixeira (2003) como a possibilidade de transformar uma rede tecnoassistencial de saúde em uma rede de conversações que conformem um autêntico espaço coletivo de encontros, ao envolver uma série de atividades técnicas específicas.

O envolvimento estratégico do SUS-Quixadá com as políticas Nacional e Estadual de Humanização, viabilizadas localmente pelo Projeto Acolher Cidadão, teve início em 2005 e possibilitou ampliar a compreensão dos profissionais de saúde sobre acolhimento, sobre os desafios da interdisciplinaridade, do respeito à subjetividade dos clientes e à diversidade cultural, com vistas à reconstrução da práxis da democracia, da humanização e da própria política (QUIXADÁ, 2005). Diante desse processo de aprimoramento do SUS, as práticas de saúde do município passaram a ser orientadas pela dimensão qualitativa do SUS, que busca a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos na produção de saúde, através do exercício da cidadania, conforme é configurado no trecho de fala de um dos entrevistados do grupo I transcrito abaixo:

[...] nós compreendemos que a política de humanização vai desde o domínio do conhecimento do sistema de saúde pra que tire a concepção do usuário como indigente, e passe a ser reconhecido como cidadão que tem direitos. Então nós buscamos nivelar essa

linha conceitual com os trabalhadores de saúde (Grupo I, entrevista⁴ 25).

Com base no Relatório de Gestão de 2007 (QUIXADÁ, 2008), o município de Quixadá, por sua política de saúde, tem direcionado esforços para construir uma gestão democrática, voltada para a valorização da dimensão relacional, pautada no diálogo e na busca de cumprir as determinações dos princípios do SUS e de cumprir as diretrizes da Gestão Municipal no âmbito dos serviços de saúde.

Para articular um formato humanizado de atendimento à saúde, a gestão local, buscando ser participativa, com maior democratização nos processos de discussões e decisões, adotou alguns caminhos. Para tanto, dispositivos foram implementados nos diversos espaços de gestão do SUS-Quixadá por meio de dois tipos de grupo, como definidos pela PNH.

O primeiro grupo de dispositivos tem como objetivo organizar os espaços coletivos e permitir acordos entre desejos e interesses dos usuários, trabalhadores e gestores. O segundo grupo de dispositivos se refere aos mecanismos que garantem a participação ativa de usuários e familiares no cotidiano das unidades de saúde, na perspectiva da garantia dos direitos que lhe são assegurados, bem como o compartilhamento e a corresponsabilização do tratamento e cuidados em geral.

No primeiro grupo, um desses dispositivos é o Colegiado Gestor, de hospital, de distrito sanitário e de central de secretaria de saúde, um espaço de negociação e definição de prioridades que tem como atribuições elaborar plano diretor, definir os investimentos, organizar os projetos das unidades e construir a sistemática de avaliação. Esse colegiado é composto por coordenadores de setores, gerentes dos diferentes níveis de atenção, secretário de saúde, diretores e coordenadores das unidades de produção hospitalar. As reuniões acontecem sempre que surge a necessidade dos serviços, de acordo com a relevância das falas reproduzidas a seguir:

As reuniões de colegiado gestor é quando tem uma necessidade, não é mensal, não existe uma agenda, quando tem uma necessidade do serviço ele pede pra colocar em pauta, e a gente se reúne e aí nessa reunião já é a Fisioterapia com a ponta, com os profissionais do PSF, estão presentes os representantes de cada serviço (Grupo I, ent 2).

⁴ De agora em diante, ao invés de *entrevista*, será escrito a forma abreviada *ent*.

Existe um grupo gestor que é formado por todos os profissionais de todos os setores. Cada setor tem um profissional responsável e se reúnem. Nessa reunião, a secretária de saúde vai setor por setor, pergunta se há alguma dificuldade em cada setor e a gente ver os problemas de todos (Grupo I, ent 2).

Outro dispositivo implementado no município é o Colegiado Gestor da unidade de saúde, que tem por atribuições: elaborar projetos de ação; atuar no processo de trabalho da unidade; responsabilizar os envolvidos; acolher e encaminhar as demandas dos usuários; criar e avaliar indicadores; sugerir e elaborar propostas; e criar estratégias para o envolvimento de todos os membros e equipes do serviço.

No caso da Fisioterapia, para as unidades do GREFI e para a visita domiciliar, conformou-se o colegiado de unidade de produção, composto pela equipe de fisioterapeutas e os outros trabalhadores de apoio, em torno de um objeto específico e comum de trabalho, levando em conta a qualidade do serviço. Para as unidades do CRISCA e do HREB, o colegiado tem as mesmas atribuições, porém, ele reúne a equipe multiprofissional, levando em conta os diferentes eixos dos cuidados.

Os coordenadores das unidades de produção levam para o espaço do Colegiado Gestor da organização questões que a própria unidade não tem autonomia para decidir. Essas questões são levadas em forma de demandas que desencadeiam deliberações, como, por exemplo, a necessidade de ampliar infraestrutura e de contratar mais pessoal. Nesse sentido, Campos (2003) defende que a governabilidade e a autonomia são fundamentais e fundantes da grupalidade de cada equipe, pois cria efeito *setting*, institui as reuniões periódicas e se abre à possibilidade de criar processos intermediários entre os membros da equipe.

O terceiro dispositivo de cogestão presente no serviço de Fisioterapia é a mesa de negociação permanente, em que são dialogadas e compactuadas questões relacionadas ao trabalho em saúde entre gestores e trabalhadores sem uma data pré-estabelecida e sempre que haja a necessidade de uma negociação, como pode ser observado através do trecho transcrito a seguir:

[...] um problema no trabalho que surgiu e a gente não pode esperar pela reunião de colegiado e como a gente tá sempre em contato, pergunto à pessoa envolvida o que ela acha dessa situação, e aí a gente vai no consultório, conversa e vamos juntas tentar resolver (Grupo I, ent 2).

No segundo grupo de dispositivos, a visita aberta aplica-se à internação hospitalar e o direito à acompanhante aplica-se a todas as unidades. Dependendo da unidade, ambos são garantidos, na ocorrência das consultas, dos atendimentos e das internações, com o intuito de permitir o elo entre o usuário, sua rede social e os demais serviços da rede. Especificamente no CRISCA, o dispositivo mais característico é a família participante, grupo de pais de crianças especiais que atuam junto com outros pais que utilizam o serviço de estimulação precoce para seus filhos, e contribuem, também, com a orientação de como cuidar das pessoas especiais e com o processo de inclusão da criança especial na rede escolar.

No que se refere ao processo de construção dos espaços coletivos para o modo de cogestão, Campos (2007) afirma que os espaços coletivos são arranjos organizacionais montados para estimular a produção/construção de sujeitos e de coletivos organizados. Nesse sentido, referem-se a espaços concretos, com lugar e tempo definidos, destinados à escuta, à circulação de informações sobre desejos, interesses e aspectos da realidade, à elaboração e à tomada de decisões passíveis às mudanças que são direcionadas pela dinâmica social.

A ouvidoria descentralizada é um mecanismo de participação efetiva dos usuários no cotidiano das unidades de saúde, que integra o segundo grupo de dispositivos para a cogestão, como proposto pela PNH, e tem por função acolher manifestações de todos os atores envolvidos na produção de saúde, servindo de instrumento para a identificação dos problemas e definição de encaminhamentos (BRASIL, 2006c).

Nas unidades do serviço de Fisioterapia, ainda não se alcançou esse último dispositivo, o que pôde ser verificado através das falas dos gestores. As queixas dos usuários são direcionadas à coordenação do serviço, centralizada na figura da coordenadora, burocratizando a forma de gerir o serviço e o modo de produzir saúde, embora já tenha sido sugerido aos gerentes dos serviços de saúde um modelo de espaço coletivo onde é possível trabalhadores e usuários dialogarem para a invenção de outro modo de se operar, na mediação entre o controle institucional e a autonomia dos sujeitos. Nos discursos abaixo, as falas de entrevistados do grupo I confirmam o que foi ressaltado acima:

A parte da escuta dos usuários, mediante as queixas a gente passa a discussão para os gerentes e aí a gente passa essa metodologia para os gerentes para que façam nas suas unidades do serviço

essas reuniões para colocar as discussões e ouvir os usuários e com os trabalhadores a gente tá sempre disponível a escutá-los (Grupo I, ent 2).

Não temos serviço de ouvidoria, acho que não tem necessidade. A gente tem um clima assim bem integrado, quando eles têm alguma dificuldade, necessidade, é só me comunicar que a gente resolve e os usuários procuram também a mim (Grupo I, ent 2).

Retomando a discussão a partir de Campos (2007), ele sugere a cogestão, ao invés da autogestão, pois esta última produz isolamento e dificulta a construção de uma subjetividade capaz de integrar desejos e interesses de distintos sujeitos, sendo, portanto, necessárias reformas tanto da estrutura da organização do serviço quanto do seu modo de funcionamento, que envolve mudanças do modo de pensar, agir das pessoas envolvidas e das normas e estruturas.

No serviço de Fisioterapia, o exercício de uma gestão compartilhada entre gestores e trabalhadores se apresenta como avanço para o modo de produzir uma prática fisioterápica humanizada e afirmadora dos princípios do SUS, porém, para garantir a legitimidade desse processo, faz-se necessário o envolvimento dos usuários no cotidiano do serviço, que ainda é pequeno e restrito às instâncias formalizadas para o controle social.

O modelo de cogestão se fundamenta na construção coletiva e garante que o poder seja de fato compartilhado para a implementação das diretrizes do SUS, estimulando a reflexão e melhorando a autoestima dos profissionais, bem como estimulando o fortalecimento do empenho no trabalho, a criatividade na busca de soluções e o aumento da responsabilidade social (BRASIL, 2006c).

Para implementar uma política institucional de resgate dos valores de universalidade, integralidade, equidade do cuidado e democratização na gestão, em benefício dos usuários e dos trabalhadores da saúde, a PNH sugere os Grupos de Trabalho de Humanização (GTH), que são coletivos organizados, participativos e destinados a difundir os princípios norteadores da PNH, pesquisar pontos críticos do funcionamento do serviço, promover trabalho em equipe, estabelecer fluxo de propostas entre os setores e melhorar a comunicação entre comunidade e serviço.

Em Quixadá, a experiência dos gestores e trabalhadores com a PNH, expressas no Projeto Acolher Cidadão, elaborado e aplicado pelo município e pelo LHUAS (BRASIL, 2005) viabilizou a implantação de um GTH gestor no município. Esse grupo tem, entre outras atribuições, a função de acompanhamento e

supervisão dos serviços e de implantação de um GTH em cada unidade de serviço. No discurso a seguir, um dos entrevistados do grupo I fala sobre o processo de implantação do GTH:

[...] Tivemos o momento das supervisões aonde o GTH voltava para ver o que foi feito de intervenção, recebimento da parte teórica e tem um grupo a nível de gestão que é para implantar um GTH em cada unidade e que esse processo ainda não foi finalizado. Nós estamos na etapa do GTH gestor, mas dentro do processo de cada unidade, isso ainda é desafio para nós (Grupo I, ent 2).

Na perspectiva de qualificar o SUS pelas práticas de saúde no cotidiano dos serviços que pretendem atuar com efetividade, eficiência e qualidade, muitos desafios persistem em Quixadá, tanto quanto ao acesso qualificado e humanizado à atenção, à assistência e à vigilância à saúde, quanto ao não cumprimento de metas programadas no pacto pela saúde.

Algumas metas consideradas como importantes, tais como a ampliação da cobertura da atenção primária e a implantação de alguns serviços especializados, não foram concretizadas. Entretanto, para o serviço de Fisioterapia, foram alcançadas as metas de reestruturação física e de suporte de equipamentos, previstas pelo Plano Municipal de Saúde de 2005.

No eixo da promoção de saúde, o Projeto Mexa-se Quixadá tem o propósito de estimular hábitos de vida saudáveis no coletivo. Ele está sendo desenvolvido e contempla toda população da zona urbana. No que se refere à estrutura física, foram construídas novas unidades básicas de saúde na zona rural, e, na área especializada, foi realizada a construção e reapearelhagem do CREFI, que, sob a ótica da gestão, foi fundamental para a qualidade do serviço de Fisioterapia, e trouxe grande satisfação aos trabalhadores e usuários.

Dessa forma, no dia 23 de agosto de 2007, foram inauguradas as novas instalações do CREFI, não mais no modelo inicial de incluí-lo em um complexo de especialidades, mas foi alocado em um espaço do ginásio poliesportivo Governador Gonzaga Mota, de Quixadá.

A nova localização e estrutura do CREFI é mais ampla e climatizada em relação à estrutura anterior; funciona nos três turnos, com o trabalho de três fisioterapeutas e uma equipe de cinco trabalhadores de apoio, e com isso, trouxe a possibilidade de um melhor atendimento aos usuários. Na ocasião de inauguração, foi realizada uma oficina, sob o tema Fisioterapia e a Promoção da Saúde, e um

painel, sobre abordagem interdisciplinar da Fisioterapia, com apresentação dos serviços de Fisioterapia do município de Quixadá.

Outro ponto relevante à prática de Fisioterapia, na perspectiva da humanização em saúde, identificado na etapa da observação sistemática, foi aquele que se refere à ambiência, como construída conceitualmente pela PNH. Esse aspecto se apresenta como instrumento importante em relação à possibilidade de produzir reflexão da produção do sujeito e do processo de trabalho, quando compreendido que a construção do meio deve propiciar a possibilidade do processo reflexivo, garantindo a construção de ações a partir da integralidade e da inclusão (BRASIL, 2006b).

A arquitetura traz componentes que atuam como modificadores e qualificadores do espaço, estimulando a percepção ambiental e, quando aplicados com equilíbrio e harmonia, criam ambiências acolhedoras e oferecem contribuições significativas ao processo de produção de saúde. A morfologia, a luz, o cheiro, o som, a sinestesia, a arte, a cor, o tratamento das áreas externas, a privacidade e individualidade são exemplos desses componentes que contribuem para um ambiente mais aconchegante, e que permitem aos usuários e trabalhadores mais conforto e melhor percepção do espaço, uma vez que essas mudanças estimulam os nossos sentidos.

Sobre as mudanças dos espaços físicos do CREFI e sobre os componentes qualificadores, são ressaltados nas falas retratadas abaixo a necessidade de tais elementos para melhor desempenho da assistência fisioterápica e o diferencial que o implemento, embora ainda limitado, desses elementos já tem apresentado:

[...] buscamos para o serviço de Fisioterapia até como parte da política de humanização do município um dos elementos que é a questão dos espaços adequados para o serviço, então adequamos o espaço e equipamos o CREFI (Grupo I, ent 2).

De um ano pra cá, acho que foi um salto de qualidade com a mudança de local do CREFI, a gente conseguiu novos aparelhos, a gente pode climatizar, ficou um ambiente melhor. Temos agora dois banheiros, um masculino e um feminino, os pacientes podem fechar a porta do consultório e conversar o que quiser com a fisioterapeuta (Grupo I, ent 24).

Em se tratando de infraestrutura, essa USFt possui maior espaço físico e maior quantidade de equipamentos fisioterápicos em relação à estrutura anterior.

Entretanto, baseado em registros do diário de campo, foi possível perceber que essa nova estrutura ainda é insatisfatória para atender toda demanda, principalmente, a do turno da manhã, quando são atendidas as pessoas da zona rural, que dependem dos transportes coletivos que retornam por volta das onze horas, mas, a maioria delas precisa sair do CREFI trinta minutos antes, ou seja, até dez horas e trinta minutos devido ao deslocamento necessário até esses transportes. Dessa forma, muitas vezes o tempo total, entre espera na recepção e atendimento, não permite a realização do tratamento na íntegra, causando frustrações no usuário e no trabalhador.

As outras unidades do serviço de Fisioterapia não sofreram alterações de ordem estrutural nem de suporte de equipamentos. Não há nenhum direcionamento por parte da gestão de reformulação desses outros espaços físicos. No CRISCA, a falta de equipamentos tem sido tratada como uma dificuldade para a prática fisioterápica. No HREB, onde é prestada assistência fisioterápica aos pacientes internos, inclusive os de pós-operatório demandados da clínica cirúrgica em traumatologia e ortopedia, também não houve alteração estrutural do serviço. Além da limitação do serviço oferecida pela deficiência da estrutura física, nessa USFt, foram indicadas outras dificuldades ao que se refere às relações entre serviço de Fisioterapia e Traumatologia-Ortopedia, conforme é expressado no trecho transcrito abaixo:

Temos buscado melhorar as relações entre os profissionais da Trauma-Ortopedia e Fisioterapia e isso as vezes persistem algumas dificuldades e a gente tem buscado melhorar no ponto de vista do que cada um compreende como importância da Fisioterapia e da Traumatologia-Ortopedia. À medida que o serviço de traumatologia foi organizado 24 horas, isso também trouxe uma demanda maior pra Fisioterapia (Grupo I, ent 2).

Atualmente, as atividades do serviço de Fisioterapia são desenvolvidas, no município, pela rede privada de Clínicas Fisioterápicas e pela rede pública municipal, própria do SUS. A rede privada de assistência fisioterápica é delineada pela lógica de mercado; presta assistência àqueles que procuram os serviços, sendo, posteriormente, tais serviços pagos através do desembolso direto ou através de uma atenção supletiva proveniente de empresas médicas credenciadas. Essa rede oferece, pois, serviços caracterizados pelo atendimento individual os quais visam ao lucro e são regulados pela lei de mercado, sem intervenção do Estado.

As ações desenvolvidas no serviço de Fisioterapia no SUS em Quixadá, ao que se refere à reabilitação, classificada, segundo Rouquayrol e Almeida Filho (2003), na prevenção terciária, estão situadas no nível de atenção primária de saúde. As ações que estão situadas no nível de atenção secundária de saúde, por sua vez, caracterizam-se como um importante serviço de referência para ampliar a resolutividade da atenção básica, uma vez que a grande parte da demanda para a assistência fisioterápica, cerca de 75%, é oriunda do PSF. Entre os serviços de Fisioterapia e a clínica especializada em traumatologia e ortopedia há uma relação de referência e contrarreferência que permite a equipe médica acompanhar e dialogar com os fisioterapeutas. Entre Fisioterapia e PSF, há uma relação de referência do PSF para a Fisioterapia, mas não há a contarreferência, pois quando os usuários concluem seus tratamentos eles não são encaminhados à Equipe Saúde da Família (ESF) da sua área. Entretanto, existe a reunião mensal do PSF que representa um espaço onde são discutidas as dificuldades e as necessidades dos serviços em relação à atenção básica, dos quais faz parte o serviço de Fisioterapia, que comparece às reuniões sempre que necessário.

Para melhor compreensão da relação entre esses serviços, é pertinente observar as relevâncias apontadas nos conteúdos dos seguintes discursos:

A Fisioterapia está incluída na assistência à saúde e nós temos como prioridade o fortalecimento da atenção básica, é prioridade da gestão e o serviço de Fisioterapia tem importância como referência do serviço da atenção básica (Grupo I, ent 2).

As pessoas vêm pra Fisioterapia encaminhadas do PSF [...] nossa articulação com o PSF existe e eles quando sentem a necessidade de saber como tá funcionando o serviço, aí o fisioterapeuta participa de uma reunião que tem toda quarta-feira do PSF (Grupo I, ent 2).

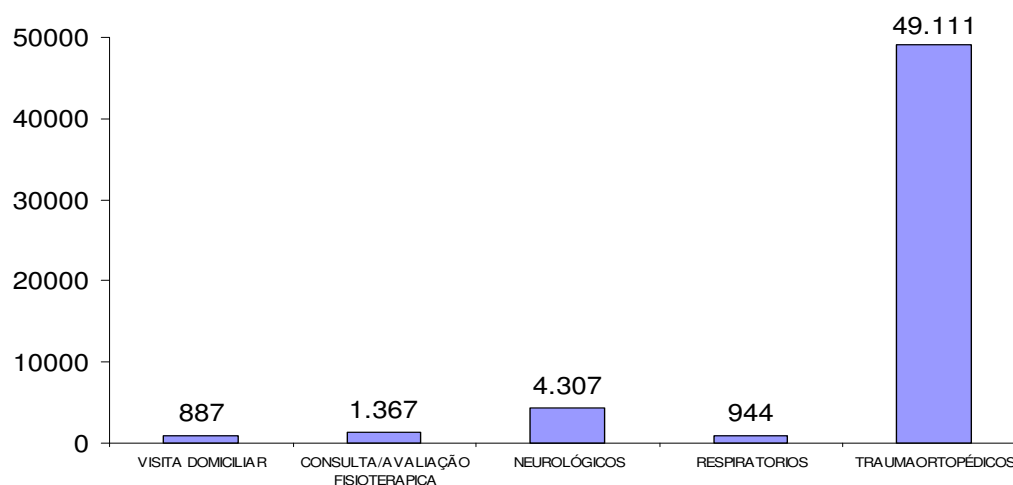
O modelo de assistência desenvolvido pelo serviço de Fisioterapia se caracteriza por ser assistencial, não pró-ativo, voltado para a reabilitação e/ou para a cura. Assim, o serviço fisioterápico aguarda tal demanda para que possa intervir, topicamente, em queixas, sinais, sintomas, síndromes, agravos e doenças, de modo operativo pragmático. Essa assistência é individual, realizada por três fisioterapeutas, sendo dois efetivos e um prestador de serviços, que se alternam nos turnos da manhã, tarde e noite, isto é, conta-se, para efetuação desse serviço assistencial, com um profissional por turno.

Para Campos (2003), não há um único modelo ideal para todo o SUS nem um modelo superior em todos os aspectos. Sob esse ponto de vista, haveria, pois, outras formas de organizar a atenção. O modelo se constrói em cada caso concreto, sendo necessário, portanto, considerar a tradição e os problemas específicos de cada região, para que seja possível, a partir desses referenciais, viabilizar as alterações necessárias. Dessa forma, o julgamento dos modelos existentes, bem como a criação de novos, deveria referir-se a sua capacidade de produzir saúde.

Em observações, realizadas no CREFI, foi possível perceber a grande demanda oriunda da atenção básica e do ambulatório de traumatologia do HREB, sendo que, pela manhã, são atendidas as pessoas da zona rural e, nos outros turnos, as pessoas da zona urbana. Em cada turno são atendidas, em média, 45 pessoas, isto é, 45 atendimentos por fisioterapeuta, extrapolando a capacidade de atendimento com qualidade. Cada pessoa atendida utiliza pelo menos dois procedimentos fisioterápicos, classificados como mecanoterápicos, eletroterápicos, cinesioterápicos, crioterápicos e/ou fototerápicos.

Para melhor visualização do volume de procedimentos, apresenta-se, logo a seguir, no Gráfico 1, o consolidado do número de procedimentos fisioterápicos realizados pelo CREFI, em 2007, com relação às especialidades atendidas, que inclui a consulta fisioterápica, e os procedimentos relacionados com a visita domiciliar:

Gráfico 1 – Número de Procedimentos Fisioterápicos realizados pelo Centro de Reabilitação Fisioterápica no período de 2007 – Quixadá – CE



Fonte: Centro de Reabilitação Fisioterápica de Quixadá

A humanização, a efetividade, a eficiência e o acesso qualificado aos serviços têm sido definidos pela gestão como princípios para o trabalho em saúde, que devem permear todo e qualquer nível de atenção à saúde no município de Quixadá. Entretanto, ressalta-se que o acesso ao serviço de Fisioterapia, ainda é deficiente, principalmente para as pessoas da zona rural, e, sobretudo, para as acamadas nas próprias residências, que não dispõem dessa assistência, conforme é enfatizado nos seguintes discursos:

[...] os pacientes da sede acaba tendo maior acesso e os da zona rural maior dificuldade (Grupo I, ent 24).

[...] a gente não tem atendimento aos acamados da zona rural só tem para os da sede, então a gente percebe assim que esse é um ponto que deve ser melhorado e aí com a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) , a gente acredita que vai ser mais um passo para a melhoria do serviço, porque o profissional vai está chegando lá na zona rural, lógico sem os equipamentos, porque tem uma lógica de trabalho diferenciado e vai dar com certeza uma melhoria muito grande com relação ao acesso (Grupo I, ent 2).

No caminho da humanização das práticas de saúde, o grande desafio é o de transpor para o setor saúde os princípios aprovados nos textos constitucionais que tratam dos modos de operar o trabalho da atenção e da gestão em saúde. Dessa forma, é necessário restabelecer, no cotidiano, o princípio da universalidade do acesso, que deve ser implementado com a constituição de vínculos solidários entre gestores, trabalhadores e usuários, a fim de promover mudanças nas práticas dos serviços (BRASIL, 2006a).

A visita domiciliar é outra unidade do serviço de Fisioterapia, na qual são desenvolvidas atividades de reabilitação ou manutenção da saúde funcional das pessoas acamadas que residem na zona urbana e estão impossibilitadas de se deslocarem até o CREFI. Existe para essa ação uma fisioterapeuta, com carga horária de vinte horas, juntamente com um motorista da secretaria municipal de saúde, que conduz a profissional até a residência dessas pessoas.

Esse serviço é realizado no turno da tarde, de segunda a sexta-feira, quando a fisioterapeuta se desloca para diversas áreas da zona urbana de Quixadá, a fim de assistir a demanda referenciada por oito ESFs. O modo de atendimento fisioterápico nos domicílios já existe em Quixadá desde 1994, período em que a gestão municipal resolveu reorganizar estrategicamente a atenção básica,

transformando as ideias de Médico de Família e de ACS em um programa integrado, multidisciplinar e de abrangência intersetorial, que é o PSF (SAMPAIO et al., 2006a).

A atenção à saúde, que se realiza por meio do atendimento domiciliar, surgiu, portanto, da necessidade demandada por esses profissionais do PSF, uma vez que havia uma quantidade significativa de pessoas acamadas, com todas as possibilidades de sequelas musculares, articulares e/ou cárdio-respiratórias.

O CRISCA, onde está a unidade do serviço fisioterápico destinada a crianças e adolescentes com necessidades especiais, desenvolve suas atividades por meio do trabalho multidisciplinar, que funciona de segunda a sexta-feira, nos turnos da manhã e tarde, sendo que para a Fisioterapia, os atendimentos são no turno da manhã e apenas na terça-feira é que funciona no turno da tarde.

No Hospital Regional Eudásio Barroso, a assistência fisioterápica é realizada por duas profissionais com vínculo empregatício com o governo estadual, mas que prestam serviço ao município para assistirem pacientes internos, cumprindo uma carga horária flexível, de vinte horas semanais cada uma, pois há obrigatoriedade para cumprimento da carga horária mensal, mas não há exigência de turno ou dia para cumprir essa carga horária.

Na observação dessa USFt, foi perceptível a inexistência de espaço físico de apoio destinado ao serviço e de instrumentos específicos de trabalho fisioterápico. O atendimento é realizado mediante prescrição médica, que, muitas vezes, não detecta a necessidade da atuação fisioterápica, dificultando a garantia do acesso e a resolutividade do problema que o usuário apresenta.

A prática de Fisioterapia no SUS, em Quixadá, não pode ser compreendida sem contemplar a organização da assistência fisioterápica, nos distintos espaços onde ela se desenvolve. Portanto, a análise feita até aqui vem destacando o funcionamento de cada unidade e as relações que podem ser estabelecidas entre elas.

Descreve-se, sinteticamente, a seguir, as observações realizadas nas quatro USFts, durante a coleta de informações e suas respectivas análises baseadas no fluxograma analisador de Merhy (2007a).

Observação I: USFt – CREFI

A recepcionista deu bom dia para cada pessoa que se aproximou do balcão da recepção, solicitou o cartão do usuário, e, em seguida, pediu que ele assinasse uma frequência que documenta a realização do atendimento.

Os usuários foram organizados por ordem de chegada e ficaram aguardando a fisioterapeuta na recepção, onde foram acomodados em cadeiras dispostas em semicírculo. Durante esse tempo de espera, alguns clientes assistiram a programas de televisão, enquanto outros conversaram entre si.

A equipe de trabalho chegou às 7h, mas a fisioterapeuta só chegou quarenta minutos depois. Ela cumprimentou a todos com um bom dia, entrou no consultório para guardar seus objetos e solicitou às atendentes que iniciassem a chamada dos primeiros usuários para entrarem nas salas de tratamento.

O atendimento desse turno foi específico para pessoas que residem na zona rural e todos estavam dando continuidade ao tratamento fisioterápico. Os usuários foram encaminhados em grupo de nove pessoas para o tratamento e foram divididos em duas salas de acordo com o sexo: homens, na sala do final do corredor, e mulheres antes, na primeira sala do corredor. Essas salas são abertas, e possuem quatro camas de atendimento, além de cadeiras e aparelhos eletrofototerápicos novos e de última geração.

Do grupo de cinco mulheres, três apresentavam algias de coluna, uma artrose em joelhos e a outra tinha queixas de bursite no ombro direito. Do grupo dos homens, todos eram agricultores e sofriam com algias da coluna. O atendimento transcorreu simultaneamente nos dois grupos, com auxílio de duas atendentes. Em todos os usuários, tanto nas mulheres quanto nos homens, foram realizados procedimentos de crioterapia e eletroterapia. A fisioterapeuta mostrou-se atenta a todos os usuários em atendimento, ao mesmo tempo em que tentou estabelecer com eles um diálogo sobre os procedimentos e sobre a patologia, mas não conseguiu, porque sempre se fazia necessário seu deslocamento entre as duas salas. Uma das trabalhadoras se queixou da altura baixa das tomadas em que foram ligados os aparelhos, pois como precisa transportar os aparelhos de uma sala para a outra, tem que se baixar repetidas vezes durante o dia. E outra trabalhadora reclamou do grande volume de trabalho.

A área física estava bem higienizada, apresentava, além das áreas citadas, uma copa, um consultório para as avaliações fisioterápicas que são realizadas todas as segundas-feiras e banheiros masculinos e femininos. Essas áreas não estavam todas sinalizadas, apenas a copa, os banheiros, o consultório; quanto aos trabalhadores, eles tinham suas identificações no jaleco.

As salas da recepção, do consultório e da mecanoterapia têm um espaço amplo, porém as duas salas de atendimento, onde houve maior permanência dos usuários, possuem tamanhos menores. Os usuários que aguardavam na recepção reclamavam da demora, que durou quarenta e cinco minutos, para que o próximo grupo entrasse e se queixaram também do calor, porque o Centro é climatizado, mas, na recepção, o equipamento que refrigera o ar estava com defeito. Na recepção, existia apenas um ventilador que se localizava atrás do balcão, o que dificultou a ventilação para os que ficaram aguardando.

O segundo grupo de usuários entrou para o atendimento, e dessa vez, havia uma senhora idosa que tinha sido submetida a procedimento cirúrgico do fêmur direito devido a uma fratura e que precisou do tratamento fisioterápico para sua recuperação funcional. Em todas as etapas do tratamento, a senhora foi acompanhada pela filha, a qual também auxiliou a fisioterapeuta na condução do programa de cinesioterapia definido pela profissional. A usuária relatou que estava satisfeita, estava se sentindo melhor, quase boa, mas a sua recuperação se devia ao uso de um remédio caseiro ensinado pela sua tia que teve o mesmo problema e ficou boa. O atendimento foi realizado no salão grande da mecanoterapia que se situa entre a recepção e as salas de atendimento eletroterápico. A fisioterapeuta explicou para a usuária sobre a importância da Fisioterapia, e orientou quanto aos exercícios que deveriam ser realizados em casa.

Durante o atendimento, a usuária fez questão de dar a receita de seu milagroso, como enfatizava, remédio caseiro: uma xícara de leite de gado, um ovo de pata com casca, duas colheres, de sopa, de leite condensado, um punhado de mastruz, uma colher de mel de abelha e uma colher, de chá, do pó do carvão do pau angico. Coloca tudo no liquidificador e deixa bater por cinco minutos, depois cõa em uma peneira fina e toma de uma vez só. É recomendado que se tome o remédio todos os dias, durante o tempo em que a pessoa estiver doente.

As relações entre trabalhadores e entre trabalhadores e usuários foram respeitosas, mas o momento em que as queixas foram ouvidas e a relação dialógica

foi estabelecida ficou restrito ao dia da avaliação que correspondeu ao primeiro contato entre profissional e usuário. Em seguida, o tratamento transcorreu baseado na aplicação dos procedimentos técnicos que foram programados para o tratamento.

Depois de atenderem quarenta usuários, os trabalhadores encerraram suas atividades no CREFI às 11h. A equipe de trabalho retornaria às 13h para o turno da tarde.

Observação II: USFt – CRISCA

A fisioterapeuta chegou às 07h30min, cumprimentou as mães que estavam aguardando a profissional e entrou para a sala de estimulação precoce. Lá, preencheu várias fichas e comentou que aquele dia seria fraco porque vieram poucas crianças. Na sala, às 8h, entrou uma mãe com sua filha que tinha diagnóstico provável de autismo. A fonoaudióloga, que também chegou à sala, cumprimentou a mãe e iniciou o tratamento da criança.

Após dez minutos de atendimento, as profissionais conversaram com a mãe sobre a possibilidade da filha ser encaminhada ao neurologista para uma avaliação especializada, mas a mãe relatou que já havia tentado uma consulta com o médico por meio de encaminhamento feito pela ESF do seu município, que é Choró, cidade distante vinte e três quilômetros de Quixadá, mas não conseguiu.

A fisioterapeuta relatou que a criança foi atendida no CRISCA, mas a coordenadora disse que não podia, mesmo assim a equipe resolveu atender a criança, enquanto conseguia encaminhá-la para a Casa da Esperança, em Fortaleza. A fonoaudióloga tentou conversar com a assistente social para ajudar, alegando que no município de Choró não existe o serviço de Fisioterapia específico para criança especial, mas também não conseguiu.

A fisioterapeuta disse que não atendia mais essa criança, porque já fez o que “tinha que fazer” (sic). A criança ficou no colchão, com a mãe ao lado. A fonoaudióloga ligou novamente para a assistente social, mas não conseguiu localizá-la. Depois de dez minutos, a fisioterapeuta orientou à mãe quanto ao posicionamento e condutas que a mãe devia ter com a criança em casa. Em seguida, resolveu intervir novamente na criança, enquanto a fonoaudióloga tentava, mais uma vez, telefonar para falar com a assistente social, porém não houve

sucesso, de novo. Então, a fisioterapeuta saiu da sala, pegou o prontuário da criança e anotou o telefone da mãe para comunicá-la da consulta com o neurologista, assim que conseguisse marcar com a assistente social de Quixadá.

Às 8h e 30 min., a fisioterapeuta saiu da sala, em seguida, mãe e filha saíram também. A mãe acenou um até logo para a fonoaudióloga e, depois disso, a fisioterapeuta retornou. Cinco minutos após, entrou a segunda criança, sendo que, dessa vez, era para atendimento fisioterápico. A mãe entregou para a profissional uma orientação escrita pelo ortopedista, enquanto falava sobre a cirurgia que o filho seria submetido e a fisioterapeuta explicou para a mãe como seria a cirurgia.

A sessão começou com técnicas de alongamento para os músculos dos membros inferiores; a criança não colaborou e não atendeu aos comandos da profissional. A fisioterapeuta se irritou e falou para a mãe, que acompanhou todo o tratamento, que a criança “não colaborava porque não queria” (sic) e resolveu encerrar a sessão. Mãe e filho ficaram passivos diante da fisioterapeuta, e após dezoito minutos saíram da sala.

Enquanto aguardava a próxima criança, a profissional foi até a recepção para saber se ainda tinha algum atendimento. Na entrada da sala de estimulação, havia um cronograma que registrava nove crianças agendadas para o atendimento fisioterápico daquele dia.

Às 8h e 55 min., chegou a terceira criança, com sete anos de idade, apresentando o diagnóstico de síndrome de Moebius, doença rara que se caracteriza por paralisia facial congênita. O atendimento foi feito no colchão que estava no chão, e a mãe também assistiu ao tratamento. Iniciou-se, ao mesmo tempo, uma conversa entre mãe e a fisioterapeuta sobre a incidência de convulsões e de cefaléias que a criança vinha sentindo e sobre alimentação, pois a mãe disse que estava alimentando a criança com mamadeira e não sabia se era correto. Naquele momento, a fisioterapeuta fez algumas orientações; não houve a participação da fonoaudióloga, pois ela estava ausente da sala. Após dez minutos, a fisioterapeuta levantou do colchão, foi lavar as mãos e retornou para a sala quando a mãe também já estava saindo.

O ambiente de trabalho foi calmo, mas não ofereceu conforto nem equipamentos para auxiliar o trabalho desenvolvido pela equipe. A estrutura estava bem higienizada, porém pouco ventilada, e os armários e os espelhos estavam enferrujados e quebrados. As salas eram sinalizadas e a comunicação aconteceu de

modo informal, repassada de pessoa a pessoa. Certos comportamentos da fisioterapeuta foram polêmicos, admitindo discussão e revisão.

A fisioterapeuta encerrou seu atendimento às 9h e 5min., mas ficou aguardando no serviço até as 10h e 30min., horário em que se despediu dos colegas da equipe de trabalho, e relatou que à tarde faria atendimentos domiciliares. Não houve atendimento de Fisioterapia à tarde no CRISCA.

Observação III: USFt – Visita domiciliar

A fisioterapeuta aguardou o motorista para conduzi-la às residências. Às 13h e 30 min., ela se dirigiu à casa do primeiro usuário. Ao chegar, houve uma conversa entre a paciente e a fisioterapeuta sobre o seu estado. A fisioterapeuta questionou sobre os exercícios que havia orientado para que fossem feitos durante os últimos dias e, logo em seguida, iniciou a sessão terapêutica. O motorista ficou aguardando do lado de fora, na calçada da casa.

O atendimento foi previamente agendado, e no caso dessa paciente foi definido pela fisioterapeuta que a visita seria três vezes por semana, no período da tarde, no horário de 13h e 30 min. às 14h e 30 min.

A usuária tinha oitenta e dois anos, apresentava problemas respiratórios e motores, deambulava com dificuldade e referia dores na coluna vertebral e em membros inferiores. O atendimento prosseguiu com a verificação da pressão arterial, ausculta pulmonar e, em seguida, a fisioterapeuta aplicou as técnicas de desobstrução e reexpansão pulmonar, os exercícios para os membros superiores e inferiores e treino de equilíbrio. A filha da usuária acompanhou toda a dinâmica da cinesioterapia, participou, questionou e se responsabilizou em auxiliar a mãe quanto a exercer esse mesmo programa de exercícios terapêuticos nos dias em que a profissional não viesse. A fisioterapeuta se queixou da cama que era baixa e a filha disse que não era possível colocar uma cama hospitalar na casa porque iria dificultar o manuseio da mãe. A relação entre usuária, família e fisioterapeuta foi de respeito, carinho e gratidão.

A visita foi encerrada às 14h e 20min., a filha, responsável pela usuária, assinou uma lista de frequência, em que foram registrados todos os atendimentos da tarde. Na saída da fisioterapeuta em direção ao carro, a usuária pediu para não

deixar o carro quebrar. Na realidade, tratou-se de uma queixa que foi feita em virtude do carro que conduz a profissional, muitas vezes, quebrar, e quando isso acontecia, a pessoa ficava sem atendimento. O motorista disse que o problema é a falta de manutenção. Então a fisioterapeuta avisou que quando não viesse é porque teria havido algum problema com o carro, mas que ela não deixasse de realizar seus exercícios.

A fisioterapeuta se dirigiu para o segundo atendimento, reclamou do calor, que chegou a ser fatigante devido ao clima quente e seco da região. O carro não tinha ar condicionado e era bastante desconfortável. A próxima casa ficava em outro bairro. Às 14h e 30 min., ela chegou à nova residência. Cumprimentou todos da família que estavam na sala e conversou com a usuária, que pediu para que elas fossem até a casa vizinha realizar o tratamento, pois na sua própria casa não havia cômodo algum com espaço suficiente. Essa paciente era uma jovem vítima de queimadura de segundo e terceiro graus no membro superior direito e tronco; ela foi internada no Instituto José Frota (IJF), de Fortaleza, e, depois, retornou para Quixadá com a orientação médica de realizar tratamento intensivo de Fisioterapia. O critério que incluiu essa usuária no atendimento domiciliar é o de que ela não podia ficar exposta ao sol.

Na casa vizinha, o cômodo escolhido foi a cozinha, por ser mais espaçoso e ventilado. Ela estava realizando a segunda sessão fisioterápica, que teve um programa de exercícios terapêuticos com objetivo de recuperar a função motora do membro afetado. Nesse caso, a visita domiciliar foi agendada de segunda a sexta-feira, no horário de 14h e 30 min. Mas a fisioterapeuta orientou que no dia que ela não viesse, o motivo seria o carro que quebra muito, mas que a paciente deveria continuar realizando todos os exercícios e enfatizou a importância do tratamento. Ao final do atendimento, às 15h, a usuária assinou a lista de frequência, e a fisioterapeuta se despediu com uma saudação de até amanhã.

A fisioterapeuta entrou na residência de outra usuária, dessa vez para atender gêmeas prematuras, com idade cronológica de um ano e três meses. Essas crianças não eram atendidas no CRISCA, porque a mãe estava impossibilitada, por motivo de doença, de se deslocar até o Centro, então, temporariamente, o acompanhamento do desenvolvimento motor das crianças seria realizado na sua própria casa.

A profissional conversou com a mãe sobre o seu estado de saúde, sobre a alimentação, a higiene e as reações motoras das crianças e, depois, iniciou a estimulação motora com uma criança de cada vez. A mãe se mostrou muito feliz pela presença da fisioterapeuta. Após uma hora, a profissional se despediu das usuárias, marcou uma nova visita para semana seguinte e pediu que a mãe desse continuidade aos exercícios e seguisse as orientações quanto à postura, ao manuseio e à alimentação das crianças.

Na quarta visita domiciliar, às 16h, o atendimento fisioterápico, dessa vez, foi de uma usuária que apresentava sequelas consequentes de acidente vascular encefálico (AVE). A fisioterapeuta realizou Fisioterapia motora e respiratória com objetivo de recuperar a funcionalidade ativa da usuária, bem como sua independência para as atividades de vida diária.

Ao final do atendimento, a profissional orientou quanto aos cuidados que a família deveria ter com a paciente, quanto aos exercícios que deveriam ser realizados e se despediu por volta das 17h, horário em que as visitas daquela tarde foram encerradas. Em seguida, a fisioterapeuta retornou à unidade e foi para um negócio de sua família, onde ela também atua, para outra jornada de trabalho.

Observação IV: USFt – HREB

A fisioterapeuta chegou às 8h no hospital. Entrou, deu bom dia e foi para o refeitório, onde conversou com outros profissionais que também estavam ali. Durante toda manhã não foi realizado atendimento fisioterápico. A profissional relatou que não tinha material de proteção e a maioria dos casos eram pessoas com doenças infecto-contagiosas.

No hospital, estavam internos alguns usuários com afecções respiratórias, como pneumonia e tuberculose, outros com acidente vascular encefálico em fase aguda, e, ainda, usuários que foram submetidos à cirurgia por patologia de origem traumatológica e/ou ortopédica.

A profissional relatou que sua rotina é chegar ao hospital e olhar nos prontuários se há alguma prescrição médica para tratamento fisioterápico. Se houver, ela analisa e resolve se irá realizar o atendimento ou não, isso vai depender

do caso, pois “não atende pessoas com doenças contagiosas” (sic), devido ao fato do hospital não ter material de proteção.

A fisioterapeuta reclamou que não tem uma sala de apoio para guardar seus objetos e servir de referência para o serviço de Fisioterapia dentro do hospital, além de se queixar, ainda, da falta de material de trabalho específico da Fisioterapia. Então, ela ficou em outra sala, conversou com um e com outro, e decidiu ir até o setor pessoal para ajudar no serviço burocrático, mas foi proibida pelo diretor do hospital de realizar essa função.

Às 10h, a profissional fez uma visita a cada usuário interno, deu bom dia, foi simpática, mas disse que só assistia aqueles usuários prescritos no prontuário, em que ela registra o atendimento, quando é realizado. Não existe horário definido para a saída da profissional do hospital, isso só depende do cumprimento em realizar o tratamento fisioterápico referente às prescrições médicas. Naquele dia, a profissional saiu às 11h.

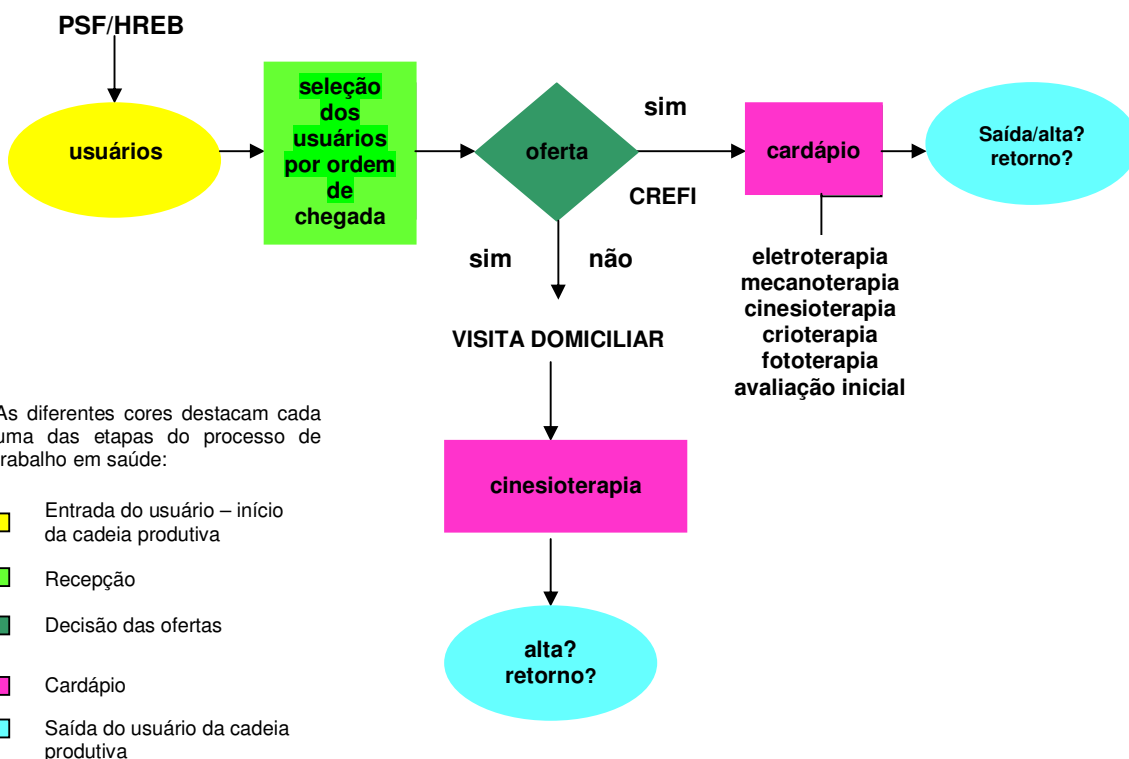
Considera-se, portanto, que as observações realizadas revelaram uma assistência em que o atendimento é individual, conduzido de forma pontual, isolada, centrado na queixa do usuário, muitas vezes, rápido, limitado pelo equipamento disponível no momento, sem planejamento, centrado na figura do fisioterapeuta, com falhas de biossegurança e na própria técnica utilizada para a intervenção clínica.

Utilizando-se do fluxograma analisador de Merhy (2007a), apresenta-se no fluxograma 1, na página a seguir, o modo de organização do conjunto de processos de trabalho que se vinculam entre si em torno da cadeia de produção da prática fisioterápica, a fim de facilitar a análise das observações realizadas.

Fluxograma 1 – Fluxograma analisador do modo de organização do serviço assistencial de Fisioterapia no SUS – Quixadá

USFts I e III

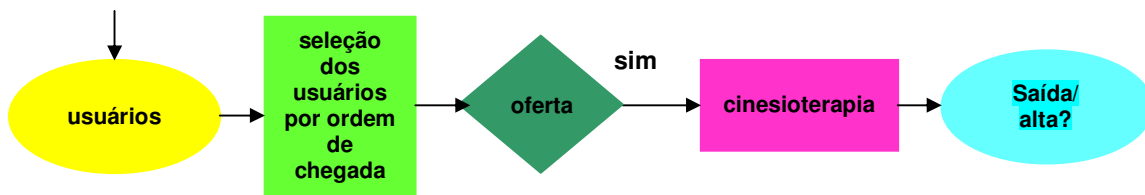
Demanda referenciada



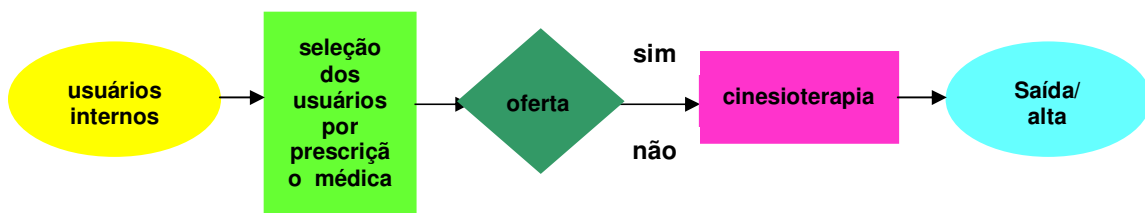
USFt II

Demanda referenciada

PSF /neurologista/ortopedista/
encaminhamentos internos



USFt IV



As observações trazem à tona a discussão sobre o processo de trabalho do fisioterapeuta, aqui, especificamente, a clínica desenvolvida na sua prática do SUS. Para Campos (2003), existem várias clínicas, com particularidades importantes, que se comunicam e se interpenetram, classificáveis em três: Clínica Oficial, Clínica Degradada e Clínica Ampliada.

A Clínica Oficial é definida como a tradicional clínica cartesiana, espaço onde a prática em ação desconhece a pessoa enferma e personifica a enfermidade. Uma clínica que se reduz e atomiza diversas possibilidades do conhecimento, restringindo, a própria condução terapêutica.

A Clínica Degradada é definida como uma clínica permeada por interesses de qualquer natureza – política, econômica, ideológica – na qual a práxis se configura distante das necessidades de saúde, e na qual os diferentes interesses sobrepõem-se à promoção, à prevenção, à cura ou à reabilitação dos usuários, imprimindo neles uma lógica de submissão.

A Clínica Ampliada critica as anteriores e afirma-se como centrada no sujeito concreto, e não apenas na sua enfermidade, a fim de que se reconheça além do que o sujeito apresenta de igual (diagnóstico), mas o que ele apresenta de singular, de diferente. O intuito seria o de resgatar a sua integralidade humana, pois as pessoas não se limitam às expressões das doenças de que são portadoras (BRASIL, 2007).

Desse modo, a Clínica Ampliada não polariza o conceito de saúde e doença como coisas que se excluem, mas compreende-os como imbricados em um mesmo corpo, em processo histórico-social singularizado, ao mesmo tempo em que abre inúmeras possibilidades de participação dos usuários, incluindo-os na responsabilidade com a produção da saúde.

A partir das considerações feitas, percebe-se que a clínica desenvolvida no serviço de Fisioterapia no SUS de Quixadá apresenta-se muito próxima do conceito de Clínica Oficial, com fortes elementos de Clínica Degradada, incorporando discursos, boas intenções, que apontam a Clínica Ampliada em um certo horizonte das vontades.

Diante da proposta da gestão municipal em estruturar um modelo de atenção à saúde em que o acesso, o acolhimento, a capacidade resolutiva e o grau de autonomia dos sujeitos envolvidos com a produção de saúde sejam ampliados,

questiona-se sobre como se pretende alcançar tais metas com a lógica organizacional que se apresenta na rede de serviços fisioterápicos. Nesse caso, a resposta depende do objetivo da intervenção, do caminho que se deseja percorrer para construir a prática que se quer realizar.

A forma de acesso do usuário que busca inserção nas unidades de serviço de Fisioterapia se dá através de encaminhamentos externos do PSF (médico, enfermeira, ACS), HREB (traumatologista-ortopedista e neurologista); de encaminhamentos internos feitos pelos trabalhadores da própria unidade; e de retornos programados, que após a primeira consulta, o fisioterapeuta faz um agendamento para retorno, baseado na necessidade e na disponibilidade do usuário em se deslocar até a USFt.

Atualmente, o serviço de Fisioterapia, sob a ótica da gestão, atende às exigências de acesso do sistema de saúde local no que se refere à reabilitação. Porém, foi possível identificar, através de observações na USFt III, que só são atendidos, no máximo, cinco pessoas por turno, pois esse número depende da gravidade do problema de cada pessoa, e cada pessoa recebe a visita da fisioterapeuta duas vezes por semana, ficando insuficiente a oferta do serviço em relação à demanda, o que dificulta o acesso e gera uma fila de espera.

Os usuários que chegam às USFts são todos recebidos de alguma maneira por um grupo de trabalhadores. De certo modo, o pronto-atendimento apresenta-se resolutivo, uma vez que seu objeto de intervenção está centrado na queixa e, ao solucionar a necessidade imediata do usuário, cumpre integralmente sua função – resolver problemas pontuais e imediatos. Porém, esse modo de operar a produção de saúde não garante a resolução das reais necessidades e expectativas do usuário.

Para Merhy (2004), o encontro entre usuário, portador de uma dada necessidade de saúde, com um trabalhador, portador de um dado arsenal de saberes específicos e práticas, envolve um encontro de situações não necessariamente equivalentes. Um, ao perceber um dado problema como problema de saúde ou necessidade de saúde, procura obter, nesse encontro, uma relação de compromisso baseado na sinceridade, na responsabilização e na confiança na intervenção, como uma possível intervenção, enquanto o outro também busca algumas coisas nessa relação, tem necessidades, mas essa procura não tem a ver, necessariamente, com o que o outro espera.

O modelo de atenção do serviço de Fisioterapia analisado nessa pesquisa demonstrou que os usuários, no cotidiano, são submetidos à forma tradicional de entrada: por ordem de chegada, sem ser avaliada a gravidade, o risco, a vulnerabilidade de cada usuário. O atendimento é seriado, mas a escuta às queixas só é realizada no dia da consulta, denominada de avaliação inicial, onde fisioterapeuta e usuário se encontram para uma conversa, para a troca de expectativas.

Na etapa da recepção, o usuário é questionado sobre sua doença e sobre o encaminhamento médico, critérios que o serviço utiliza para decidir se o problema de saúde trazido pelo usuário será ou não objeto de ação do serviço. Em seguida, a recepcionista decide para onde encaminhá-lo, se vai mandá-lo para a próxima etapa do trabalho a ser realizado dentro da própria USFt ou se o usuário será encaminhado à outra unidade fisioterápica.

No caso da USFt do HREB, o critério utilizado para decidir e selecionar o usuário para a etapa da intervenção tecnológica é o da prescrição médica registrada em prontuário. Essa forma de decisão foi indicada como dificuldade ao que se refere à efetividade do atendimento, como se observa no discurso a seguir:

Dentro da unidade hospitalar, ainda é de forma insipiente a questão da Fisioterapia de forma mais espontânea, a gente tem tentado passar isso porque é importante fazer com que os acamados tenham atendimento de forma mais contínua (Grupo I, ent 23).

No processo de trabalho em saúde, as instituições devem ser espaços de produção de bens e serviços para os usuários, mas também espaços de valorização do potencial inventivo dos sujeitos que trabalham nessas instituições/serviços. A criação implica experimentação constante, maneiras diferentes de fazer, evitando a tarefa de forma mecânica, uma vez que se constroem outros modos de trabalhar para dar conta de uma situação diferente daquela que se considera ideal (BRASIL, 2006d).

Os critérios adotados para a tomada de decisões são variados entre as USFts. Às vezes, usa-se a falta de equipamentos para a negação da intervenção, em outras, usa-se a inexistência de oferta do tipo de atividade que se imagina que o usuário precisa ou critérios próprios de quem está atendendo.

A PNH sugere a reversão e reinvenção dos modos de operar os processos de acolhimento que se concretiza nas práticas de saúde por meio da

escuta qualificada e da capacidade de pactuação entre demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço, presente em cada encontro.

Para a PNH, ao longo do tempo, os serviços de saúde organizaram seu processo de trabalho baseando-se no saber das profissões e das categorias e não em objetivos comuns, focado no usuário e na produção de saúde. Esse tipo de organização, a tanto cultivado, não garante que as práticas se complementem ou que haja solidariedade na assistência. Esses aspectos se mostram necessários para que se produza um processo de trabalho eficaz em oferecer um tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. A ausência de tais aspectos na produção da prática de saúde acarreta a falta de motivação dos profissionais e de incentivo ao envolvimento dos usuários (BRASIL, 2006d).

O acolhimento ao usuário é feito sob as formas de afirmação ou negação do atendimento, processadas dentro de uma lógica que dificulta a existência do espaço intercessor, isto é, espaço onde trabalhador e usuário se encontram para uma escuta que gere um mútuo reconhecimento de direitos e deveres para a tomada de decisão.

Os processos de anestesia de escuta e de produção de indiferença diante do outro em relação as suas necessidades e diferenças, tende a produzir a falsa impressão do cuidado, da produção da prática de saúde (BRASIL, 2006a).

A intervenção assistencial é composta por projetos centrados em procedimentos, modo estruturado e semiestruturado de produção de saúde que se organiza a partir dos profissionais e de seus saberes/competências. Nesse sentido, são ofertados pelo serviço de Fisioterapia procedimentos terapêuticos estruturados que são classificados como mecanoterápicos e cinesioterápicos. Esses procedimentos são os que utilizam exercícios terapêuticos com auxílio da mecânica, exercícios livres ou exercícios assistidos pelo próprio fisioterapeuta. Os procedimentos terapêuticos estruturados são classificados, ainda, como eletrotermofototerápicos, que utilizam o recurso da energia elétrica, dos fótons de luz para utilização de calor na forma superficial e/ou profunda para efeito terapêutico. Para as USFs II, III e IV são ofertados, basicamente, os procedimentos cinesioterápicos, tanto pela característica da demanda quanto pela escassez de equipamentos mecânicos e elétricos.

Outro ponto analisado, a partir da observação, está relacionado ao não cumprimento da carga horária. Os profissionais são distribuídos em turnos de quatro

horas, mas eles só permanecem por cerca de três horas em cada turno, algumas vezes por atrasos na chegada e outras vezes devido ao encerramento mais cedo do turno de trabalho. Na USFt I, por exemplo, a média de atendimento por turno é de quarenta e cinco usuários e para cada pessoa é usado um tempo de pelo menos trinta minutos, ficando a assistência fisioterápica muito mais delegada às tecnologias duras.

Para Merhy (2007b), o trabalho em saúde não pode ser capturado pela lógica do trabalho morto, expresso em equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois, para produzir saúde, é necessário operar as tecnologias das relações, dos encontros, das subjetividades, comportando um grau de liberdade significativo na escolha do modo de fazer essa produção.

Esses profissionais possuem outras atividades empregatícias, e realizam suas atividades no serviço público conciliando com suas agendas particulares, limitando, assim, a capacidade de resolver problemas e produzir saúde. Além disso, o número de profissionais é insuficiente para a demanda, o que faz com que, muitas vezes, o atendimento seja realizado por atendentes ou recepcionistas. Esses aspectos dificultam as relações entre profissionais e usuários, uma vez que o contato é rápido, superficial e mecânico.

Os usuários experimentam um cardápio de procedimentos de acordo com o projeto terapêutico definido pela fisioterapeuta durante a avaliação inicial, que é realizada no primeiro encontro entre usuário e profissional. Nesse momento, foi possível observar o amplo poder de autogoverno do fisioterapeuta dentro do processo de trabalho, uma vez que a programação terapêutica é gerida, exclusivamente, pela decisão desse profissional em adequar os recursos disponíveis ao tratamento da queixa da patologia, da dor física ou da incapacidade funcional.

Ao fim da cadeia produtiva do trabalho fisioterápico, os usuários que foram submetidos às intervenções, saem com alta por cura, por recuperação funcional total ou parcial ou para retorno, considerando que o tratamento fisioterápico é realizado de modo seriado. Os que saem por recuperação parcial, são os casos de pessoas com doenças crônicas que necessitam de atendimento por tempo indeterminado. Porém, para não gerar fila de espera o serviço utiliza-se de um sistema de rodízio, em que essa clientela sai com alta temporária e depois de um determinado período ela retorna.

4 CAPÍTULO II

Trabalhadores e Usuários da Assistência Fisioterápica: Insatisfação, Conhecimento Fragmentado, Falta de Autonomia e Repetitividade

As análises e discussões das informações obtidas por meio das entrevistas com os trabalhadores, que exercem direta ou indiretamente a prática fisioterápica, e com os usuários, que são o centro do processo dessa prática, são apresentadas nesse capítulo com o objetivo de apontar limites, avanços e perspectivas da prática de Fisioterapia no SUS/Quixadá em relação à PNH.

Para fundamentação dos conteúdos de referência temática, trazem-se autores que sustentam e dialogam com as informações empíricas apresentadas e que confrontam entre si para uma triangulação das informações. Na perspectiva de confronto de ideias, inserem-se os registros do diário de campo para auxiliar na compreensão das coerências/incoerências entre o que propõe a política e o que se apresenta no espaço concreto do cotidiano da prática fisioterápica.

Para apresentar o conteúdo, foram estabelecidas três categorias temáticas empíricas que emergiram das falas dos entrevistados. Essas categorias são interdependentes e permitem a compreensão acerca do objeto de análise proposto.

A primeira categoria analisada, **relação entre atenção e gestão na prática fisioterápica**, permite uma discussão baseada no princípio fundamental da PNH que é o de inseparabilidade entre gestão e atenção e entre clínica e política, incorporando a visão dos sujeitos sobre a prática da Fisioterapia.

A segunda categoria, **acolhimento como dimensão espacial: recepção administrativa e ambiente confortável**, torna possível a análise do acolhimento realizado nos espaços da prática fisioterápica e a análise de como os usuários e os trabalhadores da saúde funcional vivenciam esse dispositivo no cotidiano dos processos terapêuticos.

A terceira categoria analisada, **valorização do trabalhador e a construção da sua autonomia na prática fisioterápica**, permite analisar a qualificação dos trabalhadores e as condições em que se dão o fazer/agir no

cotidiano do trabalho fisioterápico. Discute-se, aqui, o encontro entre esses determinantes do processo de trabalho e a autonomia do trabalhador, refletindo o caráter libertador que este dispositivo proporciona.

4.1 Relação entre Atenção e Gestão na Prática Fisioterápica

A PNH, enquanto movimento de mudança dos modelos de atenção e gestão em saúde, declara como princípio fundamental a inseparabilidade entre atenção e gestão e entre clínica e política, assim incorporando, na integralidade, o cuidado e suas condições de realização, o processo técnico e a compreensão do que sejam direitos, sujeitos, democracia, processo saúde/doença.

A humanização da atenção e da gestão das práticas de saúde é uma prioridade inadiável, mas a concretização do processo traz, como principal desafio, pensar e exercer a clínica e a gestão juntas, permitindo que os usuários não sejam reduzidos a um recorte diagnóstico ou a um recorte burocrático, sem participação no processo de produção de saúde.

Desse modo, a prática fisioterápica analisada apresenta limitações em suas ações individuais, restringindo a sua resolutividade, ou seja, a capacidade de dar respostas adequadas às necessidades das pessoas. Entretanto, ao mesmo tempo, mostra sinais de avanços quantitativos e/ou qualitativos quando comparados aos últimos anos, ao que se refere à gestão do serviço por trazer uma perspectiva de gestão participativa, de construção coletiva.

A limitação na resolutividade da prática fisioterápica passa por uma dependência histórica em que a Fisioterapia e o fisioterapeuta tinham como objeto de estudo a reabilitação física, centrado na doença e na utilização das tecnologias duras, que são os equipamentos eletroterápicos, mecanoterápicos e fototerápicos, e das tecnologias leve-duras, que se apoiam em conhecimentos estruturados de anatomia, histologia, fisiologia, patologia, biomecânica, entre outros, necessárias para desenvolver ações curativas e de reabilitação, mas que não são suficientes para satisfazer as diferentes demandas e os diferentes problemas da saúde funcional.

Para Campos (2003), a organização da prática de saúde baseada, principalmente, em saberes estruturados e dependentes de tecnologias duras, com tendência à fragmentação do indivíduo, considerando apenas suas estruturas anatômicas e funcionais, torna essa prática cada vez mais alienada, tanto no campo do saber quanto no campo de seus métodos e técnicas de intervenção.

Nas falas dos grupos entrevistados, evidencia-se que a atenção fisioterápica resulta da suposição de que basta o diagnóstico para definir todo o tratamento para uma pessoa, os casos são atendidos de forma padronizada, independente das necessidades/singularidades de cada um. A responsabilidade passa a ser pela patologia e não pelo sujeito doente, como pode ser conferido nos trechos dispostos a seguir:

Na consulta, levamos em conta o porquê que o paciente nos procura, a procura sintomatológica, da dor, da incapacidade física. [...] Devemos almejar mais para tratar plenamente as patologias (Grupo II, ent 4).

Pra ver se é atendido na clínica, no domicílio, vejo a patologia, o diagnóstico e o endereço (Grupo II, ent 1).

Sem o encaminhamento a gente não pode marcar, então a gente diz pra ele ir pro Eudásio Barroso se consultar. Como é que o fisioterapeuta vai fazer o tratamento se ela não traz o diagnóstico, né? (Grupo III, ent 8).

Ela chegou com queixa de dor no ombro, mas desviou a conversa, eu escutei e levei quase uma hora na avaliação, essa parte, às vezes, a gente acaba fazendo (Grupo II, ent 5).

A identificação da patologia e do seu diagnóstico é um elemento que faz parte de toda avaliação, com fins de definir condutas terapêuticas, porém, a clínica focada no tecido, no órgão, no sintoma e na doença converge para uma Clínica Oficial.

Do ponto de vista do usuário, Merhy (2004) afirma que, em geral, ele não reclama da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim da falta de interesse e de responsabilização do serviço, em torno de si e do seu problema, deixando-o inseguro, desinformado, desamparado e desprotegido.

Para uma perspectiva de humanização da prática, no plano da assistência, a clínica deve ser ampliada para uma dimensão político-social, contextualizando saberes e processos de adoecimento e de saúde que possibilitem uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário.

Campos (2003) defende que a Clínica Ampliada depende do trabalho em equipe e da interação interdisciplinar entre as distintas formas de exercício clínico existentes e, ao incorporar o sujeito e seu contexto à prática, introduz as várias possibilidades de intervenção, o que cobra de cada equipe uma capacidade para criar na intenção de responder à variabilidade biológica, psíquica e social dos casos. Para o desenvolvimento dessa clínica, faz-se necessário um sistema de gestão que, ao mesmo tempo, ofereça formas de controle, diretrizes e critérios, e estimule a autonomia das equipes.

Nessa nova dimensão da clínica, de uma clínica ampliada, o maior interesse deixa de ser pela patologia e passa a considerar a história, o contexto, para captar como o sujeito singular se produz diante das forças, como as doenças, os desejos e os interesses, bem como o trabalho, a cultura, a família e sua rede social, para que sejam construídos os projetos terapêuticos individuais ou coletivos.

Os projetos terapêuticos singulares (PTS) e o trabalho em equipe interdisciplinar são dispositivos da atenção e da gestão sugeridos pela PNH, que ajudam usuários e trabalhadores a lidarem com a complexidade dos sujeitos e com a multicausalidade dos problemas de saúde.

O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo, resultante da discussão coletiva de uma equipe que busca a singularidade/diferença como elemento central. Esse processo depende fortemente da gestão, devido a sua importante função que é a de gerir de forma que todos os membros da equipe sejam respeitados e valorizados (BRASIL, 2007).

Na prática fisioterápica foi possível observar e confirmar, a partir das relevâncias dos conteúdos registrados dos trabalhadores e usuários, a verticalidade do projeto terapêutico amparado pela decisão exclusiva do fisioterapeuta, depois de se basear no diagnóstico oriundo da avaliação do conjunto dos sinais e sintomas dos usuários.

O PTS pode ser considerado como uma variação da discussão de caso clínico, como apresenta Cunha (2005), ao informar esse recurso como um antiprotocolo, isto é, um protocolo ampliado que tem como finalidade reunir a equipe para que todas as opiniões possam ajudar a entender o sujeito doente e definir as propostas de ações, considerando a busca da singularidade como elemento central de articulação.

Nesse contexto, o projeto terapêutico que se estabelece na prática da Fisioterapia é individual e não singular. O usuário, ao ser atendido, entrega seu corpo ao fisioterapeuta que faz perguntas, apalpa, testa os movimentos articulares, mede seu tônus e o trofismo muscular e, em seguida, chega sozinho a uma conclusão e estabelece um plano de tratamento que deve ser seguido por uma série de sessões. Tal maneira de praticar o cuidado é demonstrada pelas respostas dos trabalhadores, quando questionados sobre a clínica exercida:

O tratamento do paciente quem define sou eu, fisioterapeuta (Grupo II, ent 5).

O plano de tratamento cada fisioterapeuta faz o seu da maneira que acha que deve ser feito (Grupo II, ent 7).

É feito dentro da especificidade de cada paciente, inicia com a recuperação da dor, depois com a recuperação funcional, e o atendimento é seriado (Grupo II, ent 9).

Desse modo, o usuário tem a ideia de que o profissional é quem entende do seu corpo, e deixa de perceber a verdade de que a doença, muitas vezes, foi gerada devido ao tipo de vida que essa pessoa leva. Em diário de campo foi possível registrar que a maioria das doenças com as quais o fisioterapeuta se defronta é sinal de um modo de viver das pessoas que está errado e que é importante para o profissional e para o usuário compreenderem a doença para saber modificar o estilo de vida. Isso só é possível com a participação ativa do próprio usuário, da sua família e da sua comunidade.

Os depoimentos abaixo confirmam essas discussões, quando os usuários foram questionados sobre a sua participação no tratamento fisioterápico:

A doutora me examinou, olhou o RX, ela me explicou que caso de clavícula não é coisa simples, ela decide o que eu faço de tratamento, ela é quem sabe o que é melhor, né? (Grupo IV, ent 18).

O tratamento quem decide é a fisioterapeuta, ela pede que a gente fique fazendo o exercício, por exemplo, se ela mandar fazer o exercício tantas vezes na perna, a gente faz... (Grupo IV, ent 16).

Quem diz o que eu vou fazer é a doutora e nunca mudou. Eu não sei por que eu faço esse tipo de tratamento, mas a doutora disse que se eu não fizesse eu ia ficar inutilizada porque ela disse pra mim: a senhora sabia que a sua coluna não tem jeito? (Grupo IV, ent 15).

A doutora disse o que eu tenho que fazer, disse que meu caso é tendinite, ela faz o gelo porque ela disse que era bom, chupa a dor. Ela me disse que o tratamento vai melhorar, não vai curar e me proibiu de lavar roupa. O ultrassom maltrata muito, mas ela diz que é porque eu fiz isso assim, assim... (Grupo IV, ent 14). Este fiquei com dúvida se perdeu o hífen

Os profissionais, ao adotarem essa postura diante dos sofrimentos dos usuários, acabam por fomentar a ideia de que as doenças são defeitos em uma parte do corpo, e de que esses defeitos ou deficiências não têm relação com o estilo de vida da pessoa. Além disso, o fato de esses profissionais divulgarem que para combater as doenças basta seguir normas ditas por uma pessoa que adquiriu um saber técnico implica também na fomentação da ideia de que quanto mais obediente o usuário for, melhor para o seu corpo, para a sua recuperação.

Alguns meios sugeridos pela PNH para o envolvimento do usuário como protagonista da sua saúde e da sua própria vida são a escuta e a criação de vínculos e afetos. A escuta se refere a toda queixa do usuário, mesmo quando não interessar diretamente para o diagnóstico e o tratamento. O intuito é o de ajudá-lo a construir os motivos que ocasionaram seu adoecimento e seus desafetos relacionados à vida e a sua rede social (BRASIL, 2007).

Nesse sentido, a escuta às queixas dos usuários, como propõe a Clínica Ampliada reconhecida pela PNH, tem sido realizada pela maioria da equipe de trabalhadores do serviço de Fisioterapia, o que se aponta como avanço, embora seja realizada apenas no primeiro contato entre trabalhador e usuário, que acontece no dia da avaliação, não tendo influência no percurso do tratamento e, portanto, não se fazendo presente nos outros momentos onde se encontram trabalhadores e usuários. Os discursos abaixo evidenciam como tal fenômeno tem ocorrido:

Procuro conhecer a realidade da criança, a gente tenta tirar dos pais suas angústias, ansiedades, ter uma conversa, a gente tenta resolver junto aquele problema, mas é também importante ele ouvir a gente (Grupo II, ent 1).

[...] quando vem marcar, tem paciente que chega nervoso porque já vem com aquele problema, ele quer ficar bom, querem saber o que é, o que faz e se melhora logo, aí converso com ele tudo direitinho, aí ele já sai mais feliz (Grupo III, ent 2).

Lá temos o dia da avaliação, aí a gente procura perceber as dificuldades individuais dentro do contexto coletivo. Você tem uma pessoa agricultora com escoliose, não importa dizer que ela tem escoliose, ela quer saber se pode voltar a trabalhar. Então o primeiro

critério é avaliar o problema de saúde, depois seu contexto social (Grupo II, ent 4).

É feita toda segunda-feira a avaliação. Antigamente era junto com os atendimentos, aí a gente não dava a atenção devida, a gente precisava olhar os exames, a atenção que ele tem necessidade é de explicar o que é que eles têm. O médico não diz e eles têm sede de descobrir, aí vem a necessidade de passar um pouco mais com ele pra gente dar aquela orientação... (Grupo II, ent 9).

A escuta das queixas do paciente quem faz é a gente mesmo na avaliação. Às vezes, ele sai do foco da doença e vai para o problema familiar, problema do trabalho (Grupo II, ent 5).

Nem sempre será possível fazer uma escuta detalhada o tempo todo e a todo mundo, principalmente em se tratando de um serviço de Fisioterapia, onde há grande demanda e a assistência é prestada de modo seriado. Mas é viável escolher quem precisa mais, por intermédio de um processo semelhante ao da classificação de risco, e incrementar os encontros com mais atenção, sensibilidade e compromisso com o outro.

A responsabilidade de trazer para o cotidiano da prática de saúde funcional esses novos meios é dos profissionais, no sentido de fazer um exame permanente dos próprios valores e dos valores da sociedade, pois o que pode ser ótimo para o profissional pode estar contribuindo para o adoecimento do usuário.

Quanto mais a doença for compreendida e correlacionada com a vida, menos chance haverá de essa doença se tornar um problema somente do serviço de saúde, pelo contrário, a doença, vista sob esse prisma, tornar-se-á um problema também do sujeito doente e evitará a infantilização da atitude passiva desse doente diante do tratamento (BRASIL, 2007).

Como se sabe, não são poucas as doenças que são causadas ou agravadas por situações de dominação e injustiça social. As doenças surgidas devido às lesões por esforços repetitivos (LER) e as doenças ocupacionais resultantes do trabalho (DORT), causadas pelas condições inadequadas de trabalho, com superexploração, tão presentes nos usuários que buscam o serviço de Fisioterapia, são exemplos de doenças que para a intervenção é importante compreender suas relações com o contexto socioeconômico, ao invés de restringi-la ao próprio diagnóstico que paralisa a ação em lugar de desencadeá-la.

Retomando a discussão de Campos (2003) sobre o modelo de atenção, faz-se importante salientar que o autor aponta duas perspectivas para orientar a

Clínica Ampliada: a primeira, buscar sempre a máxima eficácia, com menor custo e menor grau de iatrogenia possível; a segunda, ampliar a prática clínica de modo que ela contribua para o aumento da capacidade de autocuidado e de autonomia dos usuários, considerando que o objeto da atenção não é somente a doença ou o risco de adoecer, mas também seus contextos familiar, cultural, econômico e social específicos.

A criação de vínculos e afetos possibilita o agenciamento das trocas de saberes entre o técnico e o popular, o científico e o empírico, o objetivo e o subjetivo de tal forma que é possível ajudar a pessoa que está doente a ganhar mais autonomia e lidar com a doença de modo proveitoso para ela.

Esses meios não se aplicam apenas à atenção à saúde, mas devem permear toda gestão do serviço, uma vez que para que se concretize uma prática humanizada, essas duas dimensões são complementares e interdependentes.

Não há como propor humanização da gestão e da atenção em saúde sem propor um equilíbrio de poderes nas relações entre trabalhadores dentro da organização e na relação da organização com o usuário, pois as decisões não devem ser centralizadas em um serviço, em uma unidade desse serviço ou em um profissional da equipe, reduzindo o trabalho dos outros trabalhadores a simples execução, o que além de ser adoecedor para esses trabalhadores, será péssimo para a qualidade da atenção (BRASIL, 2007).

No serviço de Fisioterapia, muito se tem avançado no processo de gestão entre o serviço e a gestão municipal, que tem criado espaços de discussões entre todos os serviços onde são instituídos espaços de negociação que objetiva articular um novo formato no atendimento à saúde. Com maior democratização nos processos de decisão, a Fisioterapia tem participação efetiva no colegiado gestor e tem assegurado o apoio para se fazer ouvir e trocar experiências com outros serviços da rede municipal de saúde.

Essa etapa da gestão compartilhada, em que o serviço de Fisioterapia se insere, fica afirmada nas falas dos trabalhadores a seguir:

Tenho reunião com a equipe gestora toda semana na secretaria de saúde, coloco o que tá acontecendo e depois escuto o que os outros serviços apresentam (Grupo I, ent 24).

A doutora se reúne com o pessoal da saúde lá na secretaria, ela repassa pra gente o que foi discutido (Grupo III, ent 8).

Todo mês a coordenadora se reúne com a equipe lá na secretaria de saúde para discutir sobre o serviço (Grupo II, ent 5).

Percebe-se que a gestão participativa, além de ser um instrumento para construir eficácia e eficiência, é também uma forma de democratizar o poder. Nessa direção, Sampaio e Carneiro (2008) afirmam que a aproximação entre o processo de decisão política e o processo de execução das ações decididas torna o trabalho mais resolutivo e mais satisfatório, pois as condições e os objetivos são pactuados e a ação específica é posta em perspectiva e em confronto com o conjunto. Desse modo, reduz-se a alienação, a falta de compromisso e a fragmentação.

No serviço de Fisioterapia, existe um modo de gerir que se propõe participativo, uma vez que compartilha suas discussões com os trabalhadores através de um espaço que se concretiza mensalmente nas reuniões de equipe composta pela coordenadora do serviço e os trabalhadores, conforme é explicitado nos trechos transcritos a seguir:

Têm as reuniões todos os meses com todos os funcionários, a coordenadora escuta a gente, explica, se tem alguma prioridade a gente diz (Grupo III, ent 2).

Existe um espaço para a discussão da qualidade do serviço, as pequenas contradições são discutidas, são colocadas as orientações, a gente dialoga e são colocados novos limites, a coordenação sempre convoca todos pra reunião (Grupo II, ent 4).

Tem reunião todo mês, a gente diz o que tá faltando, se o paciente não gostou do tratamento ou alguma coisa assim e a gente dá sugestões (Grupo III, ent 10).

Quando a gente acha que alguma coisa não tá certo, a gente fala na reunião porque uma vez por mês a gente se reúne e cada qual vai contar seus problemas (Grupo III, ent 8).

A ideia da reunião de equipe é vista pelos trabalhadores de modo muito restrito: como ferramenta da forma tradicional de fazer gestão, pois para eles expressa apenas um espaço para que uma pessoa da equipe distribua tarefas às outras. Campos (2003) diz que o verdadeiro sentido da reunião está em ser um espaço de diálogo, onde todos tenham direito à vez e voz e possam compartilhar suas opiniões em um clima fraterno.

Partindo desta ideia, a reunião de equipe de trabalho fisioterápico que se propõe participativa nos espaços de discussões apresenta, ao mesmo tempo,

limitações nas relações de poder, pois concentra o poder de decisão na figura do coordenador, como é configurado nos discursos dispostos abaixo:

Se houver necessidade de tomar alguma decisão então é a chefe quem faz (Grupo III, ent 8).

As decisões são tomadas pela coordenadora e ela repassa pra nós o que foi decidido (Grupo III, ent 12).

A coordenadora é quem toma as decisões. Ela decide, conversa com as atendentes, com as ajudantes e ela é quem define prioridades (Grupo III, ent 3).

A falta de um envolvimento efetivo de todos os sujeitos no processo de gestão pode induzir nos trabalhadores mais competição do que cooperação e coletivização.

Campos (2003) diz que para democratizar o poder em cada organização, pela gestão colegiada, é necessário primeiro entender o direito e a capacidade de decidir de todos os membros de um dado coletivo, devendo assegurar-se que os que trabalham disporão de tempo e de informação para discutir, decidir e planejar o próprio trabalho e refletir acerca de suas relações com a sociedade.

Nesse modelo de gestão, a participação social não pode ser restrita a instâncias legais para o controle social, ela deve ser incentivada no dia-a-dia das unidades do serviço, com a participação de gestores, trabalhadores e usuários, por meio de dispositivos que permitam acordos entre os desejos e interesses de todos envolvidos.

O usuário é o centro do processo de produção de saúde, e não se pode alcançar um modelo de atenção fisioterápica humanizada, sem se criar espaços de comunicação onde os usuários tenham poder de questionar, sugerir, decidir. As falas de alguns dos usuários entrevistados apresentadas a seguir permitem a percepção de que, nas USFs investigadas, o papel do usuário no processo de produção de saúde, caracterizado pela passividade, encontra-se distante do que é proposto pelo modelo de atenção fisioterápica humanizada:

Nunca participei de nenhuma reunião pra gente discutir sobre o serviço. Se existe, eu não sei nem se tem como a gente reclamar (Grupo IV, ent 13).

A minha participação no serviço é só vir aqui no horário da Fisioterapia (Grupo IV, ent 14).

Aqui teve uma reunião no dia que foi inaugurado, eles fizeram uma reunião com a gente, todo mundo que fazia Fisioterapia, mas depois eu não vim mais não, não houve mais não (Grupo IV, ent 17).

O modo como o serviço se relaciona com o usuário, não o reconhecendo como sujeito de direitos, pode chegar ao extremo de negar o usuário enquanto pessoa, portadora de subjetividades, e não permitir o reconhecimento, nesses usuários, de seus sentimentos, desejos, pudores e sofrimentos. Isso, muitas vezes, alimenta o processo de alienação do usuário, que passa a entender que as relações de gentileza e cordialidade entre usuário e trabalhador é significado de uma prática ideal, e que a saúde é um favor, uma bondade, e não um direito, o que pode ser constatado nos discursos a seguir:

Acho que sou bem atendida, o atendimento é bom, os funcionários são ótimos, atende muito bem, e eu acho ótimo (Grupo IV, ent 13).

Aquelas ajudantes fazem os exercícios junto comigo, eu não sei o nome de nenhuma delas, mas não tenho queixas porque estou sendo bem atendido, as meninas são muito gentis e legais com a gente (Grupo IV, ent 18).

[...] lá as pessoas atende a gente muito bem, não bota nada de difícil, é só chegar lá e ela já vai botando aqueles tensiozinho... (Grupo IV, ent 15).

Esses trechos destacados das entrevistas traduzem a relevância que o relacionamento entre usuário e trabalhadores proporciona no redimensionamento da prática fisioterápica, sendo identificada como satisfatória, fato que se apresenta intensificado na entrevista 15, quando o informante descreve que se submeter à utilização imediata do equipamento é suficiente para sua satisfação.

Entretanto, em outro momento, quando questionados sobre dificuldades do serviço, os mesmos usuários foram capazes de formular queixas e apontar deficiências, como a demora para ser atendido, o tempo de atendimento e a carência de fisioterapeutas para a demanda, embora todos os usuários entrevistados tenham relatado satisfação quanto ao procedimento realizado.

Acho ótimo, mas tem o problema de profissional, são pouco e a demanda é muito grande, há demora no atendimento, a gente espera demais pra ser atendido, cheguei hoje às 7h da manhã, já são 9h e ainda não fui atendida. A previsão é lá pras 9h e 30 minutos, parece que não tem recepcionista, mas a gente sabe que em todo lugar tem problemas, né? (Grupo IV, ent 13).

No momento em que estamos, para o tamanho de Quixadá, era necessário mais fisioterapeutas pelo SUS. Pra quem tem condições de pagar particular tudo bem, mas claro que se tivesse mais fisioterapeuta seria melhor (Grupo IV, ent 18).

É importante ressaltar que mesmo tendo dificuldades no atendimento, os usuários se referem positivamente ao serviço, apresentando-se, inclusive, sensibilizados com o descompasso entre o número de pessoas que demanda o serviço e a quantidade insuficiente de trabalhadores para executá-lo.

Retomando ao tema da satisfação, relevante para a análise, percebe-se que o diálogo, quando foi estabelecido entre profissional e usuário, apresentou importante relação com essa categoria, bem como para a obtenção de um certo grau de autonomia no processo de reabilitação dos usuários, tornando-os atores efetivos de sua saúde.

A transcrição seguinte retoma as questões argumentadas:

O trabalho dela é especial, ela conversa, quando chega na minha casa pergunta como estou me sentindo, e explica como devo fazer todos os exercícios, orienta fazer as atividades diárias, tirar o vestido, pentear o cabelo... (Grupo IV, ent 19).

Antes dela ir embora, ela me explica os exercícios que eu tenho que fazer, ela mostra como faz, pega na minha mão, isso ajudou muito na recuperação do meu braço (Grupo IV, ent 20).

Nesse caso, a capacidade de diálogo é um dispositivo relevante para a prática fisioterápica, pois possibilita que o fisioterapeuta surja no espaço assistencial, responsabilizando-se por um processo de interação terapêutica que o usuário busca.

Abrir um diálogo, para Ayres (2007), é assumir uma responsabilidade frente ao outro e ao cuidado, o que permite ao terapeuta fugir da comodidade de apenas estar fazendo corretamente a parte técnica do trabalho e abrir-se ao novo, no diálogo. Não um diálogo qualquer, mas aquele que orienta e pactua gestão municipal e serviços de saúde, como o proposto pela PNH para aperfeiçoamento do SUS, com ênfase na experiência democrática. Diante desse caminho, as práticas de saúde devem ser conduzidas por meio de uma construção coletiva, em que gestores, usuários e trabalhadores se responsabilizam para garantir atenção integral, resolutiva e humanizada.

Nesse contexto, a relação que se estabelece entre atenção e gestão é de dependência, para que se alcance a prática comprometida com o cidadão e para que se torne capaz de acolhê-lo na sua subjetividade e não apenas com sua doença.

No entanto, na prática fisioterápica, percebe-se que atenção e gestão são construídas paralelamente, sem pontos de interseção que possibilitem uma visão crítica dos atores envolvidos a respeito do que é democracia, direitos e deveres. Essa forma de articular atenção e gestão compromete a ideia de democracia, a participação com respeito e a crítica com afeto. A equipe de trabalhadores precisa ser um coletivo de gestão e um grupo de pesquisa contínua, para refletir acerca de sua prática e, assim, avançar da avaliação para o acompanhamento, do corporativismo para a interdisciplinaridade.

4.2 Acolhimento como Dimensão Espacial: recepção administrativa e ambiente confortável

A presente categoria expressa relações de simbiose com a anterior e é fundamental para a análise da próxima, visto que a prática vinculada à clínica do trabalho e ao modelo de gestão precisa do amálgama que é o acolhimento, um dispositivo das relações capaz de construir confiança e compromisso, de promover a cultura da solidariedade entre os sujeitos e legitimar o sistema de saúde público como política pública.

Na verdade, ao se falar em acolhimento na prática de saúde, está-se referindo a um direito da população, pois o serviço, ao acolher o usuário, está exercendo um direito constitucional, expresso na relação que se estabelece entre o usuário e o trabalhador de saúde. Esse serviço precisa acolher o usuário em uma relação que deve ser pautada pelo respeito e pela solidariedade, mas, principalmente, pelo reconhecimento de que a assistência não é um favor que o serviço presta ao indivíduo, mas o cumprimento desse serviço para com um direito da população.

Os documentos nacionais da PNH chamam atenção para a ideia de que acolhimento é algo presente em todas as relações e em todos os encontros

interpessoais, mesmo quando pouco se cuida dele, e de que afirmá-lo, no cotidiano das práticas, tem sido muito difícil (BRASIL, 2006a).

Nesse sentido, entende-se que o acolhimento acontece nos microespaços das relações individuais ou coletivas, seja na forma de acesso ao serviço, na recepção, na forma de marcação de consultas/avaliações, na clínica, na referência e contrarreferência, no tipo de oferta de serviço, nos critérios de atendimento, na forma de alta, entre outras formas relacionais e comunicacionais.

Diante da complexidade trazida por esse dispositivo, é que será analisado o acolhimento na prática de Fisioterapia no SUS/Quixadá, sem, contudo, desvirtuá-lo de seu conceito original. Isso é importante, pois, tradicionalmente, a noção de acolhimento no campo da saúde tem sido identificada como atitude voluntária de bondade e de favor, ou confundida apenas com recepção, triagem ou relacionamento no momento terapêutico.

As falas, a seguir, mostram o primeiro momento dessas relações, quando os usuários são questionados sobre como são recebidos na recepção das unidades:

Na primeira vez eu vim com o encaminhamento, marcaram a avaliação e depois os dias de atendimento [...] Tem uma delas que é ótima, ela é engraçada, faz pregações, às vezes a agente chega triste, mas depois sai com o astral lá em cima (Grupo IV, ent 13).

A gente chega e elas recebem a gente muito bem. Eu fico esperando enquanto a doutora chega. A menina chega, dá boa tarde, aí manda assinar o papelzinho e aí a gente fica olhando aquelas pessoas que vão entrando e saindo. Fico esperando uma meia hora, fico assistindo televisão com as meninas ali na recepção. Elas são muito legal com a gente e recebe a gente muito bem (Grupo IV, ent 17).

A gente chega lá, senta um pedacinho, espera, aí quando chega a minha vez as meninas me chamam, mandam eu me sentar na cama, bota gelo no meu pé e nas minhas costas (Grupo IV, ent 15).

Quando a gente chega lá, a gente fica esperando na recepção e aí a recepcionista diz assim: quatro de cama, quatro mulher pra cama, duas de pé, e uma de braço (Grupo IV, ent 16).

As representações das falas dos usuários do serviço ressaltam o momento da recepção, onde acontece o primeiro encontro entre usuário e trabalhador de saúde e onde se definem quando, como e com quem o usuário será atendido. Para Merhy (2004), o usuário, qualquer que ele seja, espera que a relação trabalhador de saúde-usuário seja capaz de gerar um acolhimento, que permita uma atuação sobre seu sofrimento, sobre seu problema.

Os entrevistados 13 e 17 enfatizam que, na entrada, eles encontram respostas satisfatórias sobre o serviço e, nesse caso, há uma relação de cordialidade e gentileza. Entretanto, as outras falas revelam que a recepção do serviço é um espaço onde as pessoas apenas esperam pela vez para utilizar os procedimentos técnicos, de tal forma que o usuário é identificado pela ordem de chegada e pela mobília que precisa ocupar para ser atendido.

O acolhimento implica uma ação de aproximação, uma atitude de inclusão do sujeito, ou seja, estar em relação com alguém que supõe conhecer o outro e acolhê-lo em suas diferenças. Merhy (2004) enfatiza esse conjunto de valores que possibilita a relação entre trabalhador de saúde e usuário e defende que esta não pode ser submetida ao processo de objetivização que o trabalho em saúde produz, ao reduzi-la a um corpo, individual ou coletivo, que porte problemas identificáveis exclusivamente pelos saberes estruturados, pois, dessa forma, reduz-se o universo das necessidades e dos saberes e os sujeitos passam a ser tratados como meros cumpridores de tarefas.

Dessa forma, as recepções nas USFs apresentam aspectos ainda burocráticos e conduzidos por critérios administrativos isolados dos processos de trabalho, caracterizados por ações pontuais descomprometidas com o processo de responsabilização e produção de vínculo. Essa perspectiva é referida por alguns trabalhadores e usuários:

Os pacientes chegam com a solicitação do médico eu marco, agendo, oriento porque eles ficam perguntando. Na chegada e na saída, eles assinam. Então eu recebo o paciente, passo pra doutora aí é com ela... (Grupo III, ent 2).

Os pacientes chegam, a gente agenda, marca as consultas, diz os horários de atendimentos, no turno da manhã é pra pessoas da zona rural. Quando eles chegam eu recebo, olho no cartãozinho, vejo o que eles estão fazendo, peço para ele aguardar, quando chega a vez dele mando ele entrar pra ser atendido (Grupo III, ent 10).

As pessoas chegam aqui, quem recebe sou eu, passo para a psicopedagoga, se ela for atendida aqui eu agendo, e o atendimento aqui é por ordem de chegada (Grupo III, ent 12).

As meninas da recepção vai atendendo por ordem de chegada, hoje cheguei 8h, são 9h e 30min e ainda tem três pessoas na minha frente, eu fico só assistindo televisão enquanto chega minha vez (Grupo IV, ent 14).

Lá, eu primeiro fiz a minha ficha, ela pede pra eu esperar um pedacinho, lá é por ordem de chegada, se chegar uma pessoa que não é de cama e a cama tiver desocupada, aí eu entro logo (Grupo IV, ent 15).

Os entrevistados do grupo III esboçam uma postura de repasse de procedimentos, pois se limitam a recolher os nomes e organizar o atendimento cronologicamente, desresponsabilizando-se pelas etapas seguintes. Ao mesmo tempo, os usuários, entrevistados do grupo IV, no conteúdo de suas falas, apresentam uma noção de recepção como lugar de empilhamento de expectativas, que vão sendo guardadas para um momento seguinte.

Nesse sentido, o trabalho passa a privilegiar o aspecto da produção de procedimentos e atividades em detrimento dos resultados e efeitos para os sujeitos que estão sob sua responsabilidade, acreditando muitas vezes que seu objeto de trabalho é a doença ou o procedimento e atribuindo menor importância à existência dos sujeitos em sua complexidade e sofrimento (BRASIL, 2006d).

Teixeira (2003) considera que o acolhimento nos serviços de saúde vem ganhando importância crescente e, sobretudo, vem requalificando a discussão a respeito do problema do acesso e da recepção dos usuários nos serviços de saúde. Entretanto, para o autor as soluções práticas para a questão do acolhimento nos serviços de saúde tendem a concebê-lo como atividade particularizada, realizada a partir da combinação de alguns dispositivos organizacionais, como recepção, triagem e acesso, que algumas vezes tendem a sofrer deslocamentos para acesso, porta de entrada e pronto-atendimento, esvaziando-o de significado próprio.

Nessa lógica de relações entre trabalhador e usuário, o princípio da universalidade de acesso passa a ser moldado pela ordem de chegada, dias e turnos específicos para determinado grupo e pelo encaminhamento médico. Os critérios e prioridades para o usuário ter acesso ao atendimento fisioterápico são apresentados pelos profissionais:

As pessoas da zona rural tem prioridade no período da manhã, assim como crianças e idosos, o resto é no período da tarde. A prioridade é de diagnosticar, tratar e reinserir este indivíduo na sociedade (Grupo II, ent 4).

O paciente traz o encaminhamento do médico, marca a avaliação, sendo que os casos de AVC, fratura e paralisia facial são prioridades (Grupo II, ent 9).

Os pacientes que são atendidos são casos de AVC, pneumonia e pós-cirúrgico de alguma cirurgia da traumatologia [...] Lá no hospital tudo é prioridade (Grupo II, ent 7).

Percebe-se que o serviço prioriza o atendimento, a partir de uma lista de doenças previamente selecionadas, sem levar em conta os riscos e a vulnerabilidade do sofrimento físico e/ou psíquico que, muitas vezes, o usuário possui e chega ao serviço sem sinais visíveis e que pode vir acompanhado de qualquer patologia e pode estar precisando mais de atendimento do que outros usuários, aparentemente, mais necessitados.

Na fala do entrevistado 4, além dos critérios já citados, novamente surge a ênfase do trabalho voltado para a doença e não para o indivíduo, embora exista a intenção de estimular a autonomia e o protagonismo do usuário mediante o cuidado com a doença, com o sujeito e com sua rede social. O entrevistado 7 não define prioridades nem critérios para o atendimento que tragam relação com o estado de doença do indivíduo.

A PNH, com vistas às mudanças nos modo de operar a assistência com base no dispositivo do acolhimento, sugere a avaliação de risco como forma de perceber o risco e a vulnerabilidade reais do sofrimento de cada pessoa que busca o serviço de saúde.

Nesse contexto, a PNH sugere a melhoria do acesso a partir da mudança da forma tradicional de entrada por ordem de chegada, da mudança do objeto da doença para o sujeito, do aperfeiçoamento do trabalho em equipe, da complementariedade das atividades exercidas por cada categoria profissional e do aumento da responsabilidade dos profissionais em relação aos usuários, com elevação do grau de vínculo e confiança entre eles (BRASIL, 2006a).

O acolhimento, como tecnologia das relações que permite a reflexão e a mudança das práticas de saúde, concretiza-se por meio da escuta e da capacidade de pactuação entre as demandas do usuário e as possibilidades de resposta do serviço.

Para Ayres (2007), é na interação contínua entre usuários e serviços de saúde, em todas as oportunidades em que se faça presente a possibilidade de escuta do outro, que se dá o acolhimento, o qual deve ter entre suas qualidades essa capacidade de potencializar o diálogo.

Nessa direção, a escuta emergiu como categoria significativa no material empírico, quando se questionou sobre o acolhimento do serviço:

A mudança no processo de trabalho ocorre através das queixas de algo que o pai percebeu e nós não vimos, então a gente escuta, tenta resolver da melhor maneira possível (Grupo II, ent.1).

Quem escuta o paciente é a fisioterapeuta (Grupo III, ent.3).

[...] A paciente tinha necessidade de falar da pressão que sofria na fábrica, não podia se quer ir ao banheiro. Ela inicialmente tinha uma queixa de dor nas costas, mas às vezes a gente escuta também essa parte (Grupo II, ent.4).

Aqui quem escuta o paciente é a doutora, todo problema a gente leva pra ela, a gente escuta a pessoa e leva o problema e ela resolve (Grupo III, ent.8).

Diante das falas, percebe-se a importância e o impacto da escuta ao usuário para a prática fisioterápica, pois permite a possibilidade de reflexão e análise do trabalho, visando criar uma nova ação, como enfatizado no depoimento do entrevistado 1. Entretanto, na percepção de outra fisioterapeuta, entrevistada 4, a escuta deve ser direcionada para o problema específico da doença, sem, necessariamente, considerar seus fatores determinantes nesse momento da relação entre profissional e usuário.

Na visão dos outros trabalhadores, a escuta é de competência do fisioterapeuta, pois a sua concepção também está relacionada à doença e ao tipo de decisão técnica que só o profissional está autorizado a realizar. Caprara (2007) relata que a incomunicabilidade é tratada como a linguagem de oposição e rejeição que se manifesta na falta de capacidade de escuta do profissional em relação ao usuário, que por sua vez se torna um objeto a ser examinado para que um técnico conclua um diagnóstico clínico.

É necessário destacar que não é qualquer escuta que possibilita o diálogo efetivo, mas uma certa qualidade da escuta. Retomando a discussão, a partir de Ayres (2007), ele defende que a qualidade da escuta não é no sentido de ser boa ou ruim, mas trata-se da natureza dessa escuta, daquilo que se busca escutar. Dessa forma, faz-se toda diferença conhecer o caminho normativo que orienta a interação terapêutica, pois é de acordo com ele que se irá modular o tipo de escuta desejada.

Assim, para acolher, com a intenção de alcançar uma resposta adequada às necessidades dos usuários, os trabalhadores precisam ser capazes de realizar

uma escuta qualificada dos anseios, das queixas emocionais, das críticas bem informadas, dos elogios, das sugestões e de responsabilização pelo espaço de interação terapêutica.

Os trabalhadores também fazem referência ao acolhimento baseado na relação trabalhador-usuário que se estabelece no cotidiano:

No dia-a-dia com os pacientes é muito bom, converso com eles. Eles me respeitam. Só converso com eles o necessário porque não tenho tempo disponível, então faço só a minha parte. Tem paciente que vem sofrido do distrito e diz: ah, eu achava que era só hoje e aí a gente tem que explicar que o tratamento é lento, mas que vai ficar boa. Eles acham que gastam passagem, é dependioso... (Grupo III, ent 2).

Todo dia eu chego perto das pessoas porque ajudo a doutora no atendimento, e eu gosto de chegar na pessoa que está triste, vou e falo: meu amigo o que é que você tem? Você vai ficar bom. A gente tenta levantar o astral daquela pessoa, dar bom-dia. O pessoal do sertão, ave Maria! Esse eu quero o maior bem (Grupo III, ent 8).

Nos depoimentos, percebe-se a potencialidade da comunicação, pois, mesmo se apresentando o cuidado como caridade, portanto, sem compromisso com a autonomia desses usuários, esses trabalhadores tentam, de alguma maneira, ajudar o usuário a partir da utilização do núcleo leve do saber – a relação.

Caprara (2007) acrescenta como possibilidade comunicacional, entre profissional e usuário, a dimensão emotiva, a comunicação não-verbal de afetos, sentimentos e paixões que ultrapassam as fronteiras da língua e se expressam por gestos, acentos, improperios e mímicas, esses códigos universais do corpo.

A comunicação permite identificar a diferença nos discursos, que não se trata apenas de um problema semântico, mas de diferentes modos de pensar a sua realidade e de expressá-la. Ao acolher o usuário, é preciso considerar as experiências de vida e a cultura da comunidade como elementos importantes na construção de suas falas, inclusive a fala dos sintomas.

Os canais de informações bem organizados que veiculam a comunicação entre serviço e equipe de trabalhadores, entre serviço e usuários também são importantes para o acolhimento porque trazem confiança, compromisso e responsabilidade para as relações, uma vez que essas qualidades também se fortalecem na atitude dos trabalhadores em criar meios que possibilitem a todos estar inteirados sobre as mudanças de funcionamento do serviço, sobre as reuniões

e encontros programados, quer seja para celebrar conquistas ou para difundir decisões e/ou resoluções sobre o serviço, ou, ainda, veicular as opiniões dos usuários.

Os canais de informação que se apresentam nas USFts, no cotidiano da prática fisioterápica, são apresentados nos seguintes depoimentos:

As informações são repassadas por recados, por bilhetes, cartões de atendimento que a gente faz, os avisos vão para o flanelógrafo, vão também pelo motorista que transporta as crianças (Grupo II, ent 1).

Tudo o que acontece eles me chamam, me comunicam e eu peço que façam com antecedência cartazes, me preocupo com os pacientes que vem do sertão e vão pagar passagem (Grupo II, ent 9).

Se há alguma mudança no serviço, a fisioterapeuta comunica pra gente e a gente comunica pro paciente. As informações são passadas entre nós, a gente coloca aviso na recepção e a sinalização tem aqui em todos os ambientes (Grupo II, ent 6).

As informações são repassadas para as recepcionistas e elas passam pra nós. No caso, hoje, que não vai ter Fisioterapia tal dia, cada pessoa que vai saindo as meninas avisam (Grupo IV, ent14).

Sempre recebo as informações do meu filho através dos avisos que vem na mochila e eu nunca faltei a nenhuma reunião (Grupo IV, ent 21).

Pelo que os entrevistados dizem, o serviço de Fisioterapia apresenta diferentes canais de informação visando incluir os usuários na dinâmica do trabalho. Porém, esses meios não são planejados e formalizados de modo a assegurar se a informação de fato alcançou seu destinatário, exceto aqueles que se estabelecem na relação direta de pessoa a pessoa, como está ressaltado no depoimento do entrevistado 14 do grupo IV.

Entretanto, as impressões registradas em diário de campo divergem da convicção de existência permanente de alguns canais informativos relatados pelos depoimentos. Com o intuito de complementar a análise de situações importantes no estudo, foi percebido, em certo dia registrado, que não há sinalização em todas as áreas das USFts e que os usuários não foram avisados da falta prevista de um profissional, o que gerou insatisfação e desconforto evidentes entre aqueles que esperaram em vão.

Muitas vezes, acontecem desencontros entre a população e o serviço, que se expressam na incapacidade do usuário transitar conscientemente dentro da

própria USFt, de não saber em qual momento será atendido, ouvido e, muitas vezes, de não ter garantia alguma de ser assistido. Algumas falas que convergem com essa análise baseada nos registros do diário de campo são apresentadas abaixo:

Não há como se comunicar com as pessoas que estão lá fora na recepção a respeito do que ta acontecendo aqui dentro das salas de atendimento (Grupo III, ent 3).

Existe um complexo informal, há o disse me disse para informar as pessoas. A sinalização é inexistente, as placas caíram todas, as informações são feitas informal ou quando se precisa procura a coordenadora (Grupo II, ent 4).

Eu não sei se o paciente é avisado quando não tem carro pra levar a fisioterapeuta pro atendimento domiciliar (Grupo III, ent 11).

As informações, a comunicação é feita lá fora, mas ainda é falho. As placas de sinalização caíram, mas mesmo com a sinalização acontecia deles entrarem na sala errada (Grupo II, ent 5).

As formas de comunicação, como meio importante para o acolhimento, nesse caso, permitem correlacioná-las com a proposta de ambiência trazida pela PNH. Nesse sentido, a política diz ser importante ter propostas arquitetônicas que diferenciem as áreas de atendimento, pensar em um fluxograma que possibilite a rotatividade e auxilie na resolubilidade do atendimento (BRASIL, 2006a).

A ambiência do serviço de saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico, em relação com processo de trabalho e respeito à cidadania dos atores envolvidos. Esse espaço é entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, humana e resolutiva. Nos conteúdos analisados, alguns depoimentos revelam a influência do ambiente no acolhimento ao usuário do serviço:

[...] O ambiente de trabalho tem melhorado muito, na parte física foi ampliado, tem um consultório para o momento da avaliação e respeitar a individualidade e o acolhimento com o paciente mais próximo, temos conforto e privacidade no consultório (Grupo II, ent 4).

Os ambientes não tem espaço, minha maior resistência é fazer o atendimento sem higiene, casa suja, a gente passa por cima de muitos princípios, não dá pra acolher direito e nem fazer o atendimento direito. Não posso passar para as pessoas a sensação de nojo (Grupo II, ent 1).

O conteúdo manifesto corrobora para a ideia de que, no processo de construção da prática fisioterápica, o espaço, na visão dos trabalhadores, constitui-se como ferramenta que facilita ou dificulta o processo de trabalho funcional, favorecendo a otimização de recursos e o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo. Entretanto, nas falas dos usuários e dos trabalhadores que fazem interface com a prática fisioterápica, o acolhimento representa o próprio ambiente confortável:

Eles são bem acolhidos, porque aqui agora é climatizado, tem a sala dos homens e das mulheres e o ambiente é ótimo (Grupo III, ent 3).

O ambiente é ótimo, por exemplo, no consultório a pessoa fecha a porta e pronto, diz o que quer, tem privacidade, e assim que o paciente é acolhido (Grupo III, ent 10).

Estamos num ambiente bem maior, com bastante qualidade, antes não era. Foi um avanço, melhorou o acolhimento (Grupo III, ent 6).

A ampliação dos espaços de uma das USFs trouxe avanços para o exercício da prática fisioterápica, não só pela melhoria do acesso, mas também pela criação de novos espaços, com conforto e privacidade que favorecem as relações acolhedoras ao permitir ao usuário a sensação de estar a vontade para expor suas angústias, seus problemas.

Nessa perspectiva, a privacidade é outro aspecto do acolhimento que deve ser tratado como direito que diz respeito à proteção da intimidade do usuário, que, muitas vezes, pode ser garantida com uso de divisórias ou até mesmo com cortinas e elementos móveis que permitam ao mesmo tempo integração e privacidade, facilitando o processo de trabalho, aumentando a interação da equipe e possibilitando atendimento personalizado (SUCUPIRA, 2005).

A questão da individualidade aponta para o entendimento de que cada usuário é diferente do outro, de que cada um veio de um cotidiano e de um espaço social específico. A arquitetura tem também seu papel no respeito à individualidade, quando se propõe, por exemplo, a criar ambientes que ofereçam ao usuário espaço para seus pertences, para acolher sua rede social, dentre outros cuidados que permitam ao usuário preservar sua identidade (BRASIL, 2006b).

A prática de Fisioterapia, no seu modo assistencial, caracterizado pela forma seriada de atendimentos, possibilita um maior contato e maior grau de vínculo com as pessoas, mas tem apresentado à análise vários distanciamentos em relação

às propostas da PNH, por produzirem ações bem intencionadas, mas que não são refletidas ou compreendidas em toda a sua dimensão, apresentando-se, portanto, dissociadas do processo de produção da própria prática. Um exemplo concreto dessa afirmação analítica é o modo como o acolhimento se apresenta no cotidiano do serviço de Fisioterapia caracterizado por uma dimensão espacial que se traduz em recepção administrativa e ambiente confortável.

Nesse sentido, a concepção de acolhimento se vincula a apenas um dos seus elementos constitutivos, sem representar para a prática fisioterápica atitudes de compromisso e solidariedade com a população usuária do serviço, que busca ser atendida em suas necessidades. Esse é um desafio que requer trabalho coletivo e que exige da equipe de trabalhadores desenvolver novas habilidades e competências, nas dimensões técnica, ética, relacional, comunicacional e política.

4.3 Valorização do Trabalhador e a Construção de sua Autonomia para a Prática Fisioterápica

A Humanização, como política, propõe-se a atuar na autonomia administrativa da gestão da rede de serviços, de maneira a integrar os processos de trabalho e as relações entre os profissionais. Para tanto, cabe aos trabalhadores da saúde se prepararem para lidar com as diferentes dimensões do trabalho, sobretudo, com a dimensão subjetiva nas práticas do cotidiano profissional.

No âmbito da política, os trabalhadores precisam desenvolver competências para conduzir o processo com toda a especificidade que o trabalho em saúde coloca – técnica, ética, política, cultural, organizacional, psicossocial –, a fim de identificar as necessidades de saúde do usuário, oferecer soluções possíveis e seguras com uso racional dos recursos disponíveis, vislumbrar o espaço da saúde enquanto produtor de conhecimentos e, principalmente, qualificar as relações entre os trabalhadores e usuários e entre trabalhadores (SAMPAIO; CARNEIRO, 2008).

Com vistas ao conjunto de habilidades necessárias ao melhor desempenho do trabalhador de saúde para um cuidado adequado, resolutivo e acolhedor observam-se algumas intuições, por parte de trabalhadores e usuários das USFs:

Minhas colegas são ótimas pessoas, o convívio é muito bom. Quando nós temos tempo, conversamos, somos unidas, se tem problema, chega, conta pra colega, aí vai (Grupo III, ent 3).

Nós temos uma boa relação, até excelente. Existe um clima muito bom aqui dentro, não são pessoas chatas que vivem reclamando do trabalho, temos uma relação boa de uma dizer que não está se sentindo bem e a gente dizer: vai pra casa que a gente resolve aqui (Grupo II, ent 5).

Quando temos um problema, nosso mesmo, a gente tenta conversar com as outras. Nosso relacionamento é bom. É melhor ficar aqui do que em casa (Grupo III, ent10).

Todo mundo aqui são minhas amigas, todo mundo é uma família (Grupo III, ent 8).

Há uma amizade muito grande entre nós, independente do trabalho, dos tratamentos. Quando saímos daqui somos as mesmas amigas (Grupo III, ent 6).

A relação entre os trabalhadores do serviço de Fisioterapia se apresenta afetuosa no registro das falas, caracterizada pelo sentimento de união, de cooperação, família e amizade. Nesse mundo afetuoso não parece haver divisão social dentro das unidades: trabalhadores de nível superior x técnicos de nível médio; as várias corporações de nível superior entre si; gestores x equipe. A metáfora é a da família, ocupando a ética pública e escondendo contradições.

Mas, compreendendo de modo mais discriminado as falas seguintes, vê-se que as contradições do mundo está lá, na equipe, no serviço público de saúde:

A relação não é as mil maravilhas, todo dia chega uma pessoa com problema, coisa normal de rotina. Era mais difícil, bem complicado, a relação era no limite, era uns aguentando os outros. Eu cheguei desarmada, não percebi nada disso comigo, a gente tenta conversar, explicar o que ta acontecendo. Antes chegava qualquer pessoa lá e dizia: essa criança é pra Fisioterapia. De um tempo pra cá, mudou muito, a pessoa chega, bate na porta, pede licença e pergunta se pode avaliar a criança pra saber se é necessário fazer Fisioterapia. Mudou do russo para o português (Grupo II, ent 1).

O maior problema em se trabalhar em equipe são as diferenças ideológicas, metodológicas, próprias de cada profissional. Já tivemos alguns problemas: um paciente teve que passar para outro fisioterapeuta, e existe uma mudança lógica do serviço na forma de atenção, na evolução do tratamento. Isso dá uma restrição e aí optamos por não atender o paciente do outro e se atender, colocamos tudo dentro do limite, não buscar inovar em nada (Grupo II, ent 4).

Minha relação com os outros profissionais não é tão difícil, mas a gente discorda em muitas coisas que acontecem lá. As decisões são todas tomadas pelo diretor, eu não participo de nada (Grupo II, ent 7).

Nas falas, evidencia-se que a variedade e a heterogeneidade dos trabalhadores aumentam a complexidade da organização do serviço de saúde, na medida em que a presença de diferentes profissionais, disputando prestígio, salário e realização de identidade em competição, faz com que esse não se organize a partir de uma única visão de saúde, de cidadania, de mundo, portanto, não há, na prática, um único processo de trabalho.

Para Gomes, Guizardi e Pinheiro (2005), a multiplicidade de atores, com diferentes formações e responsabilidades, não superou a disjunção das diversas especialidades manifestada no cotidiano do serviço de saúde, mas ela se manteve presente tanto na dissociação dos procedimentos e das tarefas inerentes às profissões quanto na divergência presente nas relações interpessoais entre os trabalhadores.

Quanto ao poder de decisão dentro das USFTs, as relações entre os trabalhadores passam a ter um sentido e uma qualificação diferentes da primeira, tais como os depoimentos ressaltam:

A gente tem um bom acesso ao gestor, ao diretor mais próximo, a gente consegue levar o problema, ele escuta, mas não resolve e a gente aceita, na verdade, a gente não tem poder de decidir nada (Grupo II, ent.1).

Em relação ao tratamento, cada fisioterapeuta toma a sua decisão, mas quando se trata de outras questões como, por exemplo, respeitar o grupo, uma prioridade do serviço ou outra coisa assim, quem toma a decisão é a coordenadora (Grupo II, ent 4).

Aqui quem toma todas as decisões é a coordenadora (Grupo III, ent 8).

Nesse caso, os depoimentos demonstram que os trabalhadores participam pouco das decisões sobre os rumos das unidades em que trabalham, pois as relações são submetidas a uma regulação que não efetiva a interação entre os trabalhadores de saúde e que contribuem para que os trabalhadores participem e colaborem pouco para o trabalho, diante da limitada capacidade que cada um possui no seu espaço de atuação.

Para Campos (2007), não há sujeito fora do social nem livre de instituições. O autor afirma que há gradações nas relações entre os sujeitos e as instituições, nomeando-as como sujeito instituído, sujeito quase destituído e sujeito instituinte ou crítico. O sujeito instituído é quem está preso a valores transcendentais e fixado a planos externos a ele próprio, ou seja, um sujeito impotente para escapar dos valores da instituição ao qual ele está vinculado. O sujeito quase destituído é quem possui pequena vivência em instituições, com o mínimo de convivência solidária ou democrática, que utiliza lugares estreitos na instituição, o que converge para uma pequena oportunidade de produção do sujeito crítico. O sujeito instituinte é quem está menos alienado ou com maior capacidade analítica, ou reflexiva, sendo potencialmente mais capaz de produzir a felicidade humana.

Diante dessas gradações, o autor ainda afirma que não há sujeito totalmente instituído, porque as coisas e as pessoas estão em relação permanente, mesmo quando o projeto institucional tem orientação nitidamente voltada para a produção. Em sequência, o autor diz não haver sujeito completamente destituído, pois todos sofrem alguma influência institucional mesmo de forma débil. E afirma também que a posição de sujeito desalienado em uma perspectiva humana não existe, uma vez que todo ser humano é dotado de alguma cegueira, de algum não saber ou de algum descompromisso com a realidade.

O trabalhador da prática fisioterápica, em nossa situação de estudo, caracteriza-se como sujeito instituído e quase destituído. Como o trabalho em saúde, para ser eficaz e resolutivo, depende de um certo coeficiente de autonomia dos atores envolvidos, fica evidente a dificuldade com a qual nossos sujeitos terão de lidar para serem agentes responsáveis pela produção de saúde funcional. A PNH orienta que, em cada situação que se coloca, o trabalhador deve ser também um gestor e um produtor de saberes e novidades, pois considera que trabalhar é gerir junto com os outros, e, para isso, a gestão coletiva é o modo de gerir que permite ao trabalhador afirmar sua capacidade de intervenção no processo de tomada de decisões no âmbito das organizações de saúde.

Os depoimentos acerca das relações entre trabalhadores e usuários, revelam que entre eles o trato é de vínculo com respeito e gentileza, mas é também permeada por uma concepção sobre o vínculo como uma dependência do usuário ao tratamento:

No nosso trabalho todos se respeitam, nós e os pacientes. Às vezes, acontece dele reclamar alguma coisa, mas nunca eles foram grosseiros (Grupo III, ent 3).

Quando a gente chega nas casas, as pessoas tratam a gente muito bem (Grupo III, ent 11).

Eu tenho uma boa relação aqui com todos. Percebo que elas tratam todo mundo igual (Grupo IV, ent 14).

Ela me trata muito bem, sempre sorridente e gentil (Grupo IV, ent 22).

A gente tem um relacionamento muito bom com os pacientes, até recebemos convites para ir na casa deles, eles fazem aquele contato bem íntimo. Quando a gente fala que vai dar uma pausa no atendimento ou vai ter alta, a gente percebe que muitos começam a chorar porque querem continuar, então se não fosse um clima aconchegante, acho que eles queriam ter alta realmente (Grupo II, ent 5).

Nas relações que se apresentam, os usuários se sentem bem tratados, mas, ao mesmo tempo, percebe-se que essas relações permitem que se crie uma relação de dependência do usuário ao tratamento e ao profissional, ao invés de promover sua autonomia. Essa postura do trabalhador compromete a resolubilidade das ações, porque a relação usuário-trabalhador é presidida por um conjunto de expectativas do usuário, messiânicas, de melhora da saúde, portanto, da vida, apenas por obra técnica do profissional.

Para a PNH, todos os sujeitos precisam ser de fato envolvidos na produção da saúde, como protagonistas, responsáveis e autônomos para a realização de práticas de saúde mais humanizadas. Nesse sentido, os trabalhadores necessitam desenvolver competência política, aquela que envolve a construção da cidadania, superando a compaixão, o favor político, o favor caritativo ou a troca mercantil. O trabalhador de saúde e seu cliente precisam construir uma relação entre dois cidadãos, no ambiente da polis, que exige métodos para a negociação de interesses em contradição (SAMPAIO; CARNEIRO, 2008).

A concepção dos trabalhadores das USFts sobre valorização do trabalhador aponta para a dimensão da competência técnica que envolve a formação profissional e a condição de exercício do cuidado, desde o salário do trabalhador até o espaço físico do posto de trabalho. Da formação profissional, os trabalhadores relataram que:

Sempre procuro cursos com relação ao atendimento das crianças especiais, a gente conhece pessoas, abrem as portas para outros serviços, além do lucro do conhecimento que adquiri (Grupo II, ent 1).

Aqui não tem nenhum curso pra mim, acho que se depender de eu ir para um cargo melhor só se eu fizer um concurso (Grupo III, ent 3).

Sempre que acontece cursos, eu inscrevo todos que trabalham aqui. Se tem um curso no CAPS, nós vamos, de recepcionista da Unimed, as meninas da recepção vão, um curso de computação, a menina do setor burocrático vai, assim ela queiram participar, elas são liberadas (Grupo II, ent 24).

Já participei de vários cursos, as jornadas o CAPS, participei do projeto Acolher Cidadão e outros. O Acolher Cidadão foi muito importante pra mim (Grupo II, ent 7).

Com o nível médio sempre estamos colocando as meninas pra fazer cursos, só não faz quem não quer. Teve um no Sebrae sobre relações humanas e a gente quando tem congresso, a gente vai (Grupo II, ent 5).

Os trabalhadores estão sempre envolvidos com atividades de formação que devem auxiliar sua prática cotidiana. Percebe-se que alguns trabalhadores já tiveram contato com as linhas conceituais da PNH, possibilitando a esse trabalhador mais ferramentas para contribuir.

Cunha (2005) defende que profissionais híbridos, que incorporam, além das racionalidades terapêuticas estruturadas, outros saberes, estariam em melhores condições de superar os limites dos protocolos e realizar uma clínica ampliada, tanto em função da diversidade de recursos terapêuticos quanto em função de uma melhor convivência com a pluralidade de verdades. Dessa forma, o trabalhador tem a possibilidade de refletir sua prática, tendo como referência as necessidades de saúde dos indivíduos, da gestão, do controle social para intervir com autonomia.

Como enfatizado nas falas, a formação para o trabalho acontece de maneira pontual, sem uma continuidade, sem planejamento dos objetivos e das metas que se pretendem alcançar em relação ao próprio trabalhador e a sua prática.

A educação continuada, permanente, em serviço, articulada em sistema municipal saúde-escola, nascida de projetos que agreguem valor ao trabalho e ao trabalhador em saúde, constitui ferramenta importante para o pleno desenvolvimento das competências (SAMPAIO; CARNEIRO, 2008).

Nesse sentido, a PNH sugere a Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP), que faz parte do Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST) e compreende um grupo de multiplicadores constituído por consultores / apoiadores / pesquisadores e trabalhadores locais para dialogarem entre o pólo dos saberes e o pólo das práticas desenvolvidas no cotidiano do trabalho, através da concepção e método do aprender fazendo nos seus ambientes de trabalho (BRASIL, 2006d).

Na perspectiva do fazer/aprender, o trabalhador passa a compreender as situações do cotidiano profissional, aprende a fazer, inventando, pela experimentação e pela problematização das formas existentes, visando facilitar o seu enfrentamento de maneira criativa e adequada às dificuldades que as condições de trabalho impõem. Essa ideia de dificuldades na condição de trabalho é esclarecida pelos depoentes:

O serviço é muito difícil. A gente fica realmente muito insegura. Tanto faz ser bom ou não, você está ali por indicação e aí a insegurança profissional é complicada. A equipe toda reclama dessa insegurança. Falta transporte, falta dinheiro, os horários é uma dificuldade, não é todo dia que a equipe ta completa e aí os pais sofrem com isso (Grupo II, ent 1).

No nosso atendimento, tem o problema do aparelho, tem que esperar que sai um do aparelho para a outra pessoa entrar (Grupo III, ent 2).

O problema é o tempo reduzido para atender toda demanda das sete às onze da manhã, é a condição financeira para pagar o transporte. Tem pessoas que só podem pagar o carro uma vez por semana (Grupo II, ent 4).

Ainda acho o espaço pequeno, só tem três fisioterapeutas, é muita gente pra atender, os pacientes falam da distância, eles não tem dinheiro para pagar o transporte (Grupo III, ent 10).

Lá nós só temos nossas mãos, o fisioterapeuta tem que ser criativo, a gente não tem muita proteção, máscaras, por exemplo (Grupo II, ent 7).

As dificuldades apontadas pelos trabalhadores incluem diversas situações em que as condições do trabalho de Fisioterapia estão envolvidas. O primeiro depoimento ressalta a relevância do vínculo empregatício que o trabalhador tem com a instituição. A insegurança desse trabalhador quanto ao trabalho se deve ao fato dele ser um prestador de serviço e, portanto, não possuir nenhuma garantia de permanência no emprego. A PNH considera esse tipo de relação entre trabalhador e instituição como produtora de sofrimento, de adoecimento do trabalhador.

Nas três falas seguintes, expressas pelos entrevistados 2, 4 e 10, as dificuldades são mencionadas e responsabilizadas pela infraestrutura que não está adequada à demanda, tais como equipamentos, espaço físico, localização e recursos humanos. Esse problema está relacionado com outro aspecto que se refere ao poder aquisitivo dos usuários.

Desse modo, fica comprometido o acesso e a satisfação do usuário. Mais ainda, fica inviável um atendimento técnico resolutivo, porque não se garante a continuidade do tratamento que é seriado e acumulativo. A repercussão para o trabalhador pode ser o da incompetência, da incapacidade, quando, na verdade, nesse aspecto, as mazelas são da organização político-administrativa do serviço.

Por último, o entrevistado 7 depõe contra o trabalho, ao afirmar a falta de equipamentos e procedimentos mínimos de biossegurança no trabalho. O trabalhador põe em risco sua saúde e sua capacidade para realizar bem o trabalho.

A construção de grupos de trabalho aproxima as pessoas, possibilita a transformação de vínculos já instituídos, além de estabelecer um ambiente favorável para compartilhar tensões do cotidiano, as dificuldades do trabalho, acolher e debater os sonhos de mudança e buscar por meio da análise e da negociação, potencializar propostas inovadoras (BRASIL, 2007).

Algumas vezes, o trabalhador da saúde está tão acostumado ao seu trabalho, à rotina institucional de tanta tarefa, que não consegue pensar isoladamente em alternativas diferentes. Isso abafa o poder de invenção, de participação, bloqueia a capacidade de avaliar e interferir nas suas atividades de modo a melhor qualificá-las. Tudo isso reflete na motivação dos trabalhadores, como se pode conferir nos seguintes depoimentos:

A gente realiza um trabalho bom, se sente útil. Me sinto motivada pela recuperação destas pessoas. Pra mim é uma gratidão. Apenas isso motiva (Grupo II, ent 1).

Algumas pessoas motivam a gente no trabalho, acho que me sinto motivada, às vezes, alguma coisa desmotiva a gente. Eu tento ser quase 100%, mesmo assim acontece de alguém reclamar aí fico desanimada, gosto do trabalho, mas da função não (Grupo III, ent 3).

Eu gosto de estar aqui, já faz 14 anos que trabalho aqui. Todo o dia eu venho pra cá, é minha obrigação, é meu trabalho (Grupo III, ent 8).

Eu me sinto útil nesse trabalho, mesmo que eu não participe direto, tenho minha participação indireta. Me sinto bem. Devido a minha

idade, já tenho sessenta anos, o trabalho pra mim é uma terapia (Grupo III, ent 11).

Não recebo nenhuma motivação do hospital para desenvolver o meu trabalho, faço porque amo minha profissão (Grupo II, ent 7).

A motivação a gente tira das crianças, a gente ver a necessidade de cada uma, com isso faz com que a gente se motive (Grupo III, ent 12).

Minha motivação é a gente mesmo, não tem nada que me motive (Grupo II, ent 5).

As falas ressaltam que esses trabalhadores não possuem autonomia na produção do seu trabalho, pois orientam sua prática a partir de situações já estabelecidas, instituídas, ainda que os trabalhadores as percebam como insatisfatórias, não questionam nem discutem o modo de produção e as condições desse trabalho.

Merhy (2007a) afirma que na micropolítica do trabalho não cabe a noção de impotência, pois o processo de trabalho está sempre aberto à presença de trabalho vivo que pode comportar. Exemplo disso é a criatividade permanente do trabalhador em ação para inventar novos processos de trabalho, e, mesmo, para abri-lo em outras direções não pensadas.

O trabalho deve ocupar lugar privilegiado na vida do trabalhador. Ele não é neutro em relação ao que provoca no sujeito; nos serviços de saúde, ele é potencialmente produtor de sentido, quando conta com a autonomia dos sujeitos para criar/recriar, fazer/desfazer o modo de produzir saúde, ou ele é produtor de desânimo, impotência, quando é um processo banal, repetitivo, burocrático.

A ausência de autonomia do trabalhador muito se deve à falta de reflexão sobre o processo de trabalho no qual está inserido, mas se deve também ao fato de que os trabalhadores centram-se na parcela de trabalho que lhes cabe e não percebem que assim eles próprios aprofundam a fragmentação do trabalho (LOPES; HENRIQUES; PINHEIRO, 2007). Na prática fisioterápica, há um comportamento semelhante do trabalhador, que não problematiza o próprio trabalho, tendo sempre a confortável sensação de dever cumprido, de serviço sem problema, pela conclusão das tarefas e das prescrições rotineiras. Os seguintes discursos ressaltam essa observação:

Nosso serviço não dá à gestão uma demanda de problemas, temos uma qualidade referencial (Grupo II, ent 4).

A secretária diz pra mim que está admirada de sermos um setor que não tem nenhuma dificuldade, aqui nós não temos problemas, só tivemos uma dorzinha de cabeça com a auxiliar de serviço, mas estamos procurando uma que dê conta do serviço (Grupo I, ent 24).

Caprara (2007) aponta para a aprendizagem baseada em problemas como estratégia educacional que se inspira nas ideias de construir o conhecimento a partir da experiência concreta dos problemas a serem enfrentados. Essa forma de aprender pode ser aplicada nos serviços de saúde, para permitir ao trabalhador compreender seu cotidiano, a partir dos problemas que o processo de produção de saúde traz.

A existência de problemas que surgem no cotidiano dos serviços não pode ser considerada como algo que desqualifica o trabalho ou como sinônimo de dificuldade. A ausência de problemas também não pode ter significado de qualidade do serviço, pois no trabalho que é constituído por um conjunto de atividades simultâneas, que possuem características diferentes e são exercidas por trabalhadores de diversas formações, com saberes e experiências específicas, os problemas devem ser visualizados como situações para a aprendizagem e para o encontro significativo entre os atores envolvidos na mesma prática.

Barros (2007) questiona a possibilidade de uma prática reflexiva do cuidado fora do concreto da experiência. Para a autora, o trabalho real interroga os modos de ação, desmancha-os, porque acompanha o movimento vivo, que é de desconstrução e invenção permanentes, para não permitir que a prática seja reduzida a uma série de passos ou procedimentos e, sim, seja um caminho de encontros e problematizações que surgem nos processos de trabalho.

Portanto, é no dia-a-dia da prática fisioterápica que devem ser efetivadas reflexões/análises sobre o trabalho e sobre os valores e as limitações do trabalhador. Esse trabalhador, ao tomar o cuidado em saúde como atividade criativa, sob permanente reflexão crítica, afirma sua autonomia para renormatizar seu processo de trabalho, suas relações sociais e sua cultura.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

5.1 Considerações Gerais

As abordagens iniciais, referentes à Fisioterapia, à Prática Clássica, à Humanização no SUS e à PNH foram apresentadas, por um lado, por meio do enfoque histórico da prática fisioterápica no contexto do SUS e sua relação com a humanização da saúde, e, por outro lado, pela descrição do processo de construção e de implantação da PNH como política de saúde que permeia todos os serviços da rede SUS, com seus princípios, diretrizes e dispositivos.

A título de considerações gerais, indicam-se aproximações e distanciamentos da prática fisioterápica à proposta política da humanização em saúde, mas com a clareza do inacabado que possui qualquer análise, pois os sujeitos e as práticas envolvidas no processo de produção da saúde estão em constante mudança e a humanização é uma construção processual, refeita a cada momento histórico, com reformas e revoluções.

O objeto dessa pesquisa se configura a partir da existência humana e de suas relações, portanto, estudar os atores e suas práticas no dia-a-dia das instituições, considerando os encontros/desencontros, as diferenças/singularidades foi importante para compreensão da sua dinâmica no contexto do SUS, em Quixadá. Nesse caminho, entende-se a prática de Fisioterapia como resultante de um processo político-social que se constrói pelas percepções e intencionalidades dos distintos sujeitos envolvidos, a partir de mediações teóricas, políticas e simbólicas, reflexo das necessidades instituídas ou instituintes que se colocam no meio social.

À luz das análises, partindo de uma abordagem político-humanista da prática fisioterápica, composta por análise dos documentos oficiais emanados dos poderes públicos federal, estadual e municipal sobre humanização da atenção e gestão da saúde, e dos documentos da gestão municipal de Quixadá-CE, por análise dos conteúdos dos depoimentos, impressões, percepções, opiniões e significações, é possível seguir duas etapas que se complementam: uma, externa, entre as informações gerais obtidas pela pesquisa e as intuições empíricas da

literatura prévia apresentada, e outra, interna, entre as características organizacionais e processuais de trabalho.

Os poucos estudos encontrados na literatura que se aproximaram ao tema dessa pesquisa, capazes de abordar a prática fisioterápica na perspectiva da humanização, tiveram referência apenas à atenção, ao cuidado, resultando em uma abordagem reducionista diante da proposta da PNH que propõe a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, por meio da autonomia, do vínculo, do protagonismo e da corresponsabilidade entre os sujeitos, mas também por meio da participação coletiva no processo de gestão da saúde, necessária e complementar na concretização dos valores propostos.

As análises permitem afirmar que a prática fisioterápica no SUS/Quixadá está inserida no Sistema Local de Saúde que busca estabelecer a defesa da vida como eixo estruturante e norteador das práticas de saúde, mas que, ao mesmo tempo, reconhece a limitação dos serviços em produzir saúde, dificultando a atenção, com ênfase no acolhimento e nas relações interpessoais.

O envolvimento estratégico do SUS/Quixadá com as políticas Nacional e Estadual de Humanização possibilitou o contato dos profissionais de saúde do município com as linhas conceituais adotadas pela PNH, que incluiu o acolhimento, os desafios da interdisciplinaridade, o respeito à subjetividade dos clientes e à diversidade cultural, com vistas à reconstrução da práxis da democracia, da humanização e da própria política e as práticas locais de saúde passaram a ser orientadas pela dimensão qualitativa do SUS, que busca a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos na produção de saúde, através do exercício da cidadania.

É bem certo que não há como propor humanização da gestão e da atenção em saúde sem oferecer um equilíbrio de poderes nas relações entre trabalhadores dentro da organização e na relação da organização com o usuário, e, no caso da Fisioterapia, essas duas dimensões se constroem paralelamente, sem relação de interdependência.

5.2 Conclusões

O desenvolvimento do campo e a discussão crítica dos resultados nos levam às seguintes conclusões:

- O modelo de assistência desenvolvido pelos serviços de Fisioterapia do SUS/Quixadá se caracteriza por ser assistencial, não pró-ativo, voltado para a reabilitação e/ou para a cura. Assim, o serviço aguarda tal demanda para intervir, topicamente, em queixas, sinais, sintomas, síndromes, agravos e doenças, de modo operativo pragmático;

- A clínica desenvolvida nesses serviços apresenta-se muito próxima do conceito de Clínica Oficial, com fortes elementos de Clínica Degradada, incorporando discursos, boas intenções, que apontam a Clínica Ampliada em um certo horizonte das vontades;

- A prática fisioterápica analisada apresenta limitações em suas ações individuais, restringindo a sua resolutividade, ou seja, a capacidade de dar respostas adequadas às necessidades das pessoas. Entretanto, ao mesmo tempo, mostra sinais de avanços quantitativos e/ou qualitativos quando comparados aos últimos anos, ao que se refere à gestão do serviço por trazer uma perspectiva de gestão participativa, de construção coletiva;

- Atenção e gestão são construídas paralelamente, sem pontos de interseção que possibilitem uma visão crítica dos atores envolvidos a respeito do que sejam democracia, direitos e deveres. Essa forma de articular atenção e gestão compromete a ideia de democracia, a participação com respeito e a crítica com afeto;

- A concepção do acolhimento se vincula apenas a um dos seus elementos constitutivos, o de recepção administrativa e ambiente confortável, sem representar para a prática fisioterápica atitudes de compromisso e solidariedade com a população usuária do serviço, que busca ser atendida em suas necessidades;

- A intervenção assistencial é composta por projetos centrados em procedimentos, modo estruturado e semiestruturada de produção de saúde que se organiza a partir dos profissionais e de seus saberes/competências;

- A assistência fisioterápica se encontra muito mais delegada às tecnologias duras e os profissionais são insuficientes para a demanda, além de serem, também, pouco experientes para o uso das tecnologias leves, relacionais;
- O trabalhador, em nossa situação de estudo, caracteriza-se como sujeito instituído e quase destituído, ficando evidente a dificuldade que esses sujeitos têm de lidar, para serem agentes responsáveis pela produção de saúde funcional;
- O trabalhador, nesse modelo de prática fisioterápica, não reflete acerca do processo de trabalho no qual está inserido e, por isso, centra-se apenas na parcela de trabalho que lhe cabe, aprofundando, assim, a fragmentação do trabalho. Comportando-se desse modo, tal trabalhador não problematiza o próprio trabalho e tem sempre a confortável sensação de dever cumprido, de serviço sem problema, pela conclusão das tarefas e das prescrições rotineiras;
- No âmbito da gestão participativa entre trabalhadores e gestores, a Fisioterapia se insere em alguns dispositivos de gestão participativa, como o colegiado gestor, o colegiado gestor da unidade de saúde e a mesa de negociação permanente. Entretanto, os dispositivos gerenciais que possibilitam a participação efetiva dos usuários não foram alcançados, a exemplo da ouvidoria descentralizada que acolhe as manifestações desses atores, centro do processo de produção da saúde;
- No âmbito da atenção, a assistência se caracteriza por ser individual, conduzida de forma pontual, isolada, centrada na queixa do usuário, muitas vezes, rápida, limitada pelo equipamento disponível no momento, sem planejamento, centrada na figura do fisioterapeuta, com falhas de biossegurança e, ainda, centrada na própria técnica utilizada para a intervenção clínica;
- Os usuários são submetidos à forma tradicional de entrada por ordem de chegada, sem ser avaliada a gravidade, o risco, a vulnerabilidade de cada caso. A acolhida é feita sob as formas de afirmação ou negação do atendimento, processadas dentro de uma lógica que dificulta a existência do espaço intercessor;
- A verticalidade do projeto terapêutico é amparado pela decisão exclusiva do fisioterapeuta, depois de se basear no diagnóstico oriundo da avaliação do conjunto dos sinais e sintomas dos usuários. Isso faz com que o trabalho desse fisioterapeuta passe a privilegiar o aspecto da produção de procedimentos e

atividades em detrimento da produção dos resultados e efeitos para os sujeitos que estão sob sua responsabilidade, acreditando, muitas vezes, que seu objeto de trabalho é a doença ou a técnica. Dessa forma, a assistência é delegada às tecnologias duras e leve-duras e é atribuída menor importância à existência dos sujeitos em sua complexidade e sofrimento;

- A comunicação nas USFts é deficiente, parcial, pois as informações são repassadas informalmente, às vezes, de pessoa a pessoa, mas sem garantias de que os destinatários foram contemplados com a notícia, o que proporciona desencontros entre a população e o serviço, gerando insegurança quanto à assistência;

- A USFt que foi contemplada pela ampliação dos espaços apresentou avanços qualitativos para o exercício da prática fisioterápica, no que se refere ao acesso, ao conforto e à privacidade no sentido de favorecer as relações acolhedoras, ao permitir ao usuário a sensação de estar à vontade para expor suas angústias, seus problemas. Entretanto, o acesso à Fisioterapia tornou-se praticamente exclusivo aos moradores da zona urbana, uma vez que o serviço se estruturou apenas na zona urbana, tornando limitado o acesso dos cidadãos do território rural ao serviço, pois estes possuem baixo poder aquisitivo e não podem custear seu deslocamento.

5.3 Recomendações

Os momentos analisados na pesquisa configuram uma prática que não está acabada, mas constitui um resultado aproximado da realidade. Então, apresenta-se o desafio de propor mudanças operativas à prática fisioterápica no SUS/Quixadá, com a perspectiva de implantação da PNH no serviço. Para isso, faz-se necessário a decisão política e a adesão dos trabalhadores e usuários para a reorganização do serviço sob uma ótica que se baseia na produção de saúde e na produção dos sujeitos.

Portanto, pode-se sugerir ao serviço de Fisioterapia um modelo de atenção e de gestão mais adequados que possibilitem agregar seus diferentes

níveis e dimensões, por meio de seus dispositivos mais urgentes ao processo de humanização da prática fisioterápica.

Em consonância com os cenários estudados, defende-se que a mudança é possível a partir da gestão, que já se propõe participativa, mas que ainda necessita criar dispositivos que permitam, efetivamente, a participação dos usuários na dinâmica do serviço, possibilitando a exposição de suas queixas, necessidades e sugestões, e, dispositivos que permitam, também, a democratização das discussões e das decisões entre os trabalhadores nos espaços coletivos de gestão já existentes.

A dimensão cuidadora da saúde funcional deve extrapolar a função reabilitadora, individual, fragmentada, advogando-se que nem sempre é possível curar ou resolver uma necessidade apresentada pelo usuário, mas é sempre possível cuidar, escutar, incluir e responsabilizar-se com o outro para minorar seu sofrimento.

Aponta-se o acolhimento como princípio e diretriz necessário às ações de gestão e atenção da Fisioterapia, tanto para flexibilizar a agenda de modo a garantir o princípio da equidade, utilizando o critério do risco e da vulnerabilidade de cada usuário, quanto para favorecer a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as pessoas, pois acredita-se que as práticas de saúde precisam recuperar o sentido dos encontros como potencializadores dos atos terapêuticos.

Entende-se que ações acolhedoras são capazes de tornar as práticas de saúde mais eficazes e eficientes, pois os valores afetivos e solidários produzidos possibilitam às práticas tradicionais nova perspectiva fundamentada no interesse coletivo, superando o caráter prescritivo que norteou essa prática ao longo do tempo.

As práticas tradicionais, curativas, técnicas, podem ser revistas a partir da resignificação dos modelos de atenção, por meio do planejamento estratégico que envolva organização local, critérios e modalidades de atendimento, com corresponsabilidade e controle social. Nesse caminho, os trabalhadores precisam discutir, problematizar e refletir acerca de seu processo de trabalho, para que, assim, possam efetivar reflexões/análises sobre seu processo de trabalho, sobre seus valores e sobre suas limitações, como forma de afirmar sua autonomia e de se capacitar para renormatizar seu trabalho, suas relações sociais e sua cultura.

Algumas vezes, a pesquisadora sentiu dificuldades em adentrar no campo de estudo devido ao fato de alguns trabalhadores recearem que a pesquisa teria como objetivo denunciá-los à gestão local. No entanto, não se pretende questionar o núcleo de conhecimentos específicos desses atores, uma vez que o intuito dessa pesquisa é compreender a prática exercida por esses atores no seu campo singular e concreto de atuação, a sua função política e social, e a sua contribuição com a defesa da vida dos cidadãos quixadaenses.

Com a certeza de estar diante de um horizonte ainda distante, o da humanização da prática fisioterápica na perspectiva analisada, existe também a certeza de que essa prática pode ser qualificada a partir da tomada de decisões dos gestores e trabalhadores. Para essa nova conquista, existem apoios que podem ser oferecidos pelos consultores da PNH/MS e pelo próprio GTH, que já operam no município junto à atenção básica.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, Sônia. Os sentidos das práticas voltadas para a saúde e doença: maneiras de fazer de grupos da sociedade civil. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubens Araújo de. (orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, p. 7-34, 2001.

AYRES, José Ricardo Carvalho Mesquita. Da necessidade de uma prática reflexiva sobre o cuidado: a hermenêutica como acesso ao sentido das práticas de saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben de Araújo. **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: CEPESC-MS/UERJ-ABRASCO, 2007.

BARROS, Maria Elizabeth Barros de. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben de Araújo. **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: CEPESC-MS/UERJ-ABRASCO, 2007.

BATALHA, Fábio Monteiro Barros de. Autonomia Profissional do Fisioterapeuta ao Longo da História. **Rev.Fisiobrasil**, Rio de Janeiro, v. 59, p. 20-31. ISSN 1676-1324, maio/junho 2003.

BENEVIDES, Roseni; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 3, p. 561-571, 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cartilha da PNH: acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, Textos Básicos de Saúde, série B, 44p., 2006a.

_____. **Cartilha da PNH: ambiência**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, Textos Básicos de Saúde, série B, 32p., 2006b.

_____. **Cartilha da PNH: clínica ampliada – equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, Textos Básicos de Saúde, série B, 60p., 2007.

_____. **Cartilha da PNH: gestão participativa:co-gestão.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, Textos Básicos de Saúde, série B, 20p., 2006c.

_____. **Cartilha da PNH: trabalho e redes de saúde: valorização dos trabalhadores da saúde.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, Textos Básicos de Saúde, série B, 32p., 2006d.

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução nº 4**, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Fisioterapia. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES042002.pdf>> Acesso em: 15 de julho de 2007.

_____. **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS, Cartilha PNH-Humaniza SUS.** Brasília, 2004. Disponível em:<<http://www.saúde.gov.br>> Acesso em:15 de julho de 2007.

_____. **Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde:documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Textos Básicos de Saúde, série B, 52 p., 2006e.

_____. Prefeitura do Município de Quixadá. Secretaria Municipal de Saúde. Universidade Estadual do Ceará. Centro de Ciências em Saúde. Laboratório de Humanização - LHUAS. **Projeto Acolher Cidadão:** qualidade de vida e humanização no trabalho em saúde, 2005.

_____. **Programa nacional de humanização da assistência hospitalar.** Brasília: Editora MS, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner Sousa de. **A saúde pública e a defesa da vida.** São Paulo: Hucitec.1994.

_____. **Saúde Paidéia.** São Paulo: HUCITEC, 2003.

CAMPOS, Rosana Onoko. A Gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: CAMPOS, Gastão Wagner Sousa de. **Saúde Paidéia.** São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2007.

CAPRARA, Andrea; FRANCO, Anamélia Lins Silva Franco. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cadernos de saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, nº.3, p. 647-654, jul/set. 1999.

CAPRARA, Andréa. Escuta como cuidado: é possível ensinar? In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben de Araújo. **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: CEPESC-MS/UERJ-ABRASCO, p.231- 246, 2007.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado. **Política estadual de humanização da atenção e da gestão em saúde do SUS-CE**. Portaria N°1406/2004. Fortaleza: Núcleo de Humanização, 2005.

CEARÁ. LABORATÓRIO DE HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE-LHUAS. CARNEIRO, Cleide; RUIZ, Erasmo Miessa; LANDIM, Lucyla Paes; SAMPAIO, José Jackson Coelho (Org.). **Projeto Acolher Cidadão: pesquisa de vida e humanização no trabalho em saúde**. Fortaleza: UECE, 2006.

CHAMMÉ, Sebastião Jorge. **Saúde e organização social**. Marília: UNESP, Faculdade de Educação, Filosofia, Ciências Sociais e da Documentação. 1988.

CHIZZOTI, Antônio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1995.

COFFITO. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Escola de Posturas mostra resolutividade no ato fisioterapêutico. **Revista o COFFITO**. nº.18, março de 2003.

CUNHA, Gustavo Tenório. **A construção da clínica ampliada**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2005.

MINAYO, Maria Cecília Souza de; DESLANDES, Suely Ferreira. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

FERNANDES, Maria Ivonete Dutra. Construindo o sistema de saúde de Quixadá. In: CARNEIRO, C.; RUIZ, E.M. (orgs). **Acolher cidadão: estratégia de aperfeiçoamento do SUS em Quixadá, Ceará**. Fortaleza. Ed. UECE, p. 9-12, 2006.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde**. Cadernos de Saúde Pública, Betim-Minas Gerais, v.2, nº.15, p. 345-53, 1999.

GIOVANINI, T.et al. **História da Enfermagem: dimensões e interpretações**. 2ed. São Paulo: Revinter, 2002.

GOMES, Rafael da Silveira; GUIZARDI, Francini Lube; PINHEIRO, Roseni. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem de Araújo de. **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, p. 105-116, 2005.

ISCHIARA, Júlio César. **Humanização da assistência hospitalar**: um estudo de caso em hospital público regional. 2003.164f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2003.

LEVCOVITZ, E. **Transição x consolidação**: o dilema estratégico da construção do SUS. Um estudo sobre as reformas das políticas de saúde – 1974-1996. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1997.

LOPES JÚNIOR, Marcelo Masueto. **O princípio da equidade na práxis fisioterapêutica do cliente em estado comatoso**: repercussões orgânicas e metabólicas. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva).Universidade de Fortaleza, 2005.

LOPES, Tatiana Coelho; HENRIQUES, Regina Lúcia Monteiro; PINHEIRO, Roseni. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben de Araújo. **Razões públicas para a integralidade em saúde**: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: CEPESC-MS/UERJ-ABRASCO, p. 29-40, 2007.

MENDONÇA, K.M.P.P; GUERRA,R.O. **Desenvolvimento e validação de um instrumento de medida da satisfação do paciente com a Fisioterapia**. Rev. Brasileira de Fisioterapia. São Carlos, v.11,n.5, p.369-367,set/out, 2007.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana.(orgs). **Agir em saúde um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, p. 71-112, 2007a.

_____. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira (org); MERHY, Emerson Elias; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2007b.

MINAYO, Maria Cecília Souza de; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Ramos Souza de. (orgs). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10.ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MOURA, Hyppólito de; VASCONCELOS, Cipriano Maia de; PASCHE, Dario Frederico; BARROS, Regina Duarte Benevides de.; CAMPO, Rosana Onocko; L'ABBATE, Solange. Análise do trabalho institucional nas equipes do distritos sanitários e no Hospital Mário Gatti de Campinas. In: **Saúde Paidéia**. CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. São Paulo: Hucitec, 2003.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Saúde coletiva: uma nova saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas?** Rev. de saúde Pública. São Paulo, v.32, n.4, p.299-316,1998.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de atenção e vigilância á saúde. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia e Saúde**. 6ª. ed. Rio de Janeiro, RJ.:GUANABARA, p. 587-604, 2003.

PAIXÃO, W. **História de Enfermagem**. 5. ed. Rio de Janeiro: Júlio C. Reis, 1979.

PINHEIRO, Roseni; LUZ, Madel Terezinha. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. (orgs). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, P. 7-34, 2003.

QUEIROZ, Rodrigo Santos de; SANDOVAL, José Maximiliano Henríquez. A função dialógica do fisioterapeuta voltada para a promoção da saúde do acompanhante do paciente hospitalizado. In: **COMSAUDE 2004**. Olinda-PE: Mídia Digital, 2004.

QUIXADÁ. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde: gestão 2005-2008**. Quixadá: SESAU, 2005.

QUIXADÁ. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão 2007. Quixadá: SESAU, 2008.

RAGASSON, Carla Adriane Pires; ALMEIDA, Daniel Carlos Silva da. et al. **Atribuições do fisioterapeuta no programa de saúde da família**: reflexões a partir da prática profissional. Cascavel, PR, 2006 s/d.

REIS, Alberto Olavo Advincula; MARAZINA, Isabel Victoria; GALLO, Paulo Rogério. A humanização na saúde como instância libertadora. **Rev. Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 36-43, set-dez, 2004.

RIBEIRO, K. S. Q. **A atuação da fisioterapia na atenção primária à saúde**. Fisioterapia Brasil, v.3, n.5, p.311-318, 2002.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia & Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

SAMPAIO, José Jackson Coelho. A humanização em saúde. In: CARNEIRO, C.; RUIZ, E. M. (orgs). **Acolher cidadão**: estratégia de aperfeiçoamento do SUS em Quixadá, Ceará. Fortaleza. Ed. UECE, p. 21-26, 2006.

_____. **Humanização em Saúde: um problema prático, uma utopia necessária**. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde, Curso de extensão universitária Fortaleza Humaniza SUS, Caderno de Textos No. 1, 07-18 p., 2005.

SAMPAIO, José Jackson Coelho; BORSOI, Izabel Cristina Ferreira; RUIZ, Erasmo Miessa. **Saúde mental e trabalho em petroleiros de plataforma**: penosidade, rebeldia e conformismo em petroleiros de produção (on shore/ off shore) no Ceará. Fortaleza: FLACSO/EDUECE, 1998.

SAMPAIO, José Jackson Coelho; CARNEIRO, Cleide; RUIZ, Erasmo Miessa; LANDIM, Lucyla Paes. Falando de saúde na terra dos monólitos. In: CARNEIRO, C.; RUIZ, E.M.; LANDIM, L.P; SAMPAIO, José Jackson Coelho Sampaio (orgs). **Acolher cidadão**: estratégia de aperfeiçoamento do SUS em Quixadá, Ceará. Fortaleza. Ed. UECE, 2006.

SAMPAIO, José Jackson Coelho; CARNEIRO, Cleide. Humanização nas práticas de atenção e de gestão em saúde: política, democracia, história e liberdade. In: SAMPAIO, José Jackson Coelho; VASCONCELOS FILHO, Ernani Vieira de; LANDIM, Lucyla Paes; COUTINHO, Andréia; LIMA, Cristina. (orgs). **Caminhos para o extraordinário: humanização do SUS em São Luís-Ma**. Fortaleza: UECE, p. 25-40, 2008.

SAMPAIO, José Jackson Coelho; FILHO, Vasconcelos Ernani Vieira de. Política, planejamento e administração em saúde: um desafio técnico, político e psicossocial. In: CARNEIRO, Cleide; RUIZ, Erasmo Miessa; LANDIM, Lucila Paes; SAMPAIO, José Jackson Coelho Sampaio (orgs). **Acolher cidadão: estratégia de aperfeiçoamento do SUS em Quixadá, Ceará**. Fortaleza. Ed. UECE, p.35-56, 2006.

SERAFIM FILHO, Barbosa Santos. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12 n.4 Rio de Janeiro, jul./ago, 2007.

SOUSA, A. T. de. **Curso de História da Medicina: das origens ao fim do século XVI**. 2. ed. [S.l]: Serviço de Educação, Fundação Colouste Gulbenkian, 1996.

SUCUPIRA, Ana Cecília. O acolhimento como expressão do direito à saúde. In: CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado. **Política estadual de humanização da atenção e da gestão em saúde do SUS-CE**. Portaria N°1406/2004. Fortaleza: Núcleo de Humanização, 2005.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. (orgs). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, p.89-112, 2003.

VÉRAS, Mirela Maria; PINTO, Vicente Paulo Teixeira de. et al. O Fisioterapeuta na estratégia saúde da família: primeiros passos na construção de um novo modelo de atenção. **SANARE- Rev. de políticas públicas**, Sobral-Ce, n.1, p.169-173. ISSN 1676-8019, jan/fev/mar, 2004.

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: PROF.DR. JOSÉ JACKSON C. SAMPAIO

PESQUISADORA COLABORADORA: MARIZA MARIA ALVES BARBOSA

**AVALIAÇÃO DA PRÁTICA DE FISIOTERAPIA NO SUS-QUIXADÁ NA
PERSPECTIVA DA PNH****ROTEIRO PARA A ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM O GRUPO 1**

(Secretária de Saúde e Coordenadora de Fisioterapia)

1. Dados de Identificação:

Código do Entrevistado: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Formação profissional: _____

Tempo de Exercício Profissional: _____

Regime de Contrato de Trabalho: _____

Carga Horária Contratual: _____

Distribuição da Carga Horária em Turnos semanais: _____

Outro vínculo empregatício? _____ Qual? _____

2. Roteiro Temático:**2.1 Diretrizes para orientar a prática de Fisioterapia na perspectiva da humanização****➤ Acolhimento**

Acesso ao serviço;

Critérios para o atendimento das necessidades individuais e coletivas;

Oferta – tipo de demanda e número de vagas;

Modo de atendimento (agendamento, critérios de marcação de atendimentos);

Encaminhamento para outros serviços.

➤ Cogestão

Oportunidades de discussão sobre a qualidade do serviço prestado

Oportunidades de discussão sobre as dificuldades na execução do trabalho

Mecanismos de coleta de queixas e sugestões

➤ **Ambiência**

Áreas de conforto

Área de descanso e convivência

Higiene e Ventilação

Canais de informação interna sobre atividades

Canais de informação e resolução de problemas e necessidades

➤ **Valorização do trabalhador**

Programas de atendimento às necessidades psicossociais dos trabalhadores

Respeito

Motivação

Cursos para aprimoramento profissional e relacional

➤ **Fomento a redes e coletivos**

Relações estabelecidas entre as unidades de serviços/outras instituições de saúde

➤ **Defesa de direitos e deveres dos sujeitos envolvidos**

canais de informação interna sobre atividades

canais de informação e resolução de problemas e necessidades

ouvidoria

➤ **Clínica ampliada**

Definição do projeto terapêutico (quem/como)

Relações entre outras de referência e contrarreferência

(serviços/profissionais)

2.2 Outros comentários

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: PROF.DR. JOSÉ JACKSON C. SAMPAIO

PESQUISADORA COLABORADORA: MARIZA MARIA ALVES BARBOSA

AVALIAÇÃO DA PRÁTICA DE FISIOTERAPIA NO SUS-QUIXADÁ NA

PERSPECTIVA DA PNH

ROTEIRO PARA A ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM O GRUPO 2

(Fisioterapeutas e Técnicos de Apoio dos Serviços de Fisioterapia)

1. Dados de Identificação:

Código do Entrevistado: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Unidade de Serviço: _____

Formação profissional: _____

Tempo de Exercício Profissional: _____

Regime de Contrato de Trabalho: _____

Carga Horária Contratual: _____

Distribuição da Carga Horária em Turnos semanais: _____

Outro vínculo empregatício? _____ Qual? _____ carga horária _____

2. Roteiro Temático:

2.1 Diretrizes para orientar a prática de Fisioterapia na perspectiva da humanização

➤ **Acolhimento**

Acesso ao serviço;

Critérios para o atendimento das necessidades individuais e coletivas;

Oferta – tipo de demanda e número de vagas;

Modo de atendimento (agendamento, critérios de marcação de atendimentos, gravidade e risco);

Encaminhamento para outros serviços.

➤ **Cogestão**

Oportunidades de discussão sobre a qualidade do serviço prestado

Oportunidades de discussão sobre as dificuldades na execução do trabalho

Mecanismos de coleta de queixas e sugestões

➤ **Ambiência**

Áreas de conforto

Área de descanso e convivência

Higiene e Ventilação

Canais de informação interna sobre atividades

Canais de informação e resolução de problemas e necessidades

➤ **Valorização do trabalhador**

Programas de atendimento às necessidades psicossociais dos trabalhadores

Respeito

Motivação

Cursos para aprimoramento profissional e relacional

➤ **Fomento a redes e coletivos**

Relações estabelecidas entre as unidades de serviços/outras instituições de saúde

➤ **Defesa de direitos e deveres dos sujeitos envolvidos**

canais de informação interna sobre atividades

canais de informação e resolução de problemas e necessidades

ouvidoria

➤ **Clínica ampliada**

Definição do projeto terapêutico (quem/como)

Relações entre outras de referência e contrarreferência

(serviços/profissionais)

2.2 Outros comentários

APÊNDICE C

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: PROF.DR. JOSÉ JACKSON C. SAMPAIO

PESQUISADORA COLABORADORA: MARIZA MARIA ALVES BARBOSA

**AVALIAÇÃO DA PRÁTICA DE FISIOTERAPIA NO SUS-QUIXADÁ NA
PERSPECTIVA DA PNH****ROTEIRO PARA A ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM O GRUPO 3
(Usuários ou Responsáveis)****1. Dados de Identificação:**

Código do entrevistado: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Unidade de Serviço: _____

Grau de escolaridade: _____

Onde mora: _____

2. Roteiro Temático:**2.1 Diretrizes para orientar a prática de Fisioterapia na perspectiva da humanização.****➤ Acolhimento**

Fale como você é atendido na recepção do serviço (área e tempo de espera, marcação do tratamento fisioterapêutico e acesso de acompanhantes);

Fale sobre os serviços ofertados no serviço (número de vagas, tipo de atendimento, agendamento por critério de risco);

➤ Cogestão

Fale sobre como e quem define o procedimento realizado;

Fale sobre sua participação nas discussões dos problemas do serviço;

Mecanismos de coleta de queixas e sugestões;

➤ **Ambiência**

Áreas de espera com conforto e sinalização;

Instalações físicas;

Higiene e ventilação;

➤ **Valorização do trabalhador**

Relações entre usuário/trabalhador (gentileza, atenção, respeito)

➤ **Fomento a redes e coletivos**

Relações estabelecidas entre usuários/ serviço

➤ **Defesa de direitos e deveres dos sujeitos envolvidos**

Canais de informação interna sobre atividades;

Canais de informação e resolução de problemas e necessidades;

Comunicação entre usuário e equipe de trabalho (informações sobre

Doenças, diagnóstico, tratamento e identificação dos profissionais);

Ouvidoria

➤ **Clínica ampliada**

Definição do projeto terapêutico (quem/como);

Relações entre outras de referência e contrarreferência
(serviços/profissionais).

2.2. Outros comentários

APÊNDICE D

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: PROF.DR. JOSÉ JACKSON COELHO SAMPAIO
PESQUISADORA-COLABORADORA: MARIZA MARIA ALVES BARBOSA

ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA

Título: PRÁTICA DE FISIOTERAPIA NO SUS-QUIXADÁ NA PERSPECTIVA DA
POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

1. Dados de Identificação:

Unidade de Serviço: _____

2. Roteiro Temático:**2.1 Diretrizes para orientar a prática de Fisioterapia na perspectiva da humanização****➤ Acolhimento**

Responsável pela recepção do usuário;

Acomodação das pessoas durante a espera;

Tempo de espera na recepção;

Acolhida dos usuários (informações, esclarecimentos, linguagem);

Critérios utilizados para consulta (ordem de chegada, necessidade, ordem de marcação, sexo, endereço);

Critérios para atendimento subsequente;

Horários de chegada e saída da equipe de trabalho;

Número de atendimentos por turno;

Tempo médio de atendimento;

Relação dialógica e pedagógica entre profissional e usuário (exercício da fala, da compreensão, de respeito e compromisso);

Atividades educativas (palestras, oficinas, rodas de conversa);

➤ Outras observações

➤ **Cogestão**

Reuniões de planejamento de atividades conjuntas;

Oportunidades de discussão sobre a qualidade do serviço prestado;

Oportunidades de discussão sobre as dificuldades na execução do trabalho;

Mecanismos de coleta de queixas e sugestões para melhoria do trabalho;

➤ Outras observações

➤ **Ambiência**

Áreas de conforto;

Área de descanso e convivência;

Higiene e Ventilação;

Condições dos consultórios (espaço físico, iluminação, temperatura, ruído, estética, distribuição de equipamentos);

Sinalização de áreas;

Identificação de profissionais;

➤ Outras observações

➤ **Valorização do trabalhador**

Programas de atendimento às necessidades psicossociais dos trabalhadores;

Respeito;

Motivação;

Transporte, estacionamento e condições de acesso;

Refeitório;

Área de descanso e convivência;

Atividades recreativas e sociais;

Tipo e adequação das informações sobre as atividades desenvolvidas pela equipe de trabalho (cronograma, fluxograma, cartazes, mapas, gráficos, relatórios);

➤ Outras observações

➤ **Fomento a redes e coletivos**

Relação entre os membros da equipe (Integração grupal);

Relação entre os membros da equipe e usuários;

Relação entre os membros da equipe e gestores;

➤ Outras observações

➤ **Defesa de direitos e deveres dos sujeitos envolvidos**

Canais de informação interna sobre atividades;

Canais de informação e resolução de problemas e necessidades;

Comunicação entre usuário e equipe de trabalho (informações sobre doenças, diagnóstico, tratamento e identificação dos profissionais);

Ouvidoria;

Outras observações

➤ **Clínica ampliada**

Definição do projeto terapêutico (quem/como);

Relações entre outras unidades de referência e contrarreferência (serviços/profissionais);

➤ Outras observações

2.2 Outras observações importantes

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ****DEPARTAMENTO DE SAÚDE****PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA****Título do Projeto: Prática de Fisioterapia na Perspectiva da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde.**

Nós, José Jackson Coelho Sampaio (pesquisador - orientador) e Mariza Maria Alves Barbosa (pesquisadora – responsável) estamos convidando você a participar de uma pesquisa de pós-graduação que tem como objetivo analisar a prática de Fisioterapia na perspectiva da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde. Os resultados obtidos poderão contribuir para a construção de um novo modelo de assistência fisioterápica do município, possibilitando à população a ampliação da qualidade do serviço de Fisioterapia no SUS-Quixadá. Se você concordar, suas respostas serão registradas, e você poderá ter acesso, para retirar e/ou acrescentar informações, obtidas pela entrevista que será gravada em fita cassete. O material coletado será organizado em um banco de dados pelos pesquisadores e após organização do banco de dados o material será destruído. Os pesquisadores asseguram o seu anonimato, isto é, ninguém saberá que foi você quem respondeu às perguntas, buscando respeitar a sua integridade moral, intelectual, social e cultural, tendo como benefícios proporcionar melhorias no serviço de Fisioterapia de Quixadá, através das suas práticas, em relação à estrutura, ao processo e aos resultados para os trabalhadores de saúde, para os gestores e para os usuários. Os possíveis riscos estão relacionados ao desconforto devido ao aparecimento de possíveis conflitos de opiniões ou pelo sentimento de estar sendo fiscalizado ou auditado. No entanto, você pode desistir ou anular este consentimento em qualquer fase da pesquisa, caso decida, de forma que se evite que seu depoimento sofra consequência danosa na expressão livre de suas opiniões. As despesas do projeto são de responsabilidade da pesquisadora - colaboradora.

No momento em que houver necessidade de esclarecimento de qualquer dúvida sobre a sua participação na pesquisa, você pode entrar em contato com os

pesquisadores através dos telefones (85) 31019809 ou (88) 88220120 no Centro de Pós-Graduação em Saúde Pública da UECE – Campus do Itapery - Av. Paranjana, 1700. Fortaleza – CE.

Após ter sido informado (a) sobre os objetivos da pesquisa, caso concorde em participar, você pode autorizar ou não que as informações coletadas sejam utilizadas para relatórios de pesquisa, bem como para a divulgação dos resultados obtidos, somente para fins científicos. Sendo assim, se você concordar, por sua livre vontade, em participar da pesquisa, assine este termo de consentimento, ficando com uma cópia do mesmo.

Fortaleza, ____ de _____ de 2008.

Assinatura do entrevistado (a): _____

Assinatura da pesquisadora – responsável _____

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará