



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

DÉBORA CARDOSO FERREIRA DA PONTE

**POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
CASO DE UMA UNIDADE DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA/CE**

FORTALEZA - CEARÁ

2014

DÉBORA CARDOSO FERREIRA DA PONTE

POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: CASO
DE UMA UNIDADE DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA/CE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico de Saúde Pública do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública
Área de Concentração: Situação da Saúde da População.

Orientador: Prof. Dr. Erasmo Miessa Ruiz

FORTALEZA-CEARÁ

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Ponte, Débora Cardoso Ferreira da.

Política de humanização na estratégia de saúde da família: caso de uma unidade de saúde no Município de Fortaleza/Ce [recurso eletrônico] / Débora Cardoso Ferreira da Ponte. - 2014.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 121 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2014.

Área de concentração: Situação da Saúde da População..

Orientação: Prof. Dr. Erasmo Miessa Ruiz.

1. Humanização da assistência. 2. Política de saúde. 3. Estratégia saúde da família.. I. Título.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

PROGRAMA PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
PPSAQ

FÓLHA DE AVALIAÇÃO

Título da dissertação: **“Política de Humanização na Estratégia de Saúde da Família: Caso de uma Unidade de Saúde no Município de Fortaleza/Ce.”**

Nome da Mestranda: **Débora Cardoso Ferreira da Ponte**

Nome da Orientadora: **Prof. Dr. Erasmo Miessa Ruiz**

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO PROGRAMA DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA/CCS/UECE, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM “SITUAÇÃO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO”.

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. *Erasmo Miessa Ruiz*
(Orientador)

Profa. Dra. *Cinthia Mendonça Cavalcante*
(1º membro)

Profa. Dra. *Lúcia Conde de Oliveira*
(2º membro)

Data da defesa: 28/10/2014.

Aos amores da minha vida:

Meu filho, meu pequeno tesouro, **Guilherme Ponte**, que é a força maior que me sustenta;

Meu marido lindo, meu amor, **Wilner Matos**, que nunca deixou que eu desistisse, mesmo quando ele percebia em meu semblante o cansaço constante. Obrigada pela sua paciência;

Meus Pais, meus exemplos, **Jacinto Ponte e Graça Cardoso**, que me conduziram sempre pelo caminho do bem, ensinando-me a sempre lutar pelos meus ideais.

Meus irmãos, meus melhores amigos, **Alexsandra Ponte e Anaximandro Ponte**, companheiros que sempre me apoiam em todas as fases da minha vida, que vibram comigo em cada pequena vitória.

Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

“Em tempos em que quase ninguém se olha nos olhos, em que a maioria das pessoas pouco se interessa pelo que não lhe diz respeito, só mesmo agradecendo àqueles que percebem nossas descrenças, indecisões, suspeitas, tudo o que nos paralisa, e gastam um pouco da sua energia conosco, insistindo.”

(Martha Medeiros)

Em primeiro lugar, agradeço a **Deus** pela vida, por estar sempre no meu caminho; por todas as bênçãos e oportunidades que me deu, por me guiar e me iluminar em cada momento de minha vida.

Agradeço também a todas as pessoas, que se dispuseram a ceder seus depoimentos para a construção da pesquisa.

Aos meus colegas de mestrado, que dividiram momentos de dificuldades, momentos de aprendizado e crescimento intelectual e pessoal.

Ao meu orientador **Erasmio Miessa Ruiz**, pela compreensão, ensinamento e dedicação dispensados no auxílio à concretização dessa dissertação.

A todos os professores, em especial as professoras **Lucia Conde de Oliveira e Maria Rocineide Ferreira da Silva** pela forma generosa com que sempre me acolheram e pelas valiosas contribuições para o enriquecimento deste trabalho.

Aos meus amigos: **Aníbal Araújo Pinto**, pelos inestimáveis direcionamentos prestados no decorrer da pesquisa; e **Margarida Maria Saraiva**, pelo incentivo a realização do mestrado.

RESUMO

O tema da humanização das práticas de saúde desperta crescente atenção de pesquisadores e gestores. Esta preocupação advém dos modos historicamente dados de constituição da Medicina centrados em diagnose e procedimento, que não exaltam o usuário como ator concreto do seu processo de adoecimento, desconsiderando sua história e valores. Pelas importantes implicações deste tipo hegemônico de atenção à saúde, acentua-se a necessidade de rever e transformar as condições subjetivas e objetivas das práticas clínicas e do processo terapêutico, almejando qualificar a assistência, considerando a qualidade dos cuidados, os direitos dos pacientes e a satisfação dos usuários, além da formação do profissional de saúde. A Política Nacional de Humanização, lançada em 2003, propõe-se a melhorar a qualidade da resposta assistencial e gerencial de todo o sistema de saúde e que configura projeto em construção, entendendo a humanização como uma transformação cultural. O presente estudo constituiu um estudo de caso, tendo como objetivo analisar o processo de implementação da política de humanização na Estratégia de Saúde da Família em uma unidade de saúde em Fortaleza – Ceará – Brasil. A coleta de dados foi realizada através de pesquisa documental e entrevistas semiestruturada com profissionais de saúde, gestores e usuários. Para a interpretação das entrevistas o estudo apoiou-se na técnica de Análise do Discurso de Orlandi, sendo que para a operacionalização da análise dos textos, foi adotados os processos de análise propostos por Sampaio et al. Os resultados revelaram que o município passa por variadas dificuldades na implementação da Política de Humanização na atenção primária, dentre elas: (a) carência de espaços de diálogo entre gestão e atenção, o que impossibilita a gestão participativa; (b) adoção de maneira verticalizada do dispositivo de acolhimento baseado apenas na classificação de risco, desconsiderando a vulnerabilidade; (c) vínculo precário de trabalho do pessoal auxiliar e (d) ausência de articulação no município na perspectiva da Política de Humanização. Como potência para o desenvolvimento da humanização na saúde, pode-se destacar o incentivo a aperfeiçoamento profissional e as melhorias das condições de trabalho através de reforma da unidade de saúde, melhorando a ambiência no aspecto estrutural, o que fomenta estratégias de valorização do trabalhador. A consideração final revela que condições mínimas são necessárias para que se consiga dá garantias dos direitos dos cidadãos, entretanto despontando da objetividade, deve-se aclamar a dimensão subjetiva dessas mudanças, as quais implicam no envolvimento direto dos gestores e cuidadores nessas transformações do processo de trabalho na perspectiva da

humanização, que reverbera na mudança de comportamento e adoção de uma postura acolhedora e afetiva.

Palavras-chave: Humanização da Assistência. Política de Saúde. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

The theme of the humanization of health practices arouses increasing attention from researchers and managers. This concern comes from historically manners Constitution data of medicine focused on diagnosis and procedure, which does not exalt the user as an actor your concrete process of illness, disregarding its history and values. The important implications of this hegemonic type of attention to health, stresses the need to review and change the subjective and objective conditions of clinical practices and the therapeutic process, aiming to qualify the assistance, considering the quality of care, patients ' rights and to the satisfaction of the users, besides the formation of the health professional. National Humanization policy, launched in 2003, it is proposed that the quality of care and management response throughout the health system and that configures project under construction, understanding the humanization as a cultural transformation. The present study constituted a case study, having as objective the analysis of the process of implementation of the policy of humanization in the family health strategy in a primary health care unit in Fortaleza-Ceará-Brazil. The data were collected through documentary research and semi-structured interviews with health professionals, managers and users. For the interpretation of the interviews the study relied on the analysis technique Orlandi speech, and for the operationalization of the analysis of texts, was adopted the analytical procedures proposed by Sampaio et al. The results reveal that the city passes through various difficulties in implementing the policy of Humanization in primary attention, among them: (a) lack of spaces for dialogue between management and attention, what makes the participatory management: (b) adoption of the host device vertical way based only on risk classification, disregarding the vulnerability; (c) bond precarious staff work and (d) the absence of articulation in the municipality in terms of Humanization policy. How to power the development of humanization in healthcare, you can highlight the incentive to professional development and improvements of working conditions through reform, improving the ambience in the structural aspect, which fosters recovery strategies of the worker. The final consideration reveals that minimum conditions are necessary in order to give guarantees of citizens rights, however emerging from objectivity, due to acclaim the subjective dimension of these changes, which involve the direct involvement of managers and caregivers in these transformations of the worker process in terms of humanization, which reverberates in behavior change and adoption of a welcoming posture and affective.

Keywords: Humanization of Assistance. Health Policy. Family Health Strategy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 - Polaridades No SUS.....	25
FIGURA 1 - Índice De Desenvolvimento Humano por Bairros em Fortaleza Baseado no Censo 2010, Fortaleza, 2014.....	38
FIGURA 2 - Quadro de Metas para a Política Municipal de Humanização, Fortaleza, 2010-2013.....	62
FIGURA 3 - Quadro de Planejamento da Política Municipal de Humanização, Fortaleza, 2010.....	63
FIGURA 4 - Metas Prioritárias Regionalizadas da Área de Saúde, 2014-2017	66

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ANEPS	Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde
CAP	Comunidade Ampliada de Pesquisa
CTH	Câmaras Técnicas de Humanização
CF	Constituição Federal
CSF	Centro de Saúde da Família
DS	Distrito Sanitário
DEP	Demanda Espontânea
ESF	Estratégia Saúde da Família
G	Gestor
GI	Gestor de Implantação
GM	Gabinete do Ministro
GTH	Grupo de Trabalho de Humanização
IDHM-B	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal por Bairro
LHUAS	Laboratório de Humanização da Atenção em Saúde
MS	Ministério da Saúde
NAC	Núcleo de Atendimento ao Cliente
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
P	Profissional de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PET- Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho a Saúde

PFST	Programa de Formação em Saúde do Trabalhador
PMH	Política Municipal de Humanização
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Política Nacional de Humanização na Assistência Hospitalar
PPA	Plano Plurianual
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PROVAB	Programa de Valorização dos Profissionais da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SF	Saúde da Família
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SER	Secretaria Executiva Regional
SR	Secretaria Regional
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMSE	Sistema Municipal Saúde Escola
SUDS	Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
U	Usuário
UBS	Unidade Básica de Saúde
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	JUSTIFICATIVA.....	16
1.2	OBJETIVOS.....	18
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	19
2.1	REFORMA SANITÁRIA: TRAJETÓRIA DO SUS.....	19
2.2	HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE.....	26
2.3	POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO.....	28
3	TRATAMENTO METODOLÓGICO	35
3.1	DESENHO GERAL DA PESQUISA.....	35
3.2	O DELINEAMENTO DO ESTUDO DE CASO COMO METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO.....	36
3.2.1	O Campo do Caso	37
3.2.2	Os Procedimentos Iniciais e Acesso ao Campo	42
3.2.3	Sujeitos da pesquisa, Instrumentos e Técnicas de Investigação e de Interpretação	42
3.3	QUESTÕES ÉTICAS.....	44
4	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	46
4.1	IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA MUNICIPAL DE HUMANIZAÇÃO.....	47
4.1.1	O processo de formulação e implantação da Política Municipal de Humanização e suas motivações	47
4.1.2	Potencialidades, Limitações e Resultados da implementação da Política Municipal de Humanização	51
4.2	VISÃO DOS GESTORES, PROFISSIONAIS DE SAÚDE E USUÁRIOS SOBRE A POLÍTICA MUNICIPAL DE HUMANIZAÇÃO.....	66
4.2.1	Significando a Humanização na saúde	66
4.2.2	Implantação da Política Municipal de Humanização na Unidade de Saúde Frei de Tito de Alencar	69
4.2.3	Ambiência: necessidade de corpo e alma	71
4.2.4	Gestão Compartilhada	72
4.2.5	Acolhimento: principal dispositivo da Política de Humanização	76

4.2.6	Humanização/Desumanização na prática do cotidiano das equipes.....	82
4.2.7	Mais humanização, por favor!.....	85
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88
5.1	CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	88
5.2	CONCLUSÕES.....	89
5.3	RECOMENDAÇÕES.....	93
	REFERÊNCIAS.....	95
	APÊNDICES.....	105
	ANEXOS.....	118

1.INTRODUÇÃO

A proximidade com o objeto de estudo iniciou-se em 2002, quando me formei em Odontologia e fui trabalhar no município de Quixeramobim na Estratégia Saúde da Família (ESF). Município pequeno com 75.565 habitantes, localizado no Sertão Central, o qual exerci por quatro (4) anos a Estratégia Saúde da Família. Quixeramobim foi uma verdadeira escola de vida. Foi onde aprendi, aliás, fui apreendida pela minha comunidade a qual eu prestava assistência, no bairro da Maravilha; conhecia a maioria dos pacientes e suas famílias.

A integração com a equipe fluía, fazíamos atendimentos conjunto às crianças e gestantes, grupos de idosos, palestras nas escolas, mas lógico que existiam as dificuldades estruturais e de materiais de insumo. Entretanto, o carinho e afeto que existiam naquele espaço, entre os funcionários e entre os profissionais e usuários, fazia com que várias demandas fossem superadas. Eu participava da organização das Conferências Municipais de Saúde, e me interessava pelos movimentos das discussões, da mistura das pessoas que estavam ali cada uma com sua percepção em prol da melhoria de qualidade de vida.

Fui incentivada pelo Secretario de Saúde de Quixeramobim na época, a realizar o curso de especialização em Saúde da Família, realizado pela Universidade Estadual do Ceará. Durante o curso, entre os anos de 2002 a 2004, minha vivência no território, juntamente aos temas discutidos nas disciplinas, fizeram com que emergisse vários questionamentos e, dentre eles, um sempre chamou minha atenção e merecia minhas observações no ambiente de trabalho que era: de como se pautava a relação entre profissionais de saúde e usuários.

Em 2006, ingressei na ESF do município de Fortaleza e me defrontei com um sistema de saúde de maior proporção, aonde em um mesmo estabelecimento de saúde existiam mais de uma equipe de Estratégia Saúde da Família atuando e ainda coexistiam profissionais exercendo especialidades no mesmo ambiente; não possuindo os fluxos dos processos de trabalho bem definidos. No município o fortalecimento da ESF estava ainda sendo desenhado, assim muitos processos que eu vivenciei em Quixeramobim ainda não tinha sido efetivados na capital cearense.

Observei que em Fortaleza, o atendimento médico era centralizador e fragmentado, que a comunicação com as outras categorias profissionais era mínima e que suas condutas eram medicamentosas. Não havia conhecimento do território, das condições sanitárias e sociais de seus pacientes. A falta de humanização era nítida, o que repercutia diretamente na qualidade do atendimento.

Estando diretamente implicada na ESF do município de Fortaleza/CE, todo esse cenário me instigou a pesquisar o tema da humanização na atenção primária.

O Sistema Único de Saúde (SUS) carrega no seu cerne os princípios e diretrizes daquilo que poderia ser a grande política de humanização da assistência à saúde no país, garantindo acesso universal, gratuito e integral, retirando o caráter de mendicância e transformando a saúde em direito (RIZZOTO, 2002).

Entre os avanços e conquistas, pode-se destacar que há um SUS que dá certo, pois: a) A rede de atenção pública de saúde está presente em todo o território nacional, em todos os estados e municípios; b) Muitos serviços de saúde têm experimentado, em todo território nacional, inovações na organização e oferta das práticas de saúde, permitindo a articulação de ações de promoção e de prevenção, com ações de cura e reabilitação; c) O sistema vem reorganizando a rede de atenção à saúde, produzindo impacto na qualidade de vida do brasileiro; d) O SUS tem propiciado a produção de cidadania, envolvendo e co-responsabilizando a sociedade na condução da política de saúde, criando um sistema de gestão colegiada com forte presença e atuação de conferências e conselhos de saúde (BRASIL, 2010a).

Apesar da concretização de alguns acontecimentos no âmbito da saúde congruentes aos princípios norteadores e à descentralização da atenção e da gestão, o SUS enfrenta uma série de problemas, destacando-se algumas necessidades: a) Qualificar o sistema de co-gestão do SUS; b) Criar um sistema de saúde em rede (cooperativo e solidário) centrado no sujeito levando em conta suas diversidades cultural, econômica e social, que supere o isolamento dos serviços em níveis de atenção; c) Fortalecer e qualificar a atenção primária; d) Garantir recursos suficientes para o financiamento do SUS; e) Implantar diretrizes do acolhimento e da clínica ampliada; f) Fomentar estratégias de valorização do trabalhador e g) Incorporar de forma efetiva nas práticas de gestão e de atenção os direitos dos usuários da saúde (BRASIL, 2010a). Todos esses problemas indicam a distância da proposta humanizada do SUS e a realidade de saúde no país.

Humanização é uma expressão de difícil conceituação, tendo em vista seu caráter subjetivo, complexo e multidimensional. Inserida no contexto da saúde, a humanização, muito mais que qualidade clínica dos profissionais, exige qualidade de comportamento. Dicionários da língua portuguesa definem a palavra humanizar como: tornar humano, civilizar, dar condição humana. Portanto, é possível dizer que humanização é um processo que se encontra em constante transformação e que sofre influências do contexto em que ocorre, só sendo promovida e submetida pelo próprio homem (SIMÕES et al., 2007).

A humanização está relacionada a uma ética baseada na condição humana e nos ideais partilhados pelos homens, assim como a um conjunto de valores que fundamentam a compreensão dos empreendimentos científicos e tecnológicos. Pode ser expresso pelo caráter e qualidade da atenção, levando em conta interesses, desejos e necessidades dos atores sociais implicados nesta área (FORTES, 2004).

Em 2000 foi institucionalizado pelo Ministério da Saúde (MS) o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que propôs mudanças nos padrões de assistência aos usuários no ambiente hospitalar. Em 2003, com a nova gestão do Ministério da Saúde, foi iniciada uma proposta que expandisse a humanização para além do ambiente hospitalar; a Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS ou Humaniza/SUS (ONOCKO CAMPOS, 2003; PESSINI et al., 2003).

A PNH se propõe a melhorar a qualidade da resposta assistencial e gerencial de todo o sistema de saúde e que configura projeto em construção, entendendo a humanização como uma transformação cultural. A política preza pela indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade (BRASIL, 2010b).

No caso dos serviços que prestam atenção primária, a PNH se apoia na elaboração de projetos terapêuticos individuais e coletivos para os usuários e sua rede social, formas de acolhimento e inclusão de usuários, práticas que incentivem a diminuição do consumo de medicamentos, fortalecimento das relações entre as equipes de saúde e os usuários, além do estabelecimento da ambiência acolhedora¹. Enfatiza, ainda, a necessidade do desenvolvimento da gestão participativa nas instituições públicas de saúde envolvendo trabalhadores e usuários na tomada de decisão dos atos de gestão (FORTES, 2004).

Desta forma, justamente na perspectiva de mudança e reordenamento do modelo assistencial no Brasil na atenção primária, surge a Estratégia Saúde da Família. A ESF vem ganhando espaço e relevância em todo o Brasil por priorizar ações de promoção, proteção e recuperação de saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua, sendo um pilar essencial na construção desse novo modelo de atenção à saúde é a humanização (SIMÕES, 2007).

1. A Ambiência não constitui apenas do ambiente físico, estrutural, que obviamente é muito importante no conforto dos profissionais e usuários, mas ambiente acolhedor vai além engloba os aspectos sociais, de relações interpessoais e devem estar relacionado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana. Muito importante na ambiência é o componente afetivo expresso na forma do acolhimento, da atenção dispensada ao usuário, da interação entre os trabalhadores e gestores. Devem-se destacar também os componentes culturais e regionais que determinam os valores do ambiente (BRASIL, 2010a).

Em suma, o desafio da humanização diria respeito à possibilidade de se constituir uma nova ordem relacional, pautada no reconhecimento da importância do diálogo (TEIXEIRA, 2005).

Ante tantas expectativas, tem-se o confronto com as práticas, pois quando se analisa o atendimento aos usuários nos estabelecimentos de saúde, percebe-se a ausência de interação entre os sujeitos envolvidos, constituindo em um encontro frio, tecnicista, excessivamente objetivo, centrada em procedimentos, orientado pelo paradigma biologicista, no qual as pessoas são tomadas por objetos, por um diagnóstico de doença, por um histórico de queixas, entre outras condições que as dessingularizam (CECCIM; MERHY, 2009).

Portanto, o presente estudo terá como pressuposto que a política de humanização no município de Fortaleza é incipiente e fragmentada, tendo dificuldade de se firmar como uma política de Estado.

Destarte, o foco da pesquisa dirige-se a política de humanização na Estratégia de Saúde da Família em Fortaleza, tomando como caso a unidade de saúde Frei Tito de Alencar. Assim, algumas questões norteadoras surgem para orientar o campo e necessitam de esclarecimento:

⇒ Como ocorreu o processo de implementação da política de humanização na Estratégia Saúde da Família no município de Fortaleza, com enfoque na unidade de saúde Frei Tito de Alencar?

⇒ Qual a percepção dos atores sociais (gestores, trabalhadores em saúde e usuários) acerca da implementação da política de humanização no ESF?

⇒ Quais as potencialidades, fragilidades e perspectivas da política de humanização na Estratégia Saúde da Família?

1.1 JUSTIFICATIVA

O tema da humanização das práticas de saúde desperta crescente atenção de pesquisadores e gestores. O interesse e os esforços para implementar ações e políticas voltadas para a humanização das práticas de saúde resultam de uma avaliação dos limites e possibilidades do SUS.

Essa preocupação advém dos modos historicamente dados de constituição da Medicina, de sua matriz biomecânica e de sua articulação a uma práxis científica dominante. Esta Medicina prioriza a doença como categoria central de atenção, o poder de diagnose, a eficácia tecnológica e a precisão das intervenções. Em uma crítica mais dura, fala-se mesmo de capitalismo biomédico ou de modelo médico tecnocrático, acentuando a primazia do mercado e o domínio da racionalidade técnica, como configurações gerais do campo convencional das práticas de saúde (ANDRADE, 2007).

Pelas importantes implicações deste tipo hegemônico de atenção à saúde, posicionamentos reflexivos (ANDRADE, 2005) acentuam a necessidade de rever e transformar as condições subjetivas e objetivas das práticas clínicas e do processo terapêutico, em seu sentido mais amplo. Assim, questões relativas à qualidade dos cuidados, aos direitos dos pacientes, à satisfação dos usuários, à formação do profissional de saúde, à dimensão da integralidade das políticas públicas em saúde, entre outros elementos relevantes, são objeto de exame e propostas, no sentido de reaver a humanidade das relações entre cuidadores e pacientes.

As transformações das práticas em saúde são pensadas como o desafio central no debate das políticas de saúde e a base primordial para a sustentabilidade e legitimidade do SUS na atualidade. A integralidade é afirmada como conjunto de valores/signos que pautam e dão a direção necessária a estas transformações e rearranjos, qualificando e humanizando as práticas do SUS (NEVES e MASSARO, 2009).

Entende-se que a pesquisa em pauta é de relevância para o município em apreço, pois, pode subsidiar gestores no planejamento e execução de ações visando o atendimento humanizado nas unidades de atenção primária à saúde; tendo, como um cerne, o norteamento e qualificação das políticas de educação permanente.

Para a academia, o presente trabalho poderá incentivar a formação de profissionais da área da saúde a incluírem a humanização como um dos temas transversais nas propostas pedagógicas dos cursos.

Portanto, o estudo se justifica pela necessidade de trabalhos brasileiros que almejem aprofundar a percepção dos atores nas práticas em saúde envolvidos, tendo como premissa o imperativo da qualificação do encontro e da alteridade na clínica e sua possível perspectiva de fluxo de rede, permitindo uma análise retrospectiva da conformação da Política de Humanização para que se compreenda como o processo de implementação está ocorrendo.

1.2 OBJETIVOS

GERAL

Analisar o processo de implementação da política de humanização na Estratégia de Saúde da Família em Fortaleza – Ceará – Brasil, com enfoque na unidade de saúde Frei Tito de Alencar.

ESPECÍFICOS

- Apreender a percepção dos atores sociais – gestores, trabalhadores em saúde e usuários - sobre a implementação da política de humanização na Estratégia de Saúde da Família na unidade de saúde em estudo.
- Identificar potencialidades, fragilidades e perspectivas da política de humanização na Estratégia de Saúde da Família na unidade de saúde em tela à luz das principais diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 REFORMA SANITÁRIA: TRAJETÓRIA DO SUS

O percurso do movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e, posteriormente, a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), com os seus atributos de propostas políticas e estratégias de mudanças, incluindo a gestão, o financiamento e especialmente a organização dos serviços de saúde, teve como eixo estruturante a ‘democratização da saúde’(HEIMANN, MENDONÇA, 2005).

A busca de alternativas à organização social das práticas de saúde no Brasil se localiza em meados de 1970, sendo objeto de vários estudos, que tinham o intento de analisar e criticar o modelo hegemônico e privatista médico-assistencial. As reflexões da RSB consideraram as determinações sociais, econômicas e políticas que marcavam o exercício da medicina, no qual a capitalização e a privatização da assistência médica previdenciária era eixo da política de saúde do regime autoritário. A RSB tinha como proposição a constituição de uma rede descentralizada, hierarquizada e integrada de serviços (TEIXEIRA, SOLLA, 2005).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, um dos grandes símbolos do movimento da Reforma, definiu saúde como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde (BRASIL, 1988). O relatório da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (1987), configura o SUS como sistema público que materializa os princípios ‘finalístico’ da universalidade, integralidade e equidade, a partir de adoção de estratégias que levassem em conta os princípios organizativos consagrados nos sistemas de base territorial, regionalizados e integrados, que operam em função da clientela, hierarquização dos serviços, programação local e outros métodos e instrumentos de gestão de sistemas que passavam a ser amplamente difundidos à época (BRASIL, 1987).

Em 1987, o Brasil experienciou o que seria o precursor do SUS, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS); que veio a ser via institucional do que constituiria uma estratégia de reorganização dos serviços, através dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS)/Distritos de Saúde/Distritos Sanitários/ Sistemas Sanitários de Saúde/Sistemas Distritais de Saúde. O objetivo era alcançar uma maior equidade, eficácia e eficiência das

ações. Essa experiência foi inspirada na vivência italiana e teve implementação no Brasil em algumas regiões com apoio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (TEIXEIRA, SOLLA, 2005).

Distrito Sanitário (DS) é unidade operacional e administrativa mínima do sistema saúde, definida com critérios geográficos, populacionais, epidemiológicos, administrativos e políticos, onde se localizam recursos de saúde públicos e privados, organizados através de um conjunto de mecanismos político-institucionais com a participação da sociedade organizada para desenvolver ações de saúde capazes de resolver a maior quantidade possível de problemas de saúde (BRASIL, 1990).

A organização do DS segue alguns princípios: territorialidade, estratégica única, unidade dos recursos, realidade, cobertura, estabelecimento de prioridades, equidade dos serviços de saúde, proporção e influência recíproca, centralização e descentralização, resolutividade por níveis de complexidade, heterogeneidade das formas de atenção, não rechaço da demanda, enfoque global do desenvolvimento dos serviços, impacto e relação de eficiência e participação social. O DS possui duas vertentes: organizacional-gerencial de recursos/serviços de saúde e assistencial atenção/prestação de saúde. O modelo como o todo almeja a regionalização de práticas de saúde para propiciar a redução do sofrimento humano. Essa reorganização adota postura epidemiológica como base para se programar as ações, tendo como apreensão o caráter coletivo, constituindo-se em práticas sociais (PAIM, 1995).

O através da lógica do distrito-sanitário, trazia embutida a negação do sistema então vigente, carregando o embrião do novo sistema proposto pela RSB. Fazia parte, portanto, de uma longa luta vinculada à democratização da sociedade, do Estado e das instituições, mesmo com suas limitações o SUDS representou o início para a inflexão das políticas autoritárias e privatistas da época (PAIM, 2007).

O debate da RSB tinha como objetivo ganhar legitimidade dos princípios e diretrizes do SUS e de suas leis orgânicas nº 8.080/90 e nº 8.142/90. Os princípios da universalidade, integralidade e equidade foram incluídos na CF/88, na lei orgânica da saúde e nas normas operacionais do SUS, sendo considerado o marco jurídico-legal da saúde e provavelmente a mais importante realizada no campo das políticas sociais (BAHIA, 2005).

Nesta conjuntura, definiu-se uma reestruturação da política social a partir de um desenho de modelo de proteção social abrangente, justo, equânime e democrático, que refez o campo dos direitos sociais com a ampliação da cidadania e a constituição da seguridade social, criando as bases para construir uma ordem social nos moldes de um Estado de Bem-

Estar Social, onde a saúde se inscreve como direito de todos os cidadãos e dever do Estado (HEIMANN, MENDONÇA, 2005).

O movimento de Reforma Sanitária desalojou em parte os representantes dos interesses privados de lugares estratégicos no aparelho de Estado. A perspectiva da instituição de fundos de capitalização em contraposição ao regime de repartição simples representou um brutal desvirtuamento do modelo de Seguridade Social aprovado pela Constituição Federal de 1988 (BAHIA, 2005).

Contudo, o ideal constitucional sofreu forte resistência quanto à regulação dos direitos sociais de forma integrada. A aprovação das Leis orgânicas específicas entre 1990 e 1993 fragmentou e institucionalizou as competências exclusivas de cada área por distintos ministérios. Mas um dos principais reflexos desse processo se deu no âmbito do financiamento, com uma forte disputa por recursos dentro do orçamento da seguridade social, quando o setor saúde perdeu financiamento que provinha da Previdência social (HELMANN, MENDONÇA, 2005).

Bahia (2005) interpretou essa crise como decorrente do ‘desfinanciamento’ da saúde, que se agudizou no período de 1994 a 1995 e foi em parte contornada com a aprovação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF). Devido a esses problemas de recurso, os posicionamentos sobre o papel da Saúde Pública como complementar a ação do mercado passaram a pautar diversos fóruns de discussão e elaboração de políticas e impregnou a agenda governamental, especialmente a de setores econômicos. As sugestões foram reinterpretadas pelas entidades médicas e sindicais, e tiveram como proposta a assistência médica individual provida pelo mercado e ações coletivas sobre o ambiente e para os destituídos de renda a cargo do Estado. A expansão dos planos de saúde privados ocorre no mesmo período e reflete os desafios enfrentados pelo SUS, que formalmente era universal e, na prática, se mostrava segmentado e estratificado.

Somente no final da década de 1990, a Emenda Constitucional 29/1999 adotou uma definição para o repasse de recursos do Tesouro para o setor saúde nos diversos níveis de governo e estabeleceu metas de transição para responsabilização dos mesmos com os problemas de saúde. (HEIMANN, MENDONÇA, 2005).

Para alcançar toda a reorientação que o novo modelo propusera, o Ministério da Saúde, teve como prioridade a estruturação da atenção básica (AB) à saúde. As Normas Operacionais Básicas (NOB) foram instrumentos normativos que visaram à organização, à

expansão e o financiamento dentro do sistema público que conduziram o processo de descentralização das ações em saúde (TEIXEIRA, SOLLA, 2005).

A NOB 93, que regia a implementação do SUS, teve como principal diretriz a descentralização da atenção à saúde com mudanças importantes na gestão do sistema. O desafio era estruturar os sistemas municipais de saúde, criando os fundos municipais, os conselhos municipais de saúde e a rede básica municipalizada. O município passou a ser executor e controlador das ações básicas de saúde e o financiamento da AB era realizado por meio de pagamento de procedimentos (HEIMANN, MENDONÇA, 2005).

Heimann e Mendonça (2005) trazem um relato do processo de implantação e consolidação do Saúde da Família. A adoção da Estratégia do Saúde da Família como política nacional ocorre a partir de 1994, visando à reorganização do SUS e ao aprofundamento da municipalização. O PSF é considerado um modelo de atenção básica à saúde, focalizado na unidade familiar e construído na esfera comunitária, constituindo-se como a principal porta de entrada e o centro de comunicação das redes de atenção à saúde. Assim, o PSF viabiliza o acesso universal e igualitário das ações e serviços de saúde, que será ordenado pela atenção básica, observando os critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.

O PSF foi formulado como um programa “vertical” a ser implantado nas regiões do Norte e Nordeste, onde existia epidemia de cólera no início da década de 1990. Em 1991, já se implementara o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em 1995, houve integração dos PACS e da ESF. Mas um dos principais obstáculos a reorientação do modelo foi em relação ao financiamento. Em 1996 entrou em Vigor a Norma Operacional Básica (NOB 96) que tratou da necessidade de remuneração per capita. O financiamento da NOB 96 consistiu no Piso da Atenção Básica (PAB) repassado a contas específicas (fundo a fundo) que muito fortaleceu a expansão do PSF pelo Brasil, que ocorreu a partir de 1998. Foi também pactuado um conjunto de indicadores de acompanhamento e avaliação da AB (PAIM, 2007).

No período de expansão do PSF, Mendes (1998) relatava que deveria ocorrer movimentos imprescindíveis para que ocorresse uma reengenharia do sistema de saúde, alterando o sistema fragmentado hegemônico, os quais se concentram a atenção às condições e aos eventos agudos e são incapazes de prestar assistência contínua à população.

A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) - 2001/2002 - avançou justamente em torno da regionalização da assistência como estratégia de hierarquização e

organização dos serviços de saúde. Vislumbrava a articulação dos serviços básicos à rede de maior complexidade, apontando-a como principal porta de entrada no sistema. O processo de construção do SUS também vem se constituindo nos serviços de média e alta complexidade, reorientando as ações de assistência médica ambulatorial, laboratorial, hospitalar e farmacêutica; induzidas por políticas de regulação e controle, abrindo espaços para a implementação de ações intersetoriais de promoção de saúde e melhoria de qualidade de vida da população (BRASIL, 2002).

As NOBs e NOAS traziam em suas bases formas de gestão, financiamento e organização dos serviços, mas muito pouco se propunha realmente a ‘reversão’ do modelo de atenção à saúde, centrado no olhar das práticas sociais (CARVALHO, 2001). Apesar das Normas não apontarem diretamente para as reversões do modelo, elas já sinalizavam a vontade de mudança, por meio do empoderamento dos municípios para prestação de serviços de saúde, através do financiamento e regionalização.

Percebe-se através da construção do SUS, a ampla descentralização dos recursos e das responsabilidades de gestão sobre os serviços. O grau desse desenvolvimento é muito complexo e bastante heterogêneo nas diversas regiões, que reflete as condições existentes do ponto de vista gerencial, técnico e operativo.

Na fase de consolidação e expansão planejada foi lançado o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) que visa, desde 2002, o fortalecimento e reorganização da AB em municípios de mais de 100mil habitantes. Foca na qualificação dos recursos humanos, objeto de ações permanentes do SUS (TEIXEIRA, SOLLA, 2005).

Almejando a mudança da fragmentação do sistema de saúde, Mendes em 2001 propusera como alternativa a construção processual de sistemas integrados de saúde que articulasse os territórios sanitários, os componentes de integração e a gestão clínica, atentando para as condições agudas e crônicas. Essa nova organização do sistema seria as Redes de Atenção à Saúde (RAS), que desenvolveria mecanismos de cooperação e coordenação para uma gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos, através de um “sistema sem muros”, eliminando as barreiras de acesso entre os diversos níveis de atenção (MENDES, 2011).

As redes de saúde atualmente não preconizam mais a hierarquização dos serviços, mas sim pela integração, portanto é necessária a organização das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde em todos setores. Dessa forma, será bem mais acessível para os profissionais se articularem e se interconectarem com todos os conhecimentos,

saberes, tecnologias e organizações presentes. Para o cidadão, um atendimento adequado, de acordo com as suas necessidades de saúde, de maneira organizada, eficiente, responsável, proporcionando resolubilidade e melhoria da qualidade (SANTOS, ANDRADE, 2011).

Nesse modelo de RAS, temos a rede interfederativa que toma como base que a saúde é imprescindível e para isso os serviços devem ser integrados, compartilhados e interconectados uns com os outros. É preciso compreender que grande parte dos municípios não pode assumir sozinho com a assistência à saúde do cidadão. O âmbito intermunicipal, regional, estadual, interestadual e nacional deixa de ser isolado, centralizado e assume uma postura participativa, unida e integrada, sem hierarquia e sem autoritarismo (SANTOS, ANDRADE, 2011).

Um grande desafio para o SUS é a prática de uma estratégia de regionalização que responda à estrutura federativa. A integração depende da interação dos gestores para além da autonomia dos níveis de governo e dos interesses, devendo a participação social funcionar como verdadeiro instrumento de controle das ações, respeitando a dimensão pública da política de saúde.

A partir do ano de 2006, dando continuidade ao marco de mudanças circunscritas na execução do SUS, foi instituído pela Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro 2006, o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde, um movimento que não caracteriza norma operacional, mas sim uma revolução no modo de financiamento e nas responsabilidades dos gestores, articulado em três dimensões:

O Pacto pela Vida, o Pacto de Gestão e o Pacto em Defesa do SUS O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. O Pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos; e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal. O Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS. (BRASIL, 2006a, p. 44)

Nesse viés de transformação e de viabilizar o direito a saúde de forma integral e descentralizada, aproximando os serviços de saúde da população, ressalta-se a regulamentação da Política de Atenção Básica, emitida pela Portaria nº 648/GM, de 28 de Março de 2006, onde fica estabelecido que Atenção Básica caracteriza-se por:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem de limitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006b, p.71)

Veem-se muitas tentativas de se fortalecer o SUS e efetivar seu aprimoramento e qualificação, entretanto várias barreiras são pontadas. Paim, em 2007, cita os entraves que ainda se mantêm na atualidade, conservando as polaridades do sistema como podemos visualizar no quadro abaixo:

Quadro 1 – Polaridades no SUS

SUS REAL	SUS IDEAL
Cobertura Insuficiente	Universalização
Discriminação	Equidade
Dicotomia da assistência	Integralidade do cuidado
Mau trato	Respeito ao paciente/cidadão

FONTE: PAIM,2007.

PAIM (2007) atribuiu essa estagnação na evolução do sistema brasileiro de saúde a uma luta política e cultural, seja no confronto entre concepções e saberes (clínico e epidemiológico), seja entre diferentes usos de tecnologias (voltadas para atenção individual ou coletiva), seja entre distintas formas de organização do trabalho em saúde (tecnoburocráticas e autoritárias ou racionalizadas e democráticas).

2.2 HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE

Humanização é o termo utilizado para descrever a aquisição ou assimilação de características humanas positivas por uma pessoa ou grupo de pessoas (RIOS, 2009). No sentido filosófico, Nogare (1977) citado por Rios (2009) relata que humanização é um termo que encontra suas raízes no Humanismo, corrente filosófica que reconhece o valor e a dignidade do Homem – a medida de todas as coisas – considerando sua natureza, seus limites, interesses e potenciais. O Humanismo busca compreender o Homem e criar meios para que os indivíduos compreendam uns aos outros.

A Psicanálise se encontra com o Humanismo quando coloca no centro do seu campo de investigação, compreensão e intervenção, o homem e sua natureza humana (que pode ser tão divina quanto demoníaca(...))No mais das vezes, as duas(...) Na melhor das hipóteses, a primeira cuidando para que a segunda se mantenha o mais quieta possível) (RIOS, 2009, pg. 48). A natureza humana comporta pulsões para a construção e para a agressão. Em nossa essência, temos potencial para agir tanto em um sentido quanto em outro. O julgamento ético de cada ato e a sua escolha são tarefa psíquica constante, que põe em jogo os valores que a cultura nos dá por referência e os desejos que se ocultam no íntimo de cada um. Reconhecer a importância dessas características humanas é o primeiro passo para a humanização (RIOS, 2009).

Na vertente moral, a humanização pode evocar valores humanitários como: respeito, solidariedade, compaixão, empatia, bondade, todos valores morais pensados como juízos sobre as ações humanas que as definem como boas ou más, representando uma determinada visão de mundo em um dado tempo e lugar e, portanto, mutáveis de acordo com as transformações da sociedade (SCHRAMM et al, 2005).

Humanizar, então, não se refere a uma progressão na escala biológica ou antropológica, mas ao reconhecimento da natureza humana em sua essência e a elaboração de acordos de cooperação, de diretrizes de conduta ética, de atitudes condizentes com valores humanos coletivamente pactuados (RIOS, 2009).

No campo das relações, a perda de suportes sociais e éticos, somada ao modo narcísico de ser, cria as condições para a intolerância à diferença, e o outro é visto não como parceiro ou aliado, mas como ameaça. Tal disposição, associada à rapidez e pouco estímulo à reflexão sobre os aspectos existenciais e morais do viver humano, faz com que a violência se apresente também como modo de resolver conflitos (RIOS, 2009).

Para Goulart e Chiari (2010), humanizar é parte de um processo baseado em atitudes simples como ouvir, contar, trocar experiências e comparar histórias, possibilitando assim identificação e reciprocidades de vidas permitindo o reconhecimento de possíveis imperfeições como também, possibilidades ilimitadas de fazer de novo.

Segundo Deslandes (2004) a humanização na saúde seria estabelecida através do compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como Bem comum; contrapondo assim os efeitos desumanizantes e fragilmente éticos que as práticas modernas de saúde assumem.

A desumanização existente nos serviços de saúde é um produto humano, ainda quando resulte de uma combinação de problemas estruturais com posturas alienadas e burocratizadas dos operadores (ONOCKO CAMPOS, 2004). Afinal as estruturas sociais são também produto humano e, em tese, poderiam ser refeitas mediante trabalho e esforço humano. Há de fato um paradoxo nessa caracterização. Tende-se a qualificar de desumanas relações sociais em que há um grande desequilíbrio de poder e o lado poderoso se aproveita desta vantagem para desconsiderar interesses e desejos do outro, reduzindo-o a situação de objeto que poderia ser manipulado em função de interesses e desejos do dominante (CAMPOS, 2005).

Outros autores reforçam esse pensamento quando relatam que apesar da conquista de se obter um sistema único de saúde, a baixa responsabilização e descontinuidade nos tratamentos, resultando na baixa qualidade das relações clínicas (refletida no descaso, no descuido, no cuidado burocrático e indiferente a que é submetido um vasto contingente de brasileiros) são ainda aspectos que refletem a “falta” de humanização (PASCHÉ; PASSOS; HENNINGTON, 2011). Além da relação cuidador-paciente existe também alguns entraves que ainda se fazem presente, como problemas relativos à gestão do trabalho em saúde, responsabilidade também atribuída ao SUS (COTTA et al., 2013).

A humanização da clínica e da saúde pública está na dependência de uma reforma da tradição médica e epidemiológica, que consiga combinar a objetivação científica do processo saúde/doença/intervenção com novos modos de operar decorrentes da incorporação do sujeito e de sua história desde o momento do diagnóstico até o da intervenção (CAMPOS, 2005).

A humanização do corpo, na saúde, surge pelo confronto ao modelo hegemônico com suas reificações na clínica nas quais o outro indivíduo é só um caso a ser enfrentado por tecnologias duras ou leve-duras², presentes na soberania dos sistemas profissionais sobre as

2. Para Merhy, as tecnologias podem ser classificadas como leve, leve-dura e dura. Todas tratam a tecnologia de forma abrangente, mediante análise de todo o processo produtivo, até o produto final. As tecnologias leves são as das relações; as leve-duras são as dos saberes estruturados, tais como as teorias, e as duras são as dos recursos materiais (COELHO; JORGE, 2009)

práticas, na disciplinarização que legitima as condutas do tipo diagnóstico-prescrição ou na disseminação de mecanismos, quem em nome da longevidade dos indivíduos, estacam a sua produção de singularidade (CECCIM; MERHY, 2009).

A humanização na saúde é entendida como prestar um tratamento digno, amoroso, tolerante e capaz de colocar-se no lugar do outro. Entretanto, a humanização não deve ser encarada como favor, mas um direito garantido, vista na perspectiva ampla de alteração das atitudes comportamentais e procedimentais para com os usuários, funcionários e quem atende à clientela. (ARCHANJO, BARROS, 2009; BENEVIDES, PASSOS, 2005).

O trabalho em saúde se humaniza quando busca combinar a defesa de uma vida mais longa, com a construção de novos padrões de qualidade da vida para sujeitos concretos. Não há como realizar esta síntese sem o concurso ativo dos usuários, não há saber técnico que realize por si só este tipo de integração. A humanização depende ainda de mudanças das pessoas, da ênfase em valores ligados à defesa da vida, na possibilidade de ampliação do grau de desalienação e de transformar o trabalho em processo criativo e prazeroso (CAMPOS, 2005).

Tomar a saúde como valor de uso é ter como padrão na atenção o vínculo com os usuários, é garantir os direitos dos usuários e seus familiares, é estimular a que eles se coloquem como atores do sistema de saúde por meio de sua ação de controle social, mas é também ter melhores condições para que os profissionais efetuem seu trabalho de modo digno e criador de novas ações e que possam participar como co-gestores de seu processo de trabalho. A humanização vem como estratégia de interferência no processo de produção de saúde, levando-se em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios nesse mesmo processo (BRASIL, 2010a).

2.3 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

Nas décadas de 80 e 90, o conceito de “Qualidade” passou a circular nos meios de comunicação, levando as instituições a transformarem-se, inclusive no setor saúde. As mudanças na saúde almejavam a organização do processo de trabalho para o incremento do desempenho de toda a equipe e, por consequência, melhora da assistência ao cliente (BONATO, 2011).

Uma das iniciativas para a qualificação da saúde foi por meio do processo de “Acreditação Hospitalar”, que impôs novas exigências no que se refere às mudanças comportamentais, mobilização constante dos profissionais em busca de metas e objetivos propostos, além da melhoria permanente e contínua do atendimento prestado. Em 1992, foi realizado, em Brasília, o primeiro seminário nacional de acreditação, com a participação de representantes de diversas entidades nacionais da área da saúde, sendo apresentado o “Manual de Acreditação” (BONATO, 2011).

A partir daí várias discussões surgiram com o intuito de melhorar os processos de trabalho na assistência à saúde, tendo a humanização na saúde implícita em todos os cenários.

Na 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2000, que tinha como título “Acesso, qualidade e humanização da atenção à saúde com controle social” foi explícito, ainda que timidamente, o tema da humanização na saúde. Ainda no ano 2000, foi lançado o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar, este mais voltado para práticas humanizadas no âmbito hospitalar, com a justificativa de que a fragilidade em que o indivíduo se encontra no momento da hospitalização pode ser agravada pela falta de humanização da assistência (OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA, 2006; SOUZA; MENDES, 2009).

Outros programas também foram lançados no ano 2000 como o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento e o Método Canguru. No ano seguinte, lançou-se ainda o Programa de Acreditação Hospitalar. Vários outros programas e iniciativas se seguiram, relacionados, ainda que parcialmente, à humanização da atenção à saúde na construção do SUS (SOUZA; MENDES, 2009). Porém, tais iniciativas eram pontuais e isoladas, além de serem estruturadas a partir de concepções institucionais variadas e de intenções e enfoques peculiares, que foram concebidas pelas necessidades específicas de cada serviço em particular.

Em 2002, na 13ª Conferência Nacional de Saúde foi discutida realmente a humanização na saúde. Naquela oportunidade, foram retomadas as recomendações da Carta de Ottawa referentes à organização dos serviços, incluindo o conceito de ambiência com intuito de contribuir no atendimento humanizado nos serviços de saúde (CZERESNIA, 2003).

Em 2003 foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH), conhecida também como HUMANIZA-SUS, pelo Ministério da Saúde e pactuada pela Comissão Intergestores Tripartite e pelo Conselho Nacional de Saúde (SANTOS FILHO et al., 2009). A PNH nasce com o propósito de contribuir para a melhoria da qualidade da atenção e da gestão da saúde

no Brasil, por meio do fortalecimento da humanização como política transversal na rede, afirmando a indissociabilidade do modelo de atenção e de gestão (BRASIL, 2010a).

A PNH vem redirecionar todos os projetos e atividades propostas voltadas para esse intuito, pois as experiências anteriores evidenciavam o caráter fragmentado e separado, notando-se pouca horizontalidade entre elas, bem como grande verticalidade com relação ao Ministério da Saúde e SUS. A PNH, ao contrário dessas primeiras iniciativas, não trata-se apenas de um programa, mas uma política para se reinventar modos de gerir e de cuidar (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

A proposta sustenta-se nas proposições do SUS de que saúde é um direito de todos e um dever do Estado, em que se lida com a defesa da vida por meio do direito à saúde. A Política Nacional de Humanização é tanto um atributo substantivo, no que diz respeito às formas de qualificação dos sistemas de saúde, como capacitações, treinamentos e modificação na forma de atenção à saúde, quanto uma questão epistemológica, envolvida na produção de conhecimento sobre as formas, cuidados e atenção à vida. O conceito de humanização é entendido, pela Política Nacional, como o “aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho”, e fundamenta-se “na troca e construção de saberes, no diálogo entre profissionais, no trabalho em equipe, na consideração às necessidades, nos desejos e interesses dos diferentes atores do campo” (BERNARDES, 2007).

Assim, com a implementação da PNH, o Ministério da Saúde (MS) espera consolidar quatro marcas específicas: redução das filas e tempo de espera; conhecimento, por parte dos usuários, dos profissionais que cuidam de sua saúde; garantia de informações ao usuário por parte das unidades de saúde e gestão participativa das unidades de saúde aos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores (SIMÕES et al., 2007).

As principais prioridades da PNH são: construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede o SUS; corresponsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção; fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS; fortalecimento de 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 de sujeitos; 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, orientação sexual e às populações específicas (BRASIL, 2010a).

Para concretização de tais norteamentos, a educação permanente ganha destaque como instrumento prático, buscando garantir um cuidado humanizado a ser incorporado ao cotidiano dos serviços de saúde (COTTA et al., 2013,p. 174).

Aspectos referentes à formação profissional vêm ganhando contornos próprios no trabalho em saúde, na medida em que a indissociabilidade entre teoria e prática, o desenvolvimento de uma visão integral do homem e a ampliação da concepção de cuidado torna-se premente para o adequado desempenho laboral.

A PNH tem um “compromisso com a articulação dos processos de formação com os serviços e práticas de saúde” (BRASIL, 2010a). Por isso, para que o saber-fazer-ser dos profissionais da saúde esteja implicado com a consolidação do SUS, formação e humanização precisam estar fortemente interligadas no processo de educação permanente.

Entende-se que a educação permanente está implicada na humanização, pois é relacionada com um processo ensino-aprendizagem significativo e contextualizado, que leva em consideração as problemáticas identificadas no cotidiano dos serviços, proporcionando aos trabalhadores de saúde espaço para reflexão sobre suas práticas, permitindo desencadear transformações nos saberes e práticas desses sujeitos, possibilitando a qualificação dos processos de trabalho para melhor atender as necessidades de saúde de indivíduos e coletividades (BRASIL, 2009).

O documento base para gestores e trabalhadores do SUS (BRASIL, 2010a), propõe que a PNH faça parte do Plano Nacional, dos Planos Estaduais e Municipais dos vários governos, sendo pactuada na agenda de saúde (agenda de compromissos) pelos gestores e pelo Conselho de Saúde correspondente. A PNH se organiza por meio de vários eixos, sendo eles:

1-Eixo da gestão do trabalho: propõe a promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando os trabalhadores, sua motivação, o autodesenvolvimento e o crescimento profissional.

2-Eixo do financiamento: indica a interação 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.

3-Eixo da atenção: recomenda uma política incentivadora do protagonismo dos sujeitos e da ampliação da atenção integral a saúde, promovendo a intersetorialidade.

4-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.

Os eixos supracitados seguem diretrizes, que são as orientações gerais da PNH, que se baseiam em: Clínica Ampliada; Co-Gestão; Valorização do Trabalho; Acolhimento; Valorização do trabalho e do trabalhador da Saúde do Trabalhador; Defesa dos Direitos do Usuário; Fomento das grupidades, coletivos e redes; e Construção da memória do SUS que dá certo (BRASIL, 2010a).

As diretrizes são almeçadas utilizando estratégias práticas que permitam uma aproximação com a política idealizada, como: efetivação de acolhimento com classificação de risco e/ou vulnerabilidade; existência e manutenção de equipes de referência e de apoio matricial; assistência com visão ampliada utilizando Projeto Terapêutico Singular (PTS) e Projeto de Saúde Coletiva; realização de projetos co-geridos de ambiência; presença ativa de Colegiado Gestor; sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de “porta aberta”; ouvidorias e pesquisas de satisfação; realização de visita aberta e direito à acompanhante; incentivo a Programa de Formação em Saúde do trabalhador (PFST) e Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP); vigilância em saúde do trabalhador utilizando os Programas de Qualidade de Vida e Saúde para os Trabalhadores da Saúde; espaços para reflexão por meio dos Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) e Câmaras Técnicas de Humanização (CTH)(BRASIL,2010a).

Ainda no documento do Ministério da Saúde (2010a), seguem orientações para a implementação de ações de Humanização na rede SUS, reafirmando-se os princípios da PNH, sendo direcionados através dos objetivos abaixo:

- a) Ampliar o diálogo entre os profissionais, entre profissionais e população, entre profissionais e administração, promovendo a gestão participativa;
- b) Implementar, estimular e fortalecer Grupos de Trabalho de Humanização com plano de trabalho definido;
- c) Estimular práticas resolutivas, racionalizar e adequar o uso de medicamentos, eliminando ações intervencionistas desnecessárias;

d) Reforçar o conceito de clínica ampliada, compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e co-responsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde;

e) Sensibilizar as equipes de saúde ao problema da violência intrafamiliar (criança, mulher, idoso) e à questão dos preconceitos (sexual, racial, religioso e outros) na hora da recepção e dos encaminhamentos;

f) Adequar os serviços ao ambiente e à cultura local, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável;

g) Viabilizar participação dos trabalhadores nas unidades de saúde de colegiados gestores;

h) Implementar sistema de comunicação e informação que promova o autodesenvolvimento e amplie o compromisso social dos trabalhadores de saúde e

i) Promover ações de incentivo e valorização da jornada integral ao SUS, do trabalho em equipe e da participação em processos de educação permanente que qualifiquem sua ação e sua inserção na rede SUS.

Para que tais mudanças se efetivem, surge a necessidade de estender a discussão especificamente para o nível da Atenção Primária, foco deste trabalho, considerando sua potencialidade neste processo de humanização.

A Atenção Primária tem sido incluída na PNH como espaço de reflexão e de ação estratégica, uma vez que constitui espaço significativo para a qualificação do SUS como política pública. A atenção básica no Brasil utiliza a Estratégia Saúde da Família como tática para reorganizar e ampliar o sistema de saúde melhorando sua efetividade desde 1994. Para que isto se cumpra, a ação de equipes de saúde da família em um território com uma população referida deveria ser capaz tanto de enfrentar necessidades de saúde expressas na forma de demandas aos serviços, induzindo gradualmente um sentido organizativo no fluxo assistencial; como deveria produzir interferências nos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, alterando-os, modificando as cadeias produtivas das doenças e dos agravos (BRASIL, 2010b).

A aposta da PNH nas ações da Atenção Primária consiste em:

produzir saúde, fazendo promoção, prevenção, cura e reabilitação. É fazer clínica e saúde coletiva compartilhadas entre sujeitos. É produzir sujeitos, trabalhadores e usuários com mais autonomia e força para decidir como caminhar suas vidas. [...] A

Política Nacional de Humanização aposta na grupalidade, na potência de afetar e sermos afetados na prática clínica, individual e coletiva (BRASIL, 2010c, p.32)

A Política Nacional de Atenção Básica incluiu a humanização como uma de suas orientações, e vários de seus dispositivos, como PTS, Apoio Matricial, Acolhimento com Classificação de Risco e Vulnerabilidade, entre outros, foram incluídos como ferramentas de ação. Mas, sobretudo, a inclusão do apoio institucional, principal tecnologia de ação da humanização, é uma contribuição indelével da PNH para a atenção básica (BRASIL, 2010b).

Após quase duas décadas de experimentação da ESF, têm sido verificados problemas e desafios que apontam para a necessidade de se produzir avanços no que se refere a questões estruturais, a exemplo do financiamento insuficiente, da ausência de política de pessoal, da coexistência de modelo de unidades básicas e de ESF, da capacidade da ESF se constituir, de fato, no ordenador e organizador do sistema de saúde. Além disto, tem sido apontado para a necessidade de se alterar a gestão processos de organização do trabalho das equipes de saúde da família, superando-se a tradicional organização por profissões, avançando-se na experimentação de trabalho em equipe interdisciplinar (BRASIL, 2010b).

Analisando a PNH percebe-se que apesar dos avanços observados nesses anos de implantação da política, há ainda alguns entraves, resultados de ações desumanizadas na relação com o usuário do serviço público de saúde. Dentre eles, podemos citar a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais, fragmentação da rede assistencial, precária interação nas equipes, burocratização e verticalização do sistema, baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, formação dos profissionais de saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde (OLIVEIRA, COLLET, VIEIRA, 2006; BRASIL, 2010a).

3. TRATAMENTO METODOLÓGICO

3.1 DESENHO GERAL DA PESQUISA

O estudo caracterizou-se como estudo de caso, analítico-crítico, incluindo construção retrospectiva.

O estudo tomou a unidade de saúde Frei Tito de Alencar em Fortaleza como caso. O estudo de caso, segundo TRIVIÑOS (1987, p.134), constitui:

uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente(...) e suas características são dadas por duas circunstâncias, principalmente. Por um lado a natureza e abrangência da unidade (...) Em segundo lugar, também a complexidade do estudo de caso está determinada pelos suportes teóricos que servem de orientação em seu trabalho ao investigador.

Denis e Champagne (1997) e Yin (2001) relatam que os estudos de caso constituem estratégias úteis de pesquisa qualitativa quando está em foco a análise de políticas, programas ou projetos. Um estudo de caso justifica-se na investigação empírica de um fenômeno que pode dificilmente ser dissociado de seu contexto e, também, quando se torna difícil diferenciar efeitos da intervenção propriamente dita das características do meio, revelando nuances difíceis de serem interpretadas isoladamente. Trabalha-se, deliberadamente, com um número pequeno de unidades de análise, de tal forma que a “potência explicativa” do estudo decorre mais da profundidade da análise, e não do número de unidades observadas, o que favorece uma visão holística sobre os acontecimentos.

A pesquisa possuiu caráter qualitativo já que é “difícil trabalhar com números, uma vez que caminhamos para o universo de significações, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores. Esse conjunto de dados considerados ‘qualitativos’ necessita de um material de coleta e de interpretação de outra natureza.” Pois o objeto ‘Saúde’ é possível de ser quantificado, mas quando assume uma postura mais além, isto é, quando é necessário compreender dimensões profundas e significativas que não conseguem ser aprisionadas em variáveis, deve ser tratado qualitativamente (MINAYO, 1996).

A fala torna-se reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, norma e símbolos; ao mesmo tempo, possui a magia de transmitir por meio do porta voz (entrevistado), representações de grupos determinantes em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas (MINAYO, SANCHES,1993).

Durkheim (1978), citado por Minayo e Sanches (1993), tem se munido de dois argumentos metodológicos para as pesquisas qualitativas: a) é possível traçar uniformidades e encontrar regularidades no comportamento humano; b) regularidades predizíveis existem em qualquer fenômeno humano-cultural e podem ser estudadas sem levar em conta apenas motivações individuais.

O estudo analítico, segundo o pensamento cartesiano, consiste em desmontar fenômenos complexos em pedaços a fim de compreender o comportamento do todo a partir das propriedades de suas partes. A capacidade de analisar e a necessidade de observar as diferentes perspectivas constituem o exercício essencial do pensamento, cujo primeiro passo consiste em analisar. É necessário, de início, discriminar as partes ou elementos mais simples de um problema complexo, como o enfrentado pelo presente estudo, e articular sequências explicativas, em acordo com a reflexão dos vários atores sociais (MINAYO, 2006).

O estudo também foi crítico, pois estabeleceu critérios de valor, aceita ou rejeita à luz das experiências, contextualiza os fenômenos estudados e os reconstrói, teoricamente, usando a lógica dialética. A dialética pensa a relação da quantidade como uma das qualidades dos fatos e fenômenos, busca encontrar, na parte, a compreensão e a relação com o todo, e considera que o fenômeno social tem que ser entendido nas suas determinações e transformações dadas pelos sujeitos (MINAYO, 1996).

3.2 O DELINEAMENTO DO ESTUDO DE CASO COMO METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

Utilizou-se neste estudo o delineamento de Gil (1995) para que fosse conduzido o presente estudo de caso. Gil (1995) não aceita um roteiro rígido para a delimitação do estudo de casos, mas menciona a possibilidade de definir quatro fases: a) escolha da unidade-caso; b) coleta de dados; c) seleção, análise e interpretação dos dados; d) elaboração do documento final.

A primeira fase consistiu em delimitar a unidade que constitui o caso, o que exige habilidades do pesquisador para perceber quais dados são suficientes para se chegar à compreensão do objeto como um todo.

A segunda fase foi realizada a coleta de dados, que geralmente é feita com mais de um procedimento, podendo ser usados por exemplo: observação, análise de documentos, entrevista formal ou informal, história de vida, aplicação de questionário. Na presente pesquisa foi utilizado análise de documentos e entrevistas.

A terceira fase foi conjunta, representada pela seleção, análise e interpretação dos dados. A seleção dos dados considerou os objetivos da investigação, seus limites e um sistema de referências para avaliar quais dados seriam úteis ou não.

A quarta fase é representada pela elaboração da presente pesquisa.

3.2.1 O campo do caso

A Secretaria Regional (SR) II abrange 20 bairros, dentre eles o Centro, que tem uma secretaria executiva própria, e a Aldeota, bairros com grande adensamento comercial e de serviços, responsáveis por importante fatia da arrecadação municipal. Ao mesmo tempo, concentra 15 áreas de risco, onde moram 2.808 famílias (MOURA, 2011).

Os bairros nela localizados possuem o segundo menor índice de analfabetismo dentre todas as regionais e a melhor renda média por família: 13,2 salários mínimos por mês. Os rendimentos mais elevados estão no Meireles: 28,6 salários mínimos. Os piores rendimentos, assim como os piores índices de analfabetismo da Regional, estão nos bairros Cais do Porto, Praia do Futuro e Dunas (MOURA, 2011).

O território da SR II, segundo o Plano Municipal de Saúde 2010-2013, está dividido em 289 micro áreas, classificadas como:

- Risco 1 - definidas como áreas de risco que são cadastradas pela defesa civil municipal somadas às áreas de risco social elevado (áreas sem pavimentação, habitações em áreas irregulares e desordenadas e comunidades historicamente conhecidas na cidade como “favelas”). Nestas áreas, a distribuição de pessoas por cada micro- área ou território de atuação do agente de saúde é de cerca de 500;
- Risco 2 - definidas como áreas de vizinhanças das áreas de risco, mas que não possuem suas características peculiares. São áreas de população de baixa renda que contam com recursos sociais básicos como água, pavimentação, casa de tijolos, ruas definidas. Nestas áreas, a distribuição de pessoas por micro área, é de cerca de 700;
- Risco 3 - definidas como áreas onde a população residente possui acesso a escola, lazer e trabalho e as condições de habitação: própria ou alugada. Nestas

áreas a população possui telefone, água tratada e acesso á rede de esgoto. A distribuição de pessoas é de aproximadamente 1000 para cada microárea;

- Risco 4 - definida como área tomada pelos grandes condomínios fechados da cidade, nos bairros nobres, onde o padrão das habitações é peculiar da classe média alta. Estas áreas se caracterizam pelo padrão arquitetônico de alto nível e por sua localização privilegiada.

De acordo com uma pesquisa realizada pela Prefeitura de Fortaleza realizada em 2014 que avaliou o índice de desenvolvimento humano municipal por bairro (IDHM-B) tendo como base o censo 2010, o bairro Meireles, da Regional II é considerado o de melhor desempenho em relação ao IDHM-B .Os oito outros bairros com melhores desempenho estão na mesma Regional (FORTALEZA, 2014a) (Figura 1).

O índice de desenvolvimento humano municipal - por bairro (IDHM-B) contempla três indicadores: média de anos de estudo do chefe de família, taxa de alfabetização e renda média do chefe de família (em salários mínimos). Quanto mais próximo da nota 1,0, mais desenvolvido é o bairro. De acordo com o levantamento feito a partir dos dados do Censo 2010, onze bairros da Regional possuem IDHM-B médio (entre 0,500 e 0,799). São eles: Centro, Cidade 2000, Cocó, De Lourdes, Guararapes, Luciano Cavalcante, Joaquim Távora, Mucuripe, Papicu, Praia de Iracema e Varjota. Pelo mesmo levantamento, apenas 3 bairros possuem IDHM-B alto (0,800 a 1): Aldeota, Dionísio Torres e Meireles. Todavia, seis bairros da SR II possuem IDHM-B baixo (entre 0 e 0,499): Cais do Porto, Praia do Futuro I, Praia do Futuro II, Salinas, São João do Tauape e Vincente Pinzón (FORTALEZA, 2014a).

Figura 1 – Índice de desenvolvimento humano por bairros em Fortaleza baseado no censo 2010, Fortaleza, 2014



Fonte: Secretaria de Desenvolvimento Econômico/
Prefeitura Municipal de Fortaleza, 2014

Importante se destacar que a Regional II possui bairros e localidades visivelmente marcados pela segregação social. É uma região com bairros que concentram boa estrutura física, belas avenidas e prédios, áreas verdes, serviços, comércio, bons equipamentos sociais e, ao mesmo tempo, localidades com estrutura urbana precária, sem a presença de equipamentos e ações de natureza pública.

Frente a todas essas diversidades que compõe a Regional II, escolheu-se para análise a unidade de saúde Frei Tito de Alencar que se localiza na Praia do Futuro II, que se enquadra em um dos territórios com maior discrepância socioeconômicas, apresentando, o 6º pior IDHM-B .

A denominação do bairro veio ao acaso como podemos notar nas palavras do jornalista J.C Alencar Araripe no jornal Diário do Nordeste em 31/07/95 citado por Abreu Júnior (2005):

(...) Aproveito a oportunidade para uma explicação. A denominação de praia do Futuro foi dada por mim, quando editorialista do Correio do Ceará. Mas o que eu queria dizer é que aquela era a praia de nosso futuro urbano, e não dar um nome definitivo a ela, sem sentido, aliás, para ser um nome próprio, para ter caráter toponímico. Mas o nome pegou e ficou (...)

A Praia do Futuro é considerada uma das mais conhecidas e populares praias do Nordeste. Com aproximadamente 8 km de extensão. O bairro "Praia do Futuro" está dividida em Praia do Futuro I e II. A área apresenta alguns problemas urbanos como a ocupação de terras públicas por habitantes de baixa renda, criando áreas de favela e sem planejamento urbano. Faz divisa: oeste com a praia do Mucuripe, e leste com a praia do Caça e Pesca/Sabiaguaba (foz do Rio Cocó) (FORTALEZA, 2010b).

Há grande variação de atores sociais com suas atividades, observando-se os frequentadores da faixa de praia, ambulantes, pescadores, os barraqueiros, habitues dos clubes sociais, dos hotéis, moradores dos edifícios multifamiliares, e a expressão espacial é retratada pela presença de mansões, 22 favelas ocupando as ruas (até alguns terrenos particulares) e uma grande quantidade de terrenos desocupados (ABREU JÚNIOR,2005).

Já quanto a equipamentos públicos, existe uma precariedade expressada em constantes reclamações em páginas de jornal e entrevistas. Mesmo assim, na região existem: 7 igrejas de variados credos, 3 escolas públicas, um posto de saúde (unidade Frei Tito no Caça e Pesca), a praça 31 de março, que encontra-se sob intervenção da Prefeitura Municipal de Fortaleza (reforma). Possui também uma Delegacia de Polícia Civil, Juizado de Pequenas Causas, comércio e serviço local, principalmente na Avenida Dioguinho.

A unidade de atenção básica Frei Tito de Alencar, localiza-se no Bairro Praia do Futuro II, tendo como responsabilidade sanitária a população do bairro Praia do Futuro, com cerca de 18.951 habitantes. A Unidade de Saúde possui uma coordenação composta por: um coordenador (servidor público) e uma direção de nível intermediário (servidor público) como assessoria. O estabelecimento apresenta quatro (4) Equipes de Saúde da Família (ESF) completas com: quatro (4) médicos (1 Servidor Público, 1 oriundo do PROVAB - Programa de valorização da Atenção Básica e 2 prestadores de serviço vinculados por Recibo de Pagamento Autônomo - RPA), quatro (4) enfermeiras servidoras, três (3) Auxiliares de Enfermagem prestadores de serviço vinculados por Recibo de Pagamento Autônomo – RPA, cinco (5) Dentistas Servidores, dois (2) Técnicas de Saúde Bucal prestadores de serviço vinculados por Recibo de Pagamento Autônomo – RPA e catorze (14) Agentes Comunitários de Saúde Estatutários (BRASIL, 2013).

Além das equipes da Estratégia Saúde da Família, a Unidade de Saúde ainda possui em seu quadro, funcionários contratados por meio de uma Organização Social chamada Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH), sendo eles: hum (1) auxiliar de laboratório, quatro (4) auxiliares administrativo, dois (2) auxiliares de farmácia, dois (2) controlistas de acesso, dois (2) vigias e dois (2) auxiliares de limpeza (BRASIL, 2013).

O Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH) firmou um contrato de gestão junto ao município, segundo a Secretaria Municipal de Saúde, com o objetivo de contemplar a prestação de serviços na rede de atenção primária de Fortaleza, ou seja, nos 92 Postos de Saúde da Capital, além dos 14 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e nas três UPAS que foram construídas e inauguradas na atual gestão do Município de Fortaleza.

Entre os serviços contratados junto ao ISGH, estão: realização diária de coleta de exames nos postos de saúde, a aquisição e abastecimento de medicamentos nas farmácias dessas unidades com os remédios indicados pelo Ministério da Saúde para a Atenção Primária, recepção, controlistas de acesso além de ambiência, segurança e conectividade, entre outros.

Dentre todos os cuidados dispensados a comunidade deste bairro, como por exemplo a saúde da mulher, a saúde da criança, as doenças crônicas(hipertensão e diabetes), a tuberculose e a hanseníase, a unidade Frei Tito de Alencar constitui como serviço de referência na SR II para atendimento de pacientes com suspeita de Dengue, o que nos permite inferir que o estabelecimento de saúde, recebe uma grande quantidade de usuários.

A Unidade também foi palco de vários acontecimentos relevantes, dentre os quais pode-se citar:

- a) Ter tido processos de educação permanente no período a ser analisado, como Programa de Educação pelo Trabalho a Saúde (PET-Saúde), Residência Médica e Multiprofissional. A Política Nacional de Educação Permanente em saúde (PNEPS), que é regida pela Portaria GM/MS nº 1.996 em agosto de 2007, aponta as diretrizes para a educação em saúde dos profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo destes processos de educação é a manutenção da competência técnica das equipes de saúde, melhoria da qualidade da assistência prestada e contribuição para reorganização dos serviços de saúde de uma instituição. A PNEPS é constituída por uma articulação entre o sistema de saúde e instituições formadoras (universidades, centros de formação, entre outros). A PNEPS é consolidada através de programas elaborados pelo Ministério da Saúde (MS), que concebem a aprendizagem no trabalho, no cotidiano das organizações, além de apoiar mudanças na formação de graduação (BRASIL, 2007).
- b) Ter sido implantado o acolhimento efetivo aos usuários, segundo o que preconiza a PNH (FORTALEZA, 2007);
- c) Ser uma unidade voltada à atenção básica; tendo como estratégia o Saúde da Família, não possuindo, em seu quadro de funcionários, profissionais executando especialidades.

3.2.2 Os procedimentos iniciais e acesso ao campo

Na primeira fase do trabalho foi realizada pesquisa na literatura relativa ao tema, que compôs o arcabouço teórico conceitual e definiu os contornos do objeto. Em seguida foi dada entrada em um processo na Secretaria Municipal de Saúde para que ocorresse a anuência (Anexo 1) com conseqüente permissão do desenvolvimento da pesquisa junto ao serviço de saúde e também quanto ao acesso aos documentos relativos à Política Municipal de Humanização.

3.2.3 Sujeitos da pesquisa, instrumentos e técnicas de investigação e de interpretação

Para a investigação, lançou-se mão de:

- a) Análise documental – Foram buscados documentos que relatassem a formulação da política de implantação do Humaniza/SUS em Fortaleza. Foram solicitados, às autoridades competentes, alguns documentos considerados importantes para a consolidação dos dados e posterior análise, como atas de reuniões, registros de capacitações, planejamento e execuções de ações e quaisquer documentos sobre implantação e implementação da Política de Humanização na Saúde no município de Fortaleza/CE. O critério de escolha destes documentos partiu do princípio de que deveriam conter informações pertinentes relativas ao objeto de estudo e que fossem considerados documentos oficiais, ou seja, que sua fonte fosse de total credibilidade. O período da coleta dos documentos compreendeu os meses de Junho, Julho e Agosto de 2014.

- b) Entrevistas com os atores sociais ativos - Foram incluídos como os sujeitos da pesquisa: 1) profissionais de saúde que se encontram em exercício na Estratégia Saúde da Família na unidade de saúde Frei Tito de Alencar desde a implantação da Política Municipal de Humanização (2005-2006); 2) usuários chaves que se destacam como informantes estratégicos residentes na comunidade, como líderes comunitários e presidentes de associação de bairro, podendo ser conselheiros locais e regionais de saúde; e 3) gestores que participaram na época do processo de implantação da Política Municipal de Humanização e 4) gestores que no momento da entrevista compõe cargos vinculados a implementação da Política de Humanização em Fortaleza. Com relação aos critérios de exclusão adotados para os profissionais de saúde bem como para os gestores, se delimitou excluir aqueles que estivessem de férias ou de licença durante o período da coleta das informações desta pesquisa. No caso dos usuários se excluiu da amostra pessoas que apresentarem disfonia, disartria ou desorientação espaço-temporal, apenas por comprometerem a inteligibilidade do discurso. O As entrevistas foram realizadas nos meses de Julho e Agosto de 2014.

A entrevista caracterizou-se como semiestruturada, um tipo que, como ensina MINAYO (2006, p.108/9):

combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador. (...) as diferentes formas de entrevistas se resumem em “estruturada” e “não-estruturada” entre as quais há várias modalidades que se diferenciam em maior ou menor grau pelo fato de serem mais ou menos dirigidas.

Para a interpretação das entrevistas o estudo apoiou-se na técnica de Análise do Discurso, que, segundo ORLANDI (1999, p.15):

[Procura] compreender a língua fazendo sentido, enquanto trabalho simbólico, parte do trabalho social geral, constitutivo do homem e da sua história.

Para a operacionalização da análise dos textos, foi adotados os processos de análise propostos por SAMPAIO et al. (1998), com os devidos ajustes práticos à realização do presente estudo, assim:

- a) 1º processo de análise: realizar em cada entrevista três leituras – cursiva analítica e crítica, destacando elementos que possam ser usados e objetivando dominar os textos.
- b) 2º processo de análise: inventariar os elementos fechados de identificação, com a finalidade de montar o período histórico no qual agem os atores sociais específicos.
- c) 3º processo de análise: avaliar as questões abertas de cada entrevista, identificando a lógica de cada sujeito e destacando conceitos e categorias.
- d) 4º processo de análise: comparar com o texto dos documentos, os destaques das entrevistas, buscando divergências e convergências.

3.3 QUESTÕES ÉTICAS

Foram respeitados os aspectos éticos e legais que envolvem pesquisas com seres humanos, conforme as normas e diretrizes da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde. O projeto de pesquisa foi encaminhado por meio da Plataforma Brasil ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará obedecendo as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado em 29 de abril de 2014, sob o registro 630.911 (Anexo 2).

Portanto, foi elaborado um termo de fiel depositário (Apêndice A, B e C), por meio do qual a Prefeitura Municipal de Fortaleza, Ceará ficou ciente das informações referentes à pesquisa e da garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo de qualquer natureza.

Além do termo do fiel depositário, também foi confeccionado o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice D e Apêndice E) para que os participantes da pesquisa fossem informados sobre os objetivos e a justificativa do estudo, tendo explicado que será garantido o anonimato, o livre consentimento e a opção de participar ou não da pesquisa, podendo, inclusive, desistir em qualquer momento. Foram assegurados o sigilo das informações e a privacidade dos participantes, protegendo suas imagens e respeitando os valores sociais, culturais, religiosos e morais de cada sujeito.

As entrevistas do tipo semiestruturada, tiveram como direcionamento alguns temas (Apêndice F, G, H e I) e foram gravadas em equipamento eletrônico, após a aprovação dos participantes. Ademais, as entrevistas se realizaram em local reservado; para se minimizar o risco de desconforto do participante decorrente do constrangimento ou da vergonha que o entrevistado possa ter. O material coletado foi transcrito e organizado conforme a necessidade da discussão dos resultados. O benefício foi que esse estudo trouxe à tona a reflexão sobre a humanização na saúde, buscando rediscutir o modelo de atenção à saúde na Estratégia Saúde da Família.

4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Dentre os sujeitos entrevistados teve-se: três gestores que participaram do processo de implantação da Política Municipal de Humanização (GI), três gestores atuais (G), cinco profissionais de saúde (P) e três usuários (U).

Os gestores do processo de implantação tinham idade entre 36 e 58 anos, todas do sexo feminino, com graduação em enfermagem, sendo duas servidoras públicas da Prefeitura Municipal de Fortaleza. Todas fizeram pós-graduação na área de Saúde Pública, sendo duas mestras e uma especialista. As entrevistadas relataram experiência na gestão no município de Fortaleza com tempo superior a cinco anos (máximo de 14 anos), sendo mencionados diferentes cargos, desde nível local de coordenação de unidade de saúde, passando pelo nível regional na chefia de atenção básica e chefia de distrito de saúde até nível central na Secretaria de Saúde do Município na assessoria técnica da Estratégia Saúde da Família, responsável pela Política de Humanização. Duas delas também possuem vivência na assistência em unidades básicas de saúde do município, onde atualmente trabalham.

Os gestores vigentes apresentavam entre 33 e 38 anos, apenas um do sexo masculino com graduação em medicina e duas com graduação em odontologia, sendo todos servidores públicos da Prefeitura Municipal de Fortaleza. Todos fizeram pós-graduação (especialização) na área de Saúde Pública. A experiência na gestão no município de Fortaleza é bem recente, variando de seis meses a no máximo três anos; um entrevistado relatou ser a primeira experiência em gestão. Todos possuem prática na assistência nas unidades básicas de saúde, sendo provindos do concurso público realizado em 2006.

Os profissionais de saúde entrevistados possuíam entre 35 e 42 anos; todas do sexo feminino, sendo duas com nível superior e servidoras públicas municipais (uma enfermeira, mestre em Educação à Saúde e uma dentista, especialista em Saúde da Família), e três com nível médio (uma agente comunitário de saúde, um auxiliar de enfermagem e um auxiliar de saúde bucal), mas apenas o agente de saúde possui vínculo como estatutário, as demais são terceirizadas. Todos estão atuando na Estratégia Saúde da Família da unidade de saúde Frei Tito de Alencar desde 2006.

Os usuários entrevistados relataram idade entre 47 e 75 anos, sendo todas do sexo feminino, sendo duas pedagogas e uma aposentada. Uma delas é líder comunitária do Caça e Pesca e outra é presidente de uma associação de pescadores local. As três fazem parte do conselho local de saúde, sendo que duas já participam há mais de 5 anos.

4.1 IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA MUNICIPAL DE HUMANIZAÇÃO

4.1.1 O processo de formulação e implantação da política municipal de humanização e suas motivações

Em 2005 se iniciava uma nova gestão no município de Fortaleza, assumindo a prefeitura a professora Luiziane Lins. Foi realizado um levantamento de necessidades quanto à atenção primária e constatou-se inúmeros problemas ligados ao sistema de saúde, principalmente relacionados a acessibilidade da população aos serviços. Na época, existiam 89 unidades básicas, mas nem todas atuavam como Estratégia Saúde da Família, tendo o município uma cobertura populacional de 11% com 99 equipes implantadas (FROTA, 2008).

Em relação ao processo de trabalho na rede da atenção primária, foram observados vários entraves, como: infraestrutura inadequada, vínculo empregatício precário, filas formadas na madrugada para conseguir atendimento nas unidades de saúde, baixa cobertura da Estratégia Saúde da Família, profissionais desmotivados e insatisfação da população. Como pode-se vislumbrar abaixo:

Desde de 2005, que começamos a trabalhar as redes, e vimos que as unidades estavam muito sucateadas, sem estrutura (...) (GI 2)

Na gestão de 2005, nós encontramos muitas barreiras de acesso a atenção básica, Fortaleza tinha uma baixa cobertura da Estratégia Saúde da Família, cerca de 11% da população, vários centros de saúde, mas poucas com a ESF. (...) O que a gente via era que existia dia para marcação de consultas, que tinha fila de madrugada, fila de pedra, venda de vagas, das fichas, que os porteiros eram quem faziam essa seleção de quem entrava na unidade, que tinha um poder centralizado nos recepcionistas das unidades, quer dizer se eu sou amiga eu consigo, senão não consigo (...) outra coisa era em relação ao trabalhador, ele não se sentia, parte, não se sentia potente, contribuindo, ele era apenas mero instrumentos das gestões anteriores, que vinham ano após ano repetindo suas práticas de trabalho (...) (GI 3)

A insatisfação da população, frente à política na época de saúde, isso levou a avaliação na época da Luiziane Lins ver que a saúde não era bem avaliada pela população (...) (GI 1)

Tem-se o entendimento que a desorganização da atenção básica inviabilizar a organização do Sistema na perspectiva da construção do modelo de gestão e de atenção integral à saúde. A atenção básica organizada consegue resolver mais de 85% dos problemas de saúde, encaminhando os demais para a rede especializada ambulatorial ou hospitalar, garantindo total desenvolvimento da cadeia de cuidado progressivo à saúde. É no

desenvolvimento da atenção básica onde se constrói o vínculo entre os profissionais e serviços de saúde e a população. Organizar, portanto, os serviços de atenção básica é condição fundamental para viabilizar o SUS, em conformidade com os pressupostos da Reforma Sanitária Brasileira e com os marcos legais da Constituição Federal e das Leis 8.080 e 8.142 (ANDRADE et al., 2006).

Nessa perspectiva, o Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza adotou como política estruturante, para o fortalecimento da Rede Assistencial da Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família (ESF). O município deliberou a expansão da ESF, uma vez que detinha viabilidade política nos níveis municipal, estadual e nacional, pois reconhecidamente nas três esferas a ESF apresenta-se como o modelo de atenção para reorganização da atenção primária (FROTA, 2008).

Em paralelo a essa decisão, houve a motivação para a implantação da Política Municipal de Humanização, que teria como intuito viabilizar processos, de forma sistêmica no modelo de gestão e de atenção integral (FORTALEZA, 2006). Podemos observar por meio das falas o relato da discussão que ocorria na época:

Na realidade quando iniciamos essa discussão em 2005, foi na perspectiva da introdução das políticas relativas à Estratégia Saúde da Família, mas também relativas a saúde mental e a rede hospitalar, naquele momento todos os gestores estavam envolvidos nesse processo, e se sabia que a política de humanização era um caminho grande para que a gente pudesse está trabalhando. (GI 2)

A Política de humanização não possui caráter transitório ou como programa de governo, mas sim como política permanente, construída de forma transversal nas Redes Assistenciais de Saúde (ANDRADE et al., 2006). Corroborando esta ideia, Benevides e Passos (2005) afirmam que o risco de tomarmos a humanização como mais um Programa seria apenas encarado com relações verticais e normativas que devem ser aplicadas e operacionalizadas, o que na grande parte das vezes, ocorre uma efetividade apenas burocrática, descontextualizada e dispersa, por meio de ações baseadas em índices a serem seguidos e metas a serem alcançadas independentes de sua resolutividade e qualidade que obtêm.

A política local de humanização era coordenada pela Assessoria de Planejamento da Secretaria de Saúde, em articulação com a Coordenação da Atenção Básica e com as Secretarias Executivas Regionais – SER's. A estratégia central de ações de humanização, na época, fundamentou-se na consideração de que a humanização seria uma “política estruturante e de educação permanente”. Daí a proposição de uma Fortaleza Bela em Saúde,

considerando a melhoria física da rede e sua integração, e a humanização da atenção e da gestão (ANDRADE, 2007).

Assim, a gestão apresentou o Projeto que se chamou Operação Fortaleza Bela. A estratégia, em relação ao setor saúde, objetivou reestruturar a atenção primária em saúde, com foco na humanização dos serviços. Organizou-se a partir de três eixos: Ampliação e Reestruturação do PSF; Articulação das Redes Assistenciais e Humanização da Atenção à Saúde (FORTALEZA, 2006).

O sistema de saúde de Fortaleza caracterizou-se, durante os anos anteriores a 2005, pelo enfoque na hospitalização em detrimento estrutural da atenção básica. Na atenção básica, a maioria dos Centros de Saúde da Família não possuía infraestrutura adequada, pois haviam sido construídos antes do advento constitucional do SUS, obedecendo a padrões arquitetônicos que se distanciam do que se entende como ambiência e humanização adequada dos espaços de produção de saúde (FORTALEZA, 2008).

Para a efetivação da reestruturação da atenção primária foi realizado reformas em 88 unidades de saúde, que objetivaram a ambiência; e aquisição de equipamentos e materiais médico-hospitalares, para que as condições de trabalho fossem melhoradas, que se iniciaram em 2005 (FORTALEZA, 2006).

Um símbolo dessa readequação do espaço físico das unidades de saúde ocorreu com a retirada das grades que ficavam nas recepções das unidades e no setor de dispensação de medicamentos; uma vez que a acessibilidade é o cerne da PNH. Assim a remoção das barreiras físicas, não se esgotou apenas nas grades, mas ilustrou o desnudamento da própria gestão, que seria expandido para todos os profissionais posteriormente; e suscitava dizer que nos serviços de saúde os sujeitos não estavam polarizados, mas sim embricados em torno do processo de saúde-doença e que precisavam ser protagonistas de suas histórias. Todo esse cenário é mencionado abaixo:

(...) ainda a gente se deparava com as questões das grades, vários cartazes muito favoráveis apenas para os trabalhadores e os usuários bem excluídos do processo, aí se começa a trabalhar as reformas, desde o projeto arquitetônico, trabalhando com as arquitetas, a gente já começou a trabalhar esse aspecto da ambiência (...) (GI 2)

(...) havia as grades das recepções das unidades de saúde, que afastavam os recepcionistas da população. Para você conseguir falar com um recepcionista você tinha que se abaixar e quase se ajoelhar. Inclusive brincavam com isso, porque as grades e os vidros deixavam um burquinho tão pequeno, (...) tirar as grades era para mostrar que as equipes de saúde daquele lugar não tinham medo da população, que nós todos usuários, gestão e profissionais tínhamos um objetivo comum, que era cuidar das pessoas (...) (GI 3)

Em 2005 ainda se firma parceria com a Universidade Federal do Ceará e se promove o Curso de Extensão Universitária Fortaleza Humaniza SUS. O primeiro momento ocorreu com a participação voluntária de em torno de 5.000 participantes, que ocorreu aos sábados com carga horária de 20 horas no Ginásio Paulo Sarasate. Tais encontros foram considerados momentos de sensibilização ao tema da humanização, ocasiões em que foram proferidas palestras, estimulada a integração dos servidores e fornecidas duas publicações voltadas para o assunto: Fortaleza Humaniza SUS – Caderno de Textos 1 e Fortaleza Humaniza SUS – Caderno de Textos 2: Os pacifistas. (FORTALEZA, 2006).

O segundo momento ocorreu em janeiro e fevereiro de 2006 com carga horária de 40 horas onde foram capacitados 150 profissionais e teve como proposição formar facilitadores para que fosse implantado o Fortaleza Humaniza SUS. O presente curso ocorria simultaneamente no nível central (Secretaria Municipal de Saúde) e nos demais níveis de atenção (FORTALEZA, 2007). É de se reconhecer que, num universo de aproximadamente 5.000 servidores, 150 é um número modesto, e soma-se a isso que parte destes multiplicadores ou saiu da rede municipal, por conta do concurso público realizado, ou foi deslocado para outras unidades (ANDRADE, 2007).

Apesar da primeira fase do curso ter sido um dos maiores momentos que marcaram a Política Municipal de Humanização, houve certas críticas. Os encontros ocorriam aos sábados e por ser fora do expediente, alguns servidores tinham limitações e rejeições a se deslocarem. Além disso, o número muito grande de indivíduo dificultava a metodologia utilizada, assim não se conseguiu sensibilizar a todos de uma maneira efetiva, como podemos confirmar pelos relatos abaixo:

Eu já participei, já escutei falar, mas não sei falar das propostas, porque o dia que eu participei lá eu não gostei, porque era muita gente, você não entendia nada, então eu não continuei. Eu queria uma coisa mais clara, aí não consegui. (P 1)

Teve uma época que fizeram um treinamento de humaniza SUS, que foi até lá no Paulo Sarasate, mas assim como é aquela multidão, é uma coisa assim, não é aquela coisa pouca, como posso dizer, para todo mundo, é uma coisa sem sentido, a gente só escuta falar, falar...mas é perdido. (P 2)

Apesar de se apostar na união dos coletivos em prol de uma nova política, devemos ressaltar que a abordagem pela educação permanente deve ponderar as especificidades de cada categoria de trabalhadores e suas expectativas. Assim, a educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos) e propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre as

práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços (HADDAD, ROSCHKE E DAVINI apud CECCIM; FEUERWERKER, 2004)

Em relação à Formação dos Facilitadores, também existiram equívocos, pois eles eram escolhidos pelos coordenadores das unidades de saúde e encaminhados para a execução do curso. Entretanto muitos não possuíam o perfil para estar multiplicar as vivências experienciadas durante a capacitação; o que acabava inviabilizando a adequada desenvoltura processual para a implantação do Humaniza SUS. Isso pode nós fazer refletir o porquê que em algumas unidades de saúde ocorreu uma melhor implantação do que em outros estabelecimentos.

(...) o que tivemos de problema, foi que os gestores muitas vezes mandavam pessoas sem perfil, pessoas que não iam motivar os outros para essa mudança (...) (GI 2)

O terceiro momento foi com os profissionais no próprio local de trabalho, que foi modulado pelos facilitadores formados na segunda fase. Isso tinha como premissa aproximar a Política à realidade e envolver não apenas os profissionais de saúde na discussão, mas também aos outros trabalhadores como os recepcionistas, porteiro e serviços gerais. A humanização deveria ser uma postura desenvolvida por todos para que a acolhida do paciente fosse efetiva. Nessa etapa foram convidados representantes da comunidade para participarem das discussões sobre a política. (FORTALEZA, 2007).

4.1.2 Potencialidades, limitações e resultados da implementação da política municipal de humanização

Em 2006, Fortaleza aderiu ao concurso estadual de base local / municipal, promovido e coordenado pela Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, ofertando 460 vagas para enfermeiros, cirurgiões dentistas e médicos, totalizando 1.380 novos profissionais na rede municipal, com o intuito de formar 460 equipes de Saúde da Família durante o período de 2006 a 2008. Essa medida foi um dos resultados em curto prazo da própria implementação da Política Municipal de Saúde, pois almejou o enfrentamento do problema da precarização de vínculos empregatícios, uma vez que os profissionais eram contratados através de cooperativas, e objetivou estabilizar os trabalhadores na rede de saúde do município (FROTA, 2008). As seguintes falas se referem ao fato anteriormente citado:

(...) quando a gente iniciou os profissionais eram cooperativa, ai em 2006 se faz o concurso, ai a gente estava na fase de entrada de novos profissionais, com a potência e a gente deixaria essa fragilidade da precarização do vínculo de trabalho (...) (GI 2)

(...) a entrada dos profissionais da ESF pelo concurso, foi a resultado a curto prazo mais rápido que a PMH trouxe ao município (...) (GI 1)

Também foi realizada seleção pública para a contratação de 2.627 agentes comunitários de saúde e de 1.500 agentes sanitaristas; que almejava também a resolução da precarização de vínculo de trabalho (FROTA, 2008).

A adesão ao concurso foi decisiva, pois se tinha o entendimento que não tinha como estruturar a atenção primária, uma vez que a quantidade de equipes da Estratégia Saúde da Família era insuficiente e não possuíam capacidade de modificar a realidade dos indicadores epidemiológicos ou reorganizar as práticas de saúde e o modelo de atenção básica (FARIAS, 2009).

Assim, com a implementação efetiva da estratégia SF em 2006, Fortaleza passou por um processo de reestruturação dos serviços, ampliando o número de profissionais de saúde. Após a divulgação dos aprovados, foram contratadas 304 equipes e, com isso, a Prefeitura de Fortaleza ampliou a cobertura da estratégia SF de 11% para 43,44% da população local que foram lotadas em todas as unidades básicas da capital que passaram a ser chamadas de Centros de Saúde da Família (CSF) (FORTALEZA, 2008).

O sistema de saúde continuava a ser estruturado, entretanto ainda dispunha de muitos entraves logístico (insumos, locação de carros, contratação de equipe de apoio, como auxiliares de enfermagem e administrativo) e também relacional entre profissionais veteranos e novatos e entre a população e os profissionais da ESF. Contrapondo-se a todas as dificuldades, as equipes recém-chegadas apresentaram alto grau de motivação e vontade de atuar em Saúde da Família, que vinham com o novo fazer no campo saúde. Os profissionais tinha experiência no PSF, pois trabalharam em diversos municípios do interior do Ceará, anteriormente à efetivação em Fortaleza (FROTA, 2008)

A expansão da ESF, por meio do concurso, para todas as unidades de saúde do município foi uma das principais potências para que a Política de Humanização fosse implantada, uma vez que esses profissionais seriam “permanentes” na assistência e apresentavam muita vontade de exercer a ESF em sua essência na capital cearense. No tocante a isso, emerge o discurso dos gestores que participaram da implantação da Política. Desses, destacam-se:

(...) potencialidade foi que em 2006 estávamos recebendo os profissionais do concurso para a Estratégia Saúde da Família, que veio a somar com os servidores antigos, e eles vinham de uma formação profissional, onde a base era exatamente a escuta, ver o usuário como um todo, ver seu contexto familiar, ver aonde esse usuário está inserido em seu território. Isso veio a dar uma roupagem nova ao sistema de saúde. (GI 1)

Essa ampliação da ESF foi viabilizada por gestores que acreditavam na capacidade dos profissionais de mudar o panorama da saúde em Fortaleza, e que se uniram para tornar a humanização possível nos serviços de saúde e se envolveram em todo o processo para que isso se tornasse real e factível, como podemos ver abaixo:

Em questão a potência, víamos muito gestor implicado, querendo fazer acontecer, inclusive com chegada dos novos profissionais, que tinham tudo para mudar o cenário do município de Fortaleza, e a grande potência foi o gestor maior, que foi o Odorico [Secretário de Saúde] que apostou na política, porque se era para implantar teria que se fomentar pela gestão, e todos os gestores do nível central estavam implicados nisso, querendo mudar o cenário que estava de quando assumimos a gestão (...) (GI 2)

Nesse turbilhão de estruturação, fica evidente que a educação permanente e os processos de co-gestão são ferramentas necessárias para a organização e a estruturação do sistema de saúde, incluindo a implantação da estratégia SF. Assim no ano de 2005 houve a concepção e articulação da ideia do Sistema Municipal de Saúde-Escola de Fortaleza e também o ano que marcou o início de algumas atividades, mas a oficialização foi apenas em 2006 no Diário Oficial. É importante salientar que sua elaboração contou com a participação de representantes da Secretaria de Saúde, das instituições de Ensino envolvidas e dos (as) trabalhadores (as) da saúde de Fortaleza. O Sistema Municipal de Saúde Escola (SMSE) passou a ser visto pelos gestores como estratégia importante para a efetivação do processo de organização da estratégia SF (FARIAS, 2009).

Nesse contexto, a educação permanente para o SUS contribuiu para a mudança do modelo de atenção e de formação dos profissionais. A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS) adotou o Sistema Municipal de Saúde Escola (SMSE), com o objetivo de transformar a rede de serviços, compreendendo que os saberes são construídos e modificados no cotidiano do processo de trabalho pelo processo de aprendizagem-ação (BARRETO et al., 2006).

Em torno desses pensamentos, em agosto de 2006 nasce o Grupo de Trabalho de Humanização – GTH da Secretaria Municipal de Saúde, que foi constituído por gestores e trabalhadores que se encontravam para refletir as ações em humanização, o que fortaleceu e

aproximou bastante a gestão aos profissionais de saúde. Podemos destacar que a categoria de enfermagem possuiu papel primordial no processo de implantação da política de humanização, pois se mostraram afetadas com a situação de saúde da população e envolveram-se no desenvolvimento das ações, constituindo uma grande potencialidade, como podemos confirmar através da fala:

De potencialidades foi a participação dos trabalhadores, isso aproximou muito a gestão dos trabalhadores, ai fala-se em co-gestão, outro ponto foi o protagonismo do enfermeiros, eles conseguiram se destacar e ter mais autonomia (...) (GI 3)

Neste mesmo ano de 2006 foi estabelecida parceria da Prefeitura Municipal de Fortaleza/ Secretaria Municipal de Saúde com o Ministério da saúde (MS), através da Política Nacional de Humanização (PNH), a Universidade Estadual do Ceará, através de seu Laboratório de Humanização da Atenção em Saúde (LHUAS). Com essa parceria, obteve-se, além do apoio financeiro, a troca de saberes e de experiências que tinham como proposta a construção de um Sistema de Saúde mais humanizado, capaz de oferecer serviços mais resolutivos e com maior qualidade (FORTALEZA, 2007). Essa parceria alicerçou bastante à implantação da PMH, uma vez que veio a introduzir metodologias reconhecidas e vivências de outros locais para que o processo não ocorresse no empirismo. A parceria foi elencada como uma boa potencialidade para a implantação da PMH:

(...) a grande parceria foi com o MS e UECE, porque nós não estávamos fazendo no achismo, mas sim com um planejamento, discutindo experiências de outros locais, de autores que já traziam isso, e muitos professores contribuíram muito (...) (GI 2).

O núcleo gestor da parceria, constituído por representantes das três instituições, promoveu encontros sistemáticos para a definição de prioridades relativas a Política Municipal de Humanização e elegeu três eixos prioritários a serem abordados nas ações: Acolhimento e Ambiência, Gestão Compartilhada e Saúde do Trabalhador (FORTALEZA, 2007).

Resgatando a formação em humanização, realizaram-se, em 2006 e 2007, oficinas com o objetivo de implantar o acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade nos Centros de Saúde. Foram formados facilitadores de todas as unidades primárias de saúde, e teve como público-alvo: o coordenador da unidade, dois profissionais (1 de nível superior e 1 de nível médio) e 1 membro do conselho. Esses profissionais tiveram como desafio implementar o acolhimento em seus territórios de atuação (FORTALEZA, 2008).

Assim, o papel dos facilitadores eram capilarizar as discussões sobre o acolhimento nos seus respectivos locais de trabalho e envolver todos os funcionários e representantes da comunidade, uma vez que o processo de trabalho estava sendo ajustado.

O objetivo da implantação do acolhimento era disponibilizar a melhoria da acessibilidade por meio de uma escuta qualificada às demandas da população para que se pudesse aumentar a resolutividade dos serviços e reorientar o modelo à atenção integral, retirando as condutas médico-centradas, baseado apenas na queixa-conduta, com atendimentos pontuais e sem continuidade (FORTALEZA, 2008). Toda a equipe deveria estar envolvida no acolhimento, mas infelizmente esse papel ficou muito a cargo do corpo de enfermagem, como podemos ver pela fala:

(...) a enfermagem ficou muito na condução da avaliação de risco, ou seja pela própria organização de suas agendas; muita coisa que chegavam nas unidades de saúde eram médico voltadas, aí a gente começou a ver que muitas coisas poderiam ser feitas pela enfermagem, outras pelo técnico de enfermagem, ou para a odontologia. Aí começamos envolver todos os trabalhadores (...) (GI 3)

Segundo o Relatório de Gestão de 2007, ocorreram três oficinas para a implantação do acolhimento nos Centro de Saúde da Família. Foram realizadas 22 oficinas nos Distritos de Saúde, com participação de 3.890 profissionais com o intuito de expandir a discussão sobre o acolhimento e estreitar os vínculos entre gestão e profissionais.

Todavia, essa reorganização do processo de trabalho através do acolhimento não foi aceita por todos como uma mudança bem vinda. Houve algumas dificuldades para que a população participasse das discussões e compreendesse as alterações do processo de trabalho. Eram muitas mudanças ocorrendo simultaneamente: a entrada das equipes de Saúde da Família, que atendiam por território adscrito, e a alteração de como seria o acesso à unidade de saúde. Então o primeiro impacto com essa reestruturação foi um momento conturbado. O que constituiu uma fragilidade da implantação da Política Municipal de Humanização:

De principais obstáculos foi a baixa participação da população, inclusive quando a gente chegava para implantar o acolhimento com avaliação de risco, ela se sentia afetada e falava: ah sempre foi assim, e agora vai ser diferente, isso amedrontou as equipes, mas não tinha como isso acontecer sem afetar a população, é uma dificuldade que fazia parte do processo. Acho que se a gente tivesse uma participação da população melhor, isso teria nos fortalecido mais (...) (GI 3)

Além da população, também muitos trabalhadores criticaram a proposta do acolhimento, na maioria profissionais de 20 horas semanais, que estavam ali há anos executando seu trabalho assistencial fragmentado, baseado em prescrições, que atendiam os

pacientes previamente selecionados pelo clientelismo da recepção, e mudar de postura seria sair da “zona de conforto”. Isso representou um obstáculo para os facilitadores, pois eles não conseguiram, em muitos casos, fazer com que os profissionais veteranos aderissem ao acolhimento. A justificativa desses profissionais foi que iria mexer com uma gratificação de produção que eles recebiam pelo quantitativo de pacientes atendidos, como podemos confirmar pelos relatos:

A própria adesão dos servidores, que não acreditavam que isso desse certo, porque a Política do Humaniza-SUS preconiza que nós temos que acolher todo mundo, independente da área adscrita, mesmo que depois você tenha que redirecionar aquele usuário, mas você tem que acolher, acolher todo mundo da melhor maneira possível. Ai tinha uma descrença em relação a essa política, devido a alguns posicionamento já arraigados em alguns servidores de livre demanda, (...) isso é uma mudança de comportamento, depois de anos e anos dentro de um sistema falido de saúde (GI 1).

(...) tivemos essa rejeição inicial desses profissionais de 20hrs. Ai depois e que conseguimos integrar esses profissionais, medo do novo, ai teria que mudar a postura desses profissionais, que era muito autoritária, que atendia os pacientes e iam embora, que tinha que haver uma responsabilização desses profissionais com a comunidade (...) (GI 2).

(...) os que já estavam [profissionais de 20h], que estavam há muito anos, acostumados a atender a população que estavam agendados previamente pela recepção, não participava muito dos processos de trabalho e nem na implantação da PMH, nos propusemos que eles participassem das discussões do acesso, da gestão, mas o que acontecia era que ficava muito a cargo dos profissionais da ESF, isso angustiava muito os facilitadores das unidades, porque eles diziam que não conseguiam a adesão dos veteranos. E ai precisávamos ouvi-los para que se pudessem pactuar alguma coisa., mas eles não queriam atuar como clinico geral, apenas os que ele há atendiam. Eles alegavam que iria mexer com suas produtividades (...) (GI 3).

Por outro lado, essas discussões promoveram uma aproximação dos profissionais e a comunidade, e vários sujeitos emergiram neste cenário de formulação de processo de trabalho. Foi elencada a necessidade de aprofundamento das discussões e dos temas relacionados à PMH, como clínica ampliada e território, que tiveram como grande espaço para produzir esses encontros às “Rodas” da unidade. O que se viu foi que os grupos condutores elegeram sua própria metodologia em suas unidades de saúde, e foram promovendo a participação de todos (FORTALEZA, 2008).

A implantação do acolhimento na atenção primária ocorreu com muita autonomia e empoderamento dos sujeitos que estavam no território, pois a mudança das práticas de saúde perpassa pela mudança cultural também (FORTALEZA, 2008).

Apesar da dificuldade de participação popular dentro das discussões, após participarem das rodas, a comunidade começou a entender que havia expectativa de melhoria

da acessibilidade ao serviço. Todavia, a implantação do acolhimento para a população trouxe uma falsa perspectiva de resolutividade de todos os seus problemas, porque uma vez que se preconizava que todos iriam ter acesso aos serviços, houve esperança de garantias imediatas ao ser escutado por um profissional, o que não seria totalmente verídico devido as limitações do próprio Sistema de Saúde. Vejamos pela fala:

As facilidades foi que a população gostou, ela entendeu que todo mundo seria ouvido, que todo mundo iria ser escutada, mas também houve uma confusão porque a população entendeu que quem seria ouvido também seria logo resolvido o problema, existe uma diferença muito grande da escuta e resolutividade (...) (GI 1).

À medida que o processo foi avançando, ajustando-se a realidade de cada local, a população começou a vivenciar uma melhoria da acessibilidade às unidades de saúde, além de uma melhor integração das equipes, mas sabe-se que isso foi processual, gradativo e específico dentro de cada contexto (FORTALEZA, 2008).

Consta no Relatório de Gestão de 2007 que houve implementação do acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade em 100% dos Centros de Saúde da Família, o que vale refletirmos: Será que essas capacitações foram suficientes para eclodir uma mudança comportamental tão grande em todos os profissionais de forma efetiva, de maneira que o novo dispositivo da PNH fosse de fato implantado nos serviços a contento? Óbvio que não. Em algumas unidades em que os facilitadores se envolveram mais no processo, as mudanças a curto prazo ocorreram de maneira fervorosa, como melhoria da acessibilidade, além de melhor integração entre as equipes; em outras nem tanto; a e ainda há unidades que não adotaram o dispositivo, como referido nas falas adiante:

(...) em alguns casos nos acompanhamos mais próximos, muitas unidade teve uma maior integralidade das equipes, a própria co-responsabilização ocorreu juntamente com a implantação do acolhimento (...) (GI 2)

(..) e como resultado a curto prazo foi a melhoria no acesso, realmente as equipes se esforçaram, discutiram e conseguiram a melhoria desse acesso as unidades, o Frei Tito foi exemplo disso, com outras unidades; mas teve unidades que não adotaram o acolhimento em seus territórios, alegavam que não dariam certo, que era melhor do jeito que estava (...) (GI 3)

Além do envolvimento direto dos facilitadores em seu território e seu poder de motivação da equipe frente às mudanças suscitadas, outro obstáculo que conturbou todo o processo de implantação da PMH foi a escassez de profissionais que fizessem o acompanhamento e monitoramento das ações que estavam sendo desenvolvidas nas unidades

de saúde de todo o município. Isso repercutiu diretamente também no melhor ou pior desempenho de implantação e/ou implementação das ações, ainda no início da Política Municipal de Humanização:

(...) acho que uma grande deficiência foi de recursos humanos para acompanhar esse processo em todos os níveis central e regional, para se fazer um acompanhamento mais próximo, porque tudo precisa de cuidado (...) (GI 2)

(...) o acompanhamento foi complicado porque não tinha gente para acompanhar (...).ainda na gestão que nós estávamos já começou a dificuldade (...) (GI 3)

Concomitante a esse processo, estava sendo realizada discussão dos protocolos para a priorização do atendimento dos casos agudos, clínica ampliada, a importância do território, a incorporação das dimensões subjetivas e socioculturais, entre outros (FORTALEZA, 2008). Os protocolos viabilizariam a implementação do acolhimento nas unidades, e serviriam de fortalecimento do processo, proporcionando uma segurança para a categoria de enfermagem, que era a principal responsável por essa prática.

(...) Outro ponto de dificuldade foi em relação aos protocolos, a equipe de enfermagem se sentia insegura em relação, se a gente dissesse que poderia esperar até amanhã, e se algo acontecesse, ai ficava a depender da decisão individual de cada profissional, mas acabava expunha muito o enfermeiro (...) (GI 3).

Contudo, a continuidade das discussões dos protocolos não ocorreu, o que fragmentou o desenvolvimento da construção dos documentos que seriam usados como diretrizes para a implementação da PMH:

(...) pouco se avançou em relação aos protocolos, mas é assim, um caminhar, tudo que é para implantar dá trabalho (...) (GI 2)

A implantação e implementação da política de humanização no município desenvolveu várias estratégias simultâneas, tais como: elaborar mapas de risco dos ambientes de trabalho, estimular gestões compartilhadas (por meio de rodas de conversa), fortalecer as redes de saúde (entre a atenção básica e o sistema hospitalar), promover o acolhimento por classificação de risco e intensificar o uso do “Posso Ajudar?”³ no ordenamento do fluxo dos pacientes, entre outras medidas (ANDRADE, 2007).

3. Projeto “Posso Ajudar?” foi implantado na recepção dos centros de saúde, com intuito de melhorar o acolhimento, o fluxo de informações e os encaminhamentos dos usuários aos serviços demandado (ANDRADE, 2007).

Em 2008, a SMS reafirma a Política Municipal de Humanização. Ocorreu uma articulação da Política de Humanização em Fortaleza, de Educação Permanente e de Gestão Estratégica e Participativa e da Política Municipal de Ouvidoria no SUS (FORTALEZA, 2008).

Em novembro de 2008, Fortaleza sediou a Mostra Interativa HumanizaSUS – “O SUS que dá Certo, sendo realizada na Universidade Estadual do Ceará (UECE), sendo promovida pela Política Nacional de Humanização (PNH), do Ministério da Saúde (FORTALEZA, 2008).

Como forma de otimizar e aproveitar a oportunidade, por ocasião da Mostra Interativa HumanizaSUS, houve a realização do Encontro Municipal de Humanização, que reuniu trabalhadores, conselheiros e gestores da saúde de Fortaleza para debaterem as propostas de fortalecimento da Política Municipal para o período seguinte que compreendia de 2009-2012. Os debates ocorreram em torno dos eixos preconizados como prioritários: Acolhimento, Co-gestão e Saúde do Trabalhador (FORTALEZA, 2008).

Com a implantação da Política de Humanização no município, ficou evidenciada a importância de realizar combinações tecnológicas que caminhassem numa mesma direção, promovendo a sintonia entre gestão e atenção.

Desta maneira, o Sistema Municipal Saúde Escola de Fortaleza emerge do imperativo de provocar mudanças substanciais no Sistema de Saúde de Fortaleza, através da preparação dos trabalhadores e trabalhadoras para um atendimento de qualidade e a satisfação das reais necessidades da população. Segue relato firmando a parceria do SMSE e A PMH:

(...) a educação permanente desde sua oficialização sempre esteve presente nas discussões sobre humanização e nos ajudou muito no desenvolvimento da implementação (...) (GI 2)

Ocorreu, segundo documento da assessoria de planejamento, em 2008 o II Curso de Extensão Fortaleza HumanizaSUS, realizados novamente aos sábados no Ginásio Paulo Sarasate, no primeiro momento, e o segundo momento nos locais de trabalho. Ocorreu, assim como o primeiro curso, a formação de facilitadores para conduzir o processo nas unidades de saúde, no total de 280 profissionais. Nesse segundo momento a gestão começa a focar mais o Eixo de Saúde do Trabalhador (FORTALEZA, 2009).

Ainda no ano de 2008 dentro da lógica de aproximação da gestão e trabalhadores à comunidade, foram exaltados os aspectos perceptivos também da população por várias

atividades, mas podemos elencar um dos que tiveram maior reconhecimento em todo município: Projeto Cirandas da Vida. Este projeto, ao ser incluído no SMSE, representou o fortalecimento da educação popular no âmbito da saúde, viabilizada por meio de uma construção dialógica com os movimentos populares articulados pela Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde - ANEPS e os atores institucionais para o enfrentamento das situações-limite em saúde apontadas (FORTALEZA, 2009).

A proposta inclui a dialogicidade, a problematização, a criatividade e, essencialmente, o "saber-de-experiência-feito" (FREIRE, 2006) dos diversos sujeitos implicados na perspectiva de construção de sua autonomia e da potencialização da ação em rede, enquanto estratégias de promoção, humanização das práticas de saúde e fortalecimento da participação popular (FORTALEZA, 2009).

Em 2009 com a continuidade do mesmo grupo da gestão anterior, agora em um novo período político, a Política Municipal de Humanização (PMH) é confirmada como uma política estruturante de governo (FORTALEZA, 2010a).

O relatório de gestão de 2009 trás impresso a meta da PMH que seria: Instituir a Política Municipal de Humanização (PMH) como uma política estratégica e transversal capaz de envolver gestores, trabalhadores, conselheiros e usuários na qualificação da gestão e da atenção à saúde (FORTALEZA, 2010a).

A ressignificação dos Grupos de Trabalho de Humanização (GTH's) da Secretaria Municipal de Saúde foi apontada com uma das ações primordiais nesta segunda gestão (FORTALEZA, 2010a).

Na atenção básica em 2009, foram realizadas duas oficinas envolvendo as SER II, III, IV e V para implementação do acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade, primando pelo aprimoramento do dispositivo (FORTALEZA, 2010a).

Em continuação ao que foi iniciada em 2008, a saúde do trabalhador têm ênfase, e ocorreu a implantação da Política de Saúde do Trabalhador de Fortaleza em articulação com a Política de Humanização do SUS (FORTALEZA, 2010a).

O que se observou no relatório de gestão de 2009 é que a humanização vem sendo mencionada como direcionadora de forma transversal nos diversos descritivos sobre cada serviço elencado, foi mencionada na ESF, na saúde mental, nos hospitais, nos processos de educação permanente e nas cirandas. Mas não há registros específicos de ações de monitoramento, acompanhamento das ações que foram implantadas, para que ocorra a avaliação da política e possíveis ajustes processuais.

Entretanto é descrito no relatório que ocorreram melhorias na perspectiva da humanização em relação à reestruturação do fluxo de atendimento, na comunicação entre os setores, na relação dialógica com a população usuária e dentre outras. Por meio de qual instrumento isso foi averiguado, ou foi só perceptivo?

No Plano Municipal de Saúde 2010- 2013 (FORTALEZA, 2010b) é colocado pela gestão a construção do modelo contra-hegemônico na saúde, prosseguindo a implementação de eixos programáticos e propostas estratégicas, de modo articulado nas práticas de atenção, gestão, educação, controle social e participação popular. Na intencionalidade de fazer avançar os processos de radicalização da Reforma Sanitária, democratização da gestão participativa e concretização dos princípios do SUS, tendo como referência a ética do cuidado, é apresentado as metas referentes a PMH para o período (Figura 2).

Pode-se perceber analisando o quadro de metas que houve uma intenção de descentralizar os grupos de trabalhos para as regionais, uma vez que só existia a nível central, na Secretaria de Saúde, como também promover momentos para a discussão entre trabalhadores, gestores e usuários para que fossem debatidas as diretrizes das políticas, como por exemplo: promover a qualificação do acolhimento já implementado. Outro ponto muito importante que se deve exaltar é que foi elencado como meta o monitoramento e avaliação das ações implementadas na rede.

Apenas em 2010 é que se percebe um planejamento mais formalizado, com quadro de metas, prazos e cumprimentos de atividades; o que demonstra uma maior organização e sistematização das ações propostas voltadas para a Política Municipal de Humanização, que são explicitados no Relatório de Gestão de 2010 (FORTALEZA, 2011) (Figura 3).

Através do quadro de acompanhamento das ações, foi verificado que houve uma continuidade das consultorias prestadas pelo MS, que se iniciaram em 2006, o que solidifica a implementação da política no município. Viu-se pelo relatório de gestão o proponho de elaboração de uma matriz de planejamento e monitoramento das ações propostas para a PMH, o que viabiliza e sistematiza o acompanhamento efetivo e formal da política instituída. Entretanto, os fóruns de discussão que foram propostos não ocorreram no ano de 2010 (FORTALEZA, 2011).

Figura 2 – Quadro de metas para a política municipal de humanização, Fortaleza/Ce, 2010-2013

Diretriz: Implementar a Política Municipal de Humanização como uma política estratégica e transversal capaz de envolver gestores, trabalhadores, conselheiros e usuários na qualificação da gestão, da atenção e da formação em saúde.

METAS	PERÍODO
1. Fortalecer as diretrizes da PNH, pactuadas pelos coletivos, com ênfase no Acolhimento, Co-gestão e Valorização do Trabalho e do Trabalhador	2010-2013
2. Fortalecer e acompanhar os Coletivos de Humanização existentes: Coletivo Municipal de Humanização, Grupo Gestor de Humanização, Grupos de Trabalho de Humanização, promovendo encontros sistemáticos.	2010-2013
3. Implantar e acompanhar os Coletivos Regionais de Humanização, fomentando a elaboração e execução dos Planos de Ação Regionais bem como a participação destes no Coletivo Municipal de Humanização.	2010-2013
4. Promover 01 seminário temático anualmente, abordando temas relacionados às diretrizes da Política Nacional de Humanização.	2010-2013
5. Qualificar o acolhimento com classificação e avaliação de risco & vulnerabilidade aos usuários dos diversos pontos de atenção da rede municipal de saúde.	2010-2013
6. Realizar processo de formação de 150 apoiadores institucionais da Política Nacional de Humanização.	2010-2013
7. Realizar 02 Fóruns Municipais de Humanização envolvendo trabalhadores, gestores e usuários dos diversos pontos de atenção da rede municipal de saúde.	2010-2013
8. Participar do planejamento, monitoramento e avaliação das ações de Humanização nas redes de atenção à saúde.	2010-2013

Fonte: Plano municipal de saúde 2010-2013

Figura 3 – Quadro de planejamento da política municipal de humanização, Fortaleza, 2010

Metas/período	Previsto	Realizado
Reuniões sistemáticas com a consultoria da PNH/MS para planejamento das ações de Humanização.	Manter a rotina de reuniões sistemáticas	7 (sete) reuniões com a consultoria PNH/MS
Construir matriz de planejamento e acompanhamento avaliativo das ações a serem implementadas pela PMH.	Matriz construída e pactuada	Matriz construída e pactuada com os coletivos de Humanização
Realizar seminários temáticos abordando os eixos: (1) Acolhimento, (2) co-gestão e Gestão Participativa, (3) Saúde do Trabalhador da Saúde e (4) Monitoramento e Avaliação.	4 (quatro) Seminários Temáticos	1 (um) Seminário Temático “Acolhimento nas Práticas de Saúde”, em parceria com a Sesa, com participação de 160 profissionais de unidades do município e estado
Reativar Fórum de Grupos de Trabalho de Humanização (GTH's)	Fórum reativado e GTH's implantados	7 (sete) reuniões do Fórum de GTHs e implantados os GTHs do Cemja, Samu e IJF
Implantar os Coletivos Regionais de Humanização	6 (seis) Coletivos implantados com Plano de Ação e encontros sistemáticos	6 (seis) Coletivos Regionais de Humanização implantados com Plano de Ação construído e realização de reuniões sistemáticas. Realizados 2 (dois) Encontros Municipais
Realizar processo de formação de Apoiadores Institucionais da PNH	Formar 50 Apoiadores Institucionais	Processo iniciado junto ao Ministério da Saúde
Realizar Fórum Municipal de Humanização	Fórum realizado	Não realizado
Fortalecer o Grupo Gestor da PMH e o Coletivo Municipal de Humanização	Manter a rotina de reuniões sistemáticas	4 (quatro) reuniões
Divulgar a PNH em setores do nível central da SMS e demais áreas técnicas ainda não envolvidas	Promover encontros para difusão da PNH	Não realizado
Apoiar a implementação do Plano Municipal de Redução da Mortalidade Infantil.	Implantar o Acolhimento com Classificação de Risco na Obstetrícia	Oficina com a participação de 10 maternidades de Fortaleza

Fonte: Relatório de gestão 2010

A assessoria de planejamento cedeu uma planilha interna do setor com as ações traçadas para o ano de 2011, não finalizada, que continham apenas alguns resultados parciais com poucas informações. As ações propostas se baseavam nas metas do Plano 2010-2013 (FORTALEZA, 2010b). Uma importante atividade que foi desenvolvida na atenção básica foi referente a 17 oficinas de maneira descentralizada por meio das regionais onde participaram 486 profissionais na discussão em relação ao acolhimento e avaliação de risco e vulnerabilidade. Deve-se lembrar também a realização do II Encontro da Política Nacional de Humanização, que aconteceu em Fortaleza, com a presença de 22 profissionais representantes da Política Municipal.

Não se teve como acompanhar, por meio de documentos oficiais, as propostas do Plano Municipal de Saúde 2010-2013, pois os relatórios de gestão só estão publicados até 2010 no site da Secretaria Municipal de Saúde.

No ano de 2012 tem fim a gestão de Luiziane Lins que ficou por oito anos consecutivos frente à Prefeitura de Fortaleza. Em 2013, uma nova gestão assume o município, tendo como prefeito Roberto Claudio. No Plano Plurianual (PPA) 2014- 2017 consta como prioridades as áreas de saúde, educação e mobilidade urbana para a população mais carente (FORTALEZA, 2014b)

O diagnóstico, feito em conjunto com as 07 Regionais, em relação aos postos de saúde relata: baixa qualidade do atendimento, falta de médicos e medicamentos nos postos, atendimento ruim, horário limitado, longas filas de espera para consultas especializadas; dificuldade de acesso, dificuldade na realização dos exames e estrutura física precária nos postos (FORTALEZA, 2014b)

No Plano 2014-2017 (PPA) mostra algumas propostas como ações a serem executadas na perspectiva da humanização da atenção primária: garantir o pleno funcionamento dos Postos de Saúde já instalados, com atendimento de qualidade, com destaque aos pacientes com atendimento de prioridades e humanização por parte dos profissionais que atendem e disponibilidade médicos e medicamentos; elaborar e executar Programa de Educação e Informação em Saúde, humanizando profissionais de saúde, professores, técnicos da saúde, conselheiros (FORTALEZA, 2014b).

No documento ressalta que a atenção primária tende a se fortalecer no campo da prevenção e promoção da saúde, ao ser contemplado com programas e projetos estratégicos que visam potencializar o território como espaço de construção da saúde, incentivar a melhoria da qualidade dos processos de trabalho e do desempenho dos serviços de saúde, do acesso e da gestão do cuidado. Dentre eles, destacam-se o Programa de valorização dos

profissionais da Saúde (PROVAB) e o Programa de Requalificação de UBS- reformas. A adesão ao PROVAB, gerou um incremento de 33,8% para 49% na taxa de cobertura, face a ampliação de 238 equipes da Estratégia Saúde da Família para 300 equipes, distribuídos nas 92 Unidades de Atenção Primária a Saúde (UAPS).

Detalhando o mesmo documento, a nova gestão pactuou a construção de 25 Unidades de Atenção Primária, e reformas e ampliações de 60 UAPS.

Em abril de 2013 foi realizado um processo aberto de seleção pública realizada pela Escola de Saúde Pública do Ceará que selecionou e aprovou 108 Gestores para gerência das Regionais de Saúde, das 92 Unidades de Atenção Primária à Saúde, e direção dos hospitais e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

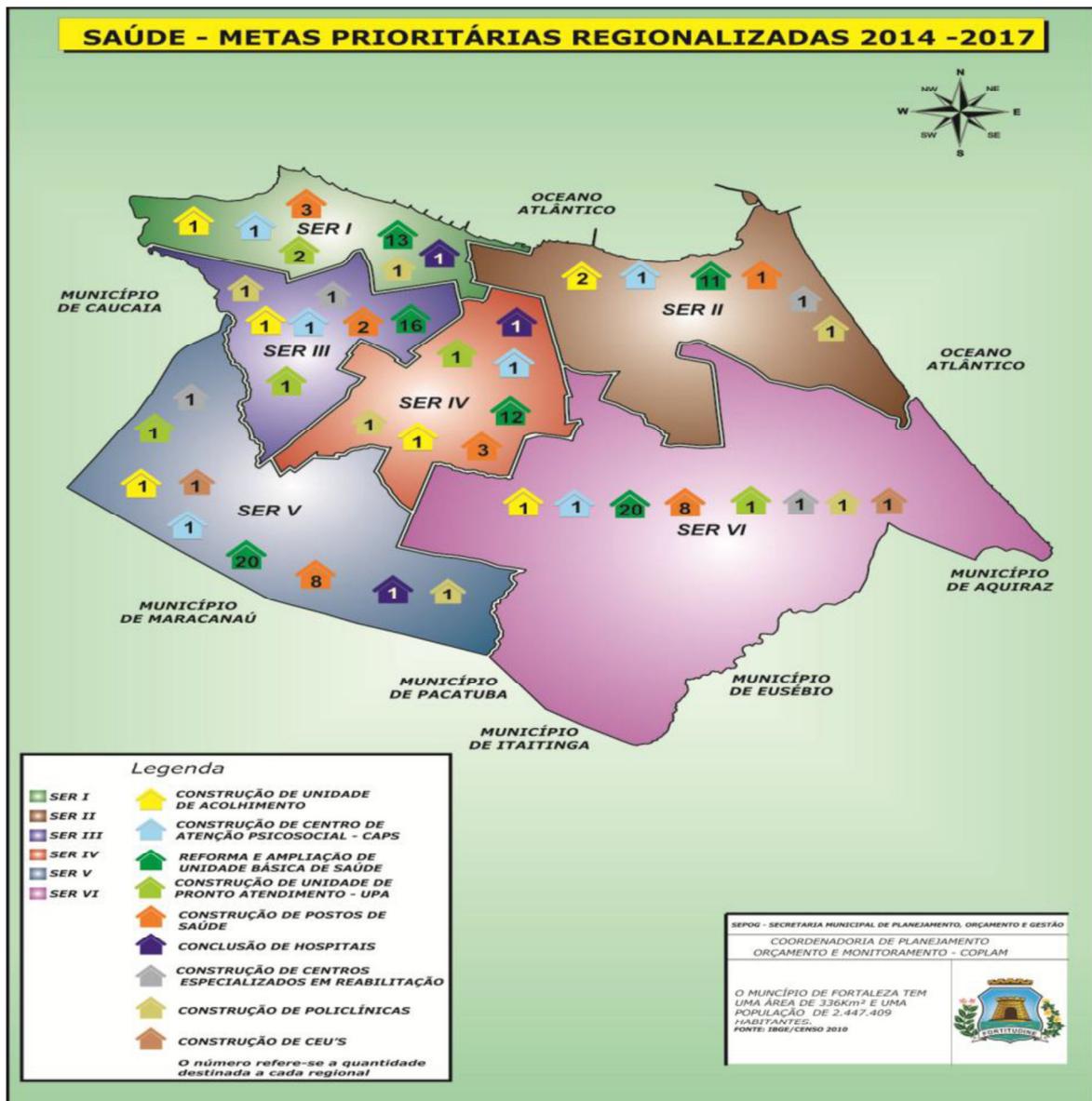
Segundo o site oficial da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, é veiculado que, desde o início dessa gestão, a SMS vem trabalhando com o grupo na implantação das Redes de Atenção à Saúde em Fortaleza, junto com gestores e profissionais da SMS, com o grupo de consultoria em Saúde Pública de Eugênio Vilaça. Para realização das diversas etapas estabelecidas pela consultoria foram formados grupos de trabalho das áreas de atuação da SMS, como: atenção primária, hospitalar e ambulatorial especializada, saúde mental, regulação, educação permanente, entre outros que ao longo do período vem desenvolvendo ações e estudos para a melhoria dos serviços de saúde.

Além de reuniões com os grupos de trabalho, os consultores realizam visitas a postos de saúde (que estão funcionando como laboratórios da consultoria, como testes /piloto), oficina de capacitação com o Grupo de trabalho da Atenção Ambulatorial Especializada e finalização da construção do Mapa Estratégico da SMS.

Os encontros da consultoria contam com a participação de coordenadores regionais de saúde, gestores dos postos de saúde, tutores, gerentes pelas células que compõem as coordenações da SMS; mas não há participação de profissionais da assistência.

No PPA 2014-2017 pode-se visualizar uma figura que ilustra as metas de cunho estrutural propostas por regional, para serem construídas durante esses três anos de vigência do plano (Figura 4).

Figura 4 – Metas prioritárias regionalizadas da área de saúde 2014-2017



Fonte: Plano plurianual 2014-2017

4.2 VISÃO DOS GESTORES, PROFISSIONAIS DE SAÚDE E USUÁRIOS SOBRE A POLÍTICA MUNICIPAL DE HUMANIZAÇÃO

4.2.1 Significando a humanização na saúde

O termo humanização é polissêmico e tanto mais o é quando empregado em contextos como os de serviços em saúde. De acordo com Villa e Rossi (2002), Bazon et

al.(2004) e Hoga (2004), o uso dado ao termo Humanização, abrange a essência humana, respeito e dignidade no método de cuidar. Pessini et al. (2003) e Backs et al. (2006), expressam humanização como respeito, ética e melhorias nas relações de trabalho. E por fim, Puccini e Cecílio (2004), Deslandes (2004), Benevides e Passos (2005), Ayres (2005), Casate e Corrêa, (2005) e Pedroso e Vieira (2009) afirmam que humanização em saúde ocorre pelo fortalecimento dos coletivos, sujeitos que compartilham o saber, poder e experiência vivida, a fim de promover mudanças nos modelos de atenção e gestão.

Mesmo com essa gama de possibilidades de significação que pode (re)orientar a aproximação dos trabalhadores da área de saúde aos modos de produzir saúde (FERREIRA; ARAÚJO, 2014), percebe-se que a maioria possui um entendimento limitado do espectro do tema humanização, o que constitui uma das dificuldades de se trabalhar com a noção de humanização é que no senso comum a visão de humanização está quase sempre ligada ao tratar bem o paciente. Como podemos ver pelos conceitos relatados abaixo:

Humanização pra mim é tratar bem, atender bem, dar uma resposta satisfatória para o usuário, para os profissionais também. (G 1)

Humanização na saúde é quando a pessoa chega, o paciente chega na unidade que é bem atendido, que ele consegue sair satisfeito com o que ele veio a procura, né caso de medicamento, de consulta, atendimento em si. (P 3)

Penso que é quando o profissional tem um atendimento efetivo com o paciente, de maneira que o paciente se sinta bem nessa consulta, nesse atendimento, que ele possa se sentir satisfeito naquilo que ele veio procurar no serviço. (U 2)

Esse é, entre outras coisas, um sentido reducionista da dimensão do termo, que não raro exclui outras ações que dão sustentação ao crivo ético-político da humanização. Isto foi observado inclusive entre os gestores e os profissionais que se mostram em sua maioria desconhecedores do amplo sentido da humanização na saúde.

Todos os profissionais do nível superior e um do nível médio alegaram já ter participado de capacitações sobre humanização apesar de não lembrarem o ano que realizaram e nem a carga horária que fora proposto na época. Entretanto quando indagados se conheciam a Política Nacional de Humanização e suas propostas, tivemos como respostas: 1 profissional afirmou ser conhecedor, 2 profissionais afirmaram não conhecer a Política e 1 profissional conhecia a Política superficialmente.

Sim, a gente já fez até oficina aqui no posto, mas já faz tempo. Mas não sei as propostas da política. (P 5)

Isso causou estranhamento, uma vez que os profissionais da unidade de saúde Frei Tito de Alencar estão desenvolvendo suas atividades desde o ano de 2006 e fora considerada pelos gestores de implantação como uma das unidades de saúde que apresentou melhores resultados em relação à Política Municipal de Humanização. Pode-se sondar: será que as atividades realizadas, como os cursos realizados entre os anos de 2005 a 2011, suscitaram reflexões e internalizações junto aos trabalhadores quanto à humanização na saúde por meio da metodologia utilizada?

Em relação aos gestores que estão frente a cargos estratégicos na Secretaria Municipal de Saúde, foi constatado que apenas um(1) não relata ter sido capacitado na temática de humanização, mas todos afirmaram conhecer a Política Nacional de Humanização, sendo o acolhimento mencionado em mais de uma fala como proposta da política.

Cabe uma reflexão em relação aos atuais gestores: como não possuir uma definição clara e coerente de um termo tão necessário e presente nas discussões do cotidiano dos serviços, e que inclusive se possui uma política nacional que defende a transversalidade em todas as redes de atenção? Ou será que a presente política não constitui prioridade na gestão vigente?

Para a efetivação da humanização da saúde vai-se além do ideário de transformação que coaduna com a produção de saúde na perspectiva da produção da vida; também há a afirmação às boas práticas de gestão e assistência no Sistema Único de Saúde (SUS), tais como a defesa dos direitos dos usuários, a valorização do trabalho e do trabalhador de saúde, a cogestão, que busca promover a indissociabilidade entre os modos de gerir e de cuidar (FERREIRA; ARAÚJO, 2014).

A humanização, desdobrada na relação trabalhador, gestor, usuário, é fundamentada no respeito e na valorização da pessoa humana, num fazer que pretende a transformação da cultura institucional, conduzida por uma construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção à saúde e de gestão dos serviços (RIOS, 2009). Humanizar a atenção à saúde é valorizar o trabalhador e o usuário, considerando o mundo do trabalho como cogestão e corresponsabilização (PAIM, 2009). Não se separa a gestão do trabalhador e do usuário. São sujeitos transformadores da realidade e, portanto, de seus resultados. Isso é percebido pela fala de um usuário e conselheiro, que inclui o protagonismo da comunidade em conjunto com os profissionais na mudança de panorama dos serviços:

Eu entendo assim que é um processo que a gente trabalha a todo momento, a gente não quer que nada esteja pronto, a gente quer que as coisas aconteçam com a participação de todos, por menor que seja aquela pessoa que representa a comunidade, ela tem que participar, porque o técnico, o médico, eles não conseguem fazer nada sozinhos, se não tiver a compreensão, a informação dos usuários é muito importante para que se planeje as ações, tanto para a comunidade, quanto para os técnicos, médicos, os coordenadores; assim fica um grupo mais efetivo, porque se conhece, suas diferenças, e o trabalho anda. (U 3)

Dessa forma, a humanização na saúde implica mudança na gestão dos sistemas de saúde, e isso terá efeitos nos serviços. Um de seus principais objetivos é melhorar o atendimento aos usuários e garantir melhores condições de trabalho para os trabalhadores. Nesse sentido, humanizar a saúde também significa profunda mudança de atitude dos indivíduos (FERREIRA; ARAÚJO, 2014).

A humanização é uma proposta inovadora e que por isso mesmo é necessária uma política para que haja ratificação e retorno a tantas ações e sentidos. Quando foi criada em 2003, pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional Humanização (PNH) implicou modos diferentes de operar no campo da saúde objetivando na produção do cuidado. Apesar da maioria não conseguir verbalizar o que a PNH preconiza, percebeu-se que profissionais que acompanharam o processo da política desde o início, inclusive participando como facilitador do curso de extensão realizados na fase de implantação, já tem discernido em seu pensamento o que a política contempla:

Humanização ela possui uma política que envolve todo o processo de trabalhos dos profissionais, desde a época que esse profissional recebe esse paciente, isso eu tô falando da minha visão de profissional. Ela é uma política direcionadora, certo, onde ela vai promover acessibilidade, de promover a organização do serviço, uma coordenação do cuidado, gerencial, não só para o profissional, mas também com a ajuda desse paciente, então a política de humanização ela perpassa por todos esses caminhos, a nível de gestão, a nível de gerência local, como será conduzido, a nível do profissional de saúde, e da condução dos processos internos, na organização do serviço, a política de humanização vem tudo isso, aí vem a clínica ampliada, é da PNH, o acolhimento, o projeto terapêutico singular, e assim todos os outros. (P 2)

4.2.2 Implantação da política municipal de humanização na unidade de saúde Frei Tito de Alencar

Implantação, segundo o dicionário Aurélio⁴, seria: Estabelecer; introduzir. Toda implantação resulta de um planejamento que detectou falhas, fraquezas, ameaças, necessidades, interesses transformados em um plano com objetivos e metas necessários a correção dos rumos e fortalecimento da organização. A implantação da Política ocorreu em

2005, quando ocorreu a decisão política de se instituir a humanização como reorientadora do modelo de gestão à saúde naquela época.

Já implementação, segundo o dicionário, diz respeito a executar, colocar em prática (plano, projeto). A implementação se deu a partir daí através da efetivação da Política, através das capacitações, dos encontros para discussão (como seminários, oficinas), nas reformas almejando a ambiência, dentre outras atividades descritas no capítulo anterior. Na implementação deve-se estar em constante monitoramento das ações para que os objetivos e metas sejam alcançados.

Percebeu-se uma confusão entre os entrevistados do que seria implantação e implementação de uma Política, quando questionados sobre quais as ações que foram realizadas pela gestão visando à implantação da PMH. A maioria se reportou a atualidade e não a época da implantação, o que se pode pensar em um viés que o questionamento veio a trazer. Apenas um gestor, que na fase de implantação era profissional da ESF no Frei Tito de Alencar, e um profissional mencionaram a capacitação que foi realizada com os profissionais e envolvendo a comunidade para essa introdução da temática na época:

Quando houve a implantação da PNH, participei, mas como assistência, eu lembro que foi implantado o acolhimento, foi uma capacitação mesmo...uma oficina que eles chamaram todos, profissionais e representantes da comunidade e foram mostrar como era todo processo, efim. (G 2)

(..) eu fui uma das pessoas que ajudou a implantar desde de 2007, fui umas das treinadoras [facilitadora] da unidade da PNH (...) (P 2)

Na implementação das ações visando a humanização, já se percebia dificuldades no processo, que mostravam desenvolturas diversas a depender dos locais instituído:

(...) Teve em uma época que tentou-se sensibilizar os profissionais, houve um treinamento na tentativa de expansão dessa política em 2007, e em muitas unidades de saúde isso foi impregado, foi iniciado, em vários níveis; por mais que a prefeitura tenha tentado dar um delineamento, ter dado um norte, as unidades trabalharam de forma diferenciada, isso foi muito visível dentro de Fortaleza. Foi permitido a formação de oficinas dentro das unidades, essa oficina foi uma forma de estar trabalhando esses funcionários, né, e está mostrando essa nova política que estava vindo pelo MS que estava sendo empregada na ESF. Após esse período caiu no esquecimento um pouco, depois de uns 2 ou 3 anos, e muitos locais esses processos deixou de ser feito e falou-se em uma reativação desse processo em 2010 mais ou menos, mas esse processo não teve o mesmo calor de 2007, aonde houve um aperfeiçoamento de como trabalhar o acolhimento (...) (P 2)

4.2.3 **Ambiência: necessidade de corpo e alma**

No que se refere à ambiência, ela se constitui na estrutura física, entorno profissional e de relações interpessoais, que deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana. Nos serviços de saúde, a ambiência é marcada tanto pelas tecnologias médicas ali presentes quanto por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato, audição, como, por exemplo, a luminosidade e os ruídos do ambiente, a temperatura, a decoração (BRASIL, 2006c). Na unidade observada, ocorreu reformas e melhorias em seu espaço físico no ano de 2013. Essa ação da gestão municipal vigente é reconhecida e apontada pelos diferentes atores, como uma grande melhoria a Atenção Primária.

A gente tem que dá esse ponto positivo para a gestão, ela realmente melhorou a ambiência que é um dos aspectos da PNH, a partir do momento que o paciente se sente bem, que tem uma sensação de agradabilidade de está naquele local, isso favorece o processo do cuidado, do cuidado na saúde, assim também como um ambiente mais agitado vai proporcionar estados de agressividade. A ambiência realmente melhorou, nós temos salas climatizadas que não tínhamos antes, sistema informatizado, hoje nós temos mais funcionários que ajudam na condução (...) (P 2)

Eu só estou desde de 2013, o que a gente pode ver é a melhora das unidades, melhoria enorme da ambiência (...) (G 3)

(...) mas agora que voltou que uma estrutura boa, que está todo bonitinho (...) (U 2)

Entretanto, a execução de várias reformas concomitantes a várias unidades de saúde foi reprovada pela população que teve que se deslocar em busca de atendimento em locais muito distantes, ocorrendo sobrecarga de algumas unidades que já foram inauguradas, como é o caso da unidade Frei Tito de Alencar, mas tendo como esperança a temporariedade da reformas:

Ai o ruim é que vem a demanda dos outros postos que estão reformando estão vindo para cá, mas eu entendo que será uma coisa temporária. Espero que seja um tempo breve (...) (U 1)

Um aspecto muito importante na ambiência é o componente afetivo expresso na forma do acolhimento, da atenção dispensada ao usuário, da interação entre os trabalhadores e gestores (BRASIL, 2010a). A interação entre os trabalhadores e a gestão local é bem avaliada:

O relacionamento é muito aberto entre todos, aqui vamos dizer é uma família, a gente se trata todo mundo bem, na minha opinião, não sei na dos outros, mas desde do vigia, até a coordenação. (P 4)

Aqui é família, mas existem os atritos, como toda família, mas eu gosto porque fazemos reuniões, aniversários. É uma família unida..(P 1)

Pelo menos a minha [relação] eu acredito que seja boa, tranquila, eu tento ouvir, compreender, ajudar. (G 1)

Em relação ao trabalho em equipe, Carvalho (2012) afirma que uma das maiores barreiras é a relação interpessoal, a relação de poder e as distintas concepções do que seja trabalhar em equipe. O que demonstra a importância da dimensão do trabalho enquanto interação social no campo da saúde.

Reforçando o componente afetivo, os usuários relatam se sentirem bem ao utilizarem os serviços de saúde da unidade Frei Tito de Alencar:

Graças a Deus eu me sinto bem, porque eu me dou bem com todos eles, desde o faxineiro até o doutor, cada um tem sua profissão, nós estamos no mesmo setor. O dinheiro do médico e do faxineiro sai do mesmo cofre. (U 1)

Entretanto, apesar da sensação de receptividade relatada, os usuários ainda reclamam que a capacidade instalada após a reforma estrutural ainda não é suficiente para atender toda a população, pois ainda necessitariam de mais recursos humanos, matérias de insumos de melhor qualidade e agilidade para a integralidade da atenção, como nos encaminhamentos para as especialidades:

Eu me sinto muito bem, mas devido a população aumentar e o serviço não acompanhar, a gente ainda gasta muito tempo e fica um tanto insatisfeito (...) eu não tenho do que reclamar, exceto a qualidade das coisas, da fila de espera que está fazendo tempo no sistema, porque não depende dos profissionais. (U 2)

4.2.4 Gestão compartilhada

A PNH aponta para a indissociabilidade entre os modos de gerir e os modos de cuidar numa tríplice aliança entre trabalhadores, gestores e usuários da saúde, os quais estão profundamente imbricados, sendo corresponsáveis e cogestores da política de saúde (BRASIL, 2010c).

As transformações no cotidiano do serviço devem emergir a partir da gestão participativa que seria incluir novos sujeitos no processo de análise e tomada de decisão, viabilizando o exercício do diálogo e da pactuação de diferenças. Nos espaços de gestão é possível construir conhecimentos compartilhados considerando as subjetividades e singularidades dos sujeitos e coletivos (BRASIL, 2010a).

O processo de humanização perpassa pela responsabilidade de todos os envolvidos (trabalhadores, gestores e usuários), cada um com sua contribuição, que se traduz no protagonismo dos sujeitos tendo como mote a mudança comportamental e dos processos de trabalho. Ao serem abordados quais seriam suas contribuições para que a humanização fosse efetivada, todos os entrevistados se mostraram dispostos a mudar o cenário de desumanização visto ainda em algumas práticas. Os gestores (local, regional e central/SMS) enfatizaram seus papéis diretamente na condução dos processos de trabalho:

Tentar organizar da melhor maneira o processo de trabalho dentro da unidade, fazer com que os pacientes sejam atendidos da melhor maneira, e tentar priorizar coisas, mandando emails, pedindo priorização dos pacientes que precisam mais, servir como ouvidoria também, para reclamações, sugestões. (G 1)

Nesse momento, que a gente está com uma nova organização da carga horária; fazer uma programação melhor desse agendamento, (...), organização do processo de trabalho, que realmente está muito falha, ainda tem que ajustar muitas coisa, e assim, quando você tem oportunidade de avaliar, apontar e analisar os pontos (...), porque as vezes não dá para analisar, tipo em uma roda de conversa, na educação permanente; tem vários momentos que eu acho que dá para a gente intervir aqui e estimular, a nível de gestor local. (G 2)

(...) o que eu estou envolvido é na reorganização dos processos de trabalho nas unidades (...) (G 3)

A busca pela humanização exige compromissos de diversos agentes, sejam agentes institucionais, usuários dos serviços em saúde, sejam principalmente os cuidadores. Deste modo, humanização significa compromisso do trabalhador-cuidador com os sujeitos que dependem de sua ação (BELLINI, 2005). Já Deslandes (2004) assinala que a humanização é “forma de assistência que valoriza qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associado ao reconhecimento dos direitos dos pacientes, de sua subjetividade e referências culturais” (2004, p.08) Pode-se afirmar que os profissionais executam, na perspectiva da humanização, seu papel de cuidadores, objetivando minimizar o sofrimento dos pacientes e aumentar a resolubilidade:

Eu procuro fazer o que está no meu alcance, né, por exemplo, na vacina, quando a pessoa chegar eu procuro não deixar a pessoa esperando muito tempo, quando eu

estou nos sinais vitais faço do mesmo jeito, porque no momento a gente está com poucas auxiliares e técnicas, aí a gente fica se dividindo entre os setores, a gente faz o que pode (...) (P 3)

(...) eu recebo meu paciente desde a hora que eu desço do carro, tá entendendo? não recebo só como meu paciente, mas como ser humano, como uma pessoa da comunidade, como eu receberia um amigo, uma pessoa da minha família, recebo e escuto para saber o que trouxe, quais são os motivos de ele está ali, é doença realmente, mas não com os escutar da queixa, mas com o escutar mais abrangente, com o escutar de uma política de saúde, tá entendendo, o que ele está querendo me dizer por traz daquilo, será que ele está querendo me falar de uma coisa mais grave, as vezes o paciente só quer te falar de uma queixa familiar, que está tendo, da questão da estrutura familiar que não está tendo, e ele está somatizando isso (...) o que eu posso fazer é tentar que a coisa aconteça e fortalecer os outros processos e aí que outros processos são esses: fortalecer a ambiência, eu trago umas coisinhas para está colocando no meu consultório, por exemplo quando eu vou fazer puericultura, eu coloco os bonequinhos para ambientalizar, para que a criança se sinta mais confortável, se estou conversando com a gestante eu mostro os quadros que eu exponho, então é tentar trabalhar essa questão de ambiência mesmo sendo no *locus*, (...) eu tento trabalhar a questão da clinica ampliada (P2)

A humanização significa preferencialmente uma ação sobre as subjetividades – dos gestores, servidores e usuários da rede - ela implica necessariamente uma transformação pessoal e coletiva. Jackson Sampaio, que era coordenador do LHUAS e consultor da Política de Humanização para o Nordeste coloca que: “onde não há SUS, humanizar é instalá-lo. Onde há SUS, humanizar é aperfeiçoá-lo, radicalizando sua experiência democrática e tornando-o apto ao acolhimento da subjetividade” (FORTALEZA, 2006, p. 17).

Os usuários têm que se sentirem parte de todo o processo, pois a humanização não é “via de mão única”, apenas dos profissionais para com os usuários; mas todos são seres humanos e necessitam de atenção e cuidado. Os usuários devem lutar pelos seus direitos e também contribuir para que a humanização permeie o ambiente da saúde, participando inclusive dos encontros para discussão das propostas para a organização do setor saúde. Os usuários entrevistados, por fazerem parte do conselho local de saúde, percebem sua importância e exemplo para que ocorra uma maior humanização no cotidiano dos serviços:

Eu querer está neste conselho de saúde como usuária, para que eu pudesse entender realmente a realidade, por que eu como usuária, eu tenho uma visão, porém a nível de comunidade, a gente sente que tem que ter maior explicação, porque nosso povo simples, simplório não tem aquela compreensão de como funciona e como o que pode fazer e o que receber, aí que entra as discussões. Aí estou me colocando as disposição dessas famílias para está orientando de alguma maneira e anotando as insatisfações, as vezes até algum elogio, para que eu possa levar para a reunião para se possa efetivamente se resolvido. (U 2)

A minha contribuição é divulgar, multiplicar passar para as pessoas, a gente trás a demanda para a reunião para se ter a resposta, mas pode não ter de imediato. A população que está aí ela não é mais quieta, tudo ela quer, ela se movimentar. Nós

temos que valorizar isso aqui cada vez mais, porque a política passa, mas isso aqui fica. (U 3)

[Devemos] fazer um relatório do que está se passando na comunidade e passar para a coordenação, olhar o que está acontecendo na minha comunidade é isso, se engajar mesmo, não adianta eu passar com a pasta debaixo do braço e dizer que está tudo bem, não (..) (U 1)

Uma gestão participativa opera no sentido de conquista de espaços coletivos em que ocorrem a análise das informações e a tomada das decisões. Nestes espaços estão incluídos a sociedade civil, o usuário e seus familiares, os trabalhadores e gestores dos serviços de saúde (CEARÁ, 2004).

Mas o que se pode ver é que a participação na gestão dos serviços feita de modo compartilhado não é sendo uma realidade. Ocorre uma verticalização das decisões, que já chegam formatadas para a unidade de saúde realizar, ou quando são deliberadas no próprio estabelecimento são feitas, muitas vezes, isoladamente por setor sem a participação de todos os profissionais e da comunidade. Pode-se ter essa percepção quando os profissionais relatam que:

Não tem participação não, já vem da regional o que a gente tem que fazer. Já vem você vai fazer isso, isso e isso, aí vem e você já tem que executar. (P 3)

Não, não[ocorre]...na odontologia a gente faz os processos isolados lá dentro sem os outros profissionais, e com a comunidade também não.. (P 5)

Quando foi questionado como se dava a participação da comunidade dentro do planejamento, organização e avaliação dos processos de trabalhos desenvolvidos na UAPS Frei Tito, a resposta por parte dos usuários foi uma só:

Infelizmente, ainda não [acontece a participação], mas é um dos nossos objetivos[enquanto conselho local de saúde]. Não vejo isso acontecer. (U 2)

Aquela participação efetiva assim não acontece. (U 3)

Não [participa], não do jeito que era para ser não. Eu vejo que a comunidade não se engaja nas coisas. (P 1)

O que se percebe é que os usuários não participam da discussão sobre o acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas. O que se encontrou foi a falta de mobilização e de iniciativa da comunidade para exercer esta participação, que está ocorrendo atualmente apenas nas reuniões do conselho local de saúde, o que restringe muito os momentos para esse diálogo. Na gestão anterior a essa que transcorre existiam como uma das ferramentas para o diálogo, as reuniões de discussão, feitas no modo “rodas de conversa”, que

eram realizadas periodicamente nas unidades de saúde, na maioria das vezes, semanalmente, mas infelizmente esse momento não está mais ocorrendo dentro da nova gestão. Essa ausência de momentos propícios para o compartilhamento de ideias é relatado também por parte dos profissionais, que relembram suas antigas experiências de conversa junto à comunidade:

(...) a gente tinha 2 reuniões da equipe que ocorriam na comunidade que era aberta para a comunidade, isso era justamente para a questão da participação popular, dessas pessoas contribuírem dentro do processo de cuidado delas, então elas sabiam que a reunião e a nossa da equipe, mas elas iam lá para as sugestões, para ouvir, para entender o processo de trabalho, para entender a construção do serviço, mas agora com a nova [gestão] a gente está com o tempo muito apertado, a gente não tá tendo tempo para estar trabalhando isso, infelizmente não tem como está sendo feito. As rodas de conversa comunitária eram muito boas, perguntava o que eles estavam achando da organização da equipe, eles sugeriam mudança de horário, olha esse horário não está dando, porque as crianças não gostam, vamos transferir para tal dia, tem a questão de violência, que tal dia era muito perigoso para ir, eles ajudavam a construir esse processo, hoje até para a gente se ausentar da unidade para fazer qualquer trabalho comunitário está mais complicada, tá entendendo (...) (P 2)

O “Método de Roda” constitui de reuniões sistemáticas realizadas com as equipes de todos os profissionais da unidade de saúde, também constituiu um importante instrumento para compartilhar as responsabilidades e efetivar a gestão participativa. A gestão compartilhada prima por uma maneira de gerir na qual ocorre a inclusão de novos sujeitos no processo de análise e tomada de decisão. Pressupõe a ampliação dos espaços públicos e coletivos, viabilizando o exercício do diálogo e da pactuação de diferenças. Nos espaços de gestão é possível construir conhecimentos compartilhados considerando as subjetividades e singularidades dos sujeitos e coletivos (BRASIL, 2010a).

Pode-se perceber que o trabalhador, enquanto sujeito corresponsável pelas transformações de suas condições de trabalho, e mesmo o usuário, enquanto corresponsável pela qualidade e disponibilidade dos serviços de saúde, ainda são figuras pouco visualizadas na realidade objetiva. Ainda se tem um longo caminho pela frente até aconteça a cogestão, uma gestão compartilhada dos serviços de saúde. Essa descrença é oriunda do contexto cultural brasileiro, que é marcado pelo autoritarismo ainda persistente. Isso produz, entre outras coisas, uma cultura de sujeição imbricada em diversas demonstrações de passividade (FERREIRA; ARAÚJO, 2014).

4.2.5 ACOLHIMENTO: PRINCIPAL DISPOSITIVO DA POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO

O acolhimento refere-se à recepção do usuário, desde sua chegada, tratando integralmente dele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias e, ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2006c).

O acolhimento constitui um marco referencial de grande relevância para a PNH. Busca-se o ideal de identificação e satisfação das necessidades do usuário, para construir um encaminhamento eficaz, tendo como produto final a qualificação da relação trabalhador/usuário. “Sujeitos são desejos, necessidades, interesses em conjugação e conflito. Eles inventam o mundo se inventando. Aqui, o mundo do trabalho é criação e uso de si, mas também é luta e resistência ao trabalhar em si.” (SANTOS FILHO apud SILVA; PONTES; SILVEIRA, 2012, pg. 2)

Logo, o acolhimento então surge como uma forma de dinamizar os encontros e desencontros entre trabalhadores de saúde e usuários, que, durante esse momento, podem produzir ruídos e estranhamentos, responsáveis em produzir novas possibilidades no modo de se trabalhar em saúde. O acolhimento pode então ser compreendido como um processo intercessor, que busca questionar a relação usuário-serviço, permitindo uma maior acessibilidade aos usuários, modificando radicalmente o cotidiano do serviço de saúde, no sentido de torná-lo usuário-centrado (MERHY, 2007).

O acolhimento foi um dos eixos mais investidos na implantação da Política Municipal de Humanização em Fortaleza. Nas unidades básicas ele se constituía baseado na classificação de risco e vulnerabilidade, uma vez que não se pode ter o acolhimento na mesma perspectiva de um serviço de emergência que visa apenas os riscos de vida dos pacientes.

Segundo a PNH, a Classificação de Risco (Avaliação de Risco) se apoia na mudança na lógica do atendimento, permitindo que o critério de priorização da atenção seja o agravo à saúde e/ou grau de sofrimento e não mais a ordem de chegada (burocrática). Prima-se para que seja realizado por profissional da saúde que, utilizando protocolos técnicos, identifica os pacientes que necessitam de tratamento imediato, considerando o potencial de risco, agravo à saúde ou grau de sofrimento e providencia, de forma ágil, o atendimento adequado a cada caso (BRASIL, 2010a).

O entendimento sobre o conceito de vulnerabilidade implica em colocar considerar os aspectos políticos, sociais e individuais expressos pelas pessoas e pelo coletivo, nos seus contextos de vida. Desse modo, o desenvolvimento de um olhar sobre vulnerabilidades, deve

implicar, necessariamente, a consideração dos contextos singulares dos indivíduos e coletivos envolvidos (AYRES, 2005)

Na unidade Frei Tito de Alencar fora instituído na gestão passada o acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidades, sendo relatado pelos profissionais como funcionava desde a implantação:

Nós tínhamos um processo, que posso dizer um dos mais avançados em acolhimento, dos que eu já vi por aí, nós trabalhávamos da seguinte forma: nós fizemos aquele treinamento com todos os funcionários, fizemos aquelas oficinas, até sensibilizar todo mundo em relação a esse processo, nosso acolhimento era contínuo, pois o acolhimento não é nada que tenha um horário, que tenha um local, uma pessoa específica. O acolhimento é uma postura, era essa conduta de postura que no Frei Tito tinha. Os pacientes aprenderam a trabalhar com essa postura, então como que era: aqui não tinha paciente que saia sem atendimento, isso não existia, todos os pacientes chegavam, que estavam sem agendamento, eles eram separados por área e os profissionais médicos e enfermeiros e os ACS recebiam esses pacientes anteriormente as consultas de manhã e de tarde, então todos os profissionais acolhiam sua clientela, de sua área de abrangência, esses pacientes eram vistos as necessidades, e eram encaixados.(...) o paciente era visto em sua integralidade, o paciente era visto como sujeito, não só como homem mas como sujeito família, sujeito comunidade, a inserção nos três processos, e como você atendia sua própria clientela, você conhecia o contexto sanitário daquele paciente, de prevenção, um caráter de promoção de cuidado, que ao longo do tempo você vai ter ver mais resultado (...) (P 2)

Apesar do relato positivo que a profissional fez, os gestores da implantação reconheciam a boa desenvoltura da equipe junto ao dispositivo, mas faziam suas considerações, pois alegavam que faltava privacidade na escuta aos pacientes, e mencionava que havia uma delimitação de horário para esse diálogo:

O Frei Tito optou por fazer no início de cada turno, todas as equipes faziam. Ai as pessoas já eram divididas por território, ai fazia a escuta de todo mundo. Ai já era seus pacientes, de suas áreas, o que era muito bom, mas a fragilidade era o espaço físico, porque ficava todo mundo junto. O ideal era fazer a escuta no consultório, as vezes tem fazer uma palpação, não pode ser só pelo o que a pessoa diz, pelo relato...se a pessoa tá com dor de dente, eu preciso examinar, se for ginecológico, eu preciso de privacidade para falar; se tiver muita gente ao redor, eu vou ficar tímida para falar.(...) o usuário podia chegar a qualquer horário, ai você colocava para início da manhã, ai como seria o acolhimento dele, mas a gente acolhia todas as formas de implantação, porque fazia parte. Isso era bom lá por que era 100% coberto, isso aproximou muito a ESF da população. (GI 3)

A gestão que participou da implantação percebia todo processo como gradual, e não repreendia as formas como os acolhimentos ocorriam nos territórios, porque os profissionais que estão na unidade de saúde possuem subsídios da rotina e conhecem sua clientela e assim iam fazendo “arranjos e rearranjos” para que se aprimorasse o dispositivo em sua unidade de saúde. Esse processo de aprendizagem é citado por Freire, 2006:

É pensando criticamente a prática de hoje ou de ontem que se pode melhorar a próxima prática. Quanto melhor faça essa operação mais inteligência ganha da prática em análise e maior comunicabilidade exercem em torno da superação da ingenuidade pela rigurosidade.

Com a nova gestão que assumiu o município em 2013, algumas mudanças ocorreram na atenção primária. Especificamente em relação à Estratégia Saúde da Família, ocorreu uma readequação da carga horária dos profissionais que estabelece 32 horas para atuação na assistência e 8 horas para processos de educação permanente. Isso foi um ganho para os profissionais, pois se garantiu um processo contínuo de qualificação com a estipulação de uma carga horária específica.

O incentivo a aperfeiçoamento profissional e as melhorias das condições de trabalho através das reformas, melhorando a ambiência no aspecto estrutural, fomentam estratégias de valorização do trabalhador, que visa a Saúde do Trabalhador, incluída na Política Nacional de Humanização. A Saúde do Trabalhador constitui eixo prioritário desde a formulação da Política no nível municipal.

Mas juntamente com a readequação da carga horária foi instituída uma mudança na organização das agendas dos profissionais, que devem ter turnos específicos, organizados por escala, para atender as demandas espontâneas (DEP) que procuram à unidade de saúde baseado na classificação de risco. A escala, para os eventos agudos, é organizada da seguinte maneira: fica uma equipe responsável pelo acolhimento naquele período que irá receber as demandas que chegarem com queixa na unidade de saúde, independente da área de abrangência, para ser feito um pronto-atendimento naquele momento, passando primeiro pela enfermeira e se necessitar depois pelo médico escalado. Alega-se que o vínculo entre os profissionais das equipes e sua população adscrita está sendo perdido:

(...) e aí você fica em algumas situações difíceis por exemplo, o paciente chega e ,por exemplo eu estou na sala do evento agudo ,aquele paciente faz 3 anos que sou eu que cuido da família dele em tudo, e ali eu só vou estratificar, como é que eu explico para aquela família que não sou eu que vou cuidar daquela família, se eu tô ali, ele ficou feliz quando pegou a ficha e que tinha meu nome, mas não sou eu que vou atendê-lo, tá entendendo (...)

Os profissionais sentiram que os processos que eram desenvolvidos há anos foram subestimados e desconsiderados. Muitos alegam que a Estratégia Saúde da Família está desvirtuada. Essa medida não foi muito bem aceita pelos profissionais, uma vez que eles

alegam que essa nova gestão possui caráter muito autoritário e não possui diálogo aberto junto aos profissionais que já atuam nos serviços de saúde.

(...) as minhas contribuições atuais não são assim bem vindas, porque às vezes eu dou um Não, e as pessoas estão achando que eu quero ir contra, mas não é verdade, e quero que a coisa funcione. Atualmente eu andei conversando com a coordenação, dando umas ideias, mas ela acha que a gestão [regional e central] não está preparada para isso. Era para se fazer alguma mudança dentro do processo de atendimento do Frei Tito para que a gente resgatasse um pouco a Estratégia Saúde da Família, que está se perdendo (...) (P 2)

Rapaz, olha, as pessoas da regional, da secretaria de saúde bem os altos né deviam ter mais compreensão com nós que trabalhamos no posto porque eles não fazem tanto caso da gente não, a gente para eles é descaso, eles só mandam e agente tem que executar e pronto, seria bem melhor se ele pudessem ouvir a gente também, não só a gente ouvir eles. (P 4)

Entendeu-se que a forma como vem acontecendo o acolhimento, no Frei Tito de Alencar, acarreta sobrecarga e conseqüente insatisfação, fato que as equipes de saúde assumem no seu cotidiano. Os profissionais afirmam que o que estão instituindo por acolhimento nas unidades básicas de saúde, não atendem as necessidades da atenção primária; pois a classificação de risco tomada como base é para serviços de urgência, além de não estarem considerando as vulnerabilidades. Os discursos apontam a necessidade de uma reestruturação das práticas:

(...) atualmente, eu acho que a gestão que está um pouco confusa, o que é realmente a função do acolhimento, eu acho que eles estão colocando, estão dando nome de acolhimento, ao que não tem atribuições e nem as qualidades que o acolhimento tem, onde eu não tenho como acolher uma comunidade, porque ele vem também de você conhecer as vulnerabilidades do seu paciente, não só os riscos, para eu conhecer isso, eu tenho que ter o conhecimento da minha clientela, quando eu acolho uma clientela que eu não conheço, (...) como um acolhimento em nível hospitalar, e foi o que aconteceu com a gestão essa confusão com o acolhimento hospitalar, quando eu falo em acolhimento hospitalar eu avalio os riscos em detrimento as vulnerabilidades, porque lá é uma assistência mais de emergência, são quadros mais agudos, quando eu trago para a atenção primária, nós tenho que trabalhar mais um quadro de vulnerabilidades maior do que meu quadro de risco, porque meus pacientes que vão chegar, o que são mais vertentes neles é a vulnerabilidade, exemplo muito clássico: chegou uma criança com febre 38,8 e outra com quadro de diarreia grave, quem é que deve ser atendido primeiro? se for a nível de ambiente hospitalar quem vai ser atendido primeiro é a criança que está com febre, porque dentro das prioridades eles vão achar que esse quadro é de agravamento, mas eu vou te falar a história por trás dessas crianças: a mãe da criança que está com febre é uma mãe esclarecida, orientada, de um domicílio, que tem uma condição de higiene maior, condições sanitárias mais satisfatória, existe um histórico familiar, uma agregação familiar mais estável;; por trás da criança com diarreia, estou falando de uma mãe adolescente, usuária de droga, de um domicílio que não é constante, de cunho sanitário deficitário. Agora que eu te contei tudo isso, quem é a criança que terá prioridade? Isso é avaliar vulnerabilidade, assim é a prioridade, isso era uma postura que o ESF tinha capacidade de fazer (...) (P 2)

Quando o processo de trabalho é construído pautado na lógica procedimental, centrado na consulta médica, existirá filas intermináveis, além das necessidades reais dos indivíduos ficarem ocultas (SILVA, PONTES, SILVEIRA, 2012) Na medida em que profissionais e serviços fecham os olhos para essas questões, o acolhimento terá o direcionamento apenas para as ações terapêuticas executadas de forma pontual e limitadas:

(...) quais são os motivos de ele está ali, é doença realmente, mas não com os escutar da queixa, mas com o escutar mais abrangente, com o escutar de uma política de saúde, tá entendendo, o que ele está querendo me dizer por traz daquilo, será que ee está querendo me falar de uma coisa mais grave, às vezes o paciente só quer te falar de uma queixa familiar, que está tendo, da questão da estrutura familiar que não está tendo, e ele está somatizando, isso, porque infelizmente ainda é passado para a nossa clientela que ela é atendida quando ela somatiza, ela precisa sentir, e trato que eu sou altamente contra de a primeira pergunta do consultório que faz para o paciente :o que você está sentindo, e se eu não estiver sentindo nada?? Então eu tenho que está sentindo para ser atendido? Então você cria a doença, você cria o processo da doença, porque eu preciso adoecer para ser ouvido, tá entendendo (...) (P 2)

Na avaliação dos moldes de como o acolhimento está ocorrendo, duas gestoras que participaram da implantação e atualmente estão trabalhando nas unidades básicas de saúde, pois são concursadas do município, demonstram indignação ao que está sendo imposto, segundo elas:

Nós retrocedemos terrivelmente, eu posso dizer que se a gente for começar hoje, nós vamos começar do ponto zero, marco zero, marco zero. Foi esquecido, o que eu estou vendo hoje é pronto atendimento, não querem nem saber, a própria ESF está descaracterizada, completamente descaracterizada, eu não gostaria mais nem de chamar de ESF, e a gente sabe que não é a solução, nós estamos historicamente regredindo, porque nós vamos voltar ao patamar de antigamente. (G I 1)

(...) em relação ao acolhimento? Aquilo ali não é um acolhimento, aquilo ali é uma triagem, não é escuta qualificada. Uma falta de respeito, principalmente com os enfermeiros, porque a partir do momento que você fica com computador agendando consulta para médico, uma pessoa de nível médio poderia ter feito aquilo; você fica como secretaria de um profissional. Não existe discussão com as equipes, até porque as realidades são diferentes. O certo seria está revisitando todo processo que foi feito e chamar todos os profissionais e ser implementado com responsabilidade a política de humanização, dado continuidade. Aliás ninguém nem fala do Humaniza, e tanto que não existe nem articulador dentro da SMS, até que está ainda dentro da gestão tem até medo de falar do processo anterior, por conta de vários problemas da atual gestão (...) (GI 2)

O fato mencionado pela última entrevistada sobre não haver nenhum articulador da Política de Humanização no município de Fortaleza foi confirmado na fala de um gestor atual que trabalha a nível central na Secretaria Municipal de Saúde, sendo ainda demonstrado falha

na coordenação dentro da mesma instituição, quando afirma desconhecer se existe alguém responsável:

Não existe articulador da PNH, aqui na atenção primária não, pode ser que tenha ligado ao planejamento [assessoria de planejamento da SMS]. Eu não sei quem é. (G 3)

Parece um contrassenso não existir nenhum articulador que conduza a política de humanização na saúde do município, uma vez que no Plano Plurianual 2014-2017 em várias ações propostas cita a humanização como prioridade no setor saúde, como vimos anteriormente.

4.2.6 HUMANIZAÇÃO/DESUMANIZAÇÃO NA PRÁTICA DO COTIDIANO DAS EQUIPES

As práticas do cotidiano são permeadas pelo envolvimento que os atores têm com a produção da saúde, na perspectiva do cuidado. Isso está ligado ao sentido que o indivíduo dá a sua existência, o trabalho não pode ser apenas valorado pela troca de moeda, mas por todo reconhecimento e impacto a quem está diretamente ligado, tem que ter significado para o trabalhador e para o usuário, cuidador e paciente.

Reforçando esse pensamento, o documento base para gestores e trabalhadores do SUS trás que (BRASIL, 2010a, pg 68):

O trabalho tem sido identificado a emprego ou assalariamento e, também, a tarefas e produtos esperados. O trabalho é mais que isso, é atividade que se opõe à inércia. É o conjunto dos fenômenos que caracterizam o ser vivo. É, assim, resistência a toda situação de heterodeterminação das normas definidas para a sua execução. Nos processos de trabalho surgem, a todo o momento, situações novas e “ventos imprevisíveis” não definidos pelas prescrições da organização do trabalho. Para dar conta dessas situações, os trabalhadores são convocados a criar, a improvisar ações. Quando as normas são seguidas fielmente, sem serem questionadas, podemos colocar o trabalho em crise, pois as prescrições não são suficientes para responder aos imprevistos que acontecem a cada dia. O trabalho inclui, também, uma dimensão que não é observável – como os fracassos e as frustrações por não poder ter sido feito como se gostaria – e exige invenções, escolhas e decisões muitas vezes difíceis. A atividade do trabalho, portanto, é submetida a uma regulação que se efetiva na interação entre os trabalhadores da saúde, numa dinâmica intersubjetiva. Somos gestores e produtores de saberes e de novidades.

O HumanizaSUS surge atrelado ao compromisso de uma efetivação real do serviço público, partindo do reconhecimento do “SUS que dá certo”. E, no âmbito da atenção básica,

temos experiências expressivas de melhoria dos serviços com um incremento na qualidade do cuidado (BRASIL, 2010c).

São citadas várias ações que ocorriam no serviço, na unidade Frei Tito de Alencar, que instigam a humanização na atenção. Experiências que aproximavam equipes e usuários e aumentavam o vínculo entre os pares. Destacamos algumas, dentre várias elencadas: pelos profissionais:

Nós aqui fazemos o dia da mulher, nós organizamos, fazendo aquilo para elas, dia da criança, eu acho que isso é a gente humanizar. (P1)

(...) um dos processos de humanização que a gente fazia e que era de uma forma muito continua era os grupos, os trabalhos dentro dos grupos [de educação] (...) (P 2)

(...) já teve também um evento aqui também para idosos, jovens falar dos seus problemas que não querem falar em casa, que é a terapia comunitária (...) (P 3)

Percebemos o tempo dos verbos no passado que os profissionais se referem, pois eles relatam que atualmente não estão mais executando tais ações, pois a lógica do serviço mudou, e o que se preza hoje é pelo atendimento individual e de cunho curativista, ficando as ações de prevenção e promoção de doenças em segundo plano. Segue relato de frustração demonstrado pela seguinte profissional:

(...) me dói até o coração em te dizer: eu estava com um grupo de adolescentes de 97 adolescentes, e agora eu não estou mais. Eu não tive como optar, e aí eu tinha um grupo de idosos, a nossa intenção era tirar esses pacientes dos benzodiazepínicos, então a gente estava trabalhando em outros processos comunitários, certo (...) (P2)

A Unidade Frei Tito de Alencar tinha especificidades que contribuíram a favor da implantação e implementação da política de humanização, é lembrado todas as potencialidades desenvolvidas neste território, tendo como principal ponto a educação permanente, mas foi enfatizado que esse processo de humanização está esquecido atualmente, como podemos ver na fala a seguir:

Frei Tito, ele é um posto bem característico porque ele tem uma área adscrita bem delimitada, então a gente pode ver muitas ações implementadas, porque ele não tinha influência de outros territórios, lá teve a residência médica, aonde funcionou muito bem, viu-se ou indicadores de mortalidade sendo reduzidos, (...) e também teve mudança de comportamento da população frente aos hábitos de saúde (...).infelizmente hoje isso não existe mais ficou no passado, caiu no esquecimento, eu fico muito triste,, porque eu acho que a gente não tem que ver a política partidária, os governantes que assumem tem que ver o que tem e melhorar e acompanhar o que já existia, não tem desmérito nenhum, vergonha; a gente dá

continuidade ao que funciona, é um ato de inteligência, de reconhecimento e até de humildade, oportunidade de aprimorar o que deu certo e não desmanchar. (GI 1)

O Frei Tito (...) possuía um ambiente muito bom, acolhedor. Lá era uma unidade escola, lá todas as faculdades estavam dentro, com os profissionais todos servidores, muitos gestores eram bem comprometidos com a política. Lembro que muitas coisas no Frei Tito eram muito fortes como a participação da comunidade. Lá era muito forte o acolhimento, inclusive tinha uma enfermeira que foi facilitadora de todo o processo da implantação, inclusive lá era muito visitado pela questão do acolhimento, lá eles faziam rodas, eles tinham todo um processo diferenciado. Lá eles trabalharam a ambiência, a saúde do trabalhador, a co-gestão, a gestão compartilhada, o apoio matricial com a saúde mental. Com a entrada do NASF, houve muitos trabalhos de educação em saúde junto com toda a equipe, mas com esse modelo que se tem não tem mais condições de trabalhar isso, o que vejo é que fragmentou muito já que existe uma escala para se ficar no acolhimento. Naquele tempo nenhum profissional de saúde não queria sair daquela unidade de saúde, porque lá era um modelo como um todo: equipes completas, acolhimento implantado e funcionando, os profissionais participaram das oficinas querendo, se implicando mesmo, a gente via diferença até nos profissionais médicos. Era uma unidade que se dizia: se todas as unidades conseguissem caminhar dessa forma. Mas hoje ela está bem diferente, está baseada na queixa-conduta, com pouco tempo para se estar no território, o que ainda é muito forte é a parte da residência e também outras faculdades que levam para lá. (GI 2)

Já os usuários conseguem elencar as ações atuais presentes no serviço que eles percebem a humanização e elogiam a equipe pela organização e iniciativas pessoais, o que impacta diretamente no bem-estar dos indivíduos, com destaque ao setor de odontologia:

Na questão da vacina, eu como adulta, elas que atendem foram muito atenciosas, aquilo que elas não tinham eles me informaram e me indicaram outra pessoa com muito jeito. O atendimento com os profissionais da odontologia foi maravilhoso, os médicos, as atendentes, aquilo que eles não tinham como fazer eles me encaminharam, mas pela demora, eles me informaram sobre a ouvidoria, me deram o telefone, e me encaminharam de tal maneira ótima (...) (U 2)

Eu posso citar assim a parte da odontologia que melhorou muito, porque antes não estava funcionando. Assim eles estão trabalhando por área bem direitinho, assim vão para o colégio por área, e o próprio dentista vai agendando para o dia tal, muito organizado (...) (U 3)

Na visão dos gestores, ações visando à humanização são citadas como as referentes à ambiência e ao processo de trabalho com organização do fluxo dos pacientes:

Houve a reforma da unidade que melhorou a ambiência e a implantação do acolhimento com a classificação de risco, com os controlistas de acesso, acolhendo todas as pessoas que vem a unidade, dando sempre alguma resposta, mesmo que ela não seja atendida no dia, ela sai com algum direcionamento. (G 1)

Essas mudanças citadas fazem parte do direcionamento instituído pela Consultoria externa do Eugênio Vilaça em toda a atenção primária do município, e não apenas na unidade em estudo. Nas seis regionais do município foi escolhido um posto de saúde por cada região

para constituírem as unidades laboratórios, assim os alguns processo serão primeiramente “testados” nessas realidades para depois serem expandidos para os demais estabelecimentos, após avaliação e adaptações cabíveis. Vejamos:

(...) em relação ao Frei Tito de Alencar a gente ainda não chegou nele ainda, na regional 2 nos estamos no Benedito [unidade laboratório], mas por exemplo, algumas ações da consultoria como a marcação por horário, uma coisa que já pode ser implantada nas 92 unidades nós já estamos expandindo, então prontuário eletrônico, também já tem lá no Frei Tito, ai já melhora o atendimento. Alguns pontos nós vamos precisar da unidade laboratório para implantar. (U 3)

4.2.7. Mais humanização, por favor!

O grande desafio para todos a ser enfrentados, trabalhadores, gestores e usuários, é na efetivação do SUS para além do que está na constituição; transpor os princípios que estão aprovados em lei e realmente aprimorar os modos de operar a atenção e gestão (NEVES, ROLLO, 2006).

Tem-se, assim, o compromisso de repensar novos caminhos capazes de modificar os sujeitos provocando-os para que viabilizem mudanças concretas no sistema público de saúde. Nessa reestruturação do trabalho em saúde, as práticas de saúde precisarão ter apreciados os seus aspectos até então renunciados dentro das instituições de saúde, que seriam: as diferenças, as relações, a afetividade, a vontade, a produção desejante, o implicamento, a criatividade, a responsabilização, entre outros.

A humanização da atenção abrangeria aquelas iniciativas que apontam para a democratização das relações entre os sujeitos, um maior diálogo, primando pela melhoria da comunicação entre profissional de saúde e paciente e, por fim, reconhecendo os direitos do usuário e sua subjetividade (TEIXEIRA, 2005).

Como último tema das entrevistas foi aberto para que os sujeitos, na sua visão, explanassem o que necessitaria para que o serviço de saúde fosse humanizado, reconhecendo suas lacunas. O que foi mais citado foi (re)organização dos processos de trabalho, com criação de protocolos, e capacitações/sensibilizações, tanto pelos próprios gestores quanto pelos trabalhadores.

Eu acho que é organizar o processo de trabalho, pra favorecer a acontecer a humanização, porque do jeito que está tudo bagunçado, você nunca vai conseguir fazer com que aquele usuário que procura a unidade de saúde tenha (...) desde o

atendimento até....Enfim, acho que é aonde cabe a gente está procurando isso aí, a organização. (G 2)

Eu acho que a gente precisava ter uma nova rodada, ciclo de capacitação dos profissionais, envolvendo desde a limpeza, segurança, NAC[núcleo de atendimento ao cliente], equipes, principalmente do gestor, porque ele que vai fazer o papel. Isso seria bom agora, isso deve ser contínuo, em relação a política (...) (G 3)

Reestruturação do serviço tem que ter novamente ter o resgate da política, mas não de boca assim: não faço triagem, faço acolhimento, eu acho de essência de postura, mas para que tudo isso ocorra tem que ter um posicionamento de gestão municipal de visualizar onde estão as falhas e para que isso aconteça tem que descer na ponta, então eu acho que a palavra é reorganização do processo de trabalho, sensibilização dos profissionais e ordenamento de prioridades. Outra coisa que seria muito importante seria a criação de protocolos, protocolos de vulnerabilidades, não de risco, isso a gente já sabe, para isso já existe os manuais as diretrizes que já direcionam, mas o protocolo de cruzamento de vulnerabilidade com o risco, isso realmente ser criado em Fortaleza, porque isso não existe, a gente tem que criar isso, acho que isso está faltando (...) (P 2)

Enfatiza-se os profissionais que são terceirizados que assumiram a recepção (NAC-núcleo de atendimento ao cliente) e os controlistas de acesso, que fazem o papel do antigo “Posso ajudar”, como público principal a passar por qualificação em humanização, uma vez que constituem o primeiro contato do usuário ao serviço de saúde.

Eu acho que tem profissionais que entraram agora, que são lá da frente eles precisam de treinamento de acolhimento, de humanização, mas assim eu sei que eles não tem culpa, porque são colocados ali naquela função e não passam por nenhum treinamento, porque o ser humano é muito difícil, você trabalhar com o ser humano. (P 1)

Outro ponto bem enfatizado por parte dos profissionais foi a relação entre servidores das unidades e gestão. Alega-se ausência de diálogo entre a assistência e a gestão dos níveis regional e central:

(...) visão mais aberta por parte de todo mundo ponta, gestão de que as coisas precisam mudar e que todo mundo precisa conversar para que o processo cresça, e que todo mundo está em prol do mesmo ideal, só que atualmente e que as pessoas estão em campos opostos, aí como vou humanizar o processo, quando eu me sinto acolhido, eu acolho, então eu acho que tem que passar por isso. (P 2)

Eu acho que nós [profissionais] estamos precisando ser humanizado para depois humanizar as pessoas, tem que ser para depois repassar, a gente não é muito bem acolhido não [pela gestão], então quando a pessoa não está satisfeita obviamente a pessoa não vai receber as pessoas bem. (P 3)

Cita-se também a precarização do vínculo de trabalho do pessoal auxiliar, a deficiência de recursos humanos e falta de medicamentos, o que prejudicam diretamente a humanização da atenção:

(...) muita gente tercerizada, aí o que acontece, as meninas mesmo da odontologia, as ASB, queira ou não queira descontam nos pacientes, por essa precarização do trabalho, eu acho que se tivesse concurso, elas ficavam mais satisfeitas, (...) assim desprecariza as condições de trabalho, eu acho que o pessoal fica mais empolgado. (P 5)

Nessa situação que está agora, com essa demanda, tem que ter mais médico, enfermeira e auxiliar de enfermagem, porque quando uma está na vacina, a outra está no curativo. Aí sai para ir tirar a pressão (...) e aí ninguém merece receber um coice delas, mas a situação é isso. Falta de profissionais e medicamento também, porque a quantidade que vem é racionada., você que recebia 30 comprimidos, agora recebe 20, .precisa de mais gente. Emergência! (U 1)

(...) o que se tem que colocar é mais ACS, porque eles vão tomar conta das comunidades, das áreas deles (...) (U 3)

Como vimos, e que a maioria citou objetivamente ações que deveriam ser instituídas para que a humanização fosse presente nos serviços. Lógico que se entende que é necessário condições mínimas para que se consiga dá garantias dos direitos de cidadãos, mas uma fala de uma usuária trouxe a dimensão subjetiva a essas mudanças, que seria o implicamento direto dos cuidadores nessas mudanças do processo de trabalho na perspectiva da humanização, que reverbera na mudança de comportamento e adoção de uma postura acolhedora e afetiva:

(...) se os profissionais tiverem esse olhar mais afetuoso com o paciente, então a gente vai sair dessa demanda de buscar a saúde para a cura para buscar a saúde como prevenção, né; eu espero que no curto tempo isso comece a ser real aqui. (U 2)

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

5.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS

O presente estudo enfrentou o problema de lapso de memória dos entrevistados, que muitas vezes esqueciam datas e dados importantes e também sequencias de acontecimentos.

O acesso fácil aos entrevistados foi certamente um facilitador para a elaboração do texto, a maioria se mostrou disponível para colaborar com as entrevistas; apenas dois profissionais de saúde se negaram a participar do estudo, quando tomaram conhecimento que o diálogo seria gravado.

Também houve dificuldade no que tange a análise documental. Os principais documentos que me apoiaram e elucidaram para a pesquisa foram os Relatórios de Gestão, disponíveis na internet do ano de 2005 a 2010, na página da Secretaria Municipal de Fortaleza. Na Secretaria Regional II obteve-se acesso aos Relatórios Regionais de Gestão a partir do ano de 2007. Estes relatórios não são publicados e disponibilizados para acesso, mas servem de subsídio para a elaboração do Relatório Municipal.

No Sistema Municipal Saúde Escola, encontrou-se apenas a realização de três cursos de capacitação na área de humanização.

Na Célula de Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde não tinham documentos com o descritivo da implantação, mas na assessoria de planejamento existiam dois documentos sobre o planejamento da Política de Humanização de 2010 e 2011. Também se conseguiu encontrar um arquivo que trazia uma pequena cronologia, listada de forma pontual, do que havia sido realizado de 2005 a 2009 em relação à Política de Humanização de Fortaleza.

Na Unidade de Saúde em estudo, Frei Tito de Alencar, não detinham nenhum livro de ata com as reuniões, rodas ou oficinas que foram realizadas em anos anteriores. Alguns profissionais da unidade informaram que todas as atividades concretizadas na unidade no período de implantação/implementação foram redigidas em atas e assinadas pelos participantes. A coordenação da unidade assumiu a gerência há apenas dois meses e relatou que após a última reforma realizada em 2013, muitas coisas foram extraviadas e não retornaram para a unidade.

Logo, a análise de documentos foi prejudicada dentro da presente pesquisa pela fragilidade dos registros, insuficientes ou mesmo ausentes das políticas implantadas/implementadas no município de Fortaleza.

5.2 CONCLUSÕES

Em Fortaleza, a implantação da Política de Humanização teve início no ano de 2005, dois anos após o lançamento nacional pelo Ministério da Saúde. Apenas em 2006 é que o município recebe apoio do Ministério da Saúde e da Universidade Estadual do Ceará para formular, em parceria, propostas para a construção de um Sistema de Saúde mais humanizado.

A retirada das grades, na readequação das unidades de saúde, representou um grande marco na perspectiva da humanização na atenção visando à acessibilidade.

Em relação à precarização do vínculo de trabalho, a adesão ao concurso público em 2006 para a contratação de profissionais de saúde para a Estratégia Saúde da Família representou a principal potencialidade para a implementação da Política Municipal de Humanização.

A criação do Sistema Municipal de Saúde Escola foi muito importante na fase de implementação da política, constituindo uma grande aliada no reordenamento das práticas em saúde. A educação permanente exerceu papel central ao estopim das mudanças dos modelos de atenção e gestão, com destaques aos Cursos de Extensão universitários promovidos.

A parceria estabelecida da Prefeitura Municipal de Fortaleza/ Secretaria Municipal de Saúde com o Ministério da saúde (MS), através da Política Nacional de Humanização (PNH), a Universidade Estadual do Ceará, através de seu Laboratório de Humanização da Atenção em saúde (LHUAS). Essa parceria alicerçou bastante à implantação da PMH, uma vez que veio a introduzir metodologias reconhecidas e vivências de outros locais para que o processo não ocorresse no empirismo.

Entretanto as capacitações promovidas, em sua maioria, detinham-se centralmente ao acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade, excluindo das discussões os outros dispositivos da política.

Mas ressalta-se que a organização da demanda, utilizando a ferramenta do acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidade, destacou-se no processo de implementação da humanização da atenção à saúde na cidade, apesar das dificuldades na

adesão dos profissionais e da população. Outro ponto frágil do processo foi que não houve avanços nas discussões dos protocolos para direcionar o acolhimento.

É descrito em documentos oficiais que ocorreram melhorias na perspectiva da humanização em relação à reestruturação do fluxo de atendimento, na comunicação entre os setores, na relação dialógica com a população usuária e dentre outras, todavia não se descreve com isso foi mensurado ou avaliado.

Outro obstáculo que conturbou todo o processo de implementação da PMH foi a escassez de profissionais que fizessem o acompanhamento e monitoramento das ações que estavam sendo desenvolvidas nas unidades de saúde do município. Isso repercutiu diretamente no desempenho da implementação das ações. Apenas em 2010 que houve a elaboração de uma matriz de planejamento e monitoramento das ações propostas para a PMH, o que tende a viabilizar e sistematizar o acompanhamento efetivo e formal da política instituída. Todavia, isso não foi possível de análise uma vez que não se tem publicado Relatórios de Gestão a partir do ano de 2011.

O Plano 2014-2017 (PPA) mostra algumas propostas a serem executadas na perspectiva da humanização da atenção primária e a que a SMS vem trabalhando com o grupo na implementação das Redes de Atenção à Saúde em Fortaleza. Contudo esses processos estão ocorrendo à nível de gestão, não sucedendo diálogos com os profissionais e população para a construção conjunta das propostas a serem executadas, tornando as medidas centralizadoras, verticalizadas e autoritárias.

Nas entrevistas concluímos que uma das dificuldades de se trabalhar com a noção de humanização é que no senso comum a visão de humanização está quase sempre ligada ao tratar bem o paciente. Esse é, entre outras coisas, um sentido reducionista da dimensão do termo, que não raro exclui outras ações que dão sustentação ao crivo ético-político da humanização, este significado foi dado inclusive pelos gestores e profissionais.

No que tange à ambiência, no quesito estrutural, a nova gestão investiu em ampliação e reformas das unidades primárias à saúde, tendo inaugurado até o presente momento 45 estabelecimentos. Isso reverbera diretamente na melhoria das condições de trabalho e de qualidade de atendimento aos usuários; aspectos essenciais à humanização na saúde.

A unidade em estudo foi reformada e apresenta ótima estrutura, o que é reconhecido por todos os sujeitos, gestores, trabalhadores e usuários. A interação afetiva entre os profissionais de saúde e gestão local também é exaltada pelos entrevistados com sendo um forte aliado na humanização.

A readequação da carga horária dos profissionais da ESF que estabelece 32 horas para atuação na assistência e 8 horas para processos de educação permanente, representou um ganho para os profissionais, pois se garantiu um espaço nas agendas para se estimular a qualificação com a estipulação de uma carga horária específica.

O incentivo a aperfeiçoamento profissional e as melhorias das condições de trabalho através das reformas, melhorando a ambiência no aspecto estrutural, fomentam estratégias de valorização do trabalhador, que visa a Saúde do Trabalhador, incluída na Política Nacional de Humanização.

Uma gestão participativa opera no sentido de conquista de espaços coletivos em que ocorrem a análise das informações e a tomada das decisões. Porém, atualmente no município de Fortaleza, não se está possuindo espaços para propiciar a gestão compartilhada, o que promove uma concentração das decisões, que já chegam formatadas para a unidade de saúde, o que causa grande descontentamento segundo os profissionais entrevistados da unidade em tela.

Compreende-se também que os usuários não participam da discussão sobre as ações desenvolvidas nos serviços. O que se encontrou foi falta de mobilização e de iniciativa da comunidade para exercer esta participação, que está ocorrendo atualmente apenas nas reuniões do conselho local de saúde, o que restringe muito os momentos para esse diálogo.

A mudança instituída na organização das agendas dos profissionais, que devem ter turnos específico, organizados por escala, para atender as demandas espontâneas (DEP) que procuram a unidade de saúde baseado na classificação de risco, não foi bem vista pelos profissionais. Alega-se que o vínculo entre os profissionais das equipes e sua população adscrita está sendo perdido, e que a diretriz desse acolhimento está baseada apenas na classificação de risco, sem considerar as vulnerabilidades, o que estabelece uma visão hospitalar a essa estratificação promovendo apenas pronto-atendimento aos indivíduos.

Os profissionais sentiram que os processos que eram desenvolvidos há anos foram subestimados e desconsiderados. Muitos alegam que a Estratégia Saúde da Família está desvirtuada.

Entendeu-se que a forma como vem acontecendo o acolhimento, no Frei Tito de Alencar, acarreta sobrecarga dos profissionais e consequentes insatisfações, fato que as equipes de saúde assumem no seu cotidiano. Os profissionais afirmam que o que estão instituindo por acolhimento nas unidades básicas de saúde, não atendem as necessidades da atenção primária.

Os profissionais relatam que atualmente não estão mais executando ações de prevenção e promoção de doenças, pois a lógica do serviço mudou, e o que se preza hoje é

pelo atendimento individual e de cunho curativista. Foi enfatizado que o processo de humanização está esquecido atualmente

Pelas entrevistas foi alegada a ausência de articulador para a Política de Humanização no município, o que parece um contrassenso, uma vez que no Plano Plurianual 2014-2017 cita a humanização como prioridade no setor saúde.

Contudo, os usuários conseguem elencar as ações atuais presentes no serviço que eles percebem a humanização e elogiam a equipe pela organização e iniciativas pessoais, o que impacta diretamente no bem-estar dos indivíduos, com destaque ao setor de odontologia. Os usuários relatam se sentirem bem ao utilizarem os serviços de saúde da unidade Frei Tito de Alencar, mas ainda rezingam que ainda que os serviços necessitam de mais recursos humanos, matérias de insumos de melhor qualidade e agilidade para a integralidade da atenção, como nos encaminhamentos para as especialidades.

Algumas alterações fazem parte do direcionamento instituído pela Consultoria externa do Eugênio Vilaça em a toda atenção primária do município, e não apenas na unidade em estudo. Nas seis regionais do município foi escolhido um posto de saúde por cada região para constituírem as unidades laboratórios, assim os alguns processo serão primeiramente “testados” nessas realidades para depois serem expandidos para os demais estabelecimentos, após avaliação e adaptações cabíveis. Mas algumas ferramentas já estão fazendo parte do cotidiano da maioria das unidades de saúde, assim como no Frei Tito de Alencar, como marcação por horário, que oferece maior conforto aos pacientes e diminui o tempo de espera; e disponibilidade de prontuário eletrônico, que otimizam o atendimento e registro das informações para um acompanhamento dos usuários sem perda de informações importantes sobre seu histórico.

Na percepção dos entrevistados, o que foi mais citado para se ter uma melhora e inserção factível da humanização nos serviços de saúde foi a (re)organização dos processos de trabalho, com criação de protocolos e capacitações/sensibilizações. Verbalizou-se que deveriam ser retomadas as discussões em torno da humanização à saúde englobando todos os atores envolvidos.

Enfatizou-se que os profissionais terceirizados, que assumiram a recepção, e os controlistas de acesso, como público principal a passar por qualificação em atendimento humanizado.

Outra questão bem enfatizada por parte dos profissionais foi a relação entre servidores das unidades e gestão, que compõe uma grande fragilidade da implementação de políticas públicas, soma-se ainda a precarização do vínculo de trabalho do pessoal auxiliar, a

deficiência de recursos humanos e falta de medicamentos, o que prejudicam diretamente a humanização.

Tem-se o entendimento que se necessita de condições mínimas para que se consiga dá garantias dos direitos dos cidadãos, entretanto despontando da objetividade das coisas supracitadas, deve-se aclamar a dimensão subjetiva dessas mudanças, as quais implicam no envolvimento direto dos gestores e cuidadores nessas transformações do processo de trabalho na perspectiva da humanização, que reverbera na mudança de comportamento e adoção de uma postura acolhedora e afetiva.

5.3 RECOMENDAÇÕES

O presente trabalho possibilita algumas recomendações gerais, direcionadas aos seguintes grupos: administradores dos serviços de saúde, aos trabalhadores em saúde, usuários do SUS, às universidades e aos pesquisadores do objeto estudado.

As recomendações a serem declinadas, longe de conceitos fechados, pretendem funcionar para o aprimoramento continuado do sistema local de saúde mais consistentes e resolutivos.

Recomenda-se a retomada das discussões sobre humanização na saúde, revendo tudo que já foi desenvolvido e primando pela qualificação da atenção e gestão, construindo espaços coletivos que promovam a interação entre os sujeitos. Sugere-se capacitações/sensibilizações para o debate da reorganização dos processos de trabalho, tendo como ponto principal a reestruturação do dispositivo de acolhimento, confecção de protocolos para atendimento e inclusão dos outros dispositivos da Política Nacional de Humanização, como Projeto Terapêutico Singular, Clínica Ampliada, Co-gestão entre outros.

Recomenda-se a articulação na Secretaria Municipal de Saúde da Política Municipal de Humanização, localmente suportada, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

Recomenda-se que a Prefeitura Municipal de Fortaleza realize concursos públicos para resolver a precarização de trabalho ainda existentes nas unidades básicas de saúde; adiciona-se a regularização do abastecimento de medicamentos e insumos e organização dos fluxos de encaminhamentos entre as redes de atenção.

Recomenda-se aos profissionais a organização em torno das entidades representativas e/ou a construção de núcleos organizativos locais para realizar os enfrentamentos dos problemas próprios da saúde, de forma coletiva.

Recomenda-se à população envolvimento ativo nos espaços decisórios, para que a participação popular seja valorizada e que a percepção e necessidade dos usuários estejam contempladas.

Recomenda-se o desenvolvimento de pesquisas que avaliem o impacto da política de humanização, nas dimensões qualitativas e quantitativas, bem como a formulação de instrumentos de monitoramento e avaliação da política.

Recomenda-se às universidades a incluírem a humanização como um dos temas transversais nas propostas pedagógicas dos cursos de Graduação e Pós-Graduação.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, J.T. (Coordenador) **Em busca do humano**. Observatório de Recursos Humanos em Saúde - Estação CETREDE / UFC / UECE. Fortaleza, 2007.

ANDRADE, O. M. et al. A estratégia saúde da família. In: DUNCAN, B.B. et al. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. Cap.7, p. 88 – 100.

ANDRADE, R. B. **A Implementação do programa de humanização do pré-natal no município de Duque de Caxias – RJ, na perspectiva dos gestores e profissionais de saúde**. 2005. 98 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro.

ARCHANJO, J. V. L.; BARROS, M. E. B. Política Nacional de Humanização: Desafios de se Construir uma “Política Dispositivo”. **XV Encontro Nacional da ABRAPSO**, p. 30-02, 2009.

ARGEU JÚNIOR, P.I. **Praia do Futuro: Formas de apropriação do espaço urbano**.2005. 248 p. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento e Meio Ambiente) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

AYRES, J. R. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 549-560, 2005.

BACKES, D. S. et.al. A humanização hospitalar como expressão da ética. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 132-135, jan./fev. 2006.

BAHIA, L. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J.M.. **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p.407-449.

BARRETO, I.C.; ANDRADE, O.M.; LOIOLA, F.; PAULA, J.B.; MIRANDA, A.S.; GOYA, N. **Educação Permanente e a construção de sistemas municipais de saúde escola: o caso de Fortaleza – Ceará – Brasil**. Fortaleza, SMS - Sistema Municipal de Saúde Escola, 24 p. 2006.

BAZON, F. V. M. et.al A importância da humanização profissional no diagnóstico das deficiências. **Psicologia Teoria e Prática**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 89-99, 2004.

BELLINI, M. I. B.. Humanização: opção ou condição de sobrevivência na/da sociedade contemporânea. **Revista Humanização**. Escola de Saúde Pública, v. 8, n. 2, p. 65-70, 2005.

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

BERNARDES, A.G. Estratégias de Produção de Si e a Humanização no SUS, **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 27, n. 3, p. 462-475, 2007.

BONATO, V.L. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 5, p. 319-331, 2011

BRASIL. **8ª Conferência Nacional de Saúde (Anais)**. Brasília, 1987.p 381-389.

BRASIL, **Cadastro de Estabelecimentos de Saúde**. [online] Disponível no site: <<http://www.cnes.datasus.gov.br>> Acessado em: 30.07.2014.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. 292 p.

_____. Ministério da Saúde. **Modelos assistenciais no sistema único de saúde**. Brasília, 1990.

_____.**Regionalização de assistência da assistência à saúde: aprofundamento a descentralização com equidade no acesso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____, Ministério da Saúde. **Portaria nº 399/GM, de 22 fevereiro de 2006**. Dispõe sobre o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 fev. 2006. Seção 1, p.43-51, 2006a.

_____, Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/GM, de 28 de Março de 2006**, Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União, Brasília: DF, 29 de março de 2006, Seção 1, p. 71, 2006b

_____, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS. Documento Base**. 3. ed. Brasília. 2006c

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1996 de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília: DF, 22 de agosto de 2007, Seção 1, p. 8, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: DF, 2009

_____, Ministério da Saúde. **Documento Base para gestores e Trabalhadores do SUS**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 4ªed. 2010a.

_____, Ministério da Saúde. **Cartilha HumanizaSUS na atenção básica**. Brasília: DF, 1.ed. 2010b.

_____, Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS – atenção básica**. Brasília: DF, 1. ed. v. 2. 2010c.

CAMPOS, G.W.S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v.9, n.17, p.389-406, mar/ago. 2005.

CARVALHO, G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**. V.6, n.2, p. 435-444. 2001.

CARVALHO, G. **Coordenação de unidade de atenção básica no SUS: trabalho, interação e conflitos**. 2012. 300p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 105-111, 2005.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado. **Política Estadual de humanização da atenção e gestão em Saúde do Ceará**. Coordenadores Annatália Meneses de Amorim Gomes e José Jackson Coelho Sampaio. Fortaleza, 2004

CECCIM, R.B.; MERHY, E.E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.13, p. 531-42, 2009. Suplemento I.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 41-65, 2004.

COELHO, M.O., JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, p. 1523-1531, 2009. Suplemento 1.

COTTA; R.M.M.; REIS, R.S.; CAMPOS, A.A.O.; GOMES, A.P.; ANTONIO, V.E.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Debates atuais em humanização e saúde: quem somos nós? **Ciência e Saúde Coletiva**, v.18, n.1, p.171-179, 2013.

CZERESNIA, D. The concept of health and the difference between promotion and prevention (Versão atualizada e revisada). *Cadernos de Saúde Pública*. In: CZERESNIA, D, FREITAS

C.M. (org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 39-53.

DENIS, J.L.; CHAMPAGNE,F. Análise da implantação. In: HARTZ, Z.M.A (Org.) **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/3zcf/pdf/hartz-9788575414033-05.pdf>>. Acesso em: 12.12.2013.

DESLANDES. S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.9, n. 1, p. 7-14, 2004.

FARIAS, M. R. **Análise da integração da equipe de saúde bucal no programa saúde da família**. 2009. 175 p. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Fortaleza.

FERREIRA, J.A.; ARAÚJO, G.C. Humanização na Saúde: uma análise dos sentidos na óptica do trabalho cotidiano. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 13, n. 1, p. 199-213, jan./jun. 2014.

FORTALEZA, Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão do ano de 2005 da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza: saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado**. Fortaleza: SMS, 2006. 341 p. Disponível em: <<http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br>> Acessado em: 01.08.2014.

_____, Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão do ano de 2006 da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza: saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado**. Fortaleza: SMS, 2007. 440 p. [online] Disponível em: <<http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br>> Acessado em: 01.08.2014.

_____, Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão do ano de 2007 da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza: saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado**. Fortaleza: SMS, 2008.500p. Disponível em: <<http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br>> Acessado em: 01.08.2014.

_____, Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão do ano de 2008 da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza:** saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado. Fortaleza: SMS, 2009. 406 p. Disponível em: <<http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br>> Acessado em: 01.08.2014.

_____, Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão do ano de 2009 da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza:** saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado. Fortaleza: SMS, 2010a. 418 p. Disponível em: <<http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br>> Acessado em: 01.08.2014.

_____, Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013:** Uma construção coletiva. Fortaleza: SMS, 2010b. 380 p. Disponível em: <<http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br>> Acessado em: 03.08.2014.

_____, Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão do ano de 2010 da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza:** saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado. Fortaleza: SMS, 2011.234p. Disponível em: <<http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br>> Acessado em: 01.08.2014.

_____, Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico. **Desenvolvimento Humano, por bairro em Fortaleza,** 2014a. [online] Disponível em: <<http://www.fortaleza.ce.gov.br/noticias/sde/prefeitura-apresenta-estudo-sobre-desenvolvimento-humano-por-bairro>> Acessado em: 30.07.2014.

_____, Prefeitura Municipal de Fortaleza. **Plano Plurianual 2014-2017,** 2014b. 382 p. Disponível em: <<http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br>> Acessado em: 01.08.2014.

FORTES, P.A.C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde & Sociedade.** v.13, n.3, p. 30-35, set/dez. 2004.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia** – Saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2006.

FROTA, A. C. **O Processo De Trabalho Da Estratégia Saúde da Família: ‘O Caso Fortaleza’**. 2008. 112 p. Dissertação (Mestrado em Vigilância em Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

GIL AC. **Como elaborar projetos e pesquisa**. 3a ed. São Paulo: Atlas; 1995.

GOULART, B.N.G.; CHIARI, B.M. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n 1, p. 255-268, 2010.

HEIMANN, L. S.; MENDONÇA, M. H. Modelo de atenção à saúde no SUS: A Trajetória da Atenção Básica e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: LIMA, N. T. et al. (Org). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, Cap. 15, p. 481-502.

HOGA, L. A. K. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão, **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 13-20, 2004.

MENDES, E.V. **A reengenharia do sistema de serviços de saúde no nível local: a gestão da atenção à saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1998.

_____. **Os grandes dilemas dos SUS**. Salvador, Casa da Qualidade, Tomo II, 2001.

_____. **As redes de atenção à saúde**. 3.ed. Brasília: Organização Pan Americana, 2011.

MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, p. 296, 2007.

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

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 4. ed.. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco, 1996.

MINAYO, M.C.S. Contribuições da Antropologia para Pensar a Saúde. In: CAMPOS, G.W.S. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec/ Rio de Janeiro: Abrasco, 2006.

MOURA, R (Org). **Cartilha da Regional II: mapa da criminalidade e violência em Fortaleza**. Fortaleza, Universidade Estadual do Ceará e Universidade Federal do Ceará, 2011.

NEVES, C.A.B.; MASSARO, A Biopolítica, produção de saúde e outro humanismo. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v.13, p.503-14, 2009. Suplemento 1.

NEVES. C.; ROLLO. A. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde / Secretaria de Atenção a Saúde / Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2006.

OLIVEIRA, B. R. G.; COLLET, N.; VIERA, C. S. A humanização na assistência à saúde. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 277-84, 2006.

ONOCKO CAMPOS, R. Reflexões sobre conceito de humanização em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n.64, p. 123-130, maio/ago. 2003.

_____, R. Humano, demasiado humano: uma abordagem del mal-estar em la institución hospitalaria. In: SPINELLI, H. (Org.) **Salud Colectiva**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2004. p.103-21.

ORLANDI, E, P. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. Campinas: Pontes, 1999.

PAIM, J.S. A Reorganização das Práticas de Saúde em Distritos Sanitários. In: Mendes, E.V. (Org.) **Distrito Sanitário: O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: HUCITEC/Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995, p.187-220.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. 2007. 300 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

PAIM, J. S., **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, E. A. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4541-4548, 2011.

PEDROSO, R. T.; VIEIRA, M. E. M.. Humanização das práticas de saúde: transversalizar em defesa da vida. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, vol.13, p. 695-700, 2009.

PESSINI, L.; PEREIRA, L.L.; ZAHER, V.L.; SILVA, M.J.P. Humanização em saúde: o resgate do ser com competência científica. **Mundo Saúde**. v. 27, n.2, p.203-205, 2003.

PUCCINE, P.; CECILIO, L. A humanização dos serviços e o direito a saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1342-1353, set./out. 2004

RIOS, I.C. **Caminho da humanização na saúde: prática e reflexão**. São Paulo: Áurea, 2009.

RIZZOTO, M.L.F. As políticas de saúde e a humanização da assistência. **Rev. Bras. Enfermagem**. v. 55, n.2, mar/abr. 2002

SAMPAIO, J.J.C.; BORSOI, I. C. F.; RUIZ, E.M. **Saúde mental e trabalho em petroleiros de plataforma: penosidade, rebeldia e conformismo em petroleiros de produção (on shore/offshore) no Ceará**. Fortaleza: FLACSO/EDUECE, 1998.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n.3, p. 1671-1680, 2011.

SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B.; GOMES, R. S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 1, p. 603-613, 2009.

SCHRAMM, F R , REGO, S T A, BRAZ, M , PALÁCIOS, M. **Bioética, Riscos e Proteção**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ/ Editora Fiocruz, 2005.

SILVA, M.R.F.; PONTES, R.J.S.; SILVEIRA, L.C. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: as vozes dos sujeitos do cotidiano. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, n. 20, p. 784-788, dez. 2012.

SIMÕES, A.L.A.; RODRIGUES, F.R.; TAVARES, D.M.S. Humanização na saúde: enfoque na atenção básica. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n.3, julho/set. 2007.

SOUZA, L. A. P.; MENDES, V. L. F. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 1, p. 681-688, 2009.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA J. P.. Modelo de atenção à saúde no SUS: Trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: LIMA, N. T. et al. (Org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, Cap. 14, p. 451-479.

TEIXEIRA, R.R. Humanização e atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.10, n.3, p.585-597. 2005.

TRIVINÕS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VILA, V.S. C, ROSSI, L.A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, março - abril; v.10. n. 2, p.137- 44, 2002.

YIN R. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2a ed. Porto Alegre: Bookman; 2001

APÊNDICE A – TERMO FIEL DEPOSITÁRIO

40

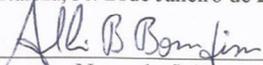
APÊNDICE A - TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, a André Luis Benevides Bonfim, RG 2000002272394, Gerente da Célula de Atenção Primária à Saúde, depositário dos documentos consubstanciados como atas de reuniões, registros de capacitações, planejamento e execuções de ações e quaisquer documentos sobre implantação e implementação da Política de Humanização na Saúde no município de Fortaleza da instituição Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, situada à Rua do Rosário n. 283, após ter tomado conhecimento do protocolo de pesquisa POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: o caso da unidade de saúde Frei Tito de Alencar, que tem como objetivo analisar o processo de implementação da política de humanização na Estratégia de Saúde da Família na unidade de saúde Frei Tito de Alencar, vem, na melhor forma de direito, AUTORIZAR DÉBORA CARDOSO FERREIRA DA PONTE, RG 94002584482, cirurgiã-dentista, Rua Olavo de Oliveira Albuquerque n. 51 a coletar dados para instrumentalização do protocolo de pesquisa, ficando este responsável solidariamente, pela guarda e custódia dos dados e informações que receberam do depositário, resguardando os direitos assegurados pela resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, em especial:

- 1) Garantia da privacidade, da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos envolvidos ou de terceiros;
- 2) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.

Fica claro que o fiel depositário pode, a qualquer momento, retirar sua AUTORIZAÇÃO e ciente de que todas as informações prestadas torna-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional do pesquisador responsável, segundo o Código de Ética Odontológica - Aprovado pela Resolução CFO-118/2012

Fortaleza, Ce. 21 de Janeiro de 2014.


Nome do fiel depositário

APÊNDICE B – TERMO FIEL DEPOSITÁRIO

41

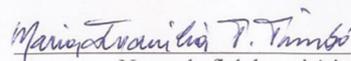
APÊNDICE B - TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, a Maria Ivanília Tavares Timbó, RG 802221, Coordenadora de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, depositária dos documentos consubstanciados como atas de reuniões, registros de capacitações, planejamento e execuções de ações e quaisquer documentos sobre implantação e implementação da Política de Humanização na Saúde no município de Fortaleza da instituição Coordenadoria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde integrante da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, situada à Rua Antônio Augusta n. 1571, após ter tomado conhecimento do protocolo de pesquisa POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: o caso da unidade de saúde Frei Tito de Alencar, que tem como objetivo analisar o processo de implementação da política de humanização na Estratégia de Saúde da Família na unidade de saúde Frei Tito de Alencar, vem, na melhor forma de direito, AUTORIZAR DÉBORA CARDOSO FERREIRA DA PONTE, RG 94002584482, cirurgiã-dentista, Rua Olavo de Oliveira Albuquerque n. 51 a coletar dados para instrumentalização do protocolo de pesquisa, ficando este responsável solidariamente, pela guarda e custódia dos dados e informações que receberam do depositário, resguardando os direitos assegurados pela resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, em especial:

- 1) Garantia da privacidade, da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos envolvidos ou de terceiros;
- 2) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.

Fica claro que o fiel depositário pode, a qualquer momento, retirar sua AUTORIZAÇÃO e ciente de que todas as informações prestadas torna-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional do pesquisador responsável, segundo o Código de Ética Odontológica - Aprovado pela Resolução CFO-118/2012

Fortaleza, Ce. 21 de Janeiro de 2014.


Nome do fiel depositário

APÊNDICE C - TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

42

APÊNDICE C - TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, a João Alexandre Guedes Reis, RG 88694685, Coordenador da Unidade de Atenção Primária à Saúde Frei Tito de Alencar, depositário dos documentos consubstanciados como atas de reuniões, registros de capacitações, planejamento e execuções de ações e quaisquer documentos sobre implantação e implementação da Política de Humanização na Saúde no município de Fortaleza da instituição Unidade de Atenção Primária à Saúde Frei Tito de Alencar, situada à Rua José Cláudio Costa Lima, n. 100, após ter tomado conhecimento do protocolo de pesquisa POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: o caso da unidade de saúde Frei Tito de Alencar, que tem como objetivo analisar o processo de implementação da política de humanização na Estratégia de Saúde da Família na unidade de saúde Frei Tito de Alencar, vem, na melhor forma de direito, AUTORIZAR DÉBORA CARDOSO FERREIRA DA PONTE, RG 94002584482, cirurgiã-dentista, Rua Olavo de Oliveira Albuquerque n. 51 a coletar dados para instrumentalização do protocolo de pesquisa, ficando este responsável solidariamente, pela guarda e custódia dos dados e informações que receberam do depositário, resguardando os direitos assegurados pela resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, em especial:

- 1) Garantia da privacidade, da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos envolvidos ou de terceiros;
- 2) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.

Fica claro que o fiel depositário pode, a qualquer momento, retirar sua AUTORIZAÇÃO e ciente de que todas as informações prestadas torna-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional do pesquisador responsável, segundo o Código de Ética Odontológica - Aprovado pela Resolução CFO-118/2012

João Alexandre G. Reis
Gerente do Posto de
Saúde Frei Tito

Fortaleza, Ce. 21 de Janeiro de 2014.

Nome do fiel depositário

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -GESTORES E TRABALHADORES DE SAÚDE

O estudo pretende contribuir para a discussão sobre a implementação da Política de Humanização na Estratégia Saúde da Família. Pretende-se, assim, aprofundar a discussão sobre questões relacionadas às dimensões profissional, organizacional e sistêmica do processo de humanização na saúde. Sendo assim, a pesquisa tem como objetivo: **Analisar o processo de implementação da política de humanização na Estratégia de Saúde da Família na unidade de saúde Frei Tito de Alencar.** Para isso, utilizará como técnica de coleta de dados a entrevista. Garante-se que a pesquisa não trará nenhum prejuízo aos participantes, salientando que as informações serão sigilosas e que não haverá divulgação personalizada. As entrevistas serão realizadas em local reservado; para minimizarmos o risco de desconforto do participante decorrente do constrangimento ou da vergonha que o entrevistado possa ter. Os dados e as informações coletadas serão utilizados para compor os resultados da investigação, sendo publicados em periódicos e apresentados em eventos científicos, além de proporcionar benefícios para ampliar a visão dos gestores e trabalhadores de saúde, a fim de melhorar políticas públicas que elevem a qualidade dos serviços de saúde. Todos os participantes têm a segurança de receber esclarecimentos a qualquer dúvida acerca da pesquisa; a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa.

Assim, gostaríamos de convidá-lo(a) para participar deste estudo, respondendo a uma entrevista. Informamos que você pode desistir de participar da mesma no momento em que decidir, sem que isso lhe acarrete qualquer penalidade. Qualquer dúvida, pode entrar em contato com a pesquisadora: **Débora Cardoso Ferreira da Ponte (85 8787 5909)**. Caso sinta que esses direitos não estão sendo respeitados entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UECE pelo fone 85 3101- 9890. Esse termo está redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para a pesquisadora.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
Pesquisa: POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
O CASO DA UNIDADE DE SAÚDE FREI TITO DE ALENCAR

Tendo sido informado sobre a pesquisa, concordo em participar da mesma.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -USUÁRIOS

Esta estudo pretende contribuir para a discussão e entendimento sobre a Política de Humanização na Estratégia Saúde da Família. Sendo assim, a pesquisa tem como objetivo: **Analisar o processo de implementação da política de humanização na Estratégia de Saúde da Família na unidade de saúde Frei Tito de Alencar.** Para esse estudo faremos entrevista através de perguntas com você que é usuário do serviço de saúde da unidade Frei Tito de Alencar, caso concorde em participar de nossa pesquisa. Garante-se que a pesquisa não trará nenhum prejuízo a você, pois as informações serão sigilosas e que não haverá divulgação utilizando seu nome. As entrevistas serão realizadas em local reservado; para diminuirmos o risco do seu desconforto decorrente do constrangimento ou da vergonha que você possa ter. Os dados e as informações coletadas serão utilizados nos resultados do estudo, sendo publicados em revistas e usados em eventos como congressos. Esse estudo terá como benefícios a ampliação da visão dos gestores(governantes) e trabalhadores de saúde, para que as políticas públicas melhorarem e aumentem a qualidade dos serviços de saúde prestado a população. Todos os participantes têm a segurança de receber esclarecimentos a qualquer dúvida acerca da pesquisa; a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa.

Assim, gostaríamos de convidá-lo(a) para participar deste estudo, respondendo a uma entrevista. Informamos que você pode desistir de participar da mesma no momento em que decidir, sem que isso lhe acarrete qualquer penalidade. Qualquer dúvida, pode entrar em contato com a pesquisadora: **Débora Cardoso Ferreira da Ponte (85 8787 5909)**. Caso sinta que esses direitos não estão sendo respeitados entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UECE pelo fone 85 3101- 9890. Esse termo está redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para a pesquisadora.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Pesquisa: POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
O CASO DA UNIDADE DE SAÚDE FREI TITO DE ALENCAR

Tendo sido informado sobre a pesquisa, concordo em participar da mesma.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

APÊNDICE F - ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA – GESTORES QUE ATUARAM NO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO

PARTE 1 – IDENTIFICAÇÃO

1.Nome Fictício: _____ Idade: _____ Sexo: F () M ()

2.Grau de instrução:

() Fundamental Incompleto () Fundamental Completo () Pós-Graduação

() Médio Incompleto () Médio Completo Nome do Curso:

() Superior Incompleto () Superior Completo _____

3.Profissão: _____

4. Vínculo Empregatício ATUAL:

() Concurso Público () Seleção Pública () Celetista () Terceirização

4. Local de atuação profissional, ATUAL:

() UAPS Frei Tito de Alencar

() Secretaria Municipal de Saúde – Fortaleza/CE

() Coordenadoria de Gestão e Recursos Humanos (Nome atual que substituiu o Sistema Municipal Saúde Escola)

() Coordenadoria Regional de Saúde II – Fortaleza

() Conselho Local de Saúde- Frei Tito de Alencar

() Conselho Regional de Saúde – SR II

() Outros: _____

5.Período de atuação na atenção básica no município de Fortaleza

Obs.: Registrar o ano de início e término, ou apenas de início se ainda estiver na mesma função atualmente. Caso tenha ocorrido mudança de atuação, favor informar o período e nomear todos os cargos assumidos, podendo assim ser assinalado mais de uma categoria)

() Gestão

Período: _____

Atuação: _____

() Assistência

Período: _____

Atuação: _____

() Participação Popular

Período _____

Atuação: _____

() Outros: _____

Período: _____

Atuação: _____

PARTE 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTA

6. O que motivou, ao município de Fortaleza, a implantar a Política de Humanização na ESF?
7. Como ocorreu o processo de formulação e implantação da Política de Humanização no município de Fortaleza? Em que período ocorreu e quais foram as ações desenvolvidas pela gestão para que se implantasse esta política (capacitações/sensibilizações; investimentos..)?
8. Quais foram os principais obstáculos à implantação desta Política ?
9. Quais foram as potencialidades encontradas à implantação? A implantação produziu resultados a curto prazo para o serviço de saúde, no caso para a Estratégia Saúde da Família?
10. Como você avalia a implementação desta política na atualidade?
11. Em relação à UAPS Frei Tito de Alencar, você poderia relatar alguma ação/atividade/situação/investimento realizado pela gestão visando a implantação da política de humanização nesta unidade de saúde?

APÊNDICE G- ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA – GESTORES ATUAIS

PARTE 1 – IDENTIFICAÇÃO

1.Nome Fictício: _____ Idade: _____ Sexo: F () M ()

2.Grau de instrução:

() Fundamental Incompleto () Fundamental Completo () Pós-Graduação

() Médio Incompleto () Médio Completo Nome do Curso:

() Superior Incompleto () Superior Completo _____

3.Profissão: _____

4. Vínculo Empregatício ATUAL:

() Concurso Público () Seleção Pública () Celetista () Terceirização

4. Local de atuação profissional, ATUAL:

() UAPS Frei Tito de Alencar

() Secretaria Municipal de Saúde – Fortaleza/CE

() Coordenadoria de Gestão e Recursos Humanos (Nome atual que substituiu o Sistema Municipal Saúde Escola)

() Coordenadoria Regional de Saúde II – Fortaleza

() Conselho Local de Saúde- Frei Tito de Alencar

() Conselho Regional de Saúde – SR II

() Outros: _____

5.Período de atuação na atenção básica no município de Fortaleza

Obs.: Registrar o ano de início e término, ou apenas de início se ainda estiver na mesma função atualmente. Caso tenha ocorrido mudança de atuação, favor informar o período e nomear todos os cargos assumidos, podendo assim ser assinalado mais de uma categoria)

() Gestão

Período: _____

Atuação: _____

() Assistência

Período: _____

Atuação: _____

() Participação Popular

Período _____

Atuação: _____

() Outros: _____

Período: _____

Atuação: _____

PARTE 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTA

6. O que é para você humanização na saúde?
7. Você tem conhecimento da Política Nacional de Humanização (PNH) – Humaniza/SUS? () Sim () Não
* Se Sim, fale um pouco das propostas desta Política
8. Quais foram as ações desenvolvidas pela gestão visando a implantação da PNH?
9. Como você avalia a implementação na política na atualidade?
10. Participou de Treinamento sobre Humanização do Atendimento:
Sim () Não() * Se sim, qual ano, carga horária
11. Quais suas contribuições para que se efetive a humanização no serviço de saúde?
12. Como se dá a relação dos gestores com os profissionais de saúde e com os usuários?
13. Em relação à UAPS Frei Tito de Alencar, você poderia relatar alguma ação/atividade/situação/investimento visando o trabalho humanizado nesta unidade de saúde?
14. O que é necessário para que se tenha um serviço de saúde mais humanizado?

APÊNDICE H - ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA – PROFISSIONAIS DE SAÚDE

PARTE 1 – IDENTIFICAÇÃO

1.Nome Fictício: _____ Idade: _____ Sexo: F () M ()

2.Grau de instrução:

- () Fundamental Incompleto () Fundamental Completo () Pós-Graduação
 () Médio Incompleto () Médio Completo Nome do Curso:
 () Superior Incompleto () Superior Completo _____

3.Profissão: _____

4. Vínculo Empregatício ATUAL:

- () Concurso Público () Seleção Pública () Celetista () Terceirização

4. Local de atuação profissional, ATUAL:

- () UAPS Frei Tito de Alencar
 () Conselho Local de Saúde- Frei Tito de Alencar
 () Conselho Regional de Saúde – SR II
 () Outros: _____

5.Período de atuação na atenção básica no município de Fortaleza

Obs.: Registrar o ano de início e término, ou apenas de início se ainda estiver na mesma função atualmente. Caso tenha ocorrido mudança de atuação, favor informar o período e nomear todos os cargos assumidos, podendo assim ser assinalado mais de uma categoria)

() Gestão

Período: _____

Atuação: _____

() Assistência

Período: _____

Atuação: _____

() Participação Popular

Período: _____

Atuação: _____

() Outros: _____

Período: _____

Atuação: _____

PARTE 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTA

6. O que é para você humanização na saúde?
7. Você tem conhecimento da Política Nacional de Humanização (PNH) – Humaniza/SUS? () Sim () Não * Se Sim, fale um pouco das propostas desta Política
8. Quais as ações a nível de gestão que você apontaria como tentativa de humanizar o serviço de saúde?
9. Participou de Treinamento sobre Humanização do Atendimento:
Sim () Não () * Se sim, qual ano e carga horária?
10. Em relação a UAPS Frei Tito de Alencar, você percebe humanização no atendimento aos usuários? Justifique a resposta.
11. Como você percebe o ambiente(ambiência) da UAPS Frei Tito de Alencar?
12. Como você caracteriza o relacionamento entre os diferentes profissionais na UAPS Frei Tito de Alencar?E Entre profissionais e gerência local?
13. Quais suas contribuições para que se efetive a humanização no serviço de saúde?
14. Como se dá a participação dos profissionais de saúde e da comunidade dentro do planejamento, organização e avaliação dos processos de trabalhos desenvolvidos na UAPS Frei Tito?
15. Você poderia relatar alguma ação/situação de trabalho humanizado nesta unidade de saúde?
16. O que é necessário nesta UAPS para que se tenha um serviço mais humanizado?

APÊNDICE I - ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA – USUÁRIOS

PARTE 1 – IDENTIFICAÇÃO

1.Nome Fictício: _____ Idade: _____ Sexo: F () M ()

2.Grau de instrução:

- Fundamental Incompleto Fundamental Completo
 Médio Incompleto Médio Completo
 Superior Incompleto Superior Completo

3.Profissão: _____

4. Participação popular:

- Conselho Local de Saúde- Frei Tito de Alencar
 Conselho Regional de Saúde – SR II
 Associações de bairro
 Organizações não governamentais - ONG
 Outros: _____

PARTE 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTA

6. O que é para você humanização na saúde?

7. Você tem conhecimento da Política Nacional de Humanização (PNH) – Humaniza/SUS? () Sim () Não * Se Sim, fale um pouco das propostas desta Política

8. Quais as ações a nível de gestão que você apontaria como tentativa de humanizar o serviço de saúde?

9. Como você se sente quando utiliza os serviço de saúde da UAPS Frei Tito de Alencar? Justifique a resposta.

10. Como você percebe o ambiente(ambiência) da UAPS Frei Tito de Alencar?

11. Como você caracteriza o relacionamento entre os diferentes profissionais na UAPS Frei Tito de Alencar? E Entre usuários e o coordenador da unidade?
12. Quais suas contribuições para que se efetive a humanização no serviço de saúde?
13. Como se dá a participação da comunidade dentro do planejamento, organização e avaliação dos processos de trabalhos desenvolvidos na UAPS Frei Tito?
14. Você poderia relatar alguma ação/situação de trabalho humanizado nesta unidade de saúde?
15. O que é necessário nesta UAPS para que se tenha um serviço mais humanizado?

ANEXO 1 - ANUÊNCIA DA PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA/CE



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

DECLARAÇÃO

Processo Nº.P068232/2013

Título do projeto de pesquisa: **POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: o caso da unidade de saúde Frei Tito de Alencar.**

Pesquisadores (as): responsáveis: DÉBORA CARDOSO FERREIRA DA PONTE.

Instituição proponente: **UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ.**

A Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, conforme as suas atribuições, declara ter analisado o mérito científico e a relevância social do projeto de pesquisa supracitado e emitido parecer recomendando a coparticipação da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza no estudo. Declara, outrossim, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, notadamente a Resolução CNS 466/2012. A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, por meio da Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do referido projeto de pesquisa, assim como de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar

Fortaleza, 25 de fevereiro de 2014.

Maria Ivanília T. Timbó
Maria Ivanília Tavares Timbó

Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da SMS.



ANEXO 2 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: o caso da unidade de saúde Frei Tito de Alencar

Pesquisador: DÉBORA CARDOSO FERREIRA DA PONTE

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 28209714.8.0000.5534

Instituição Proponente: Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 630.911

Data da Relatoria: 30/04/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de caso que tem como objetivo analisar o processo de implementação da política de humanização na Estratégia de Saúde da Família na unidade de saúde Frei Tito de Alencar em Fortaleza - Ceará - Brasil. O estudo de casos constituirá em quatro fases: a) escolha da unidade-caso; b) coleta de dados; c) seleção, análise e interpretação dos dados; d) elaboração do documento final. Tomará como caso a unidade de saúde Frei Tito de Alencar que se localiza no Bairro Praia do Futuro, Fortaleza, Ceará; território com bastante discrepância sócio-econômica. A coleta de dados será realizada através de análise documental e entrevistas com profissionais de saúde, gestores e usuários do referido caso. Para a interpretação dos discursos será utilizada a Análise de Discurso de Orlandi, que possibilita compreender a língua fazendo sentido, enquanto trabalho simbólico, parte do trabalho social geral, constitutivo do homem e da sua história. A discussão e apresentação dos resultados seguirão a perspectiva reflexiva sobre o cenário analisado. Serão incluídos como os sujeitos da pesquisa: 1) profissionais de saúde em exercício na estratégia saúde da família na unidade de saúde Frei Tito de Alencar desde a implantação da Política Municipal de Humanização; 2) usuários-chaves que se destaquem como informantes estratégicos residentes na comunidade, como líderes comunitários e presidentes de associação de bairro; 3) gestores que participaram na época do processo de implantação da Política Municipal de

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: anavaleska@usp.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 630.911

Humanização e gestores que no momento da entrevista compõe cargos vinculados a implementação da Política de Humanização em Fortaleza. Com relação aos critérios de exclusão adotados para os profissionais de saúde bem como para os gestores, se delimitou excluir aqueles que estiverem de férias ou de licença durante o período da coleta das informações desta pesquisa. No caso dos usuários, se exclui da amostra pessoas que apresentarem disфонia, disartria ou desorientação espaço-temporal, apenas por comprometerem a inteligibilidade do discurso.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o processo de implementação da política de humanização na Estratégia de Saúde da Família na unidade de saúde Frei Tito de Alencar em Fortaleza – Ceará.

Objetivo Secundário:

- Compreender a percepção dos atores sociais (gestores, trabalhadores em saúde e usuários) sobre a implementação da política de humanização na Estratégia de Saúde da Família na unidade de saúde em estudo.
- Discutir limites, avanços e perspectivas da política de humanização na Estratégia de Saúde da Família na unidade de saúde em tela à luz das principais diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Risco de desconforto aos entrevistados, derivado do constrangimento ou vergonha.

Benefícios:

O benefício esperado será que esse estudo trará a reflexão sobre a humanização na saúde, buscando rediscutir o modelo de atenção à saúde na Estratégia Saúde da Família.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto que possibilitará melhora da Atenção à Saúde na Estratégia de Saúde da Família.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto preenchida e assinada pelo pesquisador responsável e pelo representante da instituição proponente.
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com linguagem adequada e atendendo a Resolução em vigor.
- Termo de Fiel Depositário conforme legislação.

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: anavaleska@usp.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 630.911

- Riscos e benefícios apresentados claramente.
- Em anexo carta de Anuência da Secretaria Municipal de saúde de Fortaleza.
- Os documentos de coleta dos dados encontram-se no apêndice do projeto que está em anexo.

Recomendações:

É de suma importância que ao se divulgar os resultados, seja em apresentações orais, dissertação, artigos não se mencione o nome nem o bairro da unidade de saúde investigada minimizando a possibilidade de identificação dos sujeitos de pesquisa. Certamente, assim, o título do estudo deverá ser alterado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

o projeto atende a Resolução 466/12.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FORTALEZA, 29 de Abril de 2014

Ana Carina Stelko Pereira

Assinador por:

Ana Carina Stelko-Pereira
(Coordenador)

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: anavaleska@usp.br