

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

PAULA REGINA TAVARES VIEIRA

**A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO:
CONCEPÇÕES DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO
MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA – PB**

São Carlos

2015

PAULA REGINA TAVARES VIEIRA

A Política Nacional de Humanização: concepções de equipes de saúde
da família do município de João Pessoa – PB

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da
Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos
para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Márcia Niituma Ogata.

São Carlos

2015

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

V658pn

Vieira, Paula Regina Tavares.

A política nacional de humanização: concepções de equipes de saúde da família do município de João Pessoa - PB / Paula Regina Tavares Vieira. -- São Carlos : UFSCar, 2015.

111 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2015.

1. Saúde pública. 2. Medicina - humanização. 3. Saúde da família. 5. Atenção primária. I. Título.

CDD: 614 (20^a)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Paula Regina Tavares Vieira, realizada em 28/04/2015:

Profa. Dra. Marcia Niluma Ogata
UFSCar

Profa. Dra. Cassia Irene Spinelli Arantes
UFSCar

Profa. Dra. Maria Jose Bistafa Pereira
USP

À minha enfermeira favorita, fonte de inspiração sempre, minha
vovó Cilina.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus, que me abençoou com o dom de cuidar, me permitiu chegar aqui com serenidade e me deu forças para suportar as duras batalhas que travei em meu íntimo e com o mundo.

Aos meus pais, Regina e Batista, pelo incentivo constante, broncas sinceras e amor desvelado nesses três anos de abdicação para a realização de mais essa etapa.

À minha irmã Raissa, meu mais profundo agradecimento, sem sua persistência e exemplo não poderia continuar, foram dias de brigas e choro, momentos de risos e conversas, mas a irmandade fala mais alto e hoje somos mais fortes. Conte comigo Doutora!

Ao irmão Rafael, à cunhada Andréia e às pequenas Ana Clara e Sofia, pelos momentos de descanso que me proporcionaram em todas as visitas e de alegrias em poder compartilhar de seu convívio mesmo que por poucos dias.

À professora Márcia Niituma Ogata, por acreditar que poderíamos fazer algo diferente, dividiu comigo seus conhecimentos, me fez enxergar o sentido da pesquisa e com quem compartilho os frutos desta conquista.

Às professoras Cássia Irene Spinelli Arantes e Maria José Bistafa Pereira, que com suas colocações e “puxões de orelha”, ajudaram a abrir minha mente aos erros na qualificação e me incentivaram a persistir até agora.

A todos que fazem parte da Gerência de Educação em Saúde, Distrito Sanitário III, Equipes de Saúde da Família do município de João Pessoa e todos que contribuíram direta e indiretamente para que este trabalho rendesse bons resultados.

A todos do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, colegas de aulas e discussões, professores, funcionários e alunos da graduação, que fizeram parte da minha vida acadêmica nesses anos de mestranda.

Foram momentos de alegrias, desânimo, amizades e estudos, surpresas, viagens, abdicação, choro, sorrisos... Tudo valeu à pena, sem dúvida!

“Homens e mulheres são limitados não pelo seu local de
nascença, nem pela cor da sua pele, mas pelo tamanho da sua
esperança.”

(John Johnson)

RESUMO

Com a criação do SUS na Constituição Federativa do Brasil de 1988, um novo modelo de atenção à saúde foi instituído. Para que possa efetivamente atender de forma integral à população, fazem-se necessárias políticas de saúde cada vez mais fortes e participativas. Com isso, a demanda por um cuidado integral mais humanizado e menos fragmentador emergiu e a PNH veio para justamente ocupar seu lugar de política transversal, atravessando todas as instâncias de governos e envolvendo todos os sujeitos em um processo humanizado de cuidar. O objetivo geral deste trabalho foi analisar as concepções de trabalhadores das equipes de Saúde da Família da PNH a partir da análise da concepção de humanização dos trabalhadores das ESF, da presença dos dispositivos da PNH no cotidiano de trabalho e da percepção dos trabalhadores quanto ao cuidado em saúde a partir da implementação dos dispositivos da PNH. Este é um estudo qualitativo de abordagem exploratória analítica, realizado em unidades de saúde da Estratégia de Saúde da Família em um município da região nordeste do país. Os sujeitos de pesquisa foram os profissionais de saúde que atuam nas 13 unidades de saúde do Distrito III. A técnica utilizada para a coleta foi a do grupo focal, com a utilização de um roteiro com questões norteadoras e um questionário para obtenção de dados objetivos de perfil. Após a aprovação do CEP UFSCar e a assinatura do TCLE pelos sujeitos, os encontros foram gravados e posteriormente transcritos. Os dados foram sistematizados através do *software* ALCESTE, que apontou 416 UCE, divididas em duas classes assim denominadas: Classe 1 - Conhecimento e identificação da PNH e seus dispositivos no cotidiano dos trabalhadores de saúde e Classe 2 - Humanização do cuidado em saúde X desumanização do trabalho em saúde. A análise dessas UCE apontou que os sujeitos referem um contato superficial com a PNH. A falta de uma formação adequada repercute negativamente no andamento das atividades. Há a necessidade de qualificar o serviço organizando-os de forma a receber e resolver o problema do usuário e desenvolvendo a empatia entre os trabalhadores e entre estes e os usuários. Ocorre uma descrença no trabalho da gestão, o processo de integração entre as equipes está prejudicado, inclusive entre as equipes integradas, reconhecendo o adoecimento físico quando o cuidado de forma integral não se faz recíproco. Os trabalhadores ainda não tem clareza sobre como implementar os dispositivos da PNH no seu processo de trabalho, identificam alguns movimentos no sentido dos dispositivos do acolhimento e o apoio institucional, apreendendo os sentidos de humanizar e da própria política de saúde como meio de cuidado integral. A articulação entre os gestores e os trabalhadores deve ser mais efetiva e a dificuldade de diálogo entre as equipes e a gestão pode ser superada com novas formas de integração. A PNH pode e deve ser utilizada nesse processo provocando nos envolvidos discussões e reflexões para novos modos de cuidar, propondo modificações nos ambientes das equipes, num movimento de troca de saberes e cuidados, exercendo explicitamente o direito à saúde de forma qualificada e ativa.

Palavras-chave: Humanização, Atenção Primária, Saúde da Família.

ABSTRACT

With the creation of the SUS in the Federal Constitution of Brazil in 1988, a new health care model was established. In order to effectively meet the population fully, health policies are necessary increasingly strong and participatory. Thus, the demand for a more humanized and comprehensive care less fragmenting emerged and the HNP came to just take his place of mainstreaming policy across all levels of governments and involving all subjects in a humanized care process. The general objective was to analyze the conceptions of employees of Health teams PNH family from the analysis of the concept of humanization of workers in the ESF, the presence of PNH devices in daily work and workers' perceptions about care in health through the implementation of the HNP devices. A qualitative study of analytical exploratory approach was carried out in health facilities of the Family Health Strategy in a town in northeastern Brazil. Had as research subjects health professionals working in 13 health facilities in the District III. The technique used for the collection was focus groups with the use of a script with guiding questions and a questionnaire to obtain objective data profile. After approval of the CEP UFSCar and signing the informed consent by the subjects, the discussions were recorded and later transcribed. Data were organized through ALCESTE software, which identified 416 UCE, divided into two classes so-called Class 1 - Knowledge and identification of PNH and its features in the routine of health workers and Class 2 - health care Humanization X dehumanization of health work. The analysis of these UCE pointed out that the subjects reported a superficial contact with PNH. The lack of adequate training has negative repercussions on the progress of activities. There is the need to qualify the service organizing them in order to receive and solve the user's problem and developing empathy among workers and between them and the users. There is a disbelief in the work of management, the process of integration between the teams is harmed, even among integrated teams, recognizing physical illness when care in full is not made reciprocal. **Conclusions:** Workers have not yet clear on how to implement the HNP devices in their work process, identify some moves towards the host of devices and institutional support, seizing way to humanize and own health policy as a means of care integral. The relationship between managers and workers must be more effective and the difficulty of dialogue between staff and management can be overcome with new forms of integration. The NHP can and should be used in this process involved in provoking discussions and reflections to new ways of caring, proposing changes in the environments of the teams, a movement of exchange of knowledge and care, explicitly exercising the right to health of qualified and active form.

Keywords: Humanization, Primary Care, Family Health

LISTA DE SIGLAS

ABS	Atenção Básica de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
ALCESTE	Análise Lexical por Conteúdo de um Conjunto de Segmentos de Texto
CHA	Classificação Hierárquica Ascendente
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DS	Distrito Sanitário
ESF	Estratégia de Saúde da Família
E-SUS	Sistema Integrado de Gestão da Saúde no SUS
HUMANIZASUS	Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde no SUS
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa de Saúde da Família
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RASs	Redes de Atenção à Saúde
SAD	Serviço de Atendimento Domiciliar
SF	Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCE	Unidade de Contexto Elementar
UCI	Unidade de Contexto Inicial
USF	Unidade de Saúde da Família

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Número de participantes por faixa etária	55
Figura 2 Divisão percentual das UCE dentro das classes.....	57
Figura 3 Classificação Hierárquica Descendente	58

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Variáveis utilizadas na linha de comando, códigos e classificações	52
Tabela 2 Número de palavras analisáveis por classe.....	57
Tabela 3 Classe 1: Palavras mais representativas, seus χ^2 , palavras plenas e frequências ..	58
Tabela 4 Classe 2: Palavras mais representativas, seus χ^2 , palavras plenas e frequências ..	64

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	23
1. INTRODUÇÃO.....	25
2. OBJETIVOS.....	41
3. PERCURSO METODOLÓGICO	43
3.1. Tipo de estudo.....	43
3.2. Cenário de estudo.....	43
3.3. Sujeitos do estudo	45
3.4. Coleta de dados	46
3.5. Instrumentos de coleta	49
3.6. Dimensão ética do estudo	49
3.7. Análise dos dados	50
3.7.1. Análise do software ALCESTE	50
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	55
4.1. Análise do Perfil dos Participantes	55
4.2. Apresentação e discussão das classes	57
CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
REFERÊNCIAS	75
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E EESCLARECIDO	83
APÊNDICE B – ROTEIRO DE DISCUSSÃO PARA O GRUPO FOCAL.....	87
APÊNDICE C – PERFIL DOS PARTICIPANTES.....	91
ANEXO 1 – OFÍCIO À GERÊNCIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	95
ANEXO 2 – TERMO DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA NO ÂMBITO DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DE JOÃO PESSOA/PB	99
ANEXO 3 – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP/UFSCar	103

ANEXO 4 – ENCAMINHAMENTO PARA INSERÇÃO NOS SERVIÇOS PACTUADOS PARA A PESQUISA	109
--	-----

APRESENTAÇÃO

Trabalhar no serviço público de saúde foi a primeira e mais prolongada experiência com a profissão desde que me graduei em Enfermagem em 2006. De lá para cá, atuei em Unidades de Saúde da Família (USF) de municípios pequenos do estado da Bahia, em condições mínimas de trabalho atendendo populações rurais.

Com o tempo, pude aprender que as tecnologias de baixo custo, mas de alta densidade, tais como a educação em saúde e no trabalho, poderiam auxiliar na mudança das condições de saúde da população. A busca pela melhoria da qualidade de vida e saúde dessas comunidades rurais me impelia a buscar conhecimentos e novas formas de agir e pensar saúde. Em uma dessas oportunidades oferecidas pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, em 2010, pude participar de um curso de formação de profissionais e gestores na Política Nacional de Humanização (PNH), que me proporcionou conhecimentos para além do que já conhecia possibilitando ser referência nessa política na região onde atuava.

Enfrentei resistência da gestão municipal em que atuava que considerava que para implementação dessa política bastava a oferta de cursos de atualização e não reconheciam que era necessário promover espaços de discussão do processo de trabalho das equipes de saúde. Mesmo assim iniciei os trabalhos com a equipe da unidade de saúde que coordenava. A dificuldade em consolidar um espaço de discussão da política, a falta de apoio dos próprios trabalhadores e o desafio de tratar a política de saúde como algo praticável foram desafiantes e motivadores para construção desse estudo.

Os entraves para esta implementação há muito estão enraizados e mudá-los demanda transformar um modo de pensar e de fazer saúde que permeia a necessidade de reflexão das práticas para melhoria dos processos de trabalho da equipe, fazer parte do projeto da gestão e estímulo a participação social.

O experienciar o processo de formação na PNH e as dificuldades encontradas na tentativa de implementação dos dispositivos dessa política numa equipe de saúde provocaram as minhas primeiras reflexões sobre os desafios desse processo, a repercussão que ela pode trazer na relação entre a equipe e a população e que sentidos traz para os trabalhadores envolvidos. Esse contexto fez com que eu buscasse possíveis respostas a alguns questionamentos nesta pesquisa: Os trabalhadores da equipe de Saúde da Família conhecem a PNH? Como eles implementam essa política?

O aprofundamento na leitura durante o mestrado dos documentos oficiais sobre a PNH, artigos científicos e livros que tratavam do tema, no intuito de apreender os sentidos dessa política e subsidiar essa pesquisa foram importantes, além da discussão em fóruns e grupos de estudo.

A presente dissertação está organizada em cinco capítulos, sendo o primeiro a introdução com a contextualização sobre o tema da pesquisa, a justificativa de sua relevância, o objeto de estudo e reflexões que nortearam a construção das questões de pesquisa. Os referenciais teóricos utilizados para subsidiar o estudo foram modelos de atenção em saúde, com destaque ao Sistema Único de Saúde (SUS), Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Humanização (PNH).

O segundo capítulo diz respeito aos objetivos geral e específicos do estudo.

O terceiro capítulo refere-se ao percurso metodológico e as considerações éticas.

No quarto capítulo são apresentados os resultados e discussões, obtidos nesta investigação, que se constituiu na identificação de 2 classes de análise, sendo que a classe 1 trata do conhecimento e identificação da PNH e seus dispositivos no cotidiano dos trabalhadores de saúde e a classe 2 sobre a humanização do cuidado em saúde versus a desumanização do trabalho em saúde.

No quinto capítulo, foram tecidas algumas considerações finais com reflexões e indagações indicando perspectivas para outros estudos.

1. INTRODUÇÃO

O Brasil como um país de dimensões continentais, formado por cinco regiões de evidentes diversidades socioeconômicas, política e culturais, que lhes confere características singulares, tem autonomia de poder e um sistema político complexo em seu funcionamento. A reconquista social da democracia nos anos 80 deflagrou o processo de conquista de uma política de saúde pautada em seus princípios, sendo o ponto de partida para o Sistema Único de Saúde, considerado uma mudança no modelo de atenção à saúde hegemônico no país, centrado na doença e no hospital.

No discurso de Lucena et. al. (2006), modelo assistencial é uma construção histórica, política e social, organizada num contexto dinâmico, para atender aos interesses de grupos sociais. É uma forma de organização do Estado e da sociedade civil, instituições de saúde, trabalhadores e empresas que atuam no setor para produzir serviços de saúde.

Teixeira e Solla (2006) definem os modelos assistenciais de saúde como combinações de saberes e técnicas utilizadas para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas.

Soares e Campos (2013, p.328) endossam essa definição, quando dizem que modelos de atenção à saúde:

“... são combinações tecnológicas estruturadas para a resolução de problemas e para o atendimento das necessidades de saúde da população, sejam individuais ou coletivas. São concebidos por normas, padrões e referências para o campo científico, orientam escolhas técnicas, decisões políticas e financiamentos. Concisamente, são as formas de organização tecnológica do processo de prestação de serviços de saúde que resultam do estabelecimento de intermediações entre o técnico e o político. A formulação de políticas públicas constitui-se no movimento de transformação dos propósitos em ações que produzirão mudanças no mundo real...”

Nesta perspectiva, esses modelos são formas de organização das relações entre sujeitos mediadas por tecnologias utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas e necessidades sociais de saúde historicamente definidas.

O modelo biologicista e o uso das tecnologias de alto custo direcionaram para que os profissionais da saúde assumissem o papel de onipotentes e os usuários do sistema de saúde

de subjugados, na dependência intimidada e cega do usuário para com os profissionais, desconsiderando a autonomia no autocuidado (CORBANI; BRETAS; MATHEUS, 2009).

Esse modelo de atenção não considera para o cuidado os indicadores de saúde que para orientar as intervenções que podem ser de outra natureza, na medida em que se compreende que o processo saúde-doença tem sua interface com os problemas de ordem social, econômica, cultural entre outras. Assim se restringe a focar uma das dimensões das necessidades humanas e deixa de responder a outras necessidades que fazem parte do processo histórico do indivíduo e do coletivo, não promovem a saúde e conseqüentemente não melhoram seus indicadores.

No Brasil, o modelo de saúde passou por várias transformações, que foram desde o início do século XIX até 1929, nos moldes sanitarista-campanhista, passando pelo modelo médico-assistencial previdenciário entre 1920 a 1945, e de 1945 a meados da década de 70, com seu modelo médico assistencial privatista, culminando com a proposta de Reforma Sanitária (1986) e as tentativas de transformação em um novo modelo descentralizado de atenção à saúde implementadas em alguns municípios pioneiros como Campinas, Londrina, Niterói e Montes Claros, que utilizaram a proposta da Atenção Primária à Saúde (APS) difundida na Conferência de Alma-Ata (1978) e reordenaram seus sistemas municipais de saúde (SOARES; CAMPOS, 2013).

Desde o final dos anos 40, evidenciava-se uma inversão dos gastos públicos em saúde que favorecia a assistência médica em relação à saúde pública. Nos anos 60, as ações eram pontuais e desordenadas, incapazes de conter a miséria e as péssimas condições de saúde da população brasileira, propondo-se um padrão tecnológico mais racional, menos custoso e integrado em seus vários campos de atuação, sem a influência do mercado, subordinando a assistência médica à lógica da saúde pública (SANTANA; CARTAGNANI, 2001).

Com a diminuição dos investimentos em políticas sociais, ocorrido durante o governo Goulart até 1964, duas correntes ideológicas brigavam por espaço e reconhecimento: a conservadora, defendendo uma lógica de mercado para a organização dos serviços de saúde, cujo eixo principal era a assistência médica baseada na lógica de mercado e a reformadora, que preconizava a constituição de uma rede básica de serviços públicos de saúde descentralizada e universalizada.

As altas taxas de mortalidade por doenças infecciosas e o aumento da morbidade pela elevação das taxas de mortalidade por doenças crônico-degenerativas (SANTANA; CARTAGNANI, 2001), também contribuíram para que a demanda por serviços de saúde

aumentasse. Em meio ao caos financeiro e na saúde, o sistema foi reformulado para alcançar todos os que necessitassem de assistência de saúde, com ou sem vínculo empregatício formal.

A proposta conservadora, voltada para o mercado e subordinada ao sistema mercantilista e privatista existente, teve sua derrota quando, em 1986, a proposta de Reforma Sanitária, então colocada na 8ª Conferência Nacional de Saúde, teve repercussão suficiente para que em 1988, pela primeira vez, a saúde fosse reconhecida como direito de cidadania, implementando-se esse direito na Carta Magna.

Soares e Campos (2013) acreditam que as mudanças foram necessárias para que se criasse um sistema que valorizasse as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças articulados com a atenção, recuperação e reabilitação das pessoas em todos os níveis da atenção, na perspectiva da integralidade do cuidado e do acesso universal aos serviços.

O SUS foi concebido durante o processo de mudança política do país, que correspondeu ao fim da ditadura militar, tendo sido carregado de incertezas e conflitos. Para Rodrigues e Santos (2011), foi um momento rico, pois refletiu a mobilização de diversos setores sociais firmando um ideário de mudanças na saúde, baseado no direito da população à saúde.

Com sua efetivação na Constituição Federativa do Brasil de 1988 e sua regulamentação pelas Leis Orgânicas da Saúde (nº 8.080/90 e 8.142/90) asseguraram-se os princípios que regem a organização do sistema brasileiro de saúde, assegurando o direito dos cidadãos à saúde e por consequência, o dever do Estado em provê-la. Tais objetivos figuram tanto na Constituição Federal, em seu Art. 196: *“a saúde é direito de todos e dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”* (BRASIL, 2006, p.7), quanto na Lei Orgânica da Saúde em seu art. 2º: *“... a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover condições indispensáveis ao seu pleno exercício...”* e em seu art. 3º admite que *“os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País...”* (BRASIL, 2006, p.10).

O SUS é, portanto, política de Estado que segue a mesma doutrina e a mesma organização, sob a responsabilidade das três esferas de governo. Sendo assim, o SUS não é um serviço ou uma instituição, mas um Sistema, em um conjunto de unidades, serviços e ações que interagem para um fim comum. Seus princípios apontam para a democratização nas ações e nos serviços de saúde que deixam de ser restritos e passam a ser universais, da mesma

forma, deixam de ser centralizados e passam a nortear-se pela descentralização (BRASIL, 1990).

Baseado nos preceitos constitucionais o SUS é norteado através de três princípios doutrinários (BRASIL, 1990):

- **Universalidade:** É a garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. O indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como àqueles contratados pelo poder público. Saúde é direito de cidadania e dever dos governos municipal, estadual e federal.

- **Equidade:** É assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, independente de onde o cidadão more, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos.

- **Integralidade:** É o reconhecimento na prática dos serviços de que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade. As ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas e que as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral.

Do mesmo modo, o SUS possui princípios organizativos, que o distribuem nas três esferas de governo, de forma a efetivar os princípios doutrinários (BRASIL, 1990);

- **Regionalização e Hierarquização:** Os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Isto implica na capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um ótimo grau de resolubilidade.

O acesso da população à rede deve se dar através dos serviços de nível primário de atenção que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde. Os demais deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica.

A rede de serviços, organizada de forma hierarquizada e regionalizada, permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.

- **Resolubilidade:** É a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência.

- **Descentralização:** É entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da ideia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Assim, o que é abrangência de um município deve ser de responsabilidade do governo municipal; o que abrange um estado ou uma região estadual deve estar sob a responsabilidade do governo estadual, e, o que for de abrangência nacional será de responsabilidade federal.

- **Participação dos cidadãos:** É a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local.

- **Complementariedade do setor privado:** Quando por insuficiência do setor público, for necessária a contratação de serviços privados, sob condições rígidas como a celebração de contrato, conforme as normas de direito público prevalecendo sobre o particular; a instituição privada deverá estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do SUS e a integração dos serviços privados deverá se dar na mesma lógica organizativa do SUS, em termos de posição definida na rede regionalizada e hierarquizada dos serviços. Desta forma, em cada região, deverá estar claramente estabelecido, considerando-se os serviços públicos e privados contratados, quem vai fazer o quê, em que nível e em que lugar.

Para Rodrigues e Santos (2011), uma das maiores dificuldades para a garantia do atendimento integral das necessidades de saúde reside na má organização e gestão dos serviços e ações de saúde, com a falta de planejamento de ações adequadas às necessidades de cada população, uma formação que não está direcionada aos princípios do SUS e um melhor sistema de encaminhamento dos pacientes entre as unidades da rede, que chamamos de referência e contrarreferência, penalizando a população com espera nas filas e sobrecarga nos serviços.

Sendo assim, o fortalecimento de um novo modelo de atenção se faz necessário para consolidação do SUS e a implementação da Atenção Básica de Saúde (ABS) como estratégia, sendo o eixo organizador do cuidado, aproximando os serviços de saúde da população, operacionalizando os conceitos de universalidade, integralidade, trabalho em equipe, territorialização, adscrição, vínculo, humanização nas relações, buscando equidade e

esolubilidade (SOARES; CAMPOS, 2013) devem permear a formação profissional e o cotidiano das equipes de saúde.

Soares e Campos (2011) discorrem ainda que a ABS está organizada em todo território nacional, e tem por tarefa a viabilização de uma orientação muito significativa para a construção da efetividade das práticas: todo cidadão tem o direito a uma equipe que cuide dele, com a qual ele estabelece fortes vínculos terapêuticos, sustentáculo de processos de corresponsabilização no cuidado em rede.

O impacto favorável nas condições de saúde da população adscrita é a preocupação básica dessa estratégia. Devendo estar vinculada à rede de serviços, sob a forma física de Unidade de Saúde da Família (USF), garantindo a atenção integral aos indivíduos e famílias, de modo que sejam asseguradas a referência e contra referência para clínicas e serviços de maior complexidade, sempre que o estado de saúde da pessoa exigir (SANTANA, CARMAGNANI, 2001).

A ABS trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população adscrita a esta área, sendo coordenadora da atenção em saúde e ordenadora do cuidado prestado.

Guedes, Roza e Barros (2012) consideram a ABS como um lugar privilegiado de ensino-aprendizagem, um campo de práticas a ser consolidado e continuamente transformado a partir de experimentações concretas. Atuando de forma intersetorial, através de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, amplia o potencial de intervenção em situações que transcendem os limites do setor saúde. Neste contexto, o trabalho das equipes extrapola a especificidade de cada profissão e, agregado à participação social, desafia os profissionais de saúde à organização do cuidado de forma inovadora e transformadora, constituindo-se assim, dispositivo de construção da integralidade do cuidado.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) - Portaria GM nº 2.488/2011 (BRASIL, 2012) passou a considerar a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo substitutivo e reorganizador da ABS, responsabilizando-se por colocar em prática seus fundamentos (BRASIL, 2012). Seus principais princípios coincidem com os do SUS e incluem: universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social, e pressupõe a existência de um serviço de referência e contrarreferência eficiente que assegure a integralidade das ações de saúde (MEDEIROS et al., 2010).

A ESF foi concebida com o objetivo de promover à reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência,

voltado para a cura de doenças e para a atenção hospitalar (DITTERICH, 2009). Sendo inicialmente estruturada como Programa de Saúde da Família (PSF - 1996), com caráter focalizado nos grupos mais expostos aos riscos de adoecer e morrer em populações pobres e com baixa articulação com a rede de serviços instalada. Adotada como estratégia para ABS do SUS, caracteriza-se como principal porta de entrada do sistema de saúde, constituído por um território definido com uma população delimitada sob sua responsabilidade.

A ESF visa intervir sobre os fatores de risco aos quais as comunidades estão expostas, assumindo a prevenção de doenças, a promoção de saúde, o tratamento e reabilitação por meio da assistência integral, permanente e de qualidade. Deve estabelecer vínculos de compromisso e de corresponsabilidade com a população, estimulando a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde. Utiliza-se de sistemas de informação para o monitoramento e tomada de decisões (AGUIAR, 2011).

Esta proposta de transformação do modelo de atenção constitui-se em um grande desafio, demandando a discussão da humanização do cuidado e do processo de trabalho em saúde no SUS.

Historicamente, problemas na qualidade do cuidado à saúde, principalmente no que toca à sua dimensão interpessoal, têm demandado por uma reflexão da necessidade de humanização do mesmo. São diversas as concepções acerca do significado de “humanização do cuidado” que implicam em variadas práticas correspondentes.

Bermejo (2008) afirma que humanizar a assistência de saúde em nosso entorno contribui indiscutivelmente para melhorar a qualidade de nossas vidas na busca pela felicidade, no cuidado do dia-a-dia e no cuidado dos outros quando estes necessitam de nós.

A ideia de humanização tem sido relacionada a uma série de valores vagos e incertos, como dignidade humana ou valores do senso comum relacionados à bondade ou altruísmo. Outras noções de humanização remetem diretamente à mudança na relação entre as equipes, com ênfase nas "tecnologias relacionais" como escuta, acolhimento, diálogo e negociação (VIEIRA-DA-SILVA et al., 2010).

A humanização é o eixo da ética nas práticas de saúde, pois propõe movimentos instituintes de crítica e problematizações constantes acerca dos processos em saúde (JUNGES et. al., 2011).

Humanizar afeta as estruturas da saúde, dos edifícios onde se atendem às pessoas, sua organização, acessibilidade e conforto, sua funcionalidade, o modo como nele se organiza o trabalho e o lugar onde estão situados. Quando a lógica das instituições de saúde obedece aos

interesses mercantis ou político-partidários, a escuta é impraticável e a qualidade assistencial se desgasta gravemente (BERMEJO, 2008).

Para Arone e Cunha (2007), o estudo da temática “humanização do atendimento em saúde” é de essencial relevância, uma vez que a constituição de um atendimento calcado em princípios como a integralidade da assistência, a equidade, a participação social do usuário, dentre outros. Demanda a revisão das práticas cotidianas, de modo a valorizar a dignidade do profissional e do usuário (SIMÕES et. al., 2007).

Falar em humanização da assistência em saúde coletiva implica pensar em tornar os serviços resolutivos e de qualidade, tornando as necessidades de saúde dos usuários responsabilidade de todos os atores sociais envolvidos no processo de trabalho (SIMÕES et. al., 2007).

Em 2003, a gestão que assumiu o Ministério da Saúde inicia a condução de uma proposta que expandisse a humanização para além do ambiente hospitalar e estabeleceu a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde no SUS – HUMANIZASUS ou PNH. Esta política pretende ter um caráter transversal, visando atingir a todos os níveis de atenção à saúde, entendendo humanização como uma transformação cultural da atenção aos usuários e da gestão de processos de trabalho que deve perpassar todas as ações e serviços de saúde.

Essa proposta apresenta algumas diferenciações com as anteriores ao incorporar no conceito de humanização empregado, além dos direitos dos usuários e do “cuidar do cuidador”, a necessidade da melhoria de aspectos organizacionais do sistema e dos serviços de saúde, aspectos que se tornam fundamentais para proporcionar adequadas condições para o desenvolvimento de medidas humanizadoras (FORTES, 2004).

Há a preocupação em resgatar os princípios e diretrizes da construção do SUS, tais como a assistência integral, a universalidade, a hierarquização e regionalização de serviços e o controle social.

Enfoca como prática o tratar com as dificuldades de acesso dos usuários aos serviços e suas injustas consequências (as filas de espera, a necessidade de ampliação dos mecanismos de comunicação e informação, o incentivo a formas de acolhimento) que levem à otimização dos serviços e ao acesso dos usuários a todos os níveis de atenção do sistema de saúde, com mecanismos de referência e contrarreferência.

Como política transversal ao SUS, a PNH articula a facilitação e integração dos processos e ações das demais áreas, criando o campo onde ela se efetivará. Assume-se como

núcleo de saberes e de competências com ofertas voltadas para sua própria implementação implicando em (BRASIL, 2008a):

- Traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde;
- Orientar as práticas de atenção e gestão do SUS a partir da experiência concreta do trabalhador e usuário, construindo um sentido positivo de humanização;
- Construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos;
- Oferecer um eixo articulador das práticas em saúde, destacando seu aspecto subjetivo;
- Contagiar, por atitudes e ações humanizadoras, a rede do SUS;
- Posicionar-se, como política pública:
 - a) nos limites da máquina do Estado onde ela se encontra com os coletivos e as redes sociais;
 - b) nos limites dos programas e áreas do Ministério da Saúde, entre este e outros ministérios (interssetorialidade).

Assim, a humanização do SUS é entendida como (BRASIL, 2008a):

- Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;
- Fomento da autonomia e do protagonismo destes sujeitos e dos coletivos;
- Aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;
- Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;
- Mapeamento e interação com as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde;
- Defesa de um SUS que reconhece a diversidade do povo brasileiro e a todos oferece a mesma atenção à saúde, sem distinção de idade, raça/cor, origem, gênero e orientação sexual;
- Mudança nos modelos de atenção e gestão com foco nas necessidades dos cidadãos, na produção de saúde e no próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho;
- Proposta de um trabalho coletivo para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil e mais resolutivo;

- Compromisso com a qualificação da ambiência, melhorando as condições de trabalho e de atendimento;

- Articulação dos processos de formação com os serviços e práticas de saúde;

- Luta por um SUS mais humano, construído com a participação de todos e comprometido com a qualidade dos seus serviços e com a saúde integral.

Diante disto, a PNH possui princípios norteadores, que a guia nos diversos âmbitos em que se aplica (BRASIL, 2004):

- Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização;

- Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;

- Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade;

- Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS;

- Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos.

Com a implementação da Política Nacional de Humanização (PNH), trabalha-se para a consolidação de quatro marcas específicas (BRASIL, 2004):

- Redução das filas e do tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco;

- Todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde, e os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial;

- Garantia das informações aos usuários pelas unidades de saúde, o acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha) e os direitos do código dos usuários do SUS;

- Garantia de gestão participativa aos trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores.

A PNH se estrutura a partir de princípios, método, diretrizes, dispositivos.

Por princípio entende-se o que causa ou força a ação, ou que dispara um determinado movimento no plano das políticas públicas. A PNH, como movimento de mudança dos modelos de atenção e gestão, possui três princípios a partir dos quais se desdobra enquanto política pública de saúde (BRASIL, 2008a):

A) Transversalidade:

- Aumento do grau de comunicação intra e intergrupos;
- Transformação dos modos de relação e de comunicação entre os sujeitos implicados nos processos de produção de saúde, produzindo como efeito a desestabilização das fronteiras dos saberes, dos territórios de poder e dos modos instituídos na constituição das relações de trabalho.

B) Indissociabilidade entre atenção e gestão:

- Alteração dos modos de cuidar inseparável da alteração dos modos de gerir e se apropriar do trabalho;
- Inseparabilidade entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de sujeitos;
- Integralidade do cuidado e integração dos processos de trabalho.

C) Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos:

- Trabalhar implica na produção de si e na produção do mundo, das diferentes realidades sociais, ou seja, econômicas, políticas, institucionais e culturais;
- As mudanças na gestão e na atenção ganham maior efetividade quando produzidas pela afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos, que contratam entre si responsabilidades compartilhadas nos processos de gerir e de cuidar.

Por método entende-se a condução de um processo ou o seu modo de caminhar (*meta* = fim; *hodos* = caminho). A PNH caminha no sentido da inclusão, nos processos de produção de saúde, dos diferentes agentes implicados nestes processos. Pode-se falar de um “método de trílice inclusão” (BRASIL, 2008a):

- Inclusão dos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários) no sentido da produção de autonomia, protagonismo e corresponsabilidade;
- Inclusão dos analisadores sociais ou, mais especificamente, inclusão dos fenômenos que desestabilizam os modelos tradicionais de atenção e de gestão, acolhendo e potencializando os processos de mudança;
- Inclusão do coletivo seja como movimento social organizado, seja como experiência singular sensível dos trabalhadores de saúde quando em trabalho grupal.

Por diretrizes entendem-se as orientações gerais de determinada política. No caso da PNH, suas diretrizes expressam o método da inclusão no sentido da (BRASIL, 2008a):

- Clínica Ampliada - valorizar a escuta qualificada, compreender os diversos saberes/competências que o usuário desenvolve acerca da sua doença, discutindo junto com ele as possibilidades do diagnóstico e de seu próprio tratamento (BRASIL, 2008c).

- Cogestão - construção de compromisso e solidariedade com o interesse público, de capacidade reflexiva e autonomia dos sujeitos (GUIZARDI, CAVALCANTE, 2010);

- Acolhimento - a recepção do usuário no serviço de saúde, compreende a responsabilização dos profissionais pelo usuário, a escuta qualificada de sua queixa e angústias, a inserção de limites, se for preciso, a garantia de assistência resolutiva e a articulação com outros serviços para continuidade do cuidado quando necessário (GARUZI et. al., 2014);

- Valorização do trabalho e do trabalhador - a cada situação que se coloca, o trabalhador elabora estratégias que revelam a inteligência que é própria de todo trabalho humano. Portanto, o trabalhador também é gestor e produtor de saberes e novidades (BRASIL, 2008c);

- Defesa dos Direitos do Usuário – instituída através da Portaria GM/MS nº 675 de 30 de março de 2006 (Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde), que consolida os direitos e deveres do exercício do direito de cidadania na saúde em todo o país;

- Fomento das grupalidades, coletivos e redes - através da formação das Redes de Atenção em Saúde (RASs), que possui seu centro de comunicação justamente na APS, estruturadas para enfrentar uma condição de saúde específica de determinada população por meio de um ciclo completo de atendimento, implicando a continuidade do atendimento e a integralidade da atenção (MENDES, 2011, p.84);

- Construção da memória do SUS que dá certo - existem construções e experimentações desenvolvidas na política pública de saúde em muitos planos, âmbitos e lugares que permitem afirmar que se avançou tanto na construção de novos modos de gerir, como na constituição de novos modos de cuidar, em conformidade com a base discursiva do SUS (PASCHE, 2009).

A implementação dessa política na ABS possui algumas diretrizes (BRASIL, 2004):

- Elaboração de projetos de saúde individuais e coletivos para usuários e sua rede social, considerando as políticas intersetoriais e as necessidades de saúde;

- Incentivo às práticas promocionais de saúde;

- Estabelecimento de formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema;

- Comprometimento com o trabalho em equipe, de modo a aumentar o grau de corresponsabilidade, e com a rede de apoio profissional, visando a maior eficácia na atenção em saúde.

Para operacionalizar essas diretrizes, diversos dispositivos foram desenvolvidos e implantados.

Por dispositivos entende-se a atualização das diretrizes de uma política em arranjos de processos de trabalho. Na PNH, foram desenvolvidos vários dispositivos que são postos a funcionar nas práticas de produção de saúde, envolvendo coletivos e visando promover mudanças nos modelos de atenção e de gestão (BRASIL, 2008a):

- Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) e Câmara Técnica de Humanização (CTH);
- Colegiado Gestor;
- Contrato de Gestão;
- Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde;
- Visita Aberta e Direito à Acompanhante;
- Programa de Formação em Saúde do Trabalhador (PFST) e Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP);
- Equipe Transdisciplinar de Referência e de Apoio Matricial;
- Projetos Cogерidos de Ambiência;
- Acolhimento com Classificação de Riscos;
- Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva;
- Projeto Memória do SUS que dá certo.

A implementação dessa política pressupõe vários eixos de ação que objetivam principalmente, a apropriação de seus resultados pela sociedade (BRASIL, 2008a):

- No eixo das instituições do SUS, propõe-se que a PNH faça parte dos planos dos governos;
- No eixo da gestão do trabalho, propõe-se a promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão;
- No eixo do financiamento, propõe-se a integração de recursos vinculados a programas específicos de humanização e outros recursos de subsídio à atenção mediante o compromisso dos gestores com a PNH;
- No eixo da atenção, propõem-se ações integrais, promocionais e intersetoriais de saúde, inovando nos processos de trabalho no compartilhamento dos cuidados;

- No eixo da educação permanente em saúde deve ser incluídos nos cursos em saúde processos que propiciem a reflexão da prática para identificação de lacunas e construção de novos conhecimentos na melhoria dos processos de trabalho e de cuidado;

- No eixo da comunicação, indica-se por meio de ação da mídia e discurso social amplo no debate da saúde;

- No eixo da gestão da PNH, propõem-se práticas de planejamento, monitoramento e avaliação, dimensionando seus resultados e gerando conhecimento específico.

A PNH apresenta-se não mais como um programa, mas como uma política para se reinventar modos de gerir e modos de cuidar, tomando por diretrizes o acolhimento, a ampliação da clínica, a gestão democrática, a valorização do trabalhador e a garantia dos direitos dos usuários (HECKERT; PASSOS; BARROS, 2009).

Como política, deve traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, dos profissionais entre si, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS.

Para Beck et. al. (2009), desde a criação da PNH houve uma preocupação do Ministério da Saúde quanto ao risco de banalização do processo de humanização, já que muitas iniciativas apresentavam-se de modo vago e associadas a atitudes humanísticas, de caráter filantrópico, sugestivas de bondade, o que não favorecia o entendimento, pelos usuários, da assistência à saúde como um direito.

Referimo-nos, portanto, à necessidade de adotar a PNH como política transversal, entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva (BRASIL, 2004).

Apesar do caráter amplo desta política pública, Beck et. al. (2009) afirmam ainda que, muitas vezes, a tentativa de sua implantação se restringe a ações isoladas como melhoria nas condições do espaço físico e circulação de pessoas, realização de grupos com pacientes portadores de alguma patologia ou treinamento de funcionários encarregados da recepção com o objetivo de melhorar o atendimento aos pacientes dos serviços.

Neste contexto, os serviços de saúde, em especial, as Unidades de Saúde da Família (USF) se constituem em um espaço privilegiado para a realização de ações visando à humanização da assistência, uma vez que a organização do trabalho favorece a construção de vínculo com os usuários.

Sabemos que o SUS é política de Estado e se sustenta a partir de políticas de governo. No entanto, é desafio do SUS a sua consolidação como política pública, encarnado na prática

concreta dos trabalhadores e usuários, um modo de produção que se desvia das formas instituídas de cuidar e gerir o trabalho na saúde.

Assim, a PNH se apresenta como um importante marco de referência para a construção de práticas de saúde que efetivamente respeitem o cidadão em seus valores e necessidades, ao mesmo tempo em que são experimentadas novas propostas de ação e multiplicadas as experiências exitosas. Os processos de debate e pactuação entre os níveis de gestão do SUS deverão consolidar a humanização como uma estratégia comum e disseminada por toda a rede de atenção.

O que tentamos responder com esta pesquisa é como a PNH vem sendo implementada na SF, no sentido de caracterizar a mudança no modelo de atenção à saúde que vem sendo implementado, afirmando que a PNH é estratégia de organização do cuidado em saúde na ESF, percebida no ambiente de trabalho e por seus trabalhadores.

O que vem se implementando são formas pontuais de trabalho com a PNH, não caracterizando essa estratégia de organização do processo de trabalho e de cuidado para o SUS.

Humanizar a atenção e a gestão em saúde no SUS se põe como estratégia inequívoca para tais fins, contribuindo efetivamente para a qualificação da atenção integral e da gestão, equânime, com responsabilização e vínculo, para a valorização dos trabalhadores e para o avanço da democratização da gestão e do controle social participativo.

Estudos mostram que as pesquisas no campo da PNH são restritas ao estudo de uma ou mais vertentes dessa política ou estudam particularmente os princípios do SUS, sem articulá-los no sentido de melhoria da gestão dos serviços de saúde (BREHMER e VERDI, 2010; DUARTE e NORO, 2010; SILVA e SENA, 2006; PINHO et. al., 2007).

Diante da relevância da PNH na construção de um novo modelo de atenção, do desafio que sua implementação impõe aos atores envolvidos no processo e a necessidade de obter informações que possam contribuir para a melhoria das condições do cuidado à saúde integral e ampliado, deve haver uma sensibilização dos profissionais de saúde e da comunidade científica para a produção sobre esta temática, visto que a humanização está amplamente atrelada ao SUS, justificando-se com esta pesquisa a intenção de conhecer mais profundamente as concepções dos trabalhadores da saúde da ESF.

2. OBJETIVOS

Geral:

Analisar as concepções sobre a PNH dos trabalhadores de equipes de Saúde da Família.

Específicos:

- Analisar o conceito de humanização dos trabalhadores das equipes de saúde da família;
- Identificar o que os trabalhadores apontam como dispositivos da PNH no cotidiano de trabalho;
- Analisar a percepção dos trabalhadores quanto ao cuidado em saúde a partir da implementação dos dispositivos da PNH.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo qualitativo de abordagem exploratória analítica. Segundo Dias (2000), caracteriza-se principalmente pela ausência de medidas numéricas e análises estatísticas, examinando aspectos mais subjetivos do tema em estudo, nela o pesquisador é um interpretador da realidade, sendo, portanto, apropriada quando o fenômeno em estudo é complexo, de natureza social e não tende à quantificação. Foram utilizados dados numéricos para analisar melhor os discursos dos sujeitos da pesquisa dentro da perspectiva apresentada.

Minayo (2010, p.57) refere que o método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

Para Severino (2007), nesse estudo o objeto é abordado em seu próprio ambiente, e a coleta de dados deve ser feita nas condições naturais em que acontecem e diretamente observados, sem intervenção ou manuseio pelo pesquisador. Busca levantar informações sobre um objeto, delimitando um campo de trabalho, mapeando as condições manifestativas desse objeto.

A pesquisa qualitativa tem como fonte de dados o ambiente natural e o pesquisador é a chave para seu desenvolvimento, pois é frequente este entender os fenômenos sob a perspectiva dos participantes estudados para depois situar a análise dos fenômenos (VIANA, 2006).

Minayo (2010) ressalta ainda que esse método, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, com a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Por isso, é utilizado para a elaboração de novas hipóteses, novos indicadores qualitativos, variáveis e tipologias, como o que se apresenta nesse trabalho.

3.2. Cenário de estudo

A pesquisa foi realizada em unidades de saúde da Estratégia de Saúde da Família no município de João Pessoa - Paraíba, município da região nordeste do país, que segundo o

IBGE conta com uma população de 742.478 mil habitantes distribuídos numa área de 211,475 km quadrados, com uma densidade demográfica de 3.421,28 habitantes por km². Possui um Produto Interno Bruto (PIB) de R\$ 13.786,44 per capita e um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,763 (IBGE, 2013).

A estrutura de saúde é composta por 1.347 estabelecimentos de saúde cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), sendo 199 unidades administradas diretamente pela Secretaria Municipal de Saúde incluindo: 01 Unidade de Pronto-Atendimento (UPA), 03 Centros de Atenção Integral à Saúde (CAIS), 01 Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso (CAISI), 04 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). A rede de Atenção Básica, alvo desta pesquisa, é composta por 02 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 03 Centros de Saúde (CS), 06 Equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), 181 Equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), 20 equipes dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF), 04 Equipes do Programa Consultório na Rua e 07 Equipes do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) (BRASIL, 2014).

O município está dividido em cinco Distritos Sanitários (DS), com uma divisão de bairros segundo características sócio-demográficas e econômico-sociais, tendo o Distrito I com 46 equipes de ESF, o Distrito II com 38 equipes, o Distrito III com 53 equipes, o Distrito IV com 26 equipes e o Distrito V com 18 equipes, totalizando 100% de cobertura para o município (BRASIL, 2014).

Por conter o maior número de equipes implantadas, o Distrito Sanitário III (DS III) foi escolhido para compor o cenário desta pesquisa, possibilitando a captação de dados dentro de um mesmo perfil sócio-demográfico. Seus bairros constituintes fazem parte da chamada “zona sul” de João Pessoa, localidades com padrões populares de habitação e diversas comunidades formadas por conjuntos habitacionais construídos pelos governos ao longo dos anos, sendo próximos e até contíguos entre si. Os principais bairros que formam esse distrito são: Mangabeira, Valentina, José Américo, Bancários, Jardim Cidade Universitária, Cidade Verde, Cidade dos Colibris, parte do bairro de Água Fria (que tem sua maior parte no DS II), além dos territórios menores do Timbó, Mussumago, Balcão, Prosind, Sonho Meu, Doce Mãe de Deus, Paratibe, Parque do Sol, Projeto Mariz, Girassol, Cidade Maravilhosa.

Todos os bairros e comunidades desse território fazem parte da zona urbana da capital paraibana, e contabilizam 230.287 pessoas distribuídas em 53 equipes da ESF e 03 equipes do PACS pela Atenção Básica, totalizando 970 profissionais dos mais diversos níveis de escolaridade, funções e cargos em 27 unidades físicas de atendimento, ocorrendo mais de uma equipe por unidade física de atendimento, chamadas de unidades integradas (BRASIL, 2013).

Como estratégia para humanizar as práticas e manter a qualidade no atendimento, uma nova estrutura está sendo utilizada no município, onde duas ou mais unidades/equipes estão configuradas na mesma estrutura física, com a finalidade de otimizar custos de manutenção, garantir ambiência aos trabalhadores e usuários e orientar a socialização e humanização das equipes. Esta estrutura é denominada de integrada e está no âmbito do programa Requalifica UBS, que é uma das estratégias do Ministério da Saúde para a estruturação e o fortalecimento da ABS, propondo uma estrutura física das unidades básicas de saúde - acolhedoras e dentro dos melhores padrões de qualidade - que facilite a mudança das práticas das equipes de saúde (BRASIL, 2014).

Instituído em 2011, o programa tem como objetivo criar incentivo financeiro para a reforma, ampliação e construção de UBS, provendo condições adequadas para o trabalho em saúde, promovendo melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. Envolve também ações que visam à informatização dos serviços e a qualificação da atenção à saúde desenvolvida pelos profissionais da equipe (BRASIL, 2014). A Portaria/GM nº 340/13 determina quais os parâmetros para a construção destas unidades, caso do município pesquisado, que possuía unidades totalmente construídas para este fim. Nessa estratégia, as unidades integradas, como são denominadas as unidades físicas, estão em uma mesma construção, porém resguardando a distância máxima de 01 quilômetro de suas comunidades adscritas.

A pesquisa foi realizada no Distrito III onde existem 53 unidades de saúde, sendo nove unidades integradas e 44 unidades isoladas. Este estudo foi desenvolvido em cinco unidades integradas e seis unidades isoladas. Do total de ESF (09 das unidades integradas e 44 das unidades isoladas), escolheu-se 13 equipes de saúde da família, sendo sete das unidades integradas e seis das unidades isoladas, totalizando 24,52% de representatividade para a pesquisa.

3.3. Sujeitos do estudo

Os sujeitos de pesquisa foram profissionais de saúde que atuam nas equipes de saúde da família incluídas no estudo, e que se dispuseram a participar voluntariamente. Foram critérios de inclusão:

- Profissionais que exerciam suas funções especificamente dentro dos limites do Distrito Sanitário III;

- Estavam inseridos na Estratégia de Saúde da Família, do montante das 181 equipes do município;

- Profissionais que exerciam suas atividades em tempo integral em determinada USF, fazendo parte da equipe mínima preconizada e devidamente cadastrada no CNES;

- Profissionais de todas as funções e cargos exercidos dentro de cada USF;

Foram excluídos:

- Aqueles profissionais que exerciam funções nos demais distritos sanitários, que não fossem o DS III;

- Profissionais que, mesmo dentro do DS III, não estivessem inseridos na Estratégia de Saúde da Família, como os que faziam parte do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);

- Profissionais que trabalhavam dentro da sede do DS III;

- Profissionais que não faziam parte da equipe da USF, incluindo-se aí os que apenas exerçam funções temporárias ou que não tinham vínculo comprovado no CNES;

No Distrito III eram aproximadamente 961 profissionais de todos os níveis de escolaridade e das mais diversas funções, inseridos nas 53 ESF, sendo 16 apoiadores institucionais, 53 Enfermeiros (as), 53 Médicos (as), 53 Auxiliares/Técnicos (as) de Enfermagem, 53 Odontólogos (as), 520 Agentes Comunitários (as) de Saúde, 53 Auxiliares de Consultório Dentário, 37 profissionais de Serviços Gerais e 139 Auxiliares Administrativos, incluindo-se nesta categoria a título de organização dos dados os profissionais Videofonistas, Auxiliares Administrativos e pessoal de higiene e limpeza (BRASIL, 2013).

No intuito de identificar as concepções deste grupo foram escolhidos os profissionais que estavam dentro dos critérios de inclusão nas 13 Equipes de Saúde da Família do DS-III com maior proximidade geográfica, representados por 24,52% do total do distrito, independente de estarem inseridos em unidades isoladas ou integradas, o que nos permitiu um conjunto de 123 profissionais participantes da pesquisa.

3.4. Coleta de dados

A pesquisadora aguardou a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSCar e da Gerência de Educação na Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa para proceder à visitação às equipes escolhidas a fim de ambientar-se e sensibilizar os possíveis participantes da pesquisa para a coleta de dados.

A coleta dos dados deu-se nos meses de setembro e outubro de 2014 e contou com a participação de profissionais de 13 unidades de saúde do Distrito III do município de João Pessoa – PB, abrangendo 24,52% das unidades de saúde do distrito, cobrindo a maior área de abrangência possível, na tentativa de colher as mais diversas percepções possíveis e de obter resultados mais confiáveis.

Após as devidas autorizações, a entrada no campo de pesquisa foi detalhadamente estudada pela pesquisadora e segundo Minayo (2010), mereceu uma preparação de como seria descrita aos interlocutores, como a pesquisadora se apresentaria, a quem se apresentaria e por meio de quem. Esse primeiro contato ocorreu antes das idas ao campo de pesquisa, possibilitando iniciar uma rede de relações e correções dos instrumentos de coleta de dados e estabelecer um cronograma de atividades posteriores, tendo duração de duas semanas.

A pesquisadora se dirigiu ao responsável por cada equipe, no caso os apoiadores, realizando uma apresentação pessoal, quais os objetivos da pesquisa, e justificativa do objeto de pesquisa e sua contribuição para a melhoria dos serviços no município. As equipes se mostraram receptivas à proposta e para participar da coleta de dados espontaneamente.

Essa aproximação permitiu estabelecer uma ligação entre os trabalhadores e a pesquisadora, inclusive alguns se dispuseram a realizar a coleta no mesmo dia em que foram abordados, porém tomou-se o cuidado em cumprir a agenda de coletas de forma igual para todas as equipes, realizando os grupos focais somente após o agendamento prévio.

No dia agendado, os dados eram então coletados com os grupos de trabalhadores em cada unidade de saúde, a pesquisadora conversava inicialmente com o grupo escolhido, em ambiente com pouca ou nenhuma interferência externa.

A técnica utilizada para a coleta foi a do grupo focal, que no pensamento de Iervolino e Pelicione (2001) pode ser utilizada no entendimento das diferentes percepções e atitudes acerca de um fato ou prática, baseando-se na tendência humana de formar opiniões e atitudes na interação interpessoal.

Berenger, Elliot e Parreira (2012) afirmam que o grupo focal é um momento coletivo de coleta de informações e opiniões que propicia aos avaliadores um melhor delineamento do projeto, analisando as divergências de opiniões expressas durante a sessão grupal. Permite, ainda, a devolução de resultados aos representantes do grupo e sua discussão, sugestões e recomendações.

Pela técnica do grupo focal (IERVOLINO; PELICIONE, 2001), foram realizados encontros moderados pela pesquisadora, que selecionou os participantes através do encontro

direto nos locais de trabalho, esclarecimentos prévios sobre a metodologia e intuito da pesquisa, sensibilizando-os, e com a confirmação anterior aos encontros.

Foi realizada a observação em todas as coletas, com o auxílio de uma pessoa treinada pela pesquisadora para esta função (anotar as reações dos participantes, as alterações no ambiente de coleta e outras observações relevantes ao estudo, anotando em um diário de campo, durante o período de coleta). A observadora discutia com a pesquisadora sobre o que acontecia antes, durante e após a coleta, suas anotações eram discutidas após cada grupo focal, sendo de grande importância para a discussão dos dados gerais desta pesquisa.

Segundo Berg (1998), essa técnica existe desde o início da Segunda Grande Guerra, tendo sido utilizada para determinar a efetividade dos programas de rádio destinados a elevar o espírito das tropas americanas. Até recentemente, seu uso mais extenso ocorreu com os pesquisadores de marketing. Durante a década de 90, a técnica passou a ser mais aceita pelos pesquisadores sociais e adentrou no campo da saúde.

É um conjunto de pessoas selecionadas e reunidas por pesquisadores para discutir e comentar um tema que é objeto de pesquisa, a partir de sua experiência pessoal (POWELL; SINGLE, 1994). Visa intuir sobre a relação entre o funcionamento do grupo e processos sociais na articulação de informação (GATTI, 2005). No pensamento de Earp (2012), esse tipo de investigação deve ser utilizado em pesquisas que tenham perguntas relacionadas à como determinado fenômeno ocorre.

Os participantes do presente se organizavam em círculo, eram realizados esclarecimentos acerca da pesquisa, seus objetivos, formas de coleta dos dados, bem como quaisquer outros que ocorressem tomando-se os cuidados éticos necessários para a condução da investigação. Foi feita a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - APÊNDICE A) para posterior assinatura e distribuição dos instrumentos de coleta (Roteiro de Discussão para o Grupo Focal – APÊNDICE B e Perfil dos Participantes – APÊNDICE C) para preenchimento.

Após isso, a observadora recolhia o material e a moderadora procedia à discussão do roteiro do grupo focal, com gravação do áudio por gravador manual de voz. A discussão se iniciava com a apresentação dos participantes, nome e função na equipe e da moderadora fazendo os participantes iniciarem a discussão em tom mais descontraído, porém com o rigor que o método de coleta exigia.

As questões norteadoras eram lançadas pela moderadora e caso os participantes tivessem dúvidas sobre o conteúdo da questão, esta reformulava a mesma de forma a melhorar a compreensão.

Vale ressaltar que a pesquisadora não se restringiu apenas às questões norteadoras, sendo estas, ponto de partida. De acordo com o que os grupos respondiam, a pesquisadora estimulava a discussão com o objetivo de apreender mais concepções dentro dos grupos.

Nos grupos, procurou-se estimular ao máximo a espontaneidade dos participantes, e a pesquisadora fez intervenções somente para orientar a conversa nos momentos de distanciamento da temática ou dispersão no tempo. Com o conjunto de grupos focais retratou-se as várias experiências e perspectivas dos profissionais.

Obteve-se uma quantidade não uniforme de participantes, com grupos formados por no mínimo cinco e máximo de quinze participantes, sendo um grupo com cinco participantes, três grupos com seis participantes, um grupo com sete participantes, três grupos com dez participantes, um grupo com doze participantes, um grupo com treze participantes e dois grupos com quinze participantes. A duração média dos grupos foi de 52 minutos e máxima de uma hora e quarenta minutos, não excedendo o tempo limite preconizado para a realização de grupos focais.

Houve a exclusão de um grupo focal para a análise dos dados por este ser formado por apenas três participantes, de acordo com os critérios definidos por Dias, (2000), Iervolino e Pelicione (2001) e Kind (2004).

3.5. Instrumentos de coleta

Para coleta das informações foi utilizado um Roteiro de Discussão para o Grupo Focal (APÊNDICE B), pré-estabelecido com questões a serem discutidas pelos participantes e um questionário para obtenção de dados objetivos, chamado Perfil dos Participantes (APÊNDICE C).

O instrumento Perfil dos Participantes foi construído para obtenção das informações pessoais e profissionais dos trabalhadores participantes. Foi composto por elementos de fácil compreensão pelos participantes, no intuito de caracterizá-los no cenário de estudo e obter o maior número de informações relevantes acerca dos profissionais, como sexo, idade, função na equipe e tempo de formação na função.

3.6. Dimensão ética do estudo

Por se tratar de estudo envolvendo seres humanos, foi utilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e a coleta dos dados só foi realizada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar, sob o número 766.713 (ANEXO 3), aprovado em

28/08/2014 e pela Gerência de Educação em Saúde em 04/11/2014 (ANEXO 4), órgão responsável pelas pesquisas na rede de saúde no município de João Pessoa.

A pesquisadora levou em consideração as observações éticas contempladas na Resolução CNS/MS nº 466/12, principalmente no que tange à confidencialidade dos dados e à garantia do anonimato dos participantes que se submeteram ao questionário.

Foram prestados todos os esclarecimentos pertinentes, antes e durante o curso da pesquisa, acerca dos procedimentos a serem realizados, riscos, benefícios, possibilidades de desdobramento da discussão e que os participantes eram livres para recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização ou prejuízo ao seu trabalho, não trazendo nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição proponente da pesquisa, muito menos com a Secretaria de Saúde do município de João Pessoa, tendo cunho exclusivamente científico.

Foi assegurada a garantia do sigilo e da privacidade dos sujeitos quanto aos dados envolvidos na pesquisa e as informações obtidas são confidenciais. Os dados estão divulgados de forma a não possibilitar sua identificação. A pesquisadora utilizou letras, números e outros sinais para identificar os grupos focais e locais de coleta de dados e somente para a análise dos dados através de *software* apropriado que não permite a identificação dos sujeitos envolvidos.

3.7. Análise dos dados

Os dados coletados no Perfil dos Participantes foram trabalhados em figuras e gráficos nos programas *Word* e *Excel* a fim de caracterizar o grupo de sujeitos.

Os dados dos grupos focais foram transcritos em *Word* de acordo com a formatação indicada para utilização no *software* ALCESTE 4.12 .

Para aprofundar o estudo e colaborar com a análise dos dados, as anotações feitas pela observadora explanaram as reações coletivas observadas bem como as discussões feitas entre esta e a pesquisadora, permitindo introduzi-las na discussão qualitativa dos dados.

3.7.1. Análise do software ALCESTE

Os dados coletados dos grupos focais foram analisados de forma qualitativa, em um conjunto de procedimentos que visam organizar os dados de modo que eles revelem como os grupos em questão percebem e se relacionam com o foco do estudo em pauta (IERVOLINO; PELICIONE, 2001). Esta análise demandou maior tempo e é o foco do estudo.

O *software* ALCESTE (Análise Lexical por Contexto de um Conjunto de Segmentos de Texto) versão 4.10, desenvolvido na França por Max Reinert em 1979, no Centro de Cálculo de Toulouse (CICT) que para Oliveira (2008), é um instrumento de pesquisa científica com múltiplas aplicações. Originalmente trabalha em francês, possui dicionários em outros idiomas, fato que permite utilizá-lo com materiais em língua portuguesa (GOMES; OLIVEIRA, 2005).

O ALCESTE visa dar, muito rapidamente, uma visão global sobre uma documentação volumosa cuja análise seria muito longa e exaustiva para ser realizada de modo manual, por exemplo, como nos diz Oliveira, Gomes e Marques (2005).

O *software* permite a análise de conteúdo de diversos materiais, como revistas, obras literárias, artigos científicos entre outros, objetivando quantificar o texto para extrair as estruturas mais significativas, relacionando-as com a distribuição de palavras em um processo de análise lexical (SOUZA, 2014).

O método utilizado é a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) de conteúdo textual, tendo a palavra com unidade considerando seus respectivos contextos de ocorrência (GOMES; OLIVEIRA, 2005; VITÓRIA REGIS, 2011).

O programa recorre à classificação estatística contida nos enunciados que constituem o texto, de forma a organizar e resumir informações consideradas relevantes, e possui como referência em sua base metodológica abordagem conceitual dos mundos lexicais (SOARES, 2005).

Toma como base um único arquivo, chamado *corpus*, que deve ser formatado segundo regras próprias do software para que possua homogeneidade na apresentação dos resultados.

Como regra para o reconhecimento dos vocábulos, faz-se necessária a padronização de algumas expressões ou termos, ou até mesmo a união de palavras, através do traço subscrito, também utilizado para substituir o hífen em palavras compostas. Foram retiradas do texto as gírias e vícios de linguagem, corrigidos os tempos verbais e as falas foram colocados em linguagem mais formal sem alterar o sentido do texto. No entanto, na apresentação dos resultados, as falas dos sujeitos são utilizadas na íntegra, exatamente como ditas no momento da coleta de dados.

São quatro as etapas pelas quais o software passa para a análise qualitativa:

Etapa 1 – Identificação das unidades de contexto

O ALCESTE divide o material a ser analisado em grandes unidades, denominadas Unidades de Contexto Inicial (UCI), divisões naturais do *corpus*. São os primeiros índices de

uma estrutura e são assinaladas pelas chamadas linhas estreladas, e consistem em entrevistas dos diferentes grupos focais no mesmo *corpus*. Na pesquisa que se apresenta, o *corpus* é constituído por 12 UCI, onde cada UCI corresponde a um grupo focal (Tabela 1).

Tabela 1 Variáveis utilizadas na linha de comando, códigos e classificações

VARIÁVEL	LINHA DE COMANDO
Grupo Focal	GF_01 a GF_12
USF em que se realizou a coleta	USF_01 a USF_08
Equipe Pesquisada (incluindo equipes integradas)	USFEQ_01 a USFEQ_04

Após reconhecer as UCI o *software* novamente formata e divide o texto em segmentos de algumas linhas, denominadas Unidades de Contexto Elementar (UCE), correspondendo ao material referente às classes (CAMARGO, 2005).

Etapa 2 - Pesquisa das formas reduzidas de palavras plenas analisadas

Nesta etapa é que ocorre a fase A, do conjunto de operações de análise do *software*: Leitura do texto e Cálculo dos dicionários. O ALCESTE prepara o *corpus*, reconhece as UCI, faz uma primeira segmentação do texto, agrupa as ocorrências das palavras em função de suas raízes e procede ao cálculo da frequência das formas reduzidas destas palavras (VITORIA REGIS, 2011). Essa fase possui ainda três subfases:

A1) Reformatação e divisão do texto em segmentos de tamanho similar ou as chamadas UCE;

A2) Pesquisa do vocabulário e redução das palavras com base em suas raízes (formas reduzidas);

A3) Criação do dicionário de formas reduzidas.

Lembrando que o *software* pode identificar diferentes conjugações verbais, além de diferenciar palavras que tenham apenas função sintática como pronomes, artigos e advérbios, das palavras com significado como verbos, substantivos e adjetivos (NASCIMENTO; MENANDRO, 2006). São estas palavras com significado que o programa vai trabalhar.

Etapa 3 - Definição e cálculo dos quadros de dados associados

Neste momento é que se desenvolve a fase B, o cálculo das matrizes de dados e classificação das UCE. É quando ocorre a seleção das UCE a serem consideradas e o cálculo da matriz (as UCE são classificadas em função dos seus respectivos vocabulários): formas reduzidas x UCE (subfase B1); cálculo das matrizes de dados para classificação hierárquica descendente (subfase B2) e a CHD propriamente dita (subfase B3), obtendo-se uma

classificação definitiva. O procedimento é efetuado continuamente até que não resulte em novas classes (GUERREIRO, 2012; SOUSA et al., 2009). Nesta etapa são construídos três quadros de dados que possibilitarão a segmentação das UCE em subconjuntos de texto até a definição das classes (VITORIA REGIS, 2011).

Etapa 4 - Pesquisa das classes de unidades de contexto

Esta etapa é chamada de fase C, onde há a descrição das classes de UCE escolhidas. Fornece os principais arquivos de resultados. Nestes arquivos ficam as diferentes classes escolhidas, sua dependência mutual, o vocabulário predominante de cada uma delas e as palavras ferramentas características, sobre as quais o pesquisador baseará sua interpretação (VITORIA REGIS, 2011).

A fase C é dividida em três subfases:

C1) Comparação de duas classificações e definição das classes escolhidas;

C2) Descrição dos perfis das classes;

C3) Análise Fatorial de Correspondência ou AFC (representação das relações entre as classes num plano fatorial).

O método de classificação utilizado pelo ALCESTE para construção das classes é o de CHD, que permite a divisão do corpus de base em um número determinado de grupos de UCE denominados de classes.

Etapa 5 - Descrições das classes e bases para a sua interpretação

Também chamada de fase D, representa a última etapa de análise, onde são feitos os cálculos complementares. Última fase do conjunto de operações do software, nesse momento ele calcula e fornece as UCE mais características de cada classe, permitindo a contextualização do vocabulário típico de cada uma delas. Constitui-se por quatro subfases:

D1) Seleção das chaves de contexto e das UCE características de cada classe;

D2) Pesquisa das duplas de palavras e dos segmentos repetidos por classe;

D3) Classificação Hierárquica Ascendente de cada classe;

D4) Seleção das palavras características das classes.

A extração das UCE representativas de cada classe permite apreender o sentido delas com a ajuda de frases reais extraídas do corpus. Cada UCE é precedida de seu número de ordem no corpus e do respectivo Khi^2 (Qui-quadrado: cuja escolha é feita por ordem decrescente) de associação à classe com 1 grau de liberdade (VITORIA REGIS, 2011).

O Khi^2 calcula a frequência de aparição da palavra. Quanto maior o Khi^2 , mais relevante é a palavra para a construção da classe (GUERREIRO, 2012). O programa

considerou as palavras com Khi^2 igual ou superior a sete como palavras mais representativas. Formozo (2007, p.73) nos diz que a CHA é realizada a partir de segmentações sucessivas do corpus (UCE) relativo à classe, sempre em duas partes ou dois grupos (divisões binárias), até o esgotamento das possibilidades de diferenciação de khi^2 .

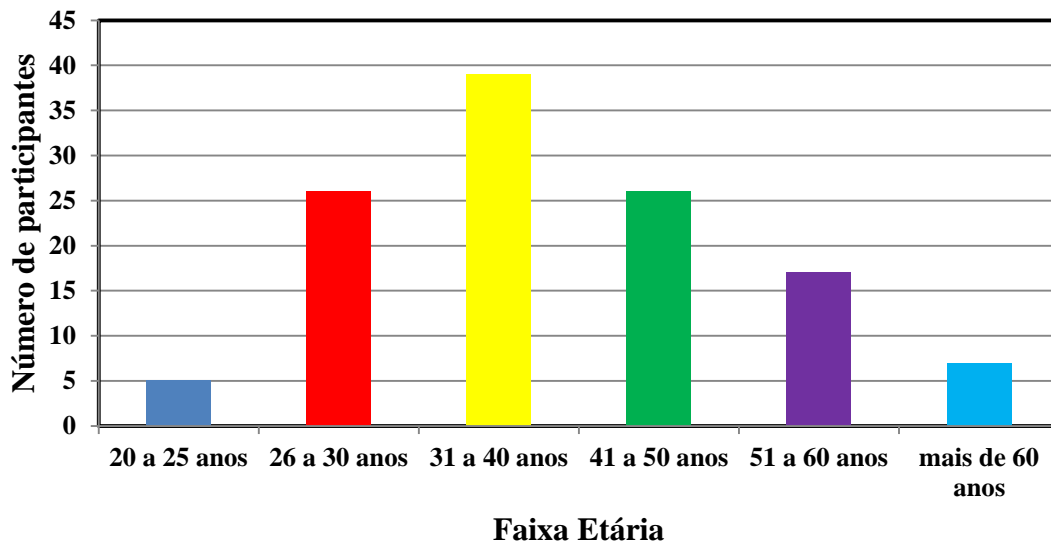
O programa fornece, então, o número de classes resultantes da análise, assim como as formas reduzidas, o contexto semântico e as UCE características de cada uma delas consolidada, as quais serão denominadas e interpretadas pelo pesquisador. As operações mais importantes para a interpretação do corpus são: a CHD, a descrição das classes, com radicais mais importantes; e a seleção das UCE mais características de cada classe (SOUSA et al., 2009). Essa sistematização sofre, então, a análise do pesquisador.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1. Análise do Perfil dos Participantes

Dos 123 participantes da pesquisa, 95 (77,23%) são mulheres e 28 são homens (22,76%). Possuem idades entre 20 e 68 anos, predominando a faixa etária dos 31 aos 40 anos, caracterizando a faixa etária principal de uma população economicamente ativa e em idade produtiva (Figura 1).

Figura 1 Número de participantes por faixa etária



Quanto ao nível de escolaridade, tem-se que a maioria tem o nível médio de escolaridade (43,08% ou 53 participantes), seguido por aqueles que possuem nível superior (32,52% ou 40 participantes). Destes, vinte e nove participantes (23,57%) possuem pós-graduação nas mais diversas áreas do conhecimento e apenas 01 (0,83%) possui o ensino fundamental.

Quanto à função na equipe e sua formação profissional, temos a grande maioria de Agentes Comunitários de Saúde, com 77 participações (62,60%), seguido pelo grupo de enfermeiras com 14 participações (11,38%), seguido pelos assistentes administrativos com 09 participações (7,31%), sendo que nestes incluem-se os agentes de limpeza, recepcionistas, pessoal administrativo das unidades e os 02 videofonistas. Com 07 participações estão os médicos (5,69%), com 06 participações estão o grupo de dentistas e o de técnicos/auxiliares de enfermagem (4,87% cada) e 04 auxiliares de saúde bucal (3,25%) participaram, sendo que

a categoria médica foi a mais resistente a participar das atividades da pesquisa e a mais difícil de convencer a realizar o grupo focal.

Fazendo um paralelo entre a escolaridade e a formação dos participantes, percebe-se que alguns participantes possuem nível de escolaridade superior ao exigido para a função. Dos 77 agentes de saúde 43 (55,87%) possuem nível médio, 29 (37,66%) possuem nível superior nas mais diversas áreas e 05 (6,49%) são pós-graduados nelas. Todas as 14 enfermeiras e os 06 dentistas participantes possuem pós-graduação, número superior ao de médicos especialistas, 04 do total de 07 participantes. Já dos 09 assistentes administrativos, 01 possui ensino fundamental, 08 nível médio, 02 são graduados e 03 são pós-graduados em áreas afins. Dos 06 técnicos/auxiliares de enfermagem, 04 possuem nível médio, 01 é graduado e 01 é pós-graduado. Dos 04 auxiliares de consultório dentário, 02 possuem nível médio, 01 é graduado e 01 pós-graduado

Quanto ao tempo de formação na função exercida, o que se mostrou foi que 77 participantes (62,60%) já eram formados na função há mais de cinco anos, sendo em sua maioria ACS. Os participantes com tempo de formação entre dois e cinco anos foram de 37 (30,08%) e os com até um ano e onze meses foi de apenas 09 trabalhadores (7,31%), o que pode demonstrar uma mudança na formação desses trabalhadores, que ficam mais tempo em suas funções sem a necessidade de buscar outros meios de ingresso no mercado de trabalho.

No município de João Pessoa, houve nos últimos anos investimentos em estrutura física das unidades e a efetivação nos cargos através de concurso público para as equipes de ESF e pessoal administrativo e contrato longo para os apoiadores institucionais. Estas ações podem ter possibilitado maior estabilidade na função, desprecariando e melhorando as condições de trabalho. Isso nos mostra que quando há esses tipos de investimentos (no ambiente e nas pessoas), os vínculos com o trabalho podem ser mais efetivos.

Quanto ao tempo de trabalho em Saúde da Família, obteve-se que 80 trabalhadores (65,04%) já estavam inseridos na estratégia há mais de cinco anos, enquanto 39 trabalhadores (31,70%) se inseriram entre dois a cinco anos na estratégia e apenas 04 participantes (3,25%) trabalhavam há menos de um ano e onze meses nesse modelo de atenção. Observa-se que o vínculo com a comunidade e a equipe faz parte do processo de trabalho e mostra-se consolidado. O perfil profissional de cada trabalhador é importante para o bom desenvolvimento do trabalho em equipe, tanto que alguns profissionais já haviam trabalhado em outras unidades de saúde e foram remanejados por motivos de mudança de domicílio ou perfil profissional, da equipe ou da comunidade. Isso faz com que a própria comunidade

adscrita se sinta mais confiante no serviço prestado pelas equipes, sem que os profissionais sejam transferidos a todo tempo sem explicações.

4.2. Apresentação e discussão das classes

O software ALCESTE encontrou nesta pesquisa 22.827 palavras dentro do *corpus*, sendo o número de palavras distintas de 3.146. O número de palavras incluídas pelo software após a redução foi de 480 palavras. Foram selecionadas 572 UCE das quais 416 foram classificadas em duas classes, representando um aproveitamento de 98,03% do *corpus*.

Cada classe é composta por agrupamentos de várias UCE de vocabulário homogêneo. A classe 1 foi responsável por 51% (213) das UCE com 104 palavras analisáveis e a classe 2 foi responsável por 49% (203) das UCE contando com 99 palavras analisáveis (Figura 2 e Tabela 2).

Figura 2 Divisão percentual das UCE dentro das classes

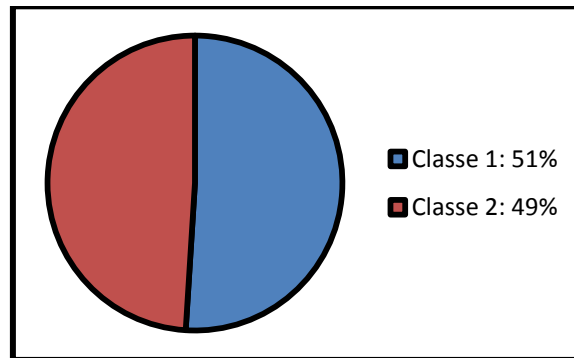
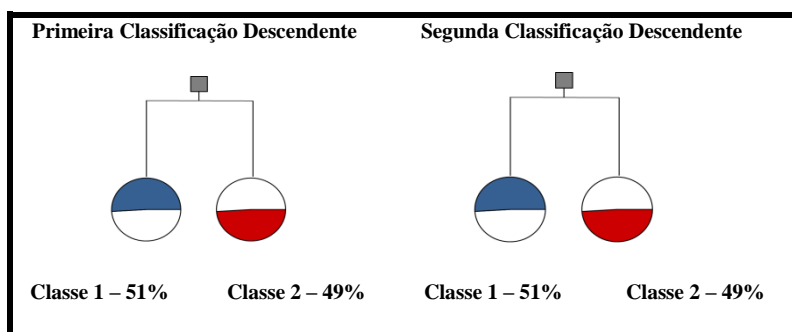


Tabela 2 Número de palavras analisáveis por classe

CLASSE	NÚMERO DE PALAVRAS ANALISÁVEIS
1	104 palavras
2	99 palavras

Em dois momentos o ALCESTE dividiu o *corpus* e em ambos, obteve-se uma estabilidade entre as classes formadas. Chamamos de Classificação Hierárquica Descendente (CHD – Figura 3).

Figura 3 Classificação Hierárquica Descendente



Após todo o procedimento de sistematização dos dados pelo *software*, foi possível analisá-las e denominá-las: Classe 1 - Conhecimento e identificação da PNH e seus dispositivos no cotidiano dos trabalhadores de saúde e Classe 2 - Humanização do cuidado em saúde X desumanização do trabalho em saúde.

Classe 1 – Conhecimento e identificação da PNH e seus dispositivos no cotidiano dos trabalhadores de saúde

A classe 1 com 51% do total das UCE que constituem o corpus de análise corresponde a 22 UCE, com 104 palavras analisáveis.

A análise das palavras, a CHA e as UCE desta classe caracterizam o conhecimento que os sujeitos têm sobre a PNH e como a identificam na sua prática cotidiana. Na Tabela 3 estão elencados alguns dos vocábulos que ilustram essa classe, em suas formas reduzidas, seus respectivos Khi^2 , além das palavras plenas e respectivas frequências de aparecimento dentro da classe.

Tabela 3 Classe 1: Palavras mais representativas, seus Khi^2 , palavras plenas e frequências

Formas reduzidas	Khi^2	Formas plenas
acolhimento	0,20	acolhimento (62) acolhimentos (1)
escut	0,20	escuta (14) escutada (1) escutado (2) escutamos (5) escutar (5) escutassem (1)
polit	0,20	politica (30) politicas (3)
agente_saude	0,19	agente_saude (30)
curso	0,19	curso (18) cursos (3)
med	0,18	media(1) medica(10) medicar(1) medico(24) medicos(2) medo(2)
ouv	0,17	ouvimos (9) ouvir (7) ouvirmos (1)
pnh	0,16	pnh (18)
hospit	0,15	hospitais (6) hospital (6)

Os sujeitos referem que tiveram contato superficial com a PNH, com os conceitos de humanização e alguns de seus dispositivos. Relatam que isso ocorreu em algum momento de sua formação profissional, através de cursos como o introdutório para os agentes de saúde ingressantes na ESF, os cursos técnicos e superiores em saúde em disciplinas específicas de cursos de especialização e também através de sua inserção em Programas de Educação para o Trabalho (PET Saúde), estratégia para a qualificação e valorização profissional, que sensibiliza e prepara profissionais de saúde para o adequado enfrentamento das diferentes realidades de vida e de saúde da população brasileira (BRASIL, 2008b).

“... falávamos sobre o acolhimento, a sala de espera, isso foi mais no curso do ACS, quando da primeira vez. Fizemos o mesmo curso em 2012, mas em nenhum momento isso foi passado num livro, como lei, qual era a política mesmo, foi dito superficialmente, qual era o objetivo, não era nem alguém especializado para isso...” – ACS (GF 01).

“Eu já ouvi falar, mas não sei bem. Ouvi falar mesmo por aqui. Mas não mais a fundo. Eu ouvi falar em 2009, comecei a fazer uns cursos de preparação para agente de saúde e daí foi abordado esse assunto de humanização.” – ACS (GF 10).

“... mas a primeira vez que eu ouvi falar foi realmente no meu curso de especialização e mais profundamente com as tutorias do PET, que é um programa de educação para o trabalho da universidade, que aí a gente se aprofundou mais para discutir...” - Enfermeira (GF 10).

“... vimos em um panfleto. uma vez ou outra escutamos, mas curso não temos lembrança de que tenhamos feito. Pesquisa sim, quando um ou outro estava cursando faculdade, a primeira cadeira que fez foi humanização e saúde, isso é importante, também no curso que fizemos pela prefeitura de agente de saúde ...” – ACS (GF 13).

Alguns relatos referem que os sujeitos buscaram a informação por iniciativa pessoal e de forma superficial sobre a temática, em buscas textuais, internet e conversas com colegas de trabalho, disparada pelo seu interesse individual e do trabalho, na tentativa de se apropriar de algum conhecimento para utilizar no serviço em que se insere.

“... descobrimos trabalhando e fazendo pesquisa particular. Descobrimos também na universidade, estudando ainda, e não estava em campo de estágio. Estudando

mesmo, a própria escola pública de saúde, dentro de quatro paredes só procedimentos. Sabemos da humanização por conta própria...” – ACS (GF 08).

“... descobrimos quando fizemos o concurso para agente de saúde, também. Não fizeram essa pergunta, mas uma apostila que lemos falava sobre isso. Descobrimos na secretaria de saúde quando estagiava, até chamaram para participar do curso como voluntários tivemos até início, mas começaram as cobranças e outras exigências, teve início mas não chegou ao final...” – ACS (GF 08).

Contudo foi destacado também que todos esses contatos não trataram a temática com a profundidade e reflexão necessárias, distanciando-se do contexto das práticas de saúde, o que pode incorrer na dificuldade de tornar esse conhecimento significativo para mudanças nas práticas de cuidado. Sobre isso, Chiesa et al. (2007), relatam que a contextualização e a construção de significados durante o processo de aprendizagem, integrando teoria e prática, possibilita a reflexão e a teorização a partir da realidade prática concreta, com o desenvolvimento de capacidades profissionais.

“... tomamos conhecimento no curso técnico saúde bucal. Já havíamos escutado, mas não aprofundamos no curso de formação quando entramos no (concurso) fizemos alguns cursos de formação, tivemos um curso, humanização, acolhimento, (essas) coisas...” – TSB (GF 07).

A aprendizagem significativa deve ser mais estruturada e desenvolvida, oportunizando aos sujeitos o empoderamento sobre as políticas de saúde, especialmente a PNH.

Alguns sujeitos relataram que nunca tiveram contato com a PNH ou com a ideia de humanização, tendo dificuldades inclusive de conseguir informações com outros colegas, com os gestores e responsáveis pelos serviços, não obtendo respostas significativas.

“É a primeira vez que ouvimos falar, já escutamos, mas saber como funciona não sabemos. Sabemos que existe, mas nunca vivenciamos. Faculdade e internet também. Na qualificação que fazemos tem a humanização. no curso que tivemos de agente de saúde não foi colocado.” – ACS (GF 09).

“... quando saímos da sala, percebemos que nunca ouvimos falar do que era PNH. Ligamos para o distrito e nenhuma enfermeira sabia, é aquela história, (jogaram) a bomba...” – ACS (GF 08).

A falta de uma formação adequada para a execução da PNH repercute negativamente no andamento das atividades, enfatizando a necessidade da apreensão dos sentidos dessa política de saúde seja por meio de cursos, atualizações, dispendendo tempo e recursos financeiros e materiais para que os trabalhadores possam perceber a política de saúde como meio de cuidado.

A formação de redes de trabalho, por exemplo, é uma estratégia ressaltada por Brito et al (2011), quando dizem que o trabalho em saúde envolve sempre um encontro de saberes e fazeres de cada trabalhador com normas coletivamente construídas e acordadas entre esses trabalhadores, para viabilização de suas ações no trabalho. Utilizar essas redes de trabalho fortalece a equipe e, por conseguinte, a concepção de cada sujeito da PNH e de outras políticas de saúde. Vai depender, no entanto, das políticas de gestão e dos valores que cada trabalhador apreende de cada situação de trabalho.

Os sujeitos identificam algumas estratégias de humanização implementadas pelas equipes para melhoria da acessibilidade e resolutividade das ações, como a priorização no atendimento através da recepção do usuário com a escuta qualificada, sendo esta uma estratégia para o acolhimento.

“... Anotamos prioridades, fazemos de tudo para acontecer, e apoiamos a escuta qualificada, a integralidade, a equidade, a resolutividade, porque mesmo que não consigamos que ele seja atendido, mesmo que ele tenha algum problema devemos explicar...” – Recepcionista (GF 08).

“... nós já ouvimos falar. Sempre vejo e sabemos dessas coisas. O que está dentro da humanização, o acolhimento, a recepção. Então, diríamos que é assim, muitas vezes fazemos o trabalho, a ação e muitas vezes sabemos que não vai dar naquele lugar.” – ACS (GF 03).

Reconhecem a Terapia Comunitária como uma forma de aproximar os usuários e do cuidado a saúde, em uma construção de vínculos e de escuta, a partir do relato e troca de experiências e apontam a importância de que essa atividade retorne às unidades.

“... foi onde começou a terapia comunitária, onde vivenciamos tudo. Foi tudo a base da terapia. Foi aqui, o ponto de partida. Ela faz muita falta. E há pessoas na comunidade que querem a volta daquela roda de conversa, aquela troca de experiências, aquelas confidências.” – ACS (GF 11).

Nessas sessões de terapia, a partir da fala e da escuta, acontece uma troca de experiências de vidas e sabedorias, buscando a satisfação do usuário através do estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade e estimulando-os ao reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e, portanto, expressão de qualidade de vida.

A humanização está intrínseca nesse processo de cuidar, e trazer esse novo dispositivo pode transformar o ambiente dos serviços e todos os sujeitos envolvidos (SOUZA et al, 2011).

Acolhimento, no entanto, não equivale a uma preocupação ativa com a escuta somente, mas especialmente com a escuta qualificada que se oferece, sua natureza, daquilo que se quer escutar (AYRES, 2006). Não se deve, portanto, reduzir o acolhimento com a recepção e o pronto-atendimento, devendo haver uma interação contínua dos usuários com os profissionais de saúde, oportunizando essa escuta.

A utilização de ações educativas se incorpora aos serviços, com a retomada dos conceitos de prevenção e promoção da saúde, reconhecendo a importância da educação em saúde para a melhoria da qualidade dos serviços e da vida dos usuários, dentro e fora dos serviços, integrando-se com organismos governamentais para desenvolvimentos das ações.

“... eu acho que, dentro do nosso trabalho, cinquenta por cento tem a parte educativa, e cinquenta por cento e a parte curativa. Então, não adianta, por exemplo, na creche, não adianta eu chegar lá, fazer uma parte educativa, escovar dente de criança, se eu não pego aquelas crianças e me proponho a fazer a parte curativa...” - Dentista (GF 03).

Ocorre também, que nem todos os usuários se sentem disponíveis à implementação dessas estratégias, resistindo e frustrando as equipes, porém há o consenso de que as melhorias são perceptíveis e podem ser feitas aos poucos, em um constante processo de conhecimento e ajuste entre os trabalhadores.

“... E a questão de que muitos não aceitam. A nossa comunidade está em uma fase de colheita. O problema são as pessoas que vão chegar à área. As pessoas que estão aqui há tempo já estão mais acostumadas. O agendamento mesmo começou há um ano. Foi a primeira vez que abrimos uma (agenda) (aqui).” – Médica (GF 10).

“... no início começamos com o acolhimento, com escuta qualificada, eles não aceitaram. Não querem, não aceitam. Quem mais aceita é o idoso. Por exemplo, às

vezes falamos sobre diabetes, sobre outros assuntos, fisioterapia, alimentação saudável, essas coisas todas, eles ficam bem atenciosos, fazem perguntas, tiram dúvidas em relação à escovação e o fio dental.” – Dentista (GF 03).

Trad (2011) nos diz que o compromisso com o acolhimento das demandas dos usuários e a constituição de vínculos guiados pelo respeito à autonomia e às diferenças constituem-se princípios fundamentais para o projeto da PNH.

Alguns sujeitos referem que ainda há dificuldades na aceitação dos usuários de ações que se diferenciam daquelas que estão mais habituados, quer sejam consultas médicas ou medicamento e que isso pode dificultar as equipes de saúde da família.

“... ele não vê ainda como isso. Eles estão muito preocupados em política. De pegar a ficha, chegar de madrugada e ser atendida. Nem usar os três princípios do SUS. E assim, eu acho que já começou errado por aí. A questão de não ter sido divulgado para que veio o ESF ...”- ACS (GF 10).

“... vocês vão perder o trabalho, vão perder o emprego, porque daqui uns anos as pessoas não vão mais querer agente de saúde visita domiciliar, a enfermeira vai viver só de fazer injeção e curativo, que é o que o povo acha que fazemos...” – ACS (GF 03).

A PNH traz o dispositivo da Clínica Ampliada como meio de facilitar o enfrentamento dos problemas e potencializar a produção de saídas criativas e singulares em cada contexto. Por parte do usuário, a criação de vínculo será favorecida quando ele acreditar que a equipe poderá contribuir de algum modo para a sua saúde e sentir que esta equipe se corresponsabiliza por esses cuidados (BRASIL, 2009).

Afirmamos que a relação entre os trabalhadores e os usuários recebe influências de aspectos gerenciais do sistema de saúde, organizacionais das equipes e das diferentes formações dos trabalhadores. Assim, qualquer mudança no cuidado parte de mudanças nesses aspectos, articulando avanços tecnológicos a políticas de saúde, melhorias nas condições de trabalho e processos comunicacionais (BERMEJO, 2008).

Ao problematizar a humanização em saúde a partir da perspectiva do trabalho e do trabalhador no contexto do PSF, assume-se o pressuposto de que o cotidiano do trabalho é um foco privilegiado para se avaliar a articulação entre qualidade do trabalho, saúde no trabalho e

humanização do cuidado, dialogando com noções como motivação, satisfação, saúde e segurança no trabalho.

Classe 2 – Humanização do cuidado em saúde X desumanização do trabalho em saúde

Esta classe detém 49% do total das UCE que constituem corpus da análise, correspondendo a 203 UCE, com 99 palavras analisáveis. A Tabela 4 apresenta as palavras mais representativas dessa classe, seus Khi^2 , além das palavras plenas e respectivas frequências de aparecimento dentro da classe.

Tabela 4 Classe 2: Palavras mais representativas, seus Khi^2 , palavras plenas e frequências

Formas reduzidas	Khi^2	Formas plenas
gest	0,22	gestao (26) gestor (6)
processo_trabalho	0,17	processo_trabalho (13)
valoriz	0,16	valorizacao (1) valorizado (1) valorizam (1) valorizar (2)
desumanizaca	0,16	desumanizacao (14)
integr	0,15	integracao (2) integrada (3) integral (7)
diferente	0,15	diferente (20) diferentes (4)
lado	0,14	lado (8) lados (1)
forma	0,14	forma (38) formacao (4) formas (2)
apoiador	0,14	apoiador (9) apoiadores (2)

Nesta segunda classe, ocorrem três aspectos importantes, sendo o primeiro deles os cuidados com a equipe e com a forma de lidar com o usuário para humanizar.

Identifica-se a necessidade de qualificar o serviço melhorando a forma de lidar com o usuário e entre as equipes, organizando-o de forma a receber e resolver o problema do usuário e desenvolvendo a empatia entre os trabalhadores e entre estes e os usuários.

“... enquanto usuários, merecemos um tratamento humano, e temos de tratar da mesma forma. Colocamo-nos no lugar do outro. Nós acolhemos o usuário, tentando não causar uma barreira ali, se não podemos atender hoje, sempre damos um jeito, porque é um tempo perdido, perdido se voltar sem resolução...” – ACS (GF 02).

“... então ninguém está tão disponível a sair de casa para ir a um lugar e não dar certo tentamos resolver o problema do usuário na hora, pode não ser hoje, mas pode ser amanhã, estamos sempre nos organizando com relação à isso ...”- ACS (GF 02).

Para Bermejo (2008), humanizar se relaciona com a competência profissional dos agentes envolvidos, e a inclusão das ciências humanas na formação desses profissionais, enfatizando as relações com os usuários, entre os diferentes profissionais e ao modo como se exerce o poder no ambiente de trabalho.

Discorre ainda, que humanizar contempla o cuidado do cuidador também, com a atenção prestada às motivações intrínsecas, no intuito de cultivar um bom grau de autoestima e maturidade pessoal (BERMEJO, 2008).

Para isso, afirma-se que o dispositivo do acolhimento poderia ser mais efetivamente concebido e utilizado pelas equipes e pela gestão, no sentido de reestruturar o serviço de saúde, juntamente com o preparo do atendimento, construção de ambientes terapêuticos, qualificação profissional, adequabilidade na relação trabalhador/usuário e busca efetiva pela resolutividade dos problemas dos usuários (SILVA; ALVES, 2008). Este modo de agir é que permite que haja um atendimento com maior resolutividade e responsabilização.

Um ambiente acolhedor (ambiência), uma postura responsável e confiável de toda equipe (GTH; Contrato de Gestão; Sistemas de escuta qualificada; Equipe Transdisciplinar de Referência e de Apoio Matricial) que assistirá esse indivíduo, desde sua entrada até a saída do serviço após o atendimento (realizando a referência e a contrarreferência), são fatores condicionantes para que se estabeleça o acolhimento.

“... o cuidado não pode ser integral se você não levar em conta o ambiente que as pessoas vivem e sua formação. Com a humanização muda muita coisa, a visão do cuidado fica diferente, podemos olhar o usuário de forma completa e ao mesmo tempo humanização.” – Enfermeira (GF 02).

O conceito de cuidado integral está presente, incluindo o ambiente em que estão inseridos os usuários e as equipes, como meio de desenvolver ações e atividades educativas para humanizar os serviços. Contudo, referem que certa resistência da gestão em desenvolver esses tipos de ações pelo custo adicional que demandam, e os trabalhadores são claros quando referem que essas ações impactam diretamente no modo como os usuários veem o serviço e na melhoria direta do nível de saúde da população adscrita.

“... o índice de procedimentos durante a semana era pouquíssimo, e nas ações conseguíamos atender mais do que todo o mês. O distrito cortou, não podemos mais realizar essas ações, separaram a vacina e a odontologia...” – Enfermeira (GF 02).

“... enquanto o cuidado que temos não for da melhor maneira possível e tenho que cuidar de uma forma integral. Então se utilizarmos a humanização conseguimos efetivar essa integralidade...” – ACS (GF 08).

“... como apoiadores também realizamos as visitas domiciliares e percebemos o impacto dos determinantes sociais na qualidade de vida e qualidade de saúde das famílias como do próprio usuário, seja ele na situação de acamado ou com outra necessidade...”- Apoiador Institucional (GF 13).

A ABS favorece encontros que podem ser produtivos entre os profissionais de saúde e entre estes e a população usuária do SUS, devendo-se considerar o diálogo, a convivência e a interação do que cada um traz, por meio das diversas formas de comunicação, dos costumes, dos saberes, dos corpos, das crenças, dos afetos, das expectativas e necessidades (BRASIL, 2009).

A integralidade, contrapondo uma abordagem fragmentária e reducionista, contribui para a reorientação do modelo assistencial à medida que orienta uma intervenção integral sobre momentos distintos do processo saúde-doença (SANTOS; BEVILACQUA, 2012). Sendo assim, o reconhecimento da necessidade do outro a partir da integralidade desencadeia atitudes e ações humanizadas (OLIVEIRA; CUTOLO, 2012).

Integralidade implica dotar o sistema de condições relacionadas às diversas fases da atenção à saúde, ao processo do cuidar, ao relacionamento do profissional de saúde com os pacientes. Dessa forma, a humanização é consequência da aplicação do princípio da integralidade.

O segundo aspecto se refere às dificuldades encontradas entre as equipes e a gestão e entre as equipes e os usuários no cuidado integral e contínuo. Este nos diz que há nítida descrença no trabalho da gestão, seja por parte dos apoiadores seja por parte dos responsáveis municipais.

“... não se sensibiliza com a dor alheia, quer ganhar eleição, mas aquele povo que mantém ele no cargo ele não liga. A maioria das unidades fica comprometida porque a atenção e para prevenção da saúde, quando prevenimos diminuímos custos adicionais com um tratamento muito maior, é uma mão que auxilia a outra...” – ACS (GF 01).

Não há clareza dos papéis a serem desempenhados por cada um. Percebe-se certo descompromisso por parte da gestão para com os sujeitos, quando da aplicação de estratégias

que aproximam o usuário dos serviços, em contraponto, os mesmos sujeitos referem que se comprometem com essa aproximação, buscando a comunicação com a gestão, porém sem muito sucesso.

Especialmente no caso dos profissionais da ESF, tem-se observado uma grande precarização das relações de trabalho. No seu cotidiano do trabalho, é comum encontrar problemas relacionados às formas de contrato, à infraestrutura material, sobrecarga de atendimento e às condições sociopolíticas para o desenvolvimento do trabalho, expectativas contraditórias e conflitos das equipes de saúde da família com os poderes locais (JUNQUEIRA et al., 2010).

Contudo, parece haver o esforço municipal de diminuir essa precariedade, com a criação de mecanismos que favoreçam a adesão dos profissionais de saúde ao trabalho, ampliando a responsabilidade social e o compromisso político no aperfeiçoamento dos serviços.

O processo de comunicação entre as equipes é prejudicado, inclusive entre as equipes integradas, que desfrutam da mesma estrutura física, não se estabelecendo discussões sobre as reais necessidades de cada equipe isoladamente, suas particularidades e processos de trabalho. Percebe-se que não há tempo suficiente para a troca de informações e discussões entre as equipes, devido à quantidade de atividades e responsabilidades desenvolvidas num curto espaço de tempo.

“... duas equipes eram totalmente diferentes porque eram em áreas descobertas, eram pessoas que moravam em casas de taipa, viviam doentes, eram de outra realidade. E então a necessidade de lá era direto no médico, não tinha conversa, mas a nossa não, então faltava esse olhar do gestor de que existem as diferenças...”
– ACS (GF 02).

“... mas as equipes, entre si, pouco conversam. Nem sempre. Talvez por falta de pararmos um pouco e trabalharmos mais exatamente o que é humanização. Acreditamos que talvez seja isso. Estamos com muita responsabilidade, de uma coisa já vamos para outra, já vai atender, dali entregar um exame, a outra já vai sair...” – ACS (GF 03).

Herberg (1980) diz que nos âmbitos de trabalho existem os fatores motivacionais intrínsecos, que impulsionam os trabalhadores a trabalhar com qualidade e relaciona-se com

elementos como o reconhecimento do trabalho, o tipo de gestão, a comunicação e cuja presença depende tanto do indivíduo como da organização.

A PNH contempla a necessidade do trabalho em equipe construído no diálogo e em processos comunicacionais mais efetivos. Portanto, implementá-la como uma política transversal torna-se estratégico.

A oferta de saúde humanizada deve ser entendida como um produto da relação entre os sujeitos (NAVARRO; PENA, 2013), fato que distancia o cuidado do sentido da ESF e da ABS. O confronto de ideias, o planejamento, os mecanismos de decisão, as estratégias de implementação e de avaliação, devem confluir para a construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde (BRASIL, 2004).

As equipes reconhecem o seu adoecimento físico quando o cuidado de forma integral não se faz recíproco, suas necessidades enquanto equipes precisam ser olhadas diferentemente pela gestão e uma das formas desse adoecimento é o não retorno das solicitações feitas durante as reuniões semanais com os apoiadores, sendo estes bastante criticados por não demandarem livremente de acordo com o que as equipes e usuários precisam independente de estar integradas ou não.

“... nosso projeto de trabalho tem que estar bem claro para a gestão e para a gente. A função é essa, mas o que puder fazer pelo usuário e pela equipe, faremos. Temos de ser conscientes disso, que cuidar integral não é só olhar o usuário e resolver o problema dele, mas que temos de nos cuidar também, do contrário, adoecemos...” – Dentista (GF 03).

“... a equipe está precisando ser cuidada. Está precisando de um olhar diferente. A partir do momento que levamos as necessidades para a reunião matricial e para o distrito, temos que passar para a secretaria, mas às vezes perdemos esse retorno, não existe...” – Apoiador Institucional (GF 13).

Caprara e Franco (2006) afirmam que as relações nos serviços de saúde frequentemente são formais, ocorrem entre os trabalhadores entre si e entre estes e os usuários e constituem, caso ocorram, vários encontros entre os membros da díade e, se estes possibilitarem, a previsão do comportamento que indica a existência de um padrão.

A qualidade de vida no trabalho dos sujeitos está prejudicada. Lacaz e Sato (2006) discorrem que as equipes precisam ter controle sobre seu próprio trabalho, dialogar com os níveis superiores de hierarquia, conseqüentemente, aumentando seu compromisso com os

usuários e com a avaliação de suas atividades, concretizando o processo de humanização da assistência e da qualidade de vida no trabalho.

Observa-se pelas falas dos sujeitos que o papel principal dos apoiadores está voltado às questões administrativas sem autonomia e sua função de ser ligação na implementação da PNH não se realiza.

“... O apoio que recebemos aqui não vale à pena, pois ficamos a mercê deles, não tem poder de resolubilidade e fica no papel de mandado, capacho do gestor, somente mandando e trazendo informes, com a mentalidade em prol de um apoiador...” – ACS (GF 01).

“... traz para cá e recebe pancadas de todos os lados. Não é uma função tão humana essa. Tem que haver um redirecionamento dos papéis. Se você trabalha numa empresa, você reza a cartilha do dono, quem está como temporário ou apoiador é que devem obedecer àquilo que o gestor determina, não fica com muitas alternativas, e acaba se desumanizando e se anulando frente aos seus colegas...” – ACS (GF 01).

A PNH fica relegada, e acaba-se por desfigurar também o papel desses sujeitos enquanto profissionais de saúde, enquanto núcleos de apoio às equipes, aumentando a carga administrativa.

Humanizar quem cuida é imprescindível e deve ser responsabilidade tanto da gestão quanto dos próprios sujeitos. O dispositivo do apoio institucional previsto na PNH deve ser fortalecido com estratégias formadas pelos sujeitos e pela gestão, numa construção de relações dialógicas, pautadas no respeito à autonomia e no reconhecimento da capacidade dos sujeitos de intervirem sobre a realidade social (TRAD, 2010).

Esta estratégia facilita a resolução dos problemas e promove o protagonismo e valorização dos trabalhadores (BRASIL, 2009).

Apoiar, para a PNH, como nos diz Santos Filho, Barros e Gomes (2009), é estar junto com os gestores, usuários e trabalhadores discutindo e analisando os processos de trabalho e intervindo nas formas como os serviços se organizam, potencializando aqueles que trabalham e utilizam os serviços como protagonistas e corresponsáveis pela produção de saúde, combatendo qualquer relação de tutela ou deslegitimação do outro.

O terceiro aspecto diz respeito à humanização na relação entre as equipes e os usuários, e fica claro que as equipes percebem que devem modificar o olhar sobre os usuários

adscritos, utilizando a integralidade como forma de implementar a PNH. Este princípio do SUS foi claramente citado e por vezes seu sentido foi explicitado, de forma que sem o olhar integral sobre os usuários e sobre seus problemas de saúde, não se alcançará a plena implementação da PNH.

“... outro olhar para o problema do usuário, atentar que não há somente uma doença por trás dele e perceber as várias formas de adoecimento, e vendo o usuário de forma integral conseguimos transformar e humanização...” – Enfermeira (GF 01).

Ocorre a necessidade de organizar o processo de trabalho das equipes de modo a desenvolverem ações tendo em vista a operacionalização do princípio da integralidade da atenção. A PNH no seu eixo da atenção propõe ações integrais, promocionais e intersetoriais de saúde, inovando nos processos de trabalho no compartilhamento dos cuidados (BRASIL, 2008a).

O processo de trabalho construído em equipe deve ser implantado para que as formas de aproximação com o usuário sejam mais bem implementadas, mesmo com diferentes olhares individuais sobre a humanização e a PNH em si, no sentido de discutir a política e praticá-la da melhor forma possível.

“... conversamos com a outra equipe, ajudamos a outra equipe, somos mais unidos para trazer os usuários na mesma fala, na mesma comunicação. Temos consciência que sim, porém existe essa humanização que depende das pessoas, cada um tem seu jeito de ser e por mais que tentemos passar essa humanização cada um vai buscar de uma forma diferente, e apesar de ser humano...” – ACS (GF 02).

Na proposta da PNH, o trabalho implica na produção de si e das diferentes realidades sociais. As mudanças na gestão e na atenção são efetivas quando produzidas pela afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos, compartilhando responsabilidades nos processos de gerir e de cuidar (BRASIL, 2008a).

É neste ponto indissociável que a Humanização se define: aumentar o grau de corresponsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, na produção da saúde, implica mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho (BRASIL, 2004).

Há a percepção pelos sujeitos de que os usuários precisam de alguma forma se aproximar das ESF para que seus problemas sejam resolvidos. Na busca pela humanização, o

vínculo com os usuários se faz necessário, até pela proposta da ESF, e a utilização de grupos ligados aos programas de saúde, como gestantes, hipertensos e diabéticos, além do uso de quadros de indicadores de saúde afixados nas unidades são meios eficazes e testados por parte das equipes, que afirmam dessa forma atingir a resolutividade e o cuidado integral.

Os resultados dos indicadores e da realização dos grupos podem ser discutidos nas equipes, em busca de melhorias para os serviços e para a vida dos usuários, efetivando a humanização no processo de trabalho das equipes. No entanto, há outras estratégias se desenvolvendo, como o E-SUS, que se implanta no município para reestruturação da ABS, com o registro das informações em saúde de forma individualizada, permitindo o acompanhamento do histórico de atendimentos de cada usuário, assim como da produção de cada profissional através de sistema informatizado e abrangente (BRASIL, 2014).

“... então para que tenhamos o acompanhamento de um grupo, então precisa daquele elo lá da ponta, junto do usuário, para vir para a equipe, então acreditamos que essa humanização, dentro do nosso processo de trabalho, buscamos trabalhar dessa forma...” – ACS (GF 03).

“... Tínhamos um quadro de indicadores. Com a entrada do E-SUS bagunçou tudo. Foi algo que realmente só recebemos da secretaria e dos apoiadores, mas nem sabíamos como seria...” – ACS (GF 06).

O desenvolvimento da concepção de humanização nas profissões de saúde vai além do puro assistencialismo, e deve incorporar habilidades de escuta, compreensão, provocar mudanças saudáveis, conseguindo adesão aos serviços terapêuticos oferecidos em um trabalho interdisciplinar de enfrentamento dos conflitos que surgem na prática clínica e no trabalho em grupo (BERMEJO, 2008, p.110).

Hidalgo e Abarca (1991) referem que essa incorporação não melhora somente a qualidade da relação com o usuário, mas também a formulação de estratégias de solução dos problemas para produzir mudanças.

Para que esta construção se dê, é preciso criar espaços coletivos, espaços de encontro onde as pessoas dialogam, que os problemas podem e devem aparecer, ser analisados e enfrentados. É nestes espaços que se pode construir corresponsabilidade e aumentar o grau de autonomia de cada um. (BRASIL, 2009).

No município estudado, observa-se a identificação de movimentos na direção de alguns dispositivos da PNH nos serviços e no cotidiano dos trabalhadores, a gestão oferece

formas de humanizar os serviços como o apoio matricial, a integração física de equipes, mas não há a apreensão dos sentidos da implementação dessa política de saúde por parte dos trabalhadores, principais envolvidos no processo de cuidado.

A humanização ainda é vista como o lidar de forma e a escuta é pouco utilizada. As divergências de comunicação entre os trabalhadores e a gestão prejudicam o bom andamento dos serviços, os trabalhadores percebem que não há o reconhecimento do trabalho realizado e as alternativas de melhorias dos serviços criadas e implementadas por eles não são entendidas como formas de cuidado integral por parte da gestão, facilitando a desumanização e a perda de qualidade nos serviços.

Fomentar novos dispositivos e estratégias de humanização, dialogar com os trabalhadores para que reconheçam a PNH como política para alcançar a integralidade do cuidado, o reconhecimento do seu potencial como atores desse processo e a transformação dos ambientes de trabalho em espaços humanizados de trocas de experiências, deve permear as ações futuras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conhecer as concepções dos trabalhadores inseridos na ESF permitiu aprofundar conhecimentos sobre como estas equipes percebem a PNH em seu cotidiano de trabalho.

A PNH existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no país e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários.

Os profissionais de saúde assumem o compromisso de cuidar das pessoas e fazê-lo de forma responsável se torna uma exigência ética. A PNH foi construída para que se cumpra esse compromisso, como meio de dispositivos de tecnologias leves e leves duras a serviço das necessidades dos indivíduos. Implementá-la portanto, é desenvolver princípios mais condizentes com a singularidade dos usuários e com os princípios do SUS democrático.

Os sujeitos do estudo ainda não tem clareza sobre como implementar os dispositivos da PNH no seu processo de trabalho, mas os reconhecem nesse processo, apreendendo o sentido de humanizar e da própria política de saúde como meio de cuidado integral.

Há a necessidade de melhoria nas relações entre os trabalhadores e a gestão com a qualificação responsável sobre a PNH, tanto por parte da gestão quanto por parte dos trabalhadores, em um compromisso firme e no entendimento de que sem cuidado humanizado não há possibilidade de se fazer saúde com qualidade.

Acredita-se que para melhoria do processo de trabalho e do cuidado, a articulação entre os gestores e os trabalhadores deve ser mais efetiva e os dispositivos da PNH podem possibilitar uma aproximação com a implementação do acolhimento com escuta qualificada, o fortalecimento do apoio institucional, com melhor delineamento para os trabalhadores do sentido dessa função e a instituição da gestão compartilhada de forma a garantir um processo de trabalho humanizado e verdadeiramente dentro da proposta da PNH.

A proposta da PNH é de se comprometer com o trabalho em equipe, de modo a aumentar o grau de corresponsabilidade, e com a rede de apoio profissional, visando a maior eficácia na atenção em saúde.

Há a presença de dispositivos de melhoria do cuidado dos serviços, com novas formas de integrar e resgatar o diálogo com as equipes e entre estas e os usuários, como a introdução

do acolhimento, a estrutura física integrada para as equipes, o apoio institucional e a implementação de estratégias para melhoria do atendimento.

As equipes se mostram preocupadas com o usuário, e procuram melhorar a qualidade do atendimento com novas estratégias e reconhecem que o uso dos dispositivos da PNH auxilia neste processo, mesmo que de forma deficiente e muitas vezes sem o conhecimento técnico.

A falha no diálogo entre as equipes e a gestão pode ser superada com novas formas de integração, gestão compartilhada, fortalecimento do apoio institucional e uma participação maior das equipes nas decisões sobre suas necessidades, fortalecendo o vínculo e a integração, humanizando sempre.

Nessa linha, pensamos que a Educação Permanente em Saúde, que contemple a PNH e seja trabalhada de forma intensificada, pode transformar as práticas a partir da reflexão do cotidiano do trabalho e do cuidado integral e efetivar na ABS a diretriz de compromisso com o trabalho em equipe, contribuindo para a reflexão da prática e propiciando a construção de novas formas de fazer saúde articulado com novos conhecimentos científicos.

É preciso articular as iniciativas de humanização já existentes como a Terapia Comunitária, o acolhimento com escuta qualificada, os indicadores de atendimentos e, a partir daí, propor diretrizes, traçar objetivos e definir estratégias de ação na PNH, em um constante diálogo com as especificidades das equipes, operando transversalmente.

A PNH pode e deve ser utilizada nesse processo de interrogação, as equipes devem ser fortalecidas em seus modos de cuidar e humanizar, observando suas particularidades, provocando discussões e reflexões, novos modos de cuidar, propondo modificações em seus processos de trabalho, exercendo explicitamente o direito à saúde de forma qualificada e ativa. Tudo isso gera mais indagações e propostas de estudos para o futuro, que possam contribuir com a rede de atenção e humanização e proporcionar novas experiências e trocas de conhecimentos.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z.N. (Org.) **SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011.

AYRES, J.R.C.M. Capítulo 2 - Cuidado e Humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S.F. (org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas** – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 416p. (Coleção Criança, Mulher e Saúde).

BECK, C.L.C. *et al.* **Humanização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros nos serviços de saúde de um município**. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2009 mar; 30(1):54-61.

BERENGER, M.M; ELLIOT, L.G; PARREIRA, A. **Capítulo 6 – Grupo Focal**. In: Instrumentos de avaliação e pesquisa: caminhos para construção e validação. Ligia Gomes Elliot (Org.) – Rio de Janeiro: Wak Editora, 2012.

BERG, B. L. (1998). **Qualitative Research Methods for the Social Sciences**. 3ed. MA (USA): Allyn & Bacon.

BERMEJO, J.C. **Humanizar a saúde: cuidado, relações e valores**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE – CNES. **Consulta – Tipos de Estabelecimentos**. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=25&VMun=250750. Acesso em: 22/01/14.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS – doutrinas e princípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS** – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde** – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. 208 p. – (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL (a). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 72p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL (b). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008**. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html. Acesso em: 06/04/2015.

BRASIL (c). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Trabalho e redes de saúde: valorização dos trabalhadores da saúde** – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008. 32 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **O HumanizaSUS na atenção básica** – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 40 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização: Formação e intervenção** – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 242 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS; v.1).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde - Departamento de Atenção Básica – SAS/DAB – Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa. **Consolidado das Famílias Cadastradas no ano de 2013. Segmento 03 – Distrito Sanitário III (zona urbana)**. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php. Acesso em: 21/12/2013. (Adaptado)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **e-SUS Atenção Básica : manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada : CDS** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria-Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BREHMER, L.C. de F.; VERDI, M. **Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a atenção á saúde dos usuários**. Ciência & Saúde Coletiva, 15 (Supl.3): 3569-3578, 2010.

BRITO, J. et al. O trabalho nos serviços públicos de saúde: entre a inflação e a ausência de normas. p.23-46. In: ASSUNÇÃO, A.A. (Org.). **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego** – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. 216p.

BRUSCO, A.; PINTOR, S. **Tras las huellas de Cristo médico** – Manual de Teologia pastoral sanitária. Santander: Sal Terrae, 2001, p.49.

CAMARGO, B.V. ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: MOREIRA, A.S; CAMARGO, B. V; JESUINO, J. C.; NOBREGA, S. M. (Org.). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Editora Universitária – UFPB, 2005, p.511-539.

CAPRARA, A.; FRANCO, A.L.S. Capítulo 3 - Relação Médico-paciente e humanização dos cuidados em saúde: limites, possibilidades, falácias. In: DESLANDES, S.F. (org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas** – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 416p. (Coleção Criança, Mulher e Saúde).p.85-108.

CHIESA et al. **A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde.** Cogitare Enferm. 2007 Abr-Jun; 12(2):236-40.

CORBANI, N.M. DE S.; BRÊTAS, A.C.P.; MATHEUS, M.C.C. **Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso?** Rev Bras Enferm, Brasília 2009 maio-jun; 62(3): 349-54.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata/URSS, 6-12 setembro de 1978. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Promoção da Saúde. Brasília; Ministério da Saúde, 2001.

DIAS, C.A. **Grupo Focal: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas.** 2000. (online). Disponível em: periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/ies/article/.../252. Acesso em: 20/10/2012.

DITTERICH, R.G et al. **As ferramentas de trabalho com famílias utilizadas pelas Equipes de Saúde da Família de Curitiba, PR.** Saúde e Sociedade, São Paulo, v.18, n.3, p.515-524, 2009.

DUARTE, M.L.C., NORO A. **Humanização: uma leitura a partir da compreensão dos profissionais da enfermagem.** Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2010 dez; 31(4):685-92.

EARP, M.L.S. **Capítulo 5 – Observação.** In: Instrumentos de avaliação e pesquisa: caminhos para construção e validação. Ligia Gomes Elliot (org.) – Rio de Janeiro: Wak Editora, 2012.

FIOCRUZ/Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. **Formação de Apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde** (Material de Apoio) [on-line]. Disponível em: http://www.ead.fiocruz.br/_downloads/material-740.pdf. Acesso em: 13/12/2014.

FORMOZO, G. A. **As representações sociais do cuidado de enfermagem prestado à pessoa que vive com AIDS/SIDA na perspectiva da equipe de enfermagem.** 2007. 211f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

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

GARUZI M, ACHITTI MCO, SATO CA, ROCHA SA, SPAGNUOLO RS. **Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa.** Rev Panam Salud Publica. 2014; 35(2):144–9. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v35n2/a09v35n2.pdf>. Acesso em: 12/06/2015.

GATTI, B.A. **Grupo Focal na pesquisa em ciências sociais e humanas.** Brasília: Liber-Livro Editora, 2005. 77p.

GOMES, A.M.T.; OLIVEIRA, D.C. **A auto e heteroimagem profissional do enfermeiro em saúde pública: um estudo de representações sociais.** Rev. Latino-am. Enfermagem, v.13, n.6, p.1011-8, novembro-dezembro, 2005.

GUEDES, C.R.; ROZA, M.M.R.R.; BARROS, M.E.B. **O apoio institucional na Política Nacional de Humanização: uma experiência de transformação das práticas de produção de saúde na rede de atenção básica.** Cad. Saúde Colet., 2012, Rio de Janeiro, 20 (1): 93-101.

GUIZARDI, F.L.G.; CAVALCANTI, F.O.L. **O conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional.** Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 20 [4]: 1245-1265, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n4/a10v20n4.pdf>. Acesso em: 12/06/2015.

HECKERT, A.L.C.; PASSOS, E.; BARROS, M.E.B. **An instrumental seminar: humanization of the Brazilian Unified Health System (SUS) under discussion.** Interface - Comunic., Saude, Educ., v.13, supl.1, p.493-502, 2009.

HERBERG, S.F. **Una vez más: cómo motivar a los trabajadores.** Biblioteca Harvard de Deusto "Motivación", vol.2031. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1980, p.7-18.

HIDALGO, C.G.; ABARCA, N. **Comunicación interpersonal – Programa de entrenamiento en habilidades sociales.** Santiago: Universidade Católica de Chile, 1991, p.78.

IERVOLINO, S.A.; PELICIONE, M.C.; **A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção de saúde.** Rev. Esc. Enf. USP São Paulo, v.35, n.2, p.115-21, 2001.

JUNGES, J.R. et al. **The moral vision of professionals at a primary healthcare unit and humanization.** Interface - Comunic., Saude, Educ., v.15, n.38, p.755-62, jul./set. 2011.

JUNQUEIRA, T.S. et al. **As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(5):918-928, mai. 2010.

KIND, L. **Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais.** Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 10, n. 15, p. 124-136, jun. 2004.

LACAZ, F.A.C.; SATO, L. **Humanização e qualidade do processo de trabalho em saúde.** In: DESLANDES, S.F. (org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas** – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. 416p. (Coleção Criança, Mulher e Saúde). p. 109-139.

LUCENA, A.F.; PASKULIN, L.M.G.; SOUZA, M.F.; GUTIERREZ, M.G.R. **Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos assistenciais.** Rev. esc. enferm. USP [online]. 2006, vol.40, n.2, pp. 292-298. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n2/19.pdf>. Acesso em: 12/06/2015.

MEDEIROS et al. **Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco.** Rev. salud pública. 12 (3): 402-413, 2010.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), 2011, 549p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

NAVARRO, L.M.; PENA, R.S. **A Política Nacional de Humanização como estratégia de produção coletiva das práticas em saúde**. Revista de Psicologia da UNESP 12(1), 2013. [on-line]. Disponível em: <http://www2.assis.unesp.br/revpsico/in dex.php/revista/article/viewFile/254/312>. Acesso em: 07/04/2015.

NASCIMENTO, A. R. A.; MENANDRO, P. R. M. **Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada**. Estudos e Pesquisas em Psicologia, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.72-88, 2006.

OLIVEIRA, I.C.; CUTOLO, L.R.A. **Humanização como expressão de Integralidade**. O Mundo da Saúde, São Paulo - 2012; 36(3):502-506 (on-line). Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/95/13.pdf. Acesso em: 07/04/2015.

OLIVEIRA, D.C. **Análise de Conteúdo Temático-Categorial: uma proposta de sistematização**. Rev Enfermagem UERJ, v. 16, n. 4, p. 569-76, 2008.

OLIVEIRA, D.C.; GOMES, A.M.T.; MARQUES, S.C. Análise estatística de dados textuais: alguns princípios e uma aplicação ao campo da saúde. In: MENIN, M.S.S.; SHIMIZU, A.M. (org.). **Experiências e Representação Social: questões teóricas e metodológicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.

PASCHE, D.F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, E. A. **Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2011, vol.16, n.11, pp. 4541-4548. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a27v16n11.pdf>. Acesso em: 14/01/2015.

PASCHE, D.F. **Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar**. Interface (Botucatu) [online]. 2009, vol.13, suppl.1, pp. 701-708.

PINHO, L.B.; KANTORSKI; L.P; SAEKI, T.; DUARTE, M.L.C.; SOUSA, J. **A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área**. Revista Eletrônica de Enfermagem [serial *on-line*] 2007, set-dez; 9 (3): 835-846. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a22.htm>. Acesso em: 12/12/2013.

POWELL, R.A; SINGLE, H.M. **Focus groups**. International Journal of Quality in Health Care, v. 8, n.5, p. 499 – 504, 1996.

RODRIGUES, P.H.; SANTOS, I.S. **Saúde e Cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS** – 2ed. rev. amp. São Paulo: Editora Atheneu, 2011.

SANTANA, M.L., CARMAGNANI, M.I. **Programa de Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens.** Saúde e Sociedade v.10, n.1, p.33-53, 2001.

SANTOS, E.B.; BEVILACQUA, B.D. **Integralidade e humanização: experiências locais de atenção à saúde.** Rev APS. 2012 abr-jun; 15(2): 220-226 (on-line). Disponível em: <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1441/636>. Acesso em: 01/04/2015.

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 - Comunic., Saúde, Educ., v.13, supl.1, p.603-13, 2009.

SEVERINO, A.J. **Metodologia do trabalho científico.** 23 ed. rev e atual. – São Paul: Cortez, 2007.

SHIMIZU, A.M. (Org.) **Experiência e Representação Social: questões teóricas e metodológicas.** Casa do Psicólogo: São Paulo, 2005.

SILVA, K.L.; SENA, R.R. **A formação do enfermeiro: construindo a integralidade do cuidado.** Rev. Bras. Enferm., 2006, jul-ago; 59 (4): 488-91.

SILVA, L.G.; ALVES, M.S. **O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde.** Rev. APS, v. 11, n. 1, p. 74-84, jan./mar. 2008.

SOARES, C.B.; CAMPOS, C.M.S. (Org.) **Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem** – Barueri, SP: Manole, 2013. (Série Enfermagem).

SOARES, C.C.C. Em torno do pensamento social e do conhecimento do senso comum. A aplicação da metodologia Alceste em contextos discursivos distintos. In: MOREIRA, A.S.P. et. al. (Org.). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais.** João Pessoa: UFPB/Editora Universitária, 2005. p.541-572.

SOUZA, et al. **A contribuição da terapia comunitária no processo saúde – doença.** Cogitare Enferm. 2011 Out/Dez; 16(4):682-8.

SOUZA, T.L. **Percepções dos enfermeiros da estratégia de saúde da família sobre seu processo de trabalho e sua qualidade de vida** – São Carlos: UFSCar, 2014. 121f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de São Carlos, 2014.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

TEIXEIRA, C.F., SOLLA, J.P. **Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família** [online]. Salvador: Editora EDUFBA, 2006. 237 p. Sala de aula séries, nº3. Disponível em: <http://static.scielo.org/scielobooks/f7/pdf/teixeira-9788523209209.pdf>. Acesso em: 19/01/2015.

TRAD, L.A.B. Capítulo 5 - Desafios éticos e tecnológicos do trabalho com família: reflexões em trono da estratégia de saúde da família. In: TRAD, L.A.B. (Org.) **Família Contemporânea e Saúde: significados, práticas e políticas públicas** – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, p.105-132.

TRAD, L.A.B. Capítulo 7 – Humanização do encontro com o usuário no contexto da atenção básica. In: DESLANDES, S.F. (org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas** – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. 416p. (Coleção Criança, Mulher e Saúde). p.185-203.

VIEIRA-DA-SILVA L.M. et al. **Avaliação da implantação de programa voltado para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários na rede básica. Salvador, 2005-2008.** Rev. Bras. Saúde Matern Infant, Recife, 10 (Supl. 1): S131-S143 nov, 2010.

VIANNA, W.B. **O design da pesquisa qualitativa: questões a considerar.** XIII SIMPEP - Bauru, SP, Brasil, 6 a 8 de Novembro de 2006 (Anais) – Disponível em: http://www.simpep.feb.unesp.br/anais/anais_13/artigos/555.pdf. Acesso em: 10/04/13.

VITORIA REGIS, L.F.L. **Satisfação no trabalho da enfermagem: pela construção de um conceito.** 2011. 175f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

**APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
 Departamento de Enfermagem
 Pós Graduação em Enfermagem
 Via Washington Luís, km 235 – Caixa Postal, 676
 13565-905 – São Carlos – SP - Brasil
 Fones/FAX: (16) 3351-8334
 E-mail: denf@ufscar.br



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada **A Política Nacional de Humanização: concepções de equipes de saúde da família do município de João Pessoa – PB**, desenvolvida sob a responsabilidade da professora Márcia Niituma Ogata em conjunto com a aluna **Paula Regina Tavares Vieira**, ambas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos-SP.

Você foi selecionado porque dentro do município de João Pessoa, é trabalhador do Distrito Sanitário III, inserido na Estratégia de Saúde da Família, exerce suas atividades em tempo integral em determinada USF, faz parte da equipe mínima preconizada e a sua participação não é obrigatória.

O estudo tem como objetivo geral analisar as concepções da PNH de trabalhadores das equipes de Saúde da Família, e como objetivos específicos analisar a concepção de humanização dos trabalhadores das equipes de saúde da família, a presença dos dispositivos da PNH no cotidiano de trabalho e a percepção dos trabalhadores quanto ao cuidado em saúde a partir da implementação dos dispositivos da PNH.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em discutir, sob a orientação da pesquisadora, como a Política Nacional de Humanização vem sendo implementada no serviço de saúde e se você mesmo contribui para que essa política pública se torne efetivamente transformadora do sistema de saúde do nosso país.

Você pode se sentir desconfortável em discutir com seus colegas sobre o tema proposto, por motivos como timidez, medo de falar em público etc., porém não será levada em consideração somente sua fala, mas também a de seus colegas, e por isso o grupo é formado por pessoas que já se conhecem no ambiente de trabalho.

Esperamos que se beneficie dessa pesquisa antes mesmo de ela ser terminada, pois a discussão em grupo gera troca de conhecimentos e assim você poderá conhecer mais seus colegas de serviço e desfrutar de um momento de crescimento profissional e pessoal.

A pesquisa será acompanhada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de São Carlos - SP e pela Gerência de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa – PB, e será realizada pela pesquisadora que se apresenta e poderá contar com um colaborador para auxiliar durante a coleta dos dados.

Serão prestados todos os esclarecimentos pertinentes, antes e durante o curso da pesquisa, acerca dos procedimentos a serem realizados, riscos, benefícios, possibilidades de desdobramento da discussão e você é livre para recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização ou prejuízo ao seu trabalho, não trazendo nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição proponente da pesquisa, muito menos com a Secretaria de Saúde do município de João Pessoa, tendo cunho exclusivamente científico.

Fica assegurada a garantia do sigilo e da privacidade dos sujeitos quanto aos dados envolvidos na pesquisa e as informações obtidas serão confidenciais. Os dados serão divulgados de forma a não possibilitar sua identificação. A pesquisadora utilizará letras, números ou outros sinais para identificar os participantes e locais

de coleta de dados e somente para a análise qualitativa dos dados através de *software* apropriado que não permite a identificação dos sujeitos envolvidos.

Todas as despesas com a pesquisa correrão por conta da pesquisadora, não trazendo ônus financeiro para você ou para qualquer membro das instituições envolvidas.

Caso haja dano com a pesquisa, a pesquisadora, em conjunto com as instituições cooperantes deverão ser comunicados e discutir-se-á uma forma de ressarcimento cabível ao participante que se sentir lesado.

Declaramos que o desenvolvimento desta pesquisa seguirá rigorosamente todas as exigências preconizadas pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, especialmente aquelas contidas no item IV.

Em caso de dúvidas quanto aos seus direitos ou sobre o desenvolvimento deste estudo você pode entrar em contato com a Gerência de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa no endereço: Av. Júlia Freire, s/n – Torre – João Pessoa, PB, pelo telefone: (83) 3211-6737, no endereço eletrônico: gesjp@yahoo.com.br ou ainda com o Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar, pelo telefone: (16) 3351-8110, no endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br.

Paula Regina Tavares Vieira
Enfermeira – COREN/SP nº 194.874
enfa.paularegina@gmail.com
(83) 9617-7146/ (11) 95499-8759

CONSENTIMENTO

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Estou ciente também de que receberei uma cópia deste documento. Por ser verdade, firmo o presente.

João Pessoa, _____.

Assinatura: _____

APÊNDICE B – ROTEIRO DE DISCUSSÃO PARA O GRUPO FOCAL

ROTEIRO DE DISCUSSÃO PARA O GRUPO FOCAL

Título da pesquisa de mestrado: A Política Nacional de Humanização: concepções de equipes de saúde da família do município de João Pessoa – PB

1 – Como o grupo tomou conhecimento da Política Nacional de Humanização?

2 – O grupo percebe alguma mudança no serviço de saúde com a utilização de algum dispositivo da PNH? Que tipo de mudança? Parte de quem essa mudança?

3 – Como vocês vivenciam o processo de humanização na saúde em seu ambiente de trabalho e com sua equipe de trabalho?

4 – De que forma a equipe consegue desenvolver a PNH?

5 – A equipe é consciente do processo de mudança que a PNH pode trazer para o cuidado em saúde?

6 – Quais as estratégias desenvolvidas pela equipe para aproximar o usuário do cuidado humanizado em saúde e de que forma elas estão sendo desenvolvidas?

APÊNDICE C – PERFIL DOS PARTICIPANTES

Título da pesquisa de mestrado: A Política Nacional de Humanização: concepções de equipes de saúde da família do município de João Pessoa – PB

USF n°: _____

Equipe: _____

Data: ____/____/____

PERFIL DOS PARTICIPANTES

1 – Sexo: 1) () F 2) () M **2 - Idade:** _____ **3 – Escolaridade:** 1) () Fundamental
2) () Médio
3) () Superior
4) () Pós-Graduação

4 – Função na Equipe: 1) () Enfermeiro (a)
2) () Médico (a)
3) () Dentista
4) () Agente Comunitário de Saúde
5) () Técnico/Auxiliar de Enfermagem
6) () Auxiliar Consultório Dentário
7) () Assistente Administrativo

5 – Tempo de formação: 1) () menos de 1 ano a 1 ano 11 meses
2) () 2 a 5 anos
3) () mais de 5 anos

6 – Tempo de trabalho em Saúde da Família: 1) () 1 ano a 1 ano 11 meses
2) () 2 a 5 anos
3) () mais de 5 anos

ANEXO 1 – OFÍCIO À GERÊNCIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS
Departamento de Enfermagem
Pós Graduação em Enfermagem
Via Washington Luís, km 235 – Caixa Postal, 676
13565-905 – São Carlos – SP - Brasil
Fones/FAX: (16) 3351-8334
E-mail: denf@ufscar.br



São Carlos, 20 de março de 2014.

OF. MNO 03/2014

Prezado(a) Senhor(a),

Venho por meio deste solicitar autorização para que a aluna PAULA REGINA TAVARES VIERA, mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da desenvolva a coleta dos dados referentes ao projeto de pesquisa: *A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO COMO IMPLEMENTADORA DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE: representações de Equipes de Saúde da Família do município de João Pessoa – PB.*

Considerando o importante contexto desse cenário municipal para a construção da Atenção Básica no SUS e que a proposta do estudo busca compreender como a PNH pode contribuir nessa construção, acreditamos que os resultados dessa pesquisa contribuirão para a gestão da saúde.

Agradecemos a atenção dispensada e nos colocamos à disposição para possíveis esclarecimentos que se fizerem necessários.

Sem mais para o momento, subscrevo-me.

Atenciosamente

Prof. Dra. Márcia Niituma Ogata
Prof. Associada do Departamento de Enfermagem
Programa de Pós Graduação em Enfermagem

Ilma. Sra.
Cristiane Polleto
D.D. Gerente de Educação em Saúde
Secretaria de Saúde de João Pessoa-PB.

**ANEXO 2 – TERMO DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA NO ÂMBITO
DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DE JOÃO PESSOA/PB**



**Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Gerência de Educação na Saúde – GES**

João Pessoa, 22 de maio de 2014

Processo Nº 08.494/2014

TERMO DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA


A Gerência da Educação na Saúde (GES) está de acordo com a execução do projeto “A Política Nacional de Humanização como Implementadora da Integralidade do Cuidado em Saúde: Representações de Equipes de Saúde da Família do Município de João Pessoa.”, a ser desenvolvida pela pesquisadora Paula Regina Tavares Vieira, da Instituição de Ensino Universidade Federal de São Carlos-SP, sob orientação da Márcia Niituma Ogata, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa a ser realizada em nossa Rede de Serviços.

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/2012 do CNS.

Informamos que para ter acesso a Rede de Serviços do município, fica condicionada a apresentação a esta Gerência, a Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Sem mais, subscrevo-me.

Atenciosamente,


Laysi Brito R. Ferreira
Téc. da Gerência da
Educação na Saúde

Cristiane Melo Poletto
Gerente da Educação na Saúde

ANEXO 3 – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP/UFSCar

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO COMO IMPLEMENTADORA DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE: representações de Equipes de Saúde da Família do município de João Pessoa-PB

Pesquisador: PAULA REGINA TAVARES VIEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 32403314.0.0000.5504

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 766.713

Data da Relatoria: 28/08/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa que visa investigar as representações de profissionais de equipes da Estratégia Saúde da Família acerca da política nacional de humanização como implementadora da integralidade do cuidado em saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as representações sociais da Política Nacional de Humanização de trabalhadores de equipes da Estratégia de Saúde da Família.

Objetivo Secundário:

- Identificar se os dispositivos da PNH estão presentes no cotidiano do trabalho em saúde dessas equipes;- Identificar se a PNH se constitui em estratégia para a construção da integralidade do cuidado, contribuindo para o fortalecimento da rede de saúde e profissional do município escolhido;- Analisar os dispositivos e diretrizes utilizados pelas equipes de saúde que demonstrem a PNH no ambiente de trabalho.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Telefone: (16)3351-9683

CEP: 13.565-905

Município: SAO CARLOS

E-mail: cephumanos@ufscar.br

Continuação do Parecer: 766.713

Na execução do presente estudo, serão observados e obedecidos todos os aspectos éticos preconizados pela Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde, que versa sobre a ética em pesquisa envolvendo seres humanos e materiais destes derivados. Uma vez que trabalharemos com gravações em áudio e/ou vídeo uma possibilidade de risco seria a não manutenção do sigilo e a preservação da confiabilidade dos dados. Pode haver desconforto em discutir com os colegas sobre o tema proposto, por uma série de motivos como timidez, medo de falar em público etc., porém não será levada em consideração somente a fala de um, mas também a de todos, e por isso o grupo é formado por pessoas que já tem algum tempo junto na unidade de saúde e, portanto podem ter afinidades e se conhecem no ambiente de trabalho. Caso hajam danos com a pesquisa, a pesquisadora, bem como as instituições cooperantes com a pesquisa, deverão ser comunicados e se discutirá uma forma de ressarcimento cabível ao participante que se sentir lesado.

Benefícios

Esperamos que os profissionais envolvidos se beneficiem dessa pesquisa antes mesmo de ela ser terminada, pois a discussão em grupo gera troca de conhecimentos e assim cada um poderia conhecer mais seus colegas de serviço e desfrutar de um momento de crescimento profissional e pessoal. Serão prestados todos os esclarecimentos pertinentes, antes e durante o curso da pesquisa, acerca dos procedimentos a serem realizados,

riscos, benefícios, possibilidades de desdobramento da discussão e cada participante é livre para recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização ou prejuízo ao seu trabalho. A recusa não trará nenhum prejuízo na relação com o pesquisador ou com a instituição proponente da pesquisa, muito menos com a Secretaria de Saúde do município de João Pessoa, já que não se trata de um processo realizado pela Prefeitura Municipal ou pela Secretaria Municipal de Saúde, tendo cunho exclusivamente científico.

Os riscos e benefícios estão adequadamente descritos no protocolo e no TCLE.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante, riscos e benefícios estão adequadamente descritos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido contém todas as informações necessárias aos possíveis participantes da pesquisa.

O Termo de Autorização da instituição em que serão selecionados os possíveis participantes da pesquisa está adequado.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235**Bairro:** JARDIM GUANABARA**CEP:** 13.565-905**UF:** SP**Município:** SAO CARLOS**Telefone:** (16)3351-9683**E-mail:** cephumanos@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



Continuação do Parecer: 766.713

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há lista de pendências ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO CARLOS, 27 de Agosto de 2014

Assinado por:
Ricardo Carneiro Borra
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

**ANEXO 4 – ENCAMINHAMENTO PARA INSERÇÃO NOS SERVIÇOS
PACTUADOS PARA A PESQUISA**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DISTRITO SANITÁRIO III**

João Pessoa – PB, 04 de Setembro de 2014.

Processo N° 08.494/2014

ENCAMINHAMENTO

ÀS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA,

Cumprimentando-o cordialmente, encaminhamos a pesquisadora PAULA REGINA TAVARES VIEIRA, para realização de coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado “A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO COMO IMPLEMENTADORA DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE: REPRESENTAÇÕES DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA.”, a ser realizada nas USF ÁGUA FRIA, ALDEIA SOS, BANCÁRIOS, CRISTO REL, CIDADE VERDE INTEGRADA, EUCALIPTOS, JOSÉ AMÉRICO I, JOSÉ AMÉRICO INTEGRADA, MANGABEIRA INTEGRADA, NOVA ESPERANÇA, PROSIND II E NOVA UNIÃO deste Distrito Sanitário.

Contamos com sua colaboração e agradecemos a atenção dispensada.

Atenciosamente,

MARINALVA SOUZA DE M. MIRANDA
DIRETORA TÉCNICA-DS III - SMS/JP
MATRICULA: 71111

**Direção
Distrito Sanitário III**

Ilmos. Profissionais de Saúde
Nesta