



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CAMPUS DE SOBRAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MARIA DO SOCORRO MOREIRA DE ARAUJO

**AS PRÁTICAS HUMANIZADORAS DESENVOLVIDAS EM RESPOSTA ÀS
DEMANDAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE SOBRAL**

SOBRAL-CE
2019

MARIA DO SOCORRO MOREIRA DE ARAUJO

**AS PRÁTICAS HUMANIZADORAS DESENVOLVIDAS EM RESPOSTA ÀS
DEMANDAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE SOBRAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará submetida a Qualificação como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Linha de pesquisa: Estratégias de Educação Permanente e Desenvolvimento Profissional em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Roberta Cavalcante Muniz Lira.

SOBRAL- CE

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- A69p Araujo, Maria do Socorro Moreira de.
As práticas humanizadoras desenvolvidas em resposta às demandas da Estratégia Saúde da Família de Sobral / Maria do Socorro Moreira de Araujo. – 2019.
140 f.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2019.
Orientação: Profa. Dra. Roberta Cavalcante Muniz Lira.
1. Humanização na Saúde. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Atenção Primária. 4. Política Nacional de Humanização. I. Título.

CDD 610

MARIA DO SOCORRO MOREIRA DE ARAUJO

AS PRÁTICAS HUMANIZADORAS DESENVOLVIDAS EM RESPOSTA ÀS DEMANDAS
DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE SOBRAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará submetida a Qualificação como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Linha de pesquisa: Estratégias de Educação Permanente e Desenvolvimento Profissional em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Roberta Cavalcante Muniz Lira.

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr.^a Roberta Cavalcante Muniz Lira (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^ª. Dr.^a Maristela Inês Osawa Vasconcelos
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Prof. Dr. Marcio Arthoni Souto da Rocha
Universidade Federal do Ceará (UFC)

AGRADECIMENTOS

A Deus pela dádiva da vida, pela esperança e pelo bom ânimo.

À querida Prof^a. Dr.^a Roberta Lira, pela sua disponibilidade como minha orientadora, pela gentileza e empatia dedicada a mim e a esta pesquisa.

À Prof^a. Dr.^a Eliany Nazaré Oliveira, à Prof^a. Dr.^a Maristela Inês Osawa Vasconcelos e ao Prof. Dr. Marcio Arthoni Souto da Rocha pela disponibilidade e atenção com que tiveram ao aceitarem o convite de participar da minha banca de qualificação e defesa. Sou muito grata pela gentileza e pelas valorosas contribuições.

Aos profissionais da ESF de Sobral pelo tempo dedicado a essa pesquisa.

Aos colegas do Mestrado pelo apoio e incentivo em todo o curso.

Aos meus amados pais Luiz Gonzaga e Maria de Fátima pela proteção, amor e carinho em todos os momentos.

Ao meu amado esposo Mauro, pelo cuidado e pela motivação diária nas minhas questões de estudo e trabalho.

Aos meus irmãos e sobrinhos pelo incentivo e apoio de todos os dias.

Às minhas amigas Mônica, Luciana, Lio, Cris e Pricila Rolim pelo respeito, pela admiração e confiança que depositaram em mim desde a seleção para participar do mestrado.

À Kate e Juliana Mendes por permitirem a flexibilidade de troca de horário no trabalho para que eu pudesse fazer as disciplinas do curso.

A todos que motivaram essa pesquisa.

RESUMO

A discussão sobre humanização no âmbito da saúde não é uma pauta recente. No Sistema Único de Saúde a discussão deu origem a Política Nacional de Humanização (PNH) em 2003, em um contexto de significativos avanços na saúde pública concorrendo com problemas de diversas ordens. A PNH valoriza atitudes inovadoras que contemplem o diálogo entre pacientes, profissionais e gestores, todavia, sua operacionalização ainda é um desafio. Neste estudo, o objetivo foi conhecer como a Política Nacional de Humanização tem sido efetivada na Estratégia Saúde da Família em Sobral – CE, como também compreender o conhecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família de Sobral- CE sobre esta política, identificar que ações em humanização são realizadas na Estratégia Saúde da Família Sobral – CE e verificar as dificuldades a prática das ações humanização. Para tanto, realizou-se um estudo qualitativo de abordagem exploratória. O cenário de estudo foram os CSF da sede do município de Sobral, como público alvo composto por enfermeiros e os agentes comunitários de saúde. A coleta dos dados ocorreu nos meses de setembro e outubro de 2018. As técnicas para coleta dos dados foram a entrevista semiestruturada, observação e diário de campo e, para analisá-los, lançou-se mão da técnica de Análise de Conteúdo. Os resultados evidenciam que os CSF possuem estrutura incipiente para realização de ações grupais e que desafiam o atendimento sigiloso, todavia permite o acesso dos usuários e contribui para o bem estar das pessoas naquele espaço. No que concerne ao texto da PNH, a maioria dos profissionais não conhece. As ações realizadas no CSFs que mais apresentam relação com a PNH são: o Acolhimento, as Práticas Grupais, a Roda do Quarteirão e os Conselhos Locais de Saúde. As principais dificuldades postas como desafiadoras para a efetivação da PNH dizem respeito à fragilidade do senso de equipe, a descontinuidade dos fluxos e a ausência de correponsabilização nos usuários. Conclui-se que a ESF de Sobral possui ações que favorecem a Humanização na assistência à saúde, mas a Política Nacional de Humanização ainda se apresenta como uma ferramenta que necessita ser implementada com efetividade para superar os desafios identificados e que viabilize o fortalecimento da equipe, do vínculo e da correponsabilização.

PALAVRAS-CHAVE: Humanização na Saúde. Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária. Política Nacional de Humanização.

ABSTRACT

Humanization in healthcare is not a recent agenda. In the Brazilian Unified Health System (SUS), the discussion about a humanized care gave birth to the National Humanization Policy (PNH), back in 2003, when significant advances in our public health system competed with a wide range of problems. PNH valorizes innovative attitudes considering dialogue between patients, professionals and health managers. Nonetheless, its operationalization is still challenging. In this study, our objective was to know how National Humanization Policy has been performed in Family Health Strategy in Sobral – CE, as well as to understand the knowledge of professionals about this politics, identifying which humanized practices are performed as well as what difficulties are found concerning humanization. For our purposes, we developed an exploratory qualitative study. The scenario consisted of the urban Family Health Centers (CSFs) of Sobral, and the target public was composed by nurses and community health agents. Data collection occurred in September and October, 2018. Data were collected using a semi-structured interview along with observation and field diary, with posterior Content Analysis. Results showed that the Health Centers have weak structures that challenge assistance confidentiality and do not allow group activities; however, the centers allow patients access and contribute to people's well-being. Regarding PNH text, most of the professionals do not know it. The practices performed in the CSFs that are clearly related to the PNH are: Reception, Group Activities, the Quarter Circle, and the Local Health Councils. The main defying difficulties laid involved weak sense of teamwork, flow disruption and the absence of joint responsibility by users. We concluded that the Family Health Strategy in Sobral has actions that favor humanization of health care, but the National Humanization Policy still needs to be implemented effectively, so that the challenges can be overwhelmed and the team work can be reinforced, along with social bonds and joint responsibility.

KEYWORDS: Health humanization. Family Health Strategy. Primary Care. National Humanization Policy.

LISTA DE QUADROS

1. Quadro 1 – Distribuição dos dados de identificação das produções científicas acerca da Humanização em Saúde na Atenção Primária à Saúde no período de 2012 a 2018, Sobral - CE, 2018..... 24
2. Quadro 2 - Distribuição dos CSF participantes da pesquisa, Sobral - CE, 2018..... 46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária em Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CLS	Conselho Local de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
GD	Gerenciamento Diário
GTH	Grupo de Trabalho em Humanização
HIPERDIA	Hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus
LC	Lei Complementar
NASF	Núcleo de Apoio Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PMM	Programa Mais Médicos
PNH	Política Nacional de Humanização
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SICC	Sistema Integrado de Comissão Científica
SUS	Sistema Único de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNINTA	Centro Universitário Instituto Superior de Tecnologia Aplicada
UVA	Universidade Estadual Vale do Acaraú

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	OBJETIVOS.....	21
2.1	Objetivo geral.....	21
2.2	Objetivos específicos.....	21
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	22
3.1	Estado da Questão.....	22
3.2	Atenção Primária em Saúde.....	34
3.3	Sistema Único de Saúde (SUS).....	37
3.4	Humanização em Saúde.....	39
3.5	Política Nacional de Humanização na Atenção Básica.....	41
4	METODOLOGIA.....	45
4.1	Tipo e abordagem do estudo.....	45
4.2	Cenário do estudo.....	46
4.3	Período do estudo.....	47
4.4	Participantes do estudo.....	47
4.5	Técnica para coleta de dados.....	48
4.6	Técnica para análise dos dados.....	50
4.7	Aspectos éticos e legais do estudo.....	52
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	54
5.1	Características dos participantes do estudo.....	55
5.2	Características dos cenários do estudo.....	56
5.2.1	Características do Centro de Saúde da Família COHAB II.....	57
5.2.2	Características do Centro de Saúde da Família Coelce.....	58
5.2.3	Características do Centro de Saúde da Família Alto do Cristo.....	60
5.2.4	Características do Centro de Saúde da Família Alto da Brasília.....	60
5.2.5	Características do Centro de Saúde da Família Sinhá Saboia.....	61
5.2.6	Características do Centro de Saúde da Família Junco.....	62
5.2.7	Características do Centro de Saúde da Família Aprazível.....	63
5.2.8	Características do Centro de Saúde da Família Jaibaras.....	63

5.2.9	Ambiência: respeito à privacidade.....	64
5.2.10	Ambiência: acessível para todos.....	66
5.2.11	Ambiência: espaço social para o diálogo entre gestão, profissionais e usuários.....	67
5.3	Prestígio ao documento da PNH.....	70
5.4	As práticas em Humanização.....	79
5.4.1	Acolhimento.....	79
5.4.2	Práticas grupais.....	88
5.4.3	Espaço coletivo de Gestão: trabalhadores e gestão.....	97
5.4.4	Mecanismos de participação ativa do usuário.....	99
5.5	As dificuldades.....	104
6	CONCLUSÃO.....	111
	REFERÊNCIAS.....	115
	APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE INFORMAÇÕES- ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	129
	APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO	130
	APÊNDICE C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	131
	ANEXO A- DISTRIBUIÇÃO DOS DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DAS PRODUÇÕES CIENTÍFICAS ACERCA DA HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO PERÍODO DE 2012 A 2017 PRODUZIDAS PELOS ACADÊMICOS DAS UNIVERSIDADES DE SOBRAL -CEARÁ, 2018.....	133
	ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ.....	136
	ANEXO C – PARECER DA COMISSÃO CIENTÍFICA DA SECRETARIA DE SAÚDE DE SOBRAL.....	139

1 INTRODUÇÃO

A aproximação com o presente tema surgiu antes do interesse pelo Mestrado em Saúde da Família, e procede de inquietações passadas de uma identidade sem comprometimento com o trabalho em saúde, mas que apresentava sensibilidade às manifestações no cotidiano caracterizadas pela (des)humanização. A Humanização é percebida, nesse aspecto, não somente como uma virtude necessária ao cuidado em saúde, mas genericamente às relações sociais. Apesar de ser um atributo inerente ao ser humano e que se apresenta de diversas maneiras subjetivas, é clamada primordialmente nas situações de fragilidade e vulnerabilidade do humano que nessa condição necessita da grandeza do outro, da sua “humanidade”.

As inquietações presentes no subconsciente ainda não eram nominadas, mas recorda-se de qualidades que podem ser sua definição, expressões positivas como as relações pautadas na ética, na tolerância às necessidades, ao tempo e a cultura do outro, o estímulo a reconstrução, ao envolvimento com a solidariedade do próximo, a aceitação àquilo que é imutável e o bom uso das coisas. São fatores que estão ligados à boa convivência, à ética e à honestidade, mas que também se enquadram na definição de humanização e o contrário destas, da desumanização.

O percurso da pesquisadora até esse projeto foi uma grata surpresa por não se ter até então uma história acadêmica com o tema e se construiu a partir da soma dos fatores observados no dia a dia e posteriormente no trabalho em saúde que muitas vezes provocaram preocupações com eventos que possuíam ligação com essa temática. A pesquisadora é licenciada em Ciências Biológicas e normalmente esse não seria o perfil do estudante da humanização em saúde. Como candidato de ensino superior, o profissional pode participar de seleções para trabalho que não exijam fundamentalmente formação na área do serviço, mas inicialmente o título de ensino superior. Foi por esse caminho que a pesquisadora se aproximou da saúde, ao adentrar para trabalho em função de liderança administrativa de atendimento ao cliente na Emergência de um hospital terciário.

O trabalho dentro de um hospital que busca responder de forma eficaz as necessidades dos pacientes despertou o interesse pela compreensão dos fatores que a partir da fragilidade da pessoa doente levam ao atendimento (des)humanizado e como se dá esse processo. O mestrado em Saúde da Família surgiu como interesse pela saúde e a humanização como a queixa daquele momento advinda de inquietações antigas, mas que perduram.

Este estudo busca responder questões percebidas pela pesquisadora, postas como objetivo do trabalho, e contribuir para o caminho dos profissionais e pesquisadores que optem por trilhar o caminho do trabalho em saúde. Justifica-se ainda pela necessidade de compreender a dinâmica da Atenção Primária em Saúde que proporciona ou dificulta a humanização. Pretende-se também contribuir com os estudos sobre humanização na atenção primária, sendo de útil referência para que os profissionais planejem e realizem um atendimento de qualidade.

Esse estudo se reveste de relevância ao buscar explorar os caminhos que a humanização desenha na atenção primária de Sobral sob a perspectiva dos profissionais diante do cenário contemporâneo que, de certa forma, molda as respostas e as demandas. Vive-se um tempo de transição, um tempo de crises que influenciam a política e a vida das pessoas. O aumento do desemprego, por exemplo, fruto direto da crise, pode provocar dificuldades de acesso aos serviços de saúde, problemas psicológicos, relacionamentos estressantes, descuido com doenças pré-existentes a essa condição, etc. As medidas buscadas para amenizar os efeitos desse período de regresso na economia são revestidas de insegurança em sua eficácia, visão construída a partir da falta de confiança nos líderes que promovem as políticas e regulamentam as leis (PINHEIRO, MONTEIRO, 2007).

Em diferentes contextos, os conceitos e concepções em práticas humanizadoras se direcionam, sobretudo para as dificuldades e ao que os profissionais fazem como resposta às necessidades dos usuários do sistema. O processo de humanizar o cuidado em saúde está realçado bem mais nos valores, na ética e nas relações sociais de profissional-paciente do que na presença de técnica cada vez mais aprimorada de se promover esse cuidado. Não se deve desmerecer a busca incessante da ciência pelo novo para o ser humano, mas o que se busca em todos os tempos é o prestígio objetivo pelas relações saudáveis que promovam o afeto, o compromisso, a confiança, a ética e fortaleçam os dispositivos físicos e as técnicas utilizadas (RIOS, 2009).

O debate acerca do tema humanização em saúde não é encarado como novidade, pois sempre esteve presente nas práticas e na formação médica através dos saberes humanísticos. Mais do que um biólogo, um naturalista, o médico deveria ser, essencialmente, um humanista. Todavia, no século XX esses saberes começaram a ceder espaço para as ciências modernas. Em decorrência dos grandes avanços nas ciências exatas e biológicas, a saúde foi redirecionada para esse campo e assim, as ciências humanas foram perdendo o prestígio no meio da saúde, especialmente na formação médica (GALLIAN, 2000).

No que tange a definição de humanização, ainda não há um consenso. Não obstante, o senso comum de solidariedade, bondade, gestão e ambiente profissional, educação, respeito às diferenças culturais, atenção a aspectos emocionais e relação médico-paciente permanecem e são hegemônicos na percepção acadêmica (BARBOSA *et al.*, 2014).

No cuidado em saúde, a humanização se apresenta como política transversal, acolhida por muitos profissionais que almejam qualidade no atendimento. No entanto, ainda há resistência de adesão à política. O argumento é de que a humanização é uma qualidade inerente a condição humana ou ao trabalho de quem cuida de seres humanos, sendo desnecessária uma política com princípios, diretrizes e orientações de implementação.

Ao se referir ao termo em questão, Campos (2005) menciona dois conceitos muito fortes em seu percurso como pesquisador e sanitarista: o de defesa da vida e o de Paidéia:

A defesa da vida é um ótimo critério para orientar a avaliação de políticas públicas. É também um objetivo permanente, uma meta central a ser buscada por qualquer política ou projeto de saúde. O conceito Paidéia é ainda mais radical, porque nos empurra a pensar modos e maneiras para o desenvolvimento integral dos seres humanos, sejam eles doentes, cidadãos ou trabalhadores de saúde. Sempre que falo em Humanização estou colando nesta palavra-valor o tema de defesa da vida e o de Paidéia (CAMPOS, 2005, p. 399).

A produção contínua e interativa de afetos (subjetividade, religião e arte), conhecimento (pedagogia, meios de comunicação, informática, propaganda) e o poder (políticas e modos de operar), de acordo com a Metodologia Paideia, é o processo de controle social das pessoas. Essas três dimensões são inseparáveis e atuam em conjunto no que diz respeito à formação do indivíduo, produção de conhecimento e resposta às necessidades desse grupo (LIMA, 2014). O método reconhece nas instituições as características de transversalidade e de pluralidade, em uma situação de conflito, por exemplo, não há um olhar voltado para o lado negativo ou um antagonista que deva ser eliminado, Paideia aposta na negociação de todos os fatores que tecem o conflito. Nesse mecanismo há o estímulo à constituição democrática de novas formas de se fazer trabalho e que não necessariamente se aplicam apenas a situações de confronto (CUNHA; CAMPOS, 2010).

Conforme Campos (2005) as discussões do método Paideia na saúde incidem sobre os sujeitos e as instituições, seu objetivo é contribuir em uma perspectiva crescente para o avanço da democracia e o bem-estar social, conquistas que têm relação indireta com a história da saúde

pública no Brasil.

A luta pela democracia e pelo bem-estar social no Brasil marcou a história por intensos anos de envolvimento popular. Em 1988 foi promulgada a Constituição Federal (CF) uma conquista do povo que representou um marco para a democracia e também para a saúde. Em sua redação a saúde é tida como direito de todos e dever do estado e dever do Estado, dentre outras medidas. A CF originou o Sistema Único de Saúde (SUS), instrumento de organização da saúde em defesa da vida, caracterizado pela universalidade e descentralização da saúde. (BRASIL, 2011).

O advento do SUS transformou profundamente a organização da saúde pública no Brasil. O sistema é baseado numa visão que contempla a solidariedade e a cidadania como valores primordiais para a humanidade e contrapõe à concepção de individualismo e do privado. Seus princípios foram baseados na concepção de que a saúde é direito fundamental e universal do ser humano e que o Estado quem deve provê-la e executar meios para seu planejamento, prevenção e execução (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

A descentralização, regionalização da atenção e da gestão, universalidade, equidade e controle social, princípios do SUS, são consideradas conquistas importantes para esse modelo de organização da saúde. São reconhecíveis os inúmeros os avanços no campo da saúde pública brasileira, desde a criação do SUS, exercidos especificamente ao longo das últimas duas décadas:

A ampliação de cobertura da atenção básica para mais de 73% da população, a Estratégia Saúde da Família, reforçada pelo Programa Mais Médicos; os cuidados na saúde bucal por meio do Brasil Sorridente; o programa de vacinas e medicamentos; o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu-192), Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) são alguns exemplos. O SUS oferece o maior sistema público de transplantes do mundo e um sistema público de sangue e hemoderivados extremamente seguro. Destaca-se, ainda, a reforma psiquiátrica, cuidado aos transtornos mentais e pessoas em uso abusivo de álcool e drogas em liberdade e com dignidade (REIS *et al.*, 2016, p. 122).

Todavia, os reconhecíveis avanços concorrem de forma paradoxal com problemas de diversas ordens. A fragilidade nos processos de trabalho envolvendo diferentes categorias de profissionais e usuários reflete-se na complexidade em lidar com as dimensões subjetivas e sociais do cuidado, ficando este, comprometido:

O baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe, diminui a possibilidade de um processo

crítico e comprometido com as práticas de saúde e com os usuários em suas diferentes necessidades. Há poucos dispositivos de fomento à cogestão, à valorização e à inclusão dos trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde, com forte desrespeito aos seus direitos. Um processo de gestão com tais características é acompanhado de modos de atenção baseados – grande parte das vezes – na relação queixa-conduta, automatizando-se o contato entre trabalhadores e usuários, fortalecendo um olhar sobre a doença e, sobretudo, não estabelecendo o vínculo fundamental que permite, efetivamente, a responsabilidade sanitária que constitui o ato de saúde (BRASIL, 2004, p. 5).

Nessa perspectiva de políticas e práticas paradoxais, a discussão sobre humanização emerge de forma urgente, contínua e essencial visando garantir, além do direito constitucional à saúde para todos, saúde digna com profissionais comprometidos com a ética da saúde e com a defesa da vida. No contexto do modelo biomédico hegemônico, a humanização é analisada como um conjunto de fatores que atribuem a um profissional ou serviço qualidade positiva no atendimento a outra pessoa (FERTONANI *et al.*, 2015).

Para uma compreensão analítica do debate sobre humanização, reveste-se de importância breve abordagem sobre a conjuntura atual dos processos que influenciam a saúde pública e da família.

O cenário atual está caracterizado por uma crise política mundial e transições demográficas, tendo implicações na área da saúde e em suas práticas humanizadoras.

De acordo com Bahia (2016), em lançamento do número especial da Revista Saúde em Debate editado pelo Centro Brasileiro de Estudos em Debate (CEBES): a crise atual internacional emergiu em 2008 envolvendo os países do BRICS: Brasil, Rússia, Índia e China que passaram a ter um novo ritmo de crescimento econômico e seguimento político de forma não homogênea entre essas nações.

No Brasil, a crise eclodiu de forma avultável nos campos de atuação política e se insere na área da saúde. Para a compreensão do processo de desenvolvimento do SUS e da grave crise que atravessa, duas questões revestem-se de importância diferenciada: o (crônico) subfinanciamento da saúde e a relação público e privado (REIS *et al.*, 2016).

O subfinanciamento crônico do SUS tem sido um dos principais fatores que impedem o pleno cumprimento do princípio de que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 2019, p. 61) estabelecido na Constituição Federal. Sob a ótica social dessa questão, a capacidade de superar as desigualdades locais e desvantagens referentes a acesso dos serviços depende da redistribuição dos gastos. O subfinanciamento resulta na má qualidade dos serviços prestados em

saúde, mas também restringe a possibilidade do SUS de evoluir como política social que trabalha intersetorialmente na perspectiva de reduzir as desigualdades e as exclusões sociais (ABRASCO, 2015).

O gasto em saúde corresponde a cerca de 9,7% do Produto Interno Bruto (PIB), este foi de apenas 48,2%, bem menor do que o percentual gasto em países da América Latina (como Argentina, 67,1%; Colômbia, 76%; Costa Rica, 75%; Cuba, 93%; e México, 51,7%) e comparável ao dos Estados Unidos (47,1%). Países com sistemas universais despendem mais de 70% do gasto total em saúde com seus sistemas públicos. Evidências internacionais sugerem que a universalização dos sistemas de saúde implica gastos públicos iguais ou superiores a 70% dos gastos totais em saúde, estando o Brasil mais de 20 % abaixo dessa meta (REIS *et al.*, 2016).

Acerca da relação público e privado citada, acrescente-se que o gasto privado em saúde soma cerca de 5% do PIB e ampara apenas um quarto da população brasileira, composta por pessoas com melhor padrão econômico. Neste sentido, é evidente que os planos privados de saúde ainda recebem subsídios públicos seja por meio da renúncia ou de incentivos fiscais. São recursos que deveriam estar sendo aplicados no SUS (ABRASCO, 2015).

A 15ª Conferência Nacional de Saúde acontecida no ano de 2016 com o tema “Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro”, discutiu e votou as temáticas “Financiamento do SUS e Relação Público-Privado”, sendo a seguinte diretriz aprovada:

Garantir financiamento estável e sustentável para o Sistema Único de Saúde (SUS), aprimorando o marco regulatório da Saúde Complementar, melhorando o padrão do gasto e qualificando o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos, no sentido de assegurar a qualidade da atenção e os direitos do cidadão, respeitadas a universalidade e o caráter exclusivamente público da gestão, com transparência (BRASIL, 2015, p. 8).

A crise pela qual passa o País é observada por críticas conservadoras e antidemocráticas colocando em ameaça os pilares do SUS e da democracia, como se sustenta o sistema de saúde universal e de qualidade. No entanto, historicamente o sistema capitalista passa por crises e se reestabelece como um ciclo (OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA, 2006). A crise não repercute apenas na saúde, tem relação com a dívida pública da nação e aponta soluções como a redução do investimento social e privatizações (CASTILHO; LEMOS; GOMES, 2017).

Paralelamente ao processo de reorganização do cenário político e econômico, na ótica demográfica desse panorama, a população brasileira vem passando por uma significativa

transformação, caracterizada por alterações em seu regime demográfico e estrutura etária. Os níveis e padrões de mortalidade e fecundidade de todas as regiões do País modificaram-se de forma considerável nas últimas décadas, gerando desafios e oportunidades para a sociedade (BORGES; CAMPOS; SILVA, 2015):

O processo de transição demográfica ou transição vital é uma das principais transformações pelas quais vem passando a sociedade moderna. Ele caracteriza-se pela passagem de um regime com altas taxas de mortalidade e fecundidade/natalidade para outro regime em que ambas as taxas situam-se em níveis relativamente mais baixos. Além de alterar as taxas de crescimento da população a transição demográfica acarreta uma alteração da estrutura etária, quando diminui a proporção de crianças ao mesmo tempo em que há uma elevação no percentual de idosos da população (BORGES; CAMPOS; SILVA, 2015, p. 152).

Apesar do aumento populacional, a velocidade do seu crescimento diminuiu ao longo dos anos. A população brasileira crescia aceleradamente até 1980, em cerca de 30 anos o crescimento alcançou 130%, tendo reduzido o ritmo a partir de então (MIRANDA *et al.*, 2017).

O Brasil insere-se no grupo de países que experimentou uma transição demográfica acelerada, principalmente devido à queda acentuada dos níveis de fecundidade. Isso vem provocando mudanças significativas na estrutura etária da população. O formato triangular da pirâmide populacional, com uma base larga, vem dando lugar a uma pirâmide etária típica de uma população envelhecida, com a redução da participação relativa de crianças e jovens e o aumento proporcional de adultos e idosos. O Brasil vive um período de acelerado envelhecimento demográfico, com importantes implicações para indivíduos, famílias e sociedade (BORGES; CAMPOS; SILVA, 2016).

Estima-se, então, que a população tenha diminuído e o número de pessoas idosas aumentado. Esse envelhecimento traz alguns desafios para o Estado, sobretudo no que tange às demandas para os sistemas de saúde e de seguridade social (MIRANDA *et al.*, 2016). Há de se relacionar essas questões demográficas com as políticas sociais de amparo a essa categoria de pessoas e conseqüentemente com a economia.

A transição demográfica também desafia a estruturação do sistema de saúde. A saúde como resultado do desenvolvimento sustentável, mas também como causa desse desenvolvimento. Não somente por meio da organização da rede de atenção que atenderá as demandas geradas pela nova estrutura demográfica, mas também pela realização de ações que promovam a saúde e previnam a ocorrência de doenças (MIRANDA *et al.*, 2016).

É evidente que a saúde pública passa por transições e reorganizações que se apresentam como um desafio para gestores, profissionais e usuários. Nesse contexto, ressalta-se que as conquistas da saúde no Brasil se deram por meio das lutas populares na busca pela garantia dos direitos humanos (SANTOS, 2013).

Na história do SUS, o termo humanização surgiu como destaque no relatório final da XI Conferência Nacional de Saúde no ano 2000 como prioridade, e reforçada também como direito do cidadão na XII Conferência Nacional de Saúde em 2003. Neste mesmo ano foi publicada pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH) como diretriz transversal do Sistema Único de Saúde para fortalecer diversos princípios conquistados na Constituição Federal de 1988 no campo da saúde (BRASIL, 2004).

Em seu documento base, a Política Nacional de Humanização ou HumanizaSUS apresenta a Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS. A PNH foi criada como um dispositivo de auxílio ao SUS em um momento de grandes conquistas que concorriam com diversos problemas (BRASIL, 2004).

Os princípios norteadores da PNH valorizam a dimensão subjetiva e social, estimulando compromissos com a produção de saúde e de apoiadores. Para tanto, é colocado como necessário, a atuação em rede com alta conectividade de modo cooperativo e solidário além do fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional (BRASIL, 2004).

A PNH apresenta também em seu documento base, as prioridades, estratégias e orientações para sua implementação. Há diretrizes descritas voltadas para cada nível de atenção, Atenção Básica, Urgência e Emergência e Atenção Hospitalar. Salienta-se como referência para esse estudo as Diretrizes voltadas para a atenção básica (BRASIL, 2004, p. 13):

1. Elaborar projetos de saúde individuais e coletivos para usuários e sua rede social, considerando as políticas intersetoriais e as necessidades de saúde;
2. Incentivar práticas promocionais de saúde;
3. Estabelecer 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;
4. Comprometer-se 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.

A PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si. Humanizar se traduz, então, como inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado (BRASIL, 2014).

Em 2013 a Política Nacional de Humanização completou 10 anos e o Ministério da Saúde reuniu gestores, profissionais e usuários para um momento de avaliação e balanço dos impactos da política (BRASIL, 2014).

De sua parte, a Estratégia Saúde da Família elaborada para organizar as práticas desempenhadas na atenção primária com propostas de atenção integral, prevenção e promoção da saúde, torna-se prioridade como coordenadora do cuidado e ordenadora dos encaminhamentos em rede. Nesse aspecto, compreender as práticas humanizadoras na atenção primária é tão importante quanto compreender as estratégias técnicas que direcionam o cuidado, prevenção (FRACOLLI *et al.*, 2011).

Sob a ótica atual do Sistema Único de Saúde, estudar humanização perpassa os conceitos e definições que se apegam ao que é inerente ao humano e se lança perante o que é ofertado pelo Sistema e o que demanda a oferta. Humanizar também se diz respeito aos dispositivos técnicos que auxiliam o cuidado (RIOS, 2009).

Nos estudos que se tem na Atenção Primária de Sobral ainda não se identificou ou descreveu as ações humanizadoras enfocando as demandas gerais da Atenção Básica. Esse estudo busca trazer as posições atuais sobre humanização na Atenção Primária no município de Sobral, de forma que irá contribuir com os conhecimentos que estão se formando na área da saúde no ideal de evoluir positivamente os olhares e ações sobre essa temática.

Considerando os desafios atuais da saúde pública brasileira e as evidências que sugerem a urgência e a continuidade do debate sobre humanização dos serviços como direito de cidadania, é pertinente questionar: **Como as ações dentro da Política Nacional de Humanização são desenvolvidas em resposta às demandas da Estratégia Saúde da Família em Sobral?**

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Analisar como a Política Nacional de Humanização tem sido efetivada na Estratégia Saúde da Família Sobral – CE.

2.2 Objetivos específicos

- Verificar o conhecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família de Sobral- CE sobre a Política Nacional de Humanização.
- Identificar que ações em humanização são realizadas na Estratégia Saúde da Família Sobral – CE.
- Compreender as dificuldades presentes no cotidiano das ESF que podem dificultar a prática das ações propostas pela Política Nacional de Humanização.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Estado da Questão

Com a intenção de conhecer o cenário da humanização na Atenção Básica em Sobral foi feita uma busca dos estudos desenvolvidos nos cursos de graduação e pós-graduação na área da Saúde nas bibliotecas e/ou repositórios das Instituições de Ensino Superior de Sobral. As instituições acessadas foram a Universidade Federal do Ceará - UFC, Centro Universitário Instituto Superior de Tecnologia Aplicada – UNINTA, Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA e Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia - EFSVS, as revistas locais – Formar¹ e Sanare - também foram acessadas, sendo analisados apenas os estudos recentes, de 2012 a 2018, considerados relevantes os estudos que aconteceram dentro da atenção primária. Outra ferramenta de pesquisa buscada foi o Sistema Integrado de Comissão Científica- SICC de Sobral através dos projetos submetidos à pesquisa nesse período. Os resultados são apresentados no Anexo I.

A pesquisa pelas produções bibliográficas dos acadêmicos de Sobral com Humanização na Atenção Primária foi escassa e os resultados apresentados são dos projetos que mais se aproximam dessa pesquisa que envolve: Política Nacional de Humanização, Atenção Básica e ações em humanização. No entanto é evidente a carência de pesquisas específicas nessa temática na região identificada, conjuntura que corrobora com a necessidade de estudos nessa área.

A segunda pesquisa foi na literatura científica, as produções publicadas nos últimos 5 anos e divulgadas em 15 periódicos nacionais, selecionados na área de Ciências da Saúde da Biblioteca eletrônica Scielo. Tais periódicos foram: Acta Paulista de Enfermagem, Revista de Saúde Pública, Cadernos de Saúde Coletiva, Cadernos de Saúde Pública, Ciência & Saúde Coletiva, Epidemiologia e Serviços de Saúde, Revista da Escola Anna Nery, Revista Interface, Revista Brasileira de Enfermagem, Revista da Escola de Enfermagem da USP, Revista Gaúcha de Enfermagem, Saúde e Sociedade, Saúde em Debate, Texto & Contexto Enfermagem e Physis. Esse levantamento foi realizado pelo pesquisador em cada revista, no período de interesse de 2012 a 2018, em cada artigo, sendo salvos os que se aproximavam da pesquisa. Foram excluídos durante a busca os trabalhos que trataram especificamente de Humanização no Parto, em

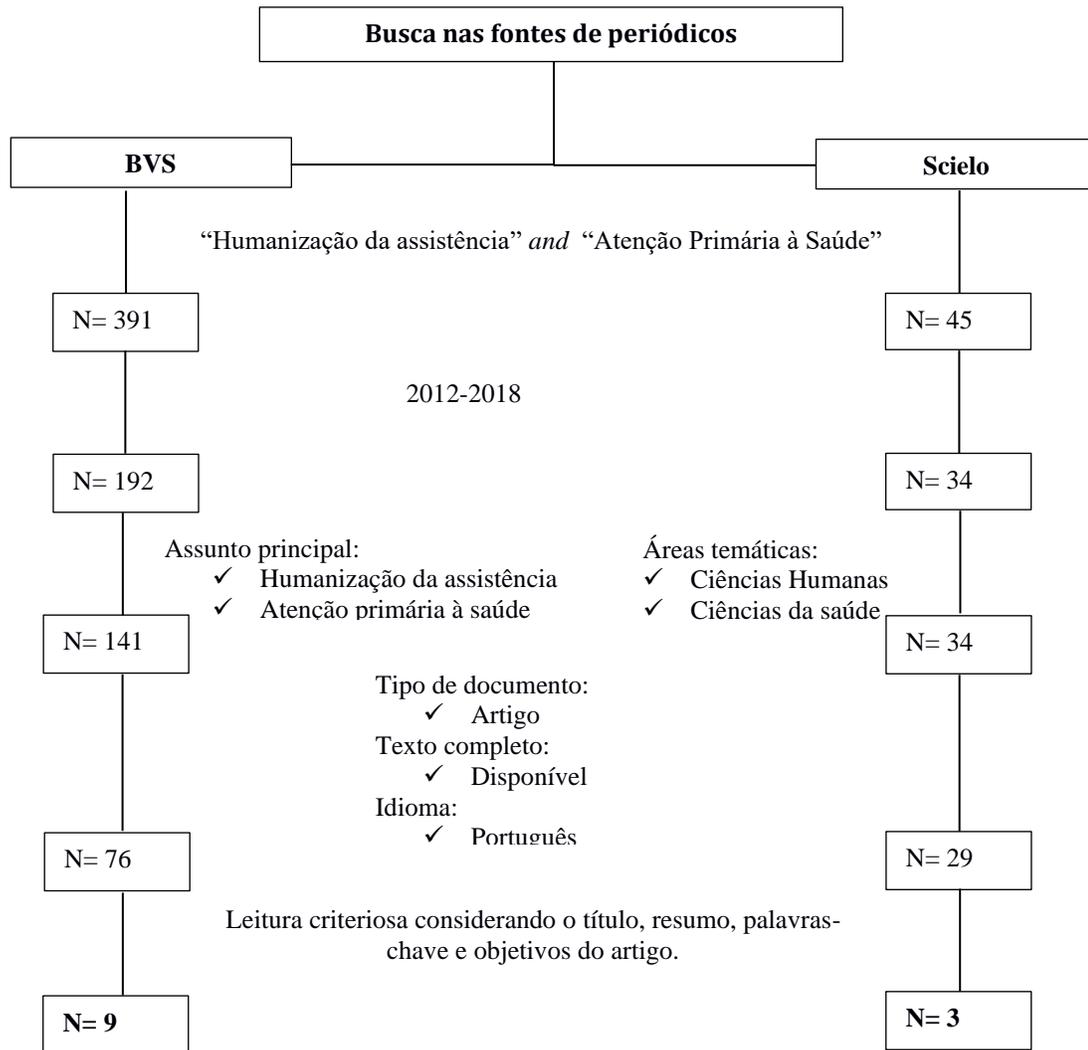
¹ Revista Formar: Revista do centro Universitário Uninta

Pediatria, Saúde Mental, internação hospitalar (atenção secundária e terciária), ambulatório e Idoso. Essa busca gerou 8 artigos que atendem aos interesses dessa pesquisa.

Por último foi feita uma pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Foram cruzados os descritores “Humanização da assistência” e “Atenção Primária à Saúde”, consultados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). O cruzamento foi feito com o operador booleano *and*. Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos disponíveis em texto completo; artigos no idioma português; artigos de humanização da assistência e atenção primária em saúde como principais assuntos; artigos disponíveis dos anos de 2012 a 2018. Foram excluídos durante a busca: toda produção duplicada, editoriais, boletins epidemiológicos, bem como estudos que não abordassem temática relevante ao alcance do objetivo da pesquisa. A figura 1 apresenta como se procedeu a consulta nessas bases de dados. Combinando os pré-requisitos da busca, foram encontrados 9 artigos na BVS e 3 no Scielo, somando-se a estes, 8 da busca por periódico. Destes 20, 18 interessaram para a pesquisa, dois foram excluídos por se repetirem nos três métodos de busca.

O quadro 1 possui as identificações dos 20 artigos incluídos para análise e descrições em relação aos aspectos: periódico, título do artigo, autores, ano de publicação, objetivos da pesquisa e principais resultados.

Figura 1- Representação gráfica da aplicação de critérios de inclusão e exclusão para a busca na BVS e no Scielo



Quadro 1 - Distribuição dos dados de identificação das produções científicas acerca da Humanização em Saúde na Atenção Primária à Saúde no período de 2012 a 2017. Sobral, Ceará, 2019.

Periódico	Artigo	Autores	Ano	Objetivos	Resultados
Saúde Sociedade	O Discurso dos Profissionais Sobre a Demanda e a Humanização	José Roque Junges; Rosângela Barbiani; Raquel Brondísia Panizzi Fernandes; Jessica Prudente; Rafaela Schaefer; Vanessa Kolling.	2012	- Conhecer as implicações da demanda sobre a humanização das práticas de atenção primária.	- A excessiva demanda e a falta de resolubilidade estão ligadas a uma compreensão das necessidades de saúde como o simples acesso à tecnologia, e do acolhimento apenas como triagem de sintomas; - Os profissionais da enfermagem reportam como uma causa da excessiva demanda o fato de que os usuários sempre querem ser atendidos pelo médico, o que pode ser explicado pela cultura da atenção criada pelo modelo biomédico no qual eles próprios se encontram quando entendem as necessidades e o acolhimento na perspectiva biomédica.
O Mundo da Saúde	Competência do enfermeiro na Atenção Básica: em foco a humanização do processo de trabalho	Lislaine Aparecida Fracolli; Danielle Freitas Alvim de Castro.	2012	- Discutir as competências que vêm sendo ensinadas no curso de graduação em enfermagem, apontando aquelas que dão suporte às práticas de humanização em saúde;	- Existe um consenso em relação ao fato de que as competências relativas à prestação de assistência com base na ética, no compromisso e na responsabilização para com a saúde dos cidadãos e com os serviços, bem como competências voltadas para a identificação de problemas e necessidades de saúde são as mais trabalhadas no ensino de graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
O Mundo da Saúde	Humanização da Atenção Primária à Saúde: Gestão em redes e governança local	Gabriela Ferreira Granja; Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli.	2012	- Fazer uma discussão sobre o papel da governança local e gestão de redes no cuidado humanizado na atenção primária.	- É fundamental o estabelecimento de uma governança compartilhada entre os pontos da rede para a obtenção de resultados satisfatórios às necessidades de saúde, em um cuidado humanizado. - É no nível local que melhor se encontram as necessidades de saúde da população e onde é possível se desenvolverem processos educativos que fortaleçam a cidadania e a inclusão dos atores no processo decisório, como verdadeiros protagonistas que devem ser.
Ciência e Saúde	Constituição de sujeitos na gestão	Carmem Emmanuely Leitão	2012	- Pesquisar e possibilidades e limites da	- Identificaram-se categorias empíricas que foram analisadas: cointencionalidade de mudança, direcionalidade política e

Coletiva	em saúde: avanços e desafios da experiência de Fortaleza (CE)	Araújo; Ricardo José Soares Pontes.		constituição de sujeitos na gestão em saúde, a partir da experiência de Fortaleza no período de 2005 a 2008; - Compreender o sentido das narrativas construídas.	conceitual, gestão humana, diminuição da hierarquia, fragmentação do processo de trabalho, concentração do poder de decisão. Sobressaíram-se reflexões sobre três políticas estratégicas: cogestão, humanização e educação permanente em saúde; - É imprescindível instituir uma gestão democrática por meio de arranjos organizacionais e métodos participativos que potencializem a inserção e o comprometimento dos atores do Sistema Único de Saúde (SUS).
O Mundo da Saúde	Repensando a Humanização do Sistema Único de Saúde à luz das Redes de Atenção à Saúde	José Roque Junges; Rosângela Barbiani.	2012	- Propor uma discussão teórica sobre a política de humanização na saúde	- O projeto terapêutico exige ser pensado como linha de cuidado que depende das interfaces com a rede de atenção. Esse novo contexto do atendimento coloca novos desafios para a humanização que não pode se reduzir à ferramenta do acolhimento, precisando incluir também o autocuidado acompanhado, dependente de respostas da rede de atenção à saúde.
Revista Brasileira de Enfermagem	Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa	Guilherme Correa Barbosa; Silmara Meneguim; Silvana Andréa Molina Lima; Vania Moreno.	2013	- Difundir os conhecimentos advindos da área da saúde coletiva; - Promover a divulgação da PNH na área da saúde.	- A necessidade de superação da concepção biologicista e valorização dos aspectos culturais dos usuários; -O processo de trabalho é marcado pela desvalorização dos trabalhadores e por usuários destituídos de seus direitos. - A formação dos profissionais de saúde está pautada em serviços de saúde em que prevalece a padronização de condutas o que dificulta atitudes inovadoras.
Escola Anna Nery	Ambiente e Humanização: retomada do discurso de Nightingale na Política Nacional de Humanização	Fernanda Duarte da Silva de Freitas; Rodrigo Nogueira da Silva; Flávia Pacheco de Araújo; Márcia de Assunção Ferreira.	2013	- Identificar os elementos constitutivos do conceito de ambiente nos documentos oficiais da Política Nacional de Humanização; - Analisar as relações entre eles e a promoção de ambiente de cuidado	- A classe lexical específica sobre o ambiente como instrumento de humanização evidenciou elementos aproximados ao conhecimento da enfermagem sobre os cuidados com o espaço físico promotor de conforto e bem estar e o acolhimento dos usuários e seus familiares.

				preconizada pela enfermagem.	
Saúde Sociedade	Perspectivas atuais de cogestão em saúde: vivências do Grupo de Trabalho de Humanização na Atenção Primária à Saúde	Anne Cristine Becchi; Adriana Lenita Meyer Albiero; Fernanda de Oliveira Pavão; Inácio de Souza Pinto; Aline Veloso de Godoi; Beatriz Caroline Dias; Eliane Cristina de Andrade Gonçalves; Rodolfo Fonseca Cavalheiro .	2013	- Relatar a experiência da criação de um Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) como dispositivo para a materialização e operacionalização de espaços de cogestão na atenção primária à saúde, baseado nos princípios da Política Nacional de Humanização.	- As reuniões do GTH e sua ampliação, intitulada de “Reunião Geral”, passaram a ser dispositivos de participação e construção coletiva na cogestão do NIS- -Pinheiros, além de conferir responsabilidade para todos os atores sociais envolvidos (trabalhadores, gestores e usuários), que passaram a participar do planejamento e organização da unidade, intervindo na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde na atenção primária.
Saúde Sociedade	Processos de trabalho na saúde pública: humanização e efetivação do Sistema Único de Saúde	Aline Morschel; Maria Elizabeth Barros de Barros.	2014	- Problematizar como a PNH tem comparecido, que questões têm sido levantadas, com quais impasses os trabalhadores se deparam em seu cotidiano do fazer-saúde, quais estratégias de enfrentamento têm sido disparadas.	- Obteve-se a problematização coletiva acerca do trabalho no contemporâneo e de importantes elementos que se presentificam no campo pesquisado.
Revista Portuguesa de Saúde Pública	Cuidado humanizado na atenção primária à saúde: demanda por serviços e atuação profissional na rede de atenção primária à saúde- Fortaleza –	Ana Paula Soares Gondim; João Tadeu de Andrade.	2014	- Analisar a visão dos usuários quanto à demanda e atuação profissional na perspectiva do cuidado humanizado nos serviços de saúde da atenção primária à saúde.	- Cuidado humanizado e satisfação do usuário estão diretamente relacionados ao acolhimento recebido por funcionários e profissionais de saúde. A perspectiva do usuário sobre a qualidade da atenção e o respeito e educação constituem fatores necessários a um relacionamento médico/paciente sensível e humano.

	Ceará, Brasil				
Revista Brasileira de enfermagem	Saberes de estudantes de enfermagem sobre a humanização	Fernanda Duarte da Silva de Freitas; Márcia de Assunção Ferreira.	2015	- Identificar os sentidos e as práticas representativas de humanização na formação do enfermeiro.	<ul style="list-style-type: none"> - Os sentidos da humanização se constroem na prática e nas disciplinas de ciências sociais e humanas; - A articulação da teoria com a prática é representativa da humanização, mas esta não se efetiva nas experiências de aprendizagem; - A atuação do professor e o trabalho em equipe são elementos que influenciam a humanização.
Saúde Debate	O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários	Adriana Santos Lopes; Rosana Lúcia Alves de Vilar; Ricardo Henrique Vieira de Melo; Raiane Caroline da Silva França.	2015	- Abordar a prática do acolhimento analisando as relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários, na Estratégia Saúde da Família.	<ul style="list-style-type: none"> - A normatização repercute nas relações de reciprocidade; - O acolhimento favorece a troca de dádivas; - Aspectos referentes à estrutura física deficiente, à demanda excessiva, à precariedade da rede de referência, à visão médico-centrada, à vulnerabilidade da população, dificultam as relações mútuas entre os sujeitos.
Caderno de Saúde Pública	Gestão democrática e práticas de apoio institucional na Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal, Brasil	Janaina Rodrigues Cardoso; Gustavo Nunes de Oliveira; Paula Giovana Furlan.	2016	- Cartografar as práticas de apoio na Atenção Primária à Saúde da Regional Administrativa do Recanto das Emas e correlacioná-las com as prioridades de saúde do Distrito Federal.	<ul style="list-style-type: none"> - Qualificação e alinhamento das ações institucionais com as prioridades da gestão; - Qualificação, humanização e melhoria dos processos de trabalho e da gestão; - Implantação de colegiados gestores; intervenção nas práticas cotidianas dos serviços da Atenção Primária.
Cadernos de Saúde Coletiva	Estratégia Saúde da Família versus centro de saúde: modalidades de serviços na percepção do usuário	Raquel Sousa Leite; Ariany Paula Medeiros Santos; Cássio de Almeida Lima; Cláudia Danyella Alves Leão Ribeiro; Maria Fernanda Santos	2016	- Compreender a percepção do usuário sobre o processo de transição das modalidades de serviços centro de saúde para Estratégia Saúde da Família (ESF).	- Houve melhoria do serviço após o advento da ESF, pois propiciou maior oferta de serviços e integralidade da assistência, configurou-se como a principal porta de entrada do sistema de saúde e valorizou a humanização em novas relações com os profissionais.

		Figueiredo Brito.			
Physis: Revista de Saúde Coletiva	Programa Articuladores da Atenção Básica: construindo humanização através do diálogo	Giovanna Cabral Doricci; Carla Guanaes-Lorenzi; Maria José Bistafa Pereira.	2016	Analisar uma das atividades técnicas dos articuladores da Atenção Básica, profissionais de um novo programa de São Paulo, a partir dos preceitos estabelecidos pela PNH e de sua interface com os estudos da Psicologia Social.	O fator central que possibilita ou não uma transformação dos contextos em que o articulador atua corresponde ao modo como essas interações se estabelecem; Ressaltam-se as potencialidades da atuação dos profissionais fortemente pautadas no diálogo.
Interface	Política HumanizaSUS: Ancorar um navio no espaço	Cátia Paranhos Martins; Cristina Amélia Luzio.	2017	- Discutir a Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS (PNH), do Ministério da Saúde, a partir das narrativas de seus apoiadores e de como compreendem a sua tarefa no Sistema Único de Saúde (SUS).	- Uma rede é produzida e aquecida por muitos anônimos, os trabalhadores do e pelo SUS.
Saúde debate	Fórum de Humanização: potente espaço para educação permanente de trabalhadores da Atenção Básica.	Naiára Casarin Elizane Medianeira Gomes Pires Lauana Borges Pedroso Jessica Vaz Lima Elenir Fedosse	2017	- Identificar e intervir sobre o conhecimento de trabalhadores da AB de um município gaúcho de médio porte, sobre a PNH. Refere-se, portanto, à intervenção realizada (Fórum Municipal de Humanização) junto aos referidos trabalhadores de saúde.	- A necessidade de realizar acolhimento; a necessidade de valorização do trabalhador de saúde; - A comunicação deficitária com a RAS foi levantada como um problema enfrentado nos serviços, que dificulta a resolutividade e leva à manutenção fragmentada do cuidado; - Uma das estratégias reconhecidas pelos trabalhadores da AB que pode ser implementada para proporcionar cuidado ampliado, com a participação ativa do usuário, foi a elaboração do PTS.
Revista Distúrbio	Impacto da	Grasiela Cristina Reis-Borges;	2018	- Identificar as principais mudanças que a PNH influenciou na ESF e na	- A PNH uma nova forma de se pensar em saúde, oferece ferramentas capazes de auxiliar nas ações e na tomada de decisão nos serviços de saúde. Concluiu-se que a ESF e a

Comunicações	Política Nacional de Humanização na Estratégia Saúde da Família e na Rede de Saúde	Edinalva Neves Nascimento; Daniel Martins Borges.		Rede de Saúde, a fim de identificar as contribuições prestadas.	Rede de Saúde passam por uma continua transformação e que a PNH contribuiu com ferramentas de trabalho, qualificando a atenção prestada ao usuário, bem como proporcionando reflexão ética, política e compartilhada entre gestores, trabalhadores e usuários.
--------------	--	--	--	---	--

No estudo de Barbosa *et al.* (2013), uma revisão integrativa a respeito dos estudos que se tem sobre a Política Nacional de Humanização e as noções dos acadêmicos de cursos na área na saúde sobre esta temática, foi discutida a incorporação dos saberes científicos no cuidado em saúde, buscando a ampliação destes para melhor conhecer a população a que se atende em seu processo de adoecimento. Nessa pesquisa, ressalta-se que há desvalorização do documento do Ministério da saúde, a Política Nacional de Humanização e indica a necessidade da incorporação das ciências humanas no currículo das profissões da saúde no objetivo de auxiliar o profissional no entendimento do processo do adoecimento do seu público alvo.

O entendimento da demanda em saúde é uma questão discutida por Junges *et al.* (2012), segundo esses autores a compreensão está ligada a resolubilidade. A fala do profissional e do paciente são ações nesse processo, compreender a real necessidade em saúde do indivíduo é complexo, passa pela dor, pela fragilidade física e esbarra numa fragilidade por carência afetiva, emocional e social. São circunstâncias que não estão na alçada das ações do profissional, mas que necessitam ser consideradas no acolhimento, nos protocolos que visam organizar o atendimento na atenção primária por ordem de quem apresenta a necessidade mais urgente, e todos anseiam por resolubilidade. A falta de resposta para as questões dos usuários na saúde, muitas vezes é encarada ou denominada como serviço de má qualidade, desumanizado, inadequado, etc.

A identificação da demanda e assim, sua resolubilidade acontece com a soma de diversos fatores. Neste aspecto Lopes *et al.* (2015) contemplam o acolhimento, uma ferramenta proposta pela PNH, como uma prática que possibilita reflexão e mudança nos modos de operar a assistência. A implementação desta prática no serviço modificou a relação usuário-profissional, havendo destaque para a recepção acolhedora, afetividade, respeito e cuidado com o outro. Fatores que potencializam o vínculo e fortalecem a possibilidade do usuário interagir com o profissional.

Fracolli e Castro (2012) abordaram as competências que têm balizado o preparo do enfermeiro para atuar na atenção básica e mostrou que a supremacia do ensino “tecnológico” está se abrindo para a importância de se resgatar o ensino que desperte o “humano”, o “solidário”, o “cuidador”. Construir competências que tornem o enfermeiro capaz de reconhecer as necessidades de saúde “do outro” e “com o outro” envolve um exercício de construção também de cidadania. Casarim (2017) elege a educação permanente como proposta de inclusão dos

trabalhadores da atenção básica na discussão e planejamento das ações visando a saúde integral e humanizada.

O relacionamento profissional pautado na sensibilidade, atenção e competência deve ser o objeto de projetos e ações institucionais na proposta de promover o cuidado humanizado. A satisfação do usuário está ligada ao atendimento/acolhimento, a avaliação positiva do serviço considera além da resolubilidade, mas o valor que se tem pelo atendimento acolhedor (GONDIM; ANDRADE, 2014).

As ferramentas de apoio no cuidado propostas pela PNH, Clínica Ampliada, Acolhimento, Grupos de Trabalho, dentre outros, auxiliam nesse processo, seus objetivos são promover o cuidado humanizado, na medida em que organizam o atendimento, promovem o protagonismo dos gestores, profissionais e usuários e possibilita a construção de vínculos entre esses. No entanto, cabe promover mais prestígio do documento da PNH pelos profissionais por meio do estudo que viabilize compreender os conceitos, as ferramentas e ações, visando capacitar os profissionais e gestores para atender a demanda e o propósito da PNH (REIS-BORGES; NASCIMENTO; BORGES, 2018).

Morschel e Barros (2014) ao abordarem a Política de Humanização e as efetivações das regulamentações do SUS, discutem sobre as dificuldades e impasses em lidar com essa política e com as dimensões subjetivas que por ventura, possam ser um entrave no trabalho humanizado. Nessa posição os autores contemplam alguns constrangimentos para o trabalhador e se anunciam em forma de precarização de contratos de trabalho, diferenciação valorativa do tipo de vínculo trabalhista dos profissionais (inclusive em um mesmo serviço), baixos salários que forcem a procura por mais uma fonte de renda. Freitas *et al.* (2013) acrescentam a ambiência e o conforto como fatores que favorece o atendimento de qualidade.

No estudo de Leite *et al.* (2016) as questões principais rodeiam as percepções dos usuários quanto à implantação da Estratégia Saúde da Família e Centro de Saúde da Família, no qual é apontado um ganho que diz respeito a humanização estar atrelada a implantação da Estratégia Saúde da Família no modelo de atenção primária em saúde. O fato se justifica pela evidência de melhoria do serviço de saúde após o advento da ESF, pois esta garante maior oferta e qualidade das ações integrais de saúde.

Barbosa *et al.* (2013), fizeram uma revisão integrativa analisando dez publicações sobre a PNH e a formação dos profissionais da saúde. Os artigos indicam a importância da incorporação

das ciências humanas no campo da saúde com relação ao processo de trabalho os artigos indicam alguns desafios a serem enfrentados, quais sejam: trabalhadores desvalorizados em seu cotidiano institucional, precarizados e baixo investimento em educação permanente.

Becchi *et al.* (2013) analisaram a relevância da cogestão nos grupos de trabalho em humanização na atenção primária. Os principais temas apresentados no GTH revelavam a rotina do processo de trabalho, a estrutura física da unidade de saúde, os recursos humanos e as relações sociais envolvidas entre os sujeitos (trabalhadores, usuários e gestores). Foi possível constatar que GTH um importante dispositivo para cogestão em saúde, envolvendo a participação dos trabalhadores no processo de gestão e organização do trabalho. As demandas na Estratégia Saúde da Família são consideradas complexas e exigem entendimento e cooperação das diferentes profissões. Nesse contexto os grupos de trabalho de humanização, espaços abertos à discussão e vivência são considerados, fator também contemplado por Doricci, Guanaes-Lorenzi e Pereira (2016).

Em Cardoso *et al.* (2016), as práticas de apoio podem aprimorar os processos de gestão democrática e contribuem para a qualificação da assistência. Trabalhar com a equipe, integrado a esta, é um elemento representativo de humanização (FREITAS; FERREIRA, 2015). Há uma rede produzida e aquecida por muitos anônimos, dentre eles os apoiadores da PNH, que mantém a saúde como dimensão de cidadania de qualquer pessoa (MARTINS; LUZIO, 2017). Dentre os apoiadores da PNH, se destaca também a Rede Humaniza SUS, um projeto que estimula a produção de saúde e cuidados, divulgando as ações e destaques positivos das práticas propostas pelos apoiadores.

Araújo e Pontes (2012), ao lidarem com essa discussão das práticas e inclusão de apoiadores à PNH, ressaltam que esses espaços de cogestão não podem por si garantir a democratização da gestão, nem o fortalecimento dos sujeitos. Torna-se também necessário intervir em outras condições de trabalho que estão diretamente relacionadas ao modelo de gestão.

Granja e Zoboli (2012) em seu trabalho trataram de discutir a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde e o trabalho em rede das equipes e serviços de saúde, dos gestores e dos usuários, de forma solidária, interativa e participativa. Para esses, a Política Nacional de Humanização, sendo eixo transversal estruturante do SUS, torna necessária a reflexão sobre gestão compartilhada e governança das Redes de Atenção à Saúde (RAS) a partir da Atenção Primária. É no nível local que melhor se encontram as necessidades de saúde da

população e onde é possível se desenvolverem processos educativos que fortaleçam a cidadania e a inclusão dos atores no processo decisório, como verdadeiros protagonistas que devem ser. Como ressaltam Junges *et al.* (2012) e Junges e Barbiani (2012) a humanização sempre esteve focada nas relações e no acolhimento, mas ela esbarra sempre na gestão, quando se consideram as dificuldades de sua efetivação na atenção básica.

3. 2 Atenção Primária em Saúde

Considerada no mundo todo como um modelo de organização em saúde a Atenção Primária em Saúde possui seu campo de ações direcionadas para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada através de, prioritariamente, atuações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades de uma população. (MATTA; MOROSINI, 2017).

De acordo com Lavras (2011), o primeiro documento a se referir a APS foi o Relatório Dawson elaborado pelo Ministério de Saúde do Reino Unido em 1920, trouxe descrições de cada nível de atenção, bem como a regionalização em saúde com base na caracterização das necessidades em saúde da população. O documento relatava três níveis principais de saúde: centros primários, centros de saúde secundários e hospital-escola, distinguidos pelo princípio da regionalização. Essas orientações e outras elencadas nesse documento foram referência para as estratégias em saúde elaboradas no mundo todo, inclusive no Brasil (MENDES, 2015).

Outro marco internacional que deu seguimento a construção da APS foi a declaração feita na Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), realizada em 1978 em Alma-Ata:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do País, do qual constitui a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de Saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978, p. 5).

Dessa declaração emergiram outros elementos que viriam a constituir a APS como se tem hoje: o saneamento básico, o estímulo à alimentação saudável, imunização, a prevenção de endemias, educação em saúde, etc. A saúde ganhou mais destaque no texto ao ser apresentada como direito humano (MENDES, 2015).

Na mesma década surgiram no Brasil diversas iniciativas visando ampliar o espectro de ações nas unidades de saúde que assistiam a população pobre e o governo tentava adaptar ações propostas pela reunião de Alma-Ata. O País enfrentava uma grave crise fiscal, decadência econômica e social, mas por outro lado geravam esperanças pela democracia e pelos direitos da população (CONILL, 2008).

As políticas passaram a propor integração dos serviços em saúde pública existentes e organizar a saúde em cada nível de competência do Estado, de forma descentralizada. Buscava-se unificar as ações em um sistema que um pouco mais tarde viria a ser o Sistema Único de Saúde. A Atenção Primária em Saúde era uma alternativa e o período se encerrou com o surgimento do PSF (Programa Saúde da Família) (RIBEIRO, 2007).

O desafio do Ministério da Saúde ao contemplar a APS no SUS foi definir as diretrizes que constituiriam o programa. Proposições surgiram em volta das necessidades da população e do envolvimento destes com os profissionais, as unidades e o território que compunham esse cenário (MENDONÇA; VASCONCELLOS; VIANA, 2008). O PSF, criado em 1994, tinha como objetivo a superação do modelo assistencial vigente. Amarraram-se as metas de construção do vínculo, de corresponsabilidade e do compromisso entre população e profissionais do serviço (FERTONANI, 2015).

O PSF estava distante das estratégias tradicionais concebidos no Ministério da Saúde, por não se tratar da atuação sobre a doença da forma como ela se enquadra pontualmente tampouco de forma vertical ou concorrente as ações cotidianas da unidade de saúde. Em caminho oposto, busca a integração organização das atividades no território em que se enquadre a unidade, com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados, mas também promover saúde, reconhecimento da comunidade, da cultura e das suas necessidades de forma a atuar nos determinantes de saúde e impactar no cuidado individual e das famílias (SOUSA; HAMANN, 2009).

Em 2006 o PSF passou a ser ESF- Estratégia Saúde da Família, implantada junto com o Pacto da Saúde elaborado em três dimensões: Pacto pela vida, em defesa do SUS e de Gestão.

Um dos objetivos do Pacto pela Saúde era fortalecer a Atenção Primária através da Estratégia Saúde da Família colocando-a como prioritária nesse nível de atenção, devendo o seu desenvolvimento considerar as especificidades regionais e locais, estabelecendo ideais de responsabilidade pela estratégia nas três esferas do governo, garantindo o financiamento, monitoramento e avaliação, ampliação e qualificação e consolidação do projeto nos municípios independente do tamanho, dentre outras recomendações (BRASIL, 2006).

De acordo com Malta *et al.* (2016) mais da metade da população brasileira está cadastrada nas unidades de saúde da família, sendo a maior proporção na área rural, refere também aumento da cobertura nos últimos cinco anos. A redução das iniquidades é apontada como uma importante dimensão alcançada pelo programa considerando as famílias de risco.

A Portaria° 2.436, de 21 de setembro de 2017 seleciona alguns princípios do SUS a serem operacionalizados pela Atenção Básica: Universalidade; Equidade; e Integralidade. Diretrizes: Regionalização e Hierarquização; Territorialização; População Adscrita; Cuidado centrado na pessoa; Resolutividade; Longitudinalidade do cuidado; Coordenação do cuidado; Ordenação da rede; e Participação da comunidade (BRASIL, 2017).

No Brasil a APS é considerada a ordenadora do SUS no combate as iniquidades, a porta de entrada e o primeiro nível de atenção. Optou-se por usar neste país a designação Atenção Básica contrapondo-se a proposta político-ideológica difundida em outras nações de que a atenção primária é seletiva e busca amparar as populações pobres, ao optar por essa designação também manteve o foco na atenção orientada inicialmente pelos preceitos destacados em Alma-Ata (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Entre as contribuições para a saúde pública no Brasil a partir do investimento na Atenção Primária em Saúde, designada Atenção Básica e executada prioritariamente através da ESF destacam-se conquistas e desafios. Como conquistas destacam-se o Programa Mais Médicos (PMM), criado em 2013 para superar o problema de provimento profissional médico, o crescimento do acesso ao exame preventivo para o controle do câncer de colo do útero, o controle da diabetes, a melhoria nos cuidados de saúde bucal, etc. Como desafios revelam-se ainda problemas de estrutura, incompletude da oferta de ações e de cuidados de saúde, mesmo contando com a disponibilidade de padrões de referência, diretrizes, metas e protocolos de trabalho (BRASIL, 2004).

Considerando o espectro das ações da Atenção Básica, as conquistas advindas da

Estratégia Saúde da Família e de sua atuação regionalizada, intersetorial e de promoção à saúde são de grande relevância na história da Reforma Sanitária. A integração de outros programas de qualificação da atenção básica e melhoria do acesso aos serviços expressam a evolução deste programa e o espaço que alcança na saúde. As iniciativas existentes que visam a enfrentar os desafios e qualificar a AB devem ser fortalecidas e outras devem ser elaboradas para o contínuo trabalho no combate às iniquidades, considerando as mudanças de comportamento da população e as necessidades de cada região (CAVALCANTI; NETO; SOUSA, 2015).

3.2 Sistema Único de Saúde (SUS)

O Sistema público de saúde foi o resultado de décadas de um movimento popular composto por intelectuais, entidades de profissionais e estudantes da sociedade civil, que se denominou Movimento da Reforma Sanitária (CARVALHO, 2013). O SUS como denominação da Reforma Sanitária, foi inspirado no sistema de saúde italiano, que por sua vez teve seu processo de mudança, do qual se originou a Lei n. 833 de 1978 sobre a *Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale* (BAHIA, 2017).

As proposições da Reforma Sanitária divulgadas antes e durante a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 foram caracterizadas pelo lema “saúde e democracia”. Um conjunto de iniciativas dos sociais foram materiais que embasaram a elaboração das diretrizes que pautariam o sistema:

A efervescência dos movimentos sociais a partir da metade da década de 1970, a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), em 1976, as experiências locais alternativas de organização de serviços de saúde, a presença de sanitaristas no planejamento de instituições de saúde e, sobretudo, o intenso debate e a apresentação de reflexões, em fóruns dos movimentos sociais e nas arenas governamentais, sobre as alternativas à hegemonia dos interesses mercantis na assistência médica previdenciária, tornaram-se os ingredientes essenciais para a elaboração das diretrizes do SUS (BAHIA, 2017, não p.).

Nos primeiros anos de 1980, no domínio institucional, surgem novos projetos em torno da saúde que tornam o tema em evidência em cenário nacional. . O Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados foi o primeiro. Esses projetos ocorreram paralelamente ao agravamento da decadência financeira da previdência. Na mesma década a crise veio a público. Além do fato de a crise econômica e o desemprego diminuir sensivelmente as receitas previdenciárias, a crise também se relacionava à ampliação da cobertura da assistência médica e

previdenciária (PAIVA E TEIXEIRA, 2014).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi marcada pela divulgação de teses e discussões políticas integradas pelos profissionais preocupados que se engajaram na discussão. O grupo era composto por médicos e outras categorias, dentre esses se destacou o sanitarista Sergio Arouca, pela posição ativista e forma democrática de pensar as instituições (BAHIA, 2017).

Até a década de 1980, a saúde possuía caráter meritocrático, característica rompida com a promulgação da Constituição de 1988, como resultado da luta popular. Tal rompimento determinou a incorporação da saúde, como direito, em uma definição de cidadania, ideia expandida naquele contexto, e que considera além dos direitos formais, uma dimensão subjetiva do bem-estar como direito de todos e definição de saúde. Nesse campo, ressalta-se a importância fundamental da saúde no seu papel reformador da constituição Brasil como cidadã. A contemplação do SUS na Constituição foi um marco que rompeu com todos os princípios e direitos que se tinha sobre saúde até então (MENICUCCI, 2014).

Os fundamentos do SUS estão expressos na seção II do capítulo II do título VIII da Constituição Federal de 1988, que trata da Seguridade Social. Essa seção estabelece: os direitos dos usuários, os deveres do estado e as diretrizes da organização do sistema; como será financiado esse sistema; a participação da iniciativa privada e de empresas de capital estrangeiro na assistência à saúde; as atribuições do sistema; e a admissão de agentes comunitários de saúde e de combate às endemias. Como definição, a saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo 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, 2019).

Diante das práticas reais o SUS apresenta desafios, que esbarram com a primazia do seu texto. Nessa perspectiva a publicação do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, ao regulamentar aspectos da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, no tocante ao planejamento da saúde, a assistência à saúde, a articulação interfederativa e a regionalização, entre outros aspectos, buscou por cumprir seu papel no aprimoramento dos processos e práticas inerentes a um novo ciclo de gestão no SUS. O decreto buscou tornar mais eficiente o atendimento, a participação entre os entes da federação e a responsabilização por parte do controle social (BRASIL, 2013b).

O Decreto nº 7.508/2011 juntamente com a Lei Complementar nº 141, de 16 de janeiro de 2012 inserem o planejamento da Saúde na centralidade da agenda da gestão, tendo como enfoque os desafios do financiamento da saúde e o controle social. A LC nº 141 de 12/2012 define os gastos em saúde, a participação mínima dos entes federados e institui as normas de avaliação, controle e fiscalização das despesas em saúde (BRASIL, 2015).

Atualmente identificam-se ainda desafios além do financiamento e que se posicionam de maneira permanente na consolidação do Sistema Único de Saúde sob a ótica dos seus princípios: a complexidade do SUS, os desafios de sua operacionalização em cada região, a fragmentação das políticas e programas de saúde, a necessidade constante de qualificação da gestão, a organização de uma rede pautada pela regionalização e hierarquia de ações e serviços de saúde e da assiduidade no controle social, (MENICUCCI, 2014).

3.4 Humanização em Saúde

Não se sabe ao certo o período em que começou a discutir ou usar o termo Humanização, contudo sabe-se que se até os dias atuais se apresenta com muitos sentidos e em setores diversos, as semelhanças que esses eventos apresentam é a qualidade de se referir a atitudes dos seres humanos. Para a Filosofia Humanização é uma palavra que encontra suas raízes no Humanismo (MORAIS, 2016).

A palavra humanismo vem do latim *humanitas* que na antiguidade romana tinha sentido pedagógico, ou seja, a educação do homem como tal (em grego, *paidéia*). Assim, dentro da visão do humanismo clássico, o homem podia ser preparado por disciplinas como poética, retórica, história, ética e política para o exercício da autonomia (MELLO, 2008).

Conforme Oliveira (2017), o humanismo considera ser humano como centro de todas as coisas. Valoriza o homem como um ser autônomo, em busca de seu desenvolvimento com liberdade e dignidade capaz e único para fazer suas próprias escolhas e definir seus objetivos para a vida, a liberdade é seu maior postulado. Desta maneira essa filosofia enaltece o homem de forma aproximá-lo do ideal narcisista e egocêntrico. No entanto, seu valor não tem fim, não cabendo restringir a filosofia a uma condição individualista do homem, considerando suas potencialidades naturais de interação social e de relacionamento.

De tal maneira os humanistas cristãos acreditavam que deviam investir no aprimoramento das pessoas e pautaram-se em um conjunto de crenças que estavam relacionadas à formação

intelectual do indivíduo, na qual o ser humano em sua essência foi criado para ser bom e a partir disso é capaz de ações gratuitas a favor da humanidade. Além disso, acreditavam numa realidade que transpassava o tempo e as pessoas, a existência de uma sociedade mais consciente, harmônica e feliz é possível (MORAIS, 2016).

O conceito de humanização é extremamente amplo podendo ser entendido por cada um, de acordo com seu grau de preparo, concepção de vida e boa vontade. O importante é que cada ator envolvido parta para a “práxis” e dê a contribuição que julgar pertinente para a humanização do sistema de saúde (MELLO, 2008).

Na saúde, a humanização encontra espaços na reflexão ético-estético-política. É uma reflexão ética porque envolve o comportamento ou iniciativa dos usuários, gestores e profissionais de saúde comprometidos e corresponsáveis. É estética porque se encontra intrínseca ao trabalho cotidiano de produção da saúde e de subjetividades dos autores desse processo. E é política porque sua práxis se origina na organização social e institucional da rede do SUS (VERDI; FILKLER; MATIAS, 2015).

O Ministério da Saúde define a humanização como o aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos. Diz respeito à mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho (BRASIL, 2004). A humanização cabe aqui como um valor à gestão e atenção do SUS, como a inclusão e a aceitação da alteridade capaz de provocar mudanças que podem, enfim, construir um Sistema Único de Saúde que tenha seus princípios realizados em sua plenitude (NAVARRO; PENA, 2013).

Para Moraes (2016) a humanização vem sendo algo essencial nas atividades dos profissionais de saúde, nos programas e projetos que envolvem ações de educação, promoção e prevenção em saúde, sendo necessário realçar a necessidade da dimensão humana no cuidado da dor e do sofrimento.

Moraes (2016) argumenta também que o ser humano pode constituir ações voltadas para a humanização que considera o outro em seus direitos, em sua dignidade, e ao mesmo tempo também é capaz de constituir ações "desumanizantes", que não identificam no ser doente seu sofrimento e poder. Percebe-se ainda que a desumanização seja realçada sempre que se relaciona a saúde diretamente à tecnologia, a interação entre o doente e o cuidador é tida como um momento desnecessário ou substituível.

A educação permanente se destaca como um instrumento de preparação e continuidade do

cuidado humanizado ao se considerar o SUS como um processo social em construção, e os profissionais de saúde importantes sujeitos desse processo (COTTA *et al.*, 2013).

A discussão que se entrava todas as vezes que toca na humanização em saúde é claramente a tentativa de institucionalizar no ser humano as ações inerentes a sua condição, ou seja, os valores nas relações sociais, tanto nas práticas que valorizam o cuidado com o usuário como nas que afetam o trabalhador, estão implícitos valores que hoje são transformados em estratégias empresariais de promoção do bem-estar nos ambientes de trabalho. Tal resgate estimula a transformação de atitudes que, posteriormente, impacta no trabalho como melhorias a partir de uma renovada motivação dos trabalhadores (NAVARRO; PENA, 2013).

O desafio da humanização se ancorar junto ao SUS como política transversal nas ações de saúde almeja que as relações de planejamento e trabalho sejam horizontais e incluam os usuários. Tratar de saúde nessa perspectiva é considerar a abordagem baseada no vínculo entre indivíduos e famílias, baseando-se nos princípios que orientam o estímulo ao comprometimento com a saúde, tornando a comunidade autora do sistema de saúde, trazendo à luz mais uma vez o princípio do SUS que mais se aproxima do poder de decisão da sociedade, o controle social (NAVARRO; PENA 2013). Além disso, como ressalta a Política Nacional de Humanização, Brasil (2004), é necessário criar espaços e condições favoráveis aos trabalhadores em saúde para que estes tenha autonomia de executar seu trabalho de maneira digna e criativa tornando-se cogestores do cuidado humanizado em saúde.

3.5 A Política Nacional de Humanização na Atenção Básica

Diante de tantos documentos e marcos importantes em defesa da efetivação do SUS, a Política Nacional de Humanização se entrelaça a Política Nacional da Atenção Básica, aos Pactos em defesa do direito à saúde, em defesa da vida e defesa da democracia como uma resposta a necessidade social de humanização na assistência e na Gestão. A Política convoca profissionais e gestores a ampliar o olhar e dedicar esforço na compreensão dos problemas de saúde que desafiam o SUS (BRASIL, 2014).

Em seu documento base, a Política Nacional de Humanização estabelece questões a serem discutidas e postas em prática para todos os níveis de atenção. Sendo de interesse para este momento levantar algumas sobre a Atenção Primária. A Atenção Primária à Saúde (APS), ou Atenção Básica (AB), fortalece o princípio do SUS que atribui a todas as pessoas o direito à

saúde. Todo cidadão brasileiro possui uma equipe de AB que lhe cuide e exerça corresponsabilização com suas necessidades de saúde singulares e coletivas. A condição física próxima da AB com os usuários do SUS atribui a APS um espaço que favorece a humanização do SUS (PESSINE, 2012).

Em seu documento base, a Política Nacional de Humanização estabelece Princípios específicos para a atenção básica:

O primeiro princípio sugere elaborar projetos de saúde individuais e coletivos para usuários e sua rede social, considerando as políticas intersetoriais e as necessidades de saúde; Da forma como a PNH se dispõe ao SUS, como Política transversal, é curioso observar nesse princípio que apesar das Políticas em Saúde serem elaboradas para objetivos específicos, essas dialogam entre si ao que diz respeito às ações de sua responsabilidade e prioridade. A própria Estratégia Saúde da Família e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família citam a criação de projetos individuais e coletivos em saúde como sendo de suas responsabilidades. O NASF como uma equipe multiprofissional com competências que interessam do ponto de vista da integralidade e da intersectorialidade e a ESF estabelecadora de vínculos, conhecedora das demandas, das necessidades em saúde são os protagonistas que caminham à frente nesse processo (BRASIL, 2009a).

A forma como as Políticas em saúde tratam dessas interligando uma a outra, estabelecendo reponsabilidades e promovendo a cogestão se coloca como uma estratégia de fortalecimento e também de promoção da saúde, o segundo princípio da PNH para a atenção básica (BRASIL, 2004).

Como terceiro princípio a PNH estabelece uma diretriz inovadora aos serviços de saúde, o acolhimento, como estratégia para otimização dos serviços, fim das filas, hierarquização dos riscos e acesso aos demais níveis do sistema. O acolhimento é um mecanismo primordial para a APS, entretanto, somente recebeu destaque nos processos de trabalho das Equipes de Saúde da Família em um passado relativamente recente (COUTINHO; BARBIERE; SANTOS, 2015), datando-se da elaboração da PNH.

O acolhimento aborda diferentes noções de condutas no primeiro atendimento em saúde, estando diretamente relacionada ao direcionamento da demanda do paciente, com objetivos deste ser atendido com qualidade, com o atendimento que necessita. Para tanto se faz necessário a

criação de espaços que otimizem fisicamente o atendimento, a dinâmica do serviço e dispositivos técnicos para o cuidado (BESTETTI, 2014).

O acolhimento, ao ampliar o acesso os usuários ao SUS, na Atenção primária à Saúde (APS), quando associado à presença de profissionais capacitados para uma escuta ativa e qualificada às suas demandas, possibilita autonomia, cidadania e a corresponsabilidade na produção do cuidado á saúde. Além disso, pode contribuir para a superação do mito de que serviços de saúde prestados pelos serviços públicos são de má qualidade e seus profissionais desqualificados (BRAZ, 2013). As dificuldades da ESF caminham lado a lado com a PNH, pelas reponsabilidades de construir vínculos, de ser a ordenadora do cuidado, de abordar a clínica ampliada. Assim, por estar perto da demanda, que se põe a necessidade de intervir nela (NORA; JUNGES, 2013)

O quarto princípio sugere a participação dos autores envolvidos na saúde na tomada de decisão ou no planejamento através da corresponsabilidade e gestão participativa. Para efetiva execução desses princípios convém adoção de métodos que promovam a participação ativas da comunidade, dos profissionais e gestores (BRASIL, 2004). Para Nora e Junges (2013), nessa temática, os serviços devem possuir espaços que favoreçam a sociabilidade, utilizados para realizar atividades de educação permanente imersas nos processos de trabalho e que privilegie o diálogo com a subjetividade do outro como o produto do trabalho em saúde.

Simões *et al.* (2007) corroboram essa ideia ao afirmar que a humanização em si requer transformação nos modos de produzir saúde, mas inicialmente da forma como se ver o usuário, de objeto passivo no contexto do seu trabalho a sujeito; da pessoa que necessita da generosidade do profissional para o sujeito de direito que compartilha de qualidades comuns e inerentes a sua condição.

A PNH como política transversal, possui o viés de intersetorialidade e de diálogo com as demais políticas, seus princípios e suas diretrizes. Enquanto núcleo, a PNH busca:

Construir metodologias de trabalho para implantação de projetos de humanização nos diversos âmbitos da rede SUS, seja por meio da concepção de dispositivos de suporte ao desenvolvimento de ações voltadas para os usuários no âmbito da atenção, seja no que concerne às condições de trabalho dos profissionais e dos modelos de gestão do processo de trabalho em saúde no âmbito da gestão, seja na contribuição nos processos de formação propondo a inclusão da PNH nos diversos âmbitos da formação em saúde; seja, ainda, na relação com a cultura, a sociedade na perspectiva do fortalecimento da participação dos cidadãos na construção de um SUS humanizado; Fortalecer, ampliar e

integrar a Rede Nacional de Humanização estruturada em dimensão presencial e eletrônica (BRASIL, 2004, p. 18)

Os projetos de humanização buscam fortalecer o SUS na Atenção Básica e nos demais níveis de atenção de forma permanente e progressiva para os profissionais e pessoas (NORA; JUNGES, 2013). As vantagens da AB para a implantação da PNH se referem à proximidade da equipe com as pessoas, ademais, as iniciativas que buscam incluir as pessoas no planejamento e nos processos de fazer saúde, colaboram para a elevação da compreensão e criticidades das pessoas sobre saúde nos aspectos individuais e coletivos, aumentando o senso de corresponsabilização e de cuidado consigo.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo e abordagem do estudo

Os estudiosos afirmam que as pesquisas que têm como objeto os seres humanos devem levar em conta suas qualidades que o diferem dos objetos e dos seres que se posicionam passivamente diante mundo, diferentemente, o homem está a observar e interpretar tudo a sua volta. Assim os estudos realizados com os seres humanos como objeto devem considerar essas diferenças em seus aspectos metodológicos (OLIVEIRA, 2017).

Esse estudo buscou identificar na observação e no diálogo respostas para questionamentos percebidos ao vivenciar circunstâncias nas relações humanas no trabalho em saúde que desafiaram as noções sobre humanização na atenção básica na ESF em Sobral - CE. A pesquisa qualitativa, do tipo exploratória foi escolhida para responder as questões do estudo por possuir preocupação com as ciências sociais, com um nível interpretação da realidade que não pode ser exposto em números. Ou seja, ela trabalha com o universo subjetivo de expressões, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um campo menos concreto das relações, dos processos e dos fenômenos. São aspectos que não podem ser limitados ou quantificados, pela sua amplitude de interpretação (MINAYO, 2014).

Enquanto apostas ético-estético-política, as ações que compreendem o espaço do trabalho em humanização não podem ser enumeradas ou limitadas a uma diretriz, justificada pela transversalidade da política que contempla a humanização no SUS e pela amplitude de possibilidades dos profissionais de projetarem estratégias de atenção de acordo com as demandas locais e pessoais (VERDI, 2015).

As características da pesquisa qualitativa são: objetivação do fenômeno; organização das ações por hierarquia a partir da descrição, compreensão, explicação, precisão das relações entre a implicância do fenômeno em espectro global e local; observância das diferenças entre o universo social e o natural; respeito ao caráter associado entre os objetivos buscados pelos investigadores, suas orientações teóricas e seus dados empíricos; busca de resultados os mais próximos da realidade possível; oposição a teoria que defende uma única abordagem de pesquisa (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

O estudo exploratório pode auxiliar a aclarar as dificuldades que possam desafiar a pesquisa. Busca-se conhecer com maior profundidade o assunto, de modo a torná-lo mais claro ou construir questões importantes para a condução da pesquisa (RAUPP; BEUREN, 2006).

Correspondendo a uma questão social, nessa pesquisa a humanização na atenção básica é uma questão que foi investigada profundamente a partir das informações coletadas com os protagonistas dessa política na prática.

4. 2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado nos Centros de Saúde da Família (CSF) da sede e dos distritos do município de Sobral, Ceará.

Situada na Região Noroeste do Ceará, a 235 quilômetros de Fortaleza, entre as águas do Rio Acaraú e a Serra da Meruoca, Sobral limita-se ao norte com os municípios de Massapê, Santana do Acaraú e Meruoca, ao sul com Santa Quitéria, Groaíras e Cariré, a leste com Itapipoca, Irauçuba e Canindé, e a oeste com os municípios de Coreaú, Mucambo e Alcântara (SOBRAL, 2017).

De acordo com o IBGE (2017), no censo de 2010, a população contabilizada da cidade foi de 188.233, mas estima-se que para o ano de 2019 a população tenha aumentado e seja de cerca de 208.935 pessoas. Em dados de saúde da cidade o IBGE relatou no censo de 2010 que taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 13.25 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 1.3 para cada 1.000 habitantes.

Atualmente, são 70 equipes de ESF, 40 equipes de saúde bucal e 07 de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). As equipes da ESF atuam em 37 Centros de Saúde da Família distribuídos em duas macroáreas administrativas e garantem uma cobertura de 96% das famílias na sede e distritos de Sobral (MESQUITA, 2017).

Das 70 equipes de saúde da família foram selecionadas 8 unidades para o estudo, sendo destas 6 da sede e 2 dos distritos. A escolha dos CSF a serem estudados foi por sorteio, pois a princípio não se pretendia estudar unidades específicas, mas àquelas que representassem por amostragem o quadro do estudo, sem tendência prévia por algum dos CSF.

Quadro 2- Distribuição dos CSF participantes da pesquisa, Sobral - CE, 2019

UNIDADE	POPULAÇÃO	TOTAL EQUIPE	TOTAL MÉDICO	TOTAL ENFERM.	TOTAL ACS	TOTAL DE PROFIS. DA UNIDADE	PARTICIP. DA PESQUISA
CSF - Jaibaras	7.617	2	2	3	20	52	1
CSF - Aprazível	5.025	2	2	2	12	53	2
CSF - Cohab II	8.199	2	2	2	15	34	2
CSF - COELCE	10.561	4	4	4	23	52	2
CSF -Alto da Brasília	6.833	2	2	4	13	37	2
CSF -Sinhá Saboia	12.350	3	3	4	20	45	2
CSF -Junco	10.783	3	3	3	22	46	3
CSF Alto do Cristo	7.051	2	2	2	12	31	2

4.3 Período do estudo

A pesquisa foi realizada no período de março de 2017 a outubro de 2019, incluindo todas as suas etapas. A coleta dos dados foi realizada nos meses de setembro e outubro de 2018.

4.4 Participantes do estudo

O público alvo incluiu os enfermeiros e os Agentes Comunitário de Saúde dos CSF's. Foi buscado pelo menos um representante profissional de cada CSF para compor o total de participantes do estudo. O critério de inclusão para participar da pesquisa foi o tempo de atuação mínimo de 6 meses naquela Unidade de saúde. Diante da equipe de profissionais enfermeiros e agentes comunitários de saúde com tempo de atuação naquele serviço superior a 6 meses, foi realizado um sorteio para escolher um representante para cada uma dessas categorias. O profissional sorteado foi convidado a voluntariamente participar da pesquisa.

A escolha dos participantes se deve ao fato de que o enfermeiro é o profissional que está frequentemente na CSF, conhece o território, a rotina e a dinâmica do serviço, interessando assim ao pesquisador conhecer esses processos. A importância da participação do Agente Comunitário de Saúde reside na importância de suas atribuições e atividades, exercida majoritariamente junto a comunidade e nas residências das famílias, estabelecendo vínculo e conhecendo as dificuldades e as vitórias do cuidado em saúde na atenção básica. O tempo de atuação de 6 meses mínimo

descrito como critério para participação da pesquisa foi colocado com objetivo de captar informações que melhor descreveriam o trabalho em saúde naquela unidade, informações essas que possivelmente um profissional que trabalha há menos de 6 meses não tenha desfrutado ainda no cotidiano.

4.5 Técnica para coleta de dados

Optou-se para essa pesquisa realizar a coleta de dados a partir de entrevista do tipo semiestruturada e da observação apoiada pelo diário de campo, também denominada de observação direta intensiva.

Na busca pela técnica que melhor coletasse os dados para responder os objetivos dessa pesquisa de humanização na atenção primária, foi conhecido que as entrevistas são fundamentais quando se precisa/deseja mapear práticas, crenças, valores e sistemas classificatórios de universos sociais específicos, mais ou menos bem delimitados, em que os conflitos e contradições não estejam claramente explicitados (DUARTE, 2004). Nessa definição, os processos que se deseja estudar nessa pesquisa corresponderam à entrevista semiestruturada.

De acordo com Boni e Quaresma (2005) na entrevista semiestruturada o roteiro pode possuir até perguntas fechadas, geralmente de identificação ou classificação, mas possui principalmente perguntas abertas, dando ao entrevistado a possibilidade de falar mais livremente sobre o tema proposto. Nesse sentido, o instrumento de coleta dos dados consistirá em três grandes perguntas abertas que correspondem ao que se quer responder aos objetivos.

O pesquisador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, mas ele o faz em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal. O entrevistador deve ficar atento para dirigir, no momento que achar oportuno, a discussão para o assunto que o interessa fazendo perguntas adicionais para elucidar questões que não ficaram claras ou ajudar a recompor o contexto da entrevista, caso o informante tenha “fugido” ao tema ou tenha dificuldades com ele (BONI; QUARESMA, 2005).

Então, as três perguntas elaboradas previamente para a entrevista, deram lugar a um discurso maior do participante, uma vez que o pesquisador propôs outras questões ligadas à pergunta inicial, buscando o máximo de informações e aprofundamento na questão.

A observação foi um recurso utilizado durante as entrevistas apoiado pelo registro cuidadoso no diário de campo. Considerou-se a observação de especial importância somada à entrevista, pois além do diálogo falado foi possível constatar comportamentos que têm relação

com o posicionamento dos profissionais em relação aos seus processos de trabalho, à equipe e às outras pessoas que lhes apresentam uma demanda. Informações que não seriam coletadas apenas com a transcrição dos áudios posteriormente (PRODANOVA; FREITAS, 2013).

O diário de campo em um primeiro momento pode apresenta-se como menos importante que a entrevista, todavia o registro das informações toma grande relevância em fase posterior, de leitura, possibilitando a imersão do pesquisador no contexto na realidade estudada, transformando as informações em dados de grande esmero permitindo uma interlocução mais eficiente (ZANELLI, 2002). A observação feita no primeiro CSF foi de grande relevância para inspirar uma sistematização das notas apropriadas ao estudo a serem averiguadas nas unidades seguintes (ZANELLI, 2002).

Conforme Polit e Beck (2001) a observação passa a ser uma técnica a partir do momento em que ocorre definição dos objetivos e das questões a serem investigadas durante a coleta de dados, Todavia, os autores afirmam que a técnica está presente em todas as etapas da pesquisa, desde a formulação de hipóteses, a definição dos objetivos, a coleta dos dados até o processo de interpretação e inferência.

Os registros no diário de campo necessitam serem densos, explorando as regras de convívio das pessoas, os gestos, olhares, características físicas dos espaços detalhadamente para que posteriormente a releitura do evento que ficou no passado, possibilite interpretar as características de um conjunto de palavras que serão os dados da pesquisa (GEERTZ, 2008).

O diário de campo acompanhou a pesquisadora em toda a coleta de dados. Ao admitir que a pesquisa pode tomar outros rumos durante o percurso, o diário de campo é a ferramenta que auxiliará a lembrar o trajeto e a requalificar as informações em novas estratégias de metodologia (GEERTZ, 2008).

O diário de campo é um recurso considerado relevante nas técnicas de pesquisa por sua qualidade menos invasiva do que uma intervenção ou uma entrevista. Todavia a observação aliada ao diário de campo auxilia a entrevista, na medida em que possibilita identificar possíveis mudanças no cenário do estudo ou da discussão e formular novas perguntas que respondam ao recente questionamento (BARTELMÉBS, 2019).

Conforme Zambello *et al.* (2018), o método da observação requer do pesquisador estar sempre atento, além de ver e ouvir, buscar investigar detalhadamente as circunstâncias e sujeitos que se deseja estudar, tendo a possibilidade de descobrir referentes que não estão claros na

abordagem por outras técnicas, de maneira ímpar.

Todavia, essa técnica possui limitações que dizem respeito a possível falta de objetividade sobre o que buscar como fator de enumeração/presença/ausência e da dificuldade de prever as situações que impactariam na conclusão do estudo (PRODANOVA; FREITAS, 2013).

4.6 Técnica para análise dos dados

Optou-se analisar os dados coletados a partir da Observação, Diário de campo e da Entrevista semiestruturada, conforme a Técnica da Análise de Conteúdo, recurso privilegiado nos estudos qualitativos (ZANELLI, 2002) e clássico na análise de materiais textuais (FLICK, 2009).

A escolha dessa técnica se deu por ter aderência ao perfil da pesquisa em duas funções: identificar respostas para um questionamento feito previamente ou investigar se uma afirmação ou hipótese se confirmam e interpretar além dos conteúdos expressos os sentidos que não se revelam no conteúdo escrito do material, que se encontra subentendido no que está comunicado (MINAYO, 2014).

Bardin (2001) descreve o interesse da Análise de Conteúdo como à Linguística, ambas têm como objeto de estudo o comunicado, no contraste de que esta se estima pela linguagem e os sentidos deixados pela semântica, enquanto a Análise de Conteúdo pela palavra e seus sentidos a partir da observação das circunstâncias em que foram expressas, praticadas e as características do emissor.

Campos (2004) corrobora com as ideias de Bardin sobre prática da Análise de Conteúdo com o uso da linguística tradicional e da hermenêutica, como sentido das palavras:

Se o caminho escolhido voltasse para o domínio da linguística tradicional, a análise de conteúdo abarcará os métodos lógicos estéticos, onde se busca os aspectos formais típicos do autor ou texto. Nesse território, o estudo dos efeitos do sentido, da retórica (estilo formal), da língua e da palavra, invariavelmente evolui, na linguística moderna, para a “análise de discurso”. No outro lado, sob a fronteira da hermenêutica, os métodos são puramente semânticos, subdividindo-se em métodos psicológico-semânticos, que pesquisam as conotações que formam o campo semântico de uma imagem ou de um enunciado, e em métodos semânticos estruturais, que se aplicam a universos (CAMPOS, 2004, p. 612).

Encaminhada pela Técnica, a análise dos dados procedeu-se em três fases. A primeira ou Pré-análise ocorreu com o primeiro contato com o texto depois de transcrito. Foi necessário resgatar os objetivos da pesquisa e retomar ao texto fazendo a leitura flutuante, concentrando-se no diálogo exaustivamente, sem apego a técnicas específicas para essa fase. Os trechos e palavras que despertaram interesse foram grifados e as primeiras impressões registradas para posterior

aplicação (MINAYO, 2014).

Nessa fase inicial segundo Bardin (2001), a escolha dos textos que farão parte do corpo de análise precisa passar por algumas regras: a exaustividade, que nenhum material coletado seja deixado de lado; a homogeneidade, para os textos sejam agrupados conforme o tema para que seja possível fazer comparações; e pertinência, que estabelece que os documentos de interesse guardem relação com os objetivos da análise.

Na segunda fase denominada por Bardin (2001) de Exploração do material, os primeiros registros e observações feitas anteriormente foram aplicados e elencados em categorias que emergiram a partir da leitura aprofundada das transcrições e do confronto contínuo das questões da entrevista e dos objetivos, conferindo presença ou ausência de um referente esperado. Para a articulação necessária dos dados, foi retomada a leitura várias vezes. Sendo esta a fase mais longa (MINAYO, 2014).

Castro, Abs e Sarriera (2011) discutindo sobre essa fase, buscaram distinguir as pesquisas qualitativas das quantitativas. Enquanto esta utiliza a enumeração/presença/ausência de determinado fator de interesse do estudo pela regra da frequência, repetição ou contagem dos referentes textuais, a pesquisa qualitativa, metodologia do presente estudo, considerou o entendimento dos significados presentes intrinsecamente nos grupos de palavras para fazer as inferências.

A terceira fase procedeu-se com o Tratamento dos dados obtidos e Interpretação. Os dados foram condensados e analisados de forma crítica, tomando por referência as diretrizes da PNH para a Atenção Básica, as principais ideias de autores que trabalharam essa temática em outros estudos. Nesta fase duas dimensões se destacam por permitir a organização da exposição dos resultados: a codificação e a categorização (BARDIN, 2001).

Segundo Bardin (2001), o processo de transformar dados brutos em uma representação passível de auxiliar o analista na escolha dos referentes que constarão no índice é a codificação, realizada através de etapas: recorte, separação de trechos, frases ou palavras que indicam relevância; posteriormente, a enumeração ou contagem, de quantas vezes o trecho, frase ou palavra se repetem no texto; e por último, a classificação e agregação, quando o analista constrói as categorias.

Na categorização, Bardin(2001) a subdivide em inventário, processo de separação dos elementos de interesse e, a classificação, quando o pesquisador se utiliza de critérios previamente

definidos para organizar os referentes de relevância para exposição e analogia.

Conforme Flick (2009), o processo de codificação e categorização é a etapa mais indicada para pesquisas como entrevistas e observação, mas não é uma etapa exclusiva da Análise de Conteúdo, pois não está amarrado a um método específico de coleta.

Na construção das ideias interpretadas, houve especial atenção na relação a estabelecer entre as categorias extraídas do texto e as conclusões relativas, amarrando as reflexões às questões da entrevista semiestruturada e às impressões feitas na observação (CASTRO; ABS; SARRIERA, 2011).

4.7 Aspectos éticos e legais do estudo

Essa pesquisa atendeu os fundamentos éticos, legais e científicos pertinentes, de acordo com a Resolução N° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde – MS (BRASIL, 2012).

Todos os participantes foram esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que o estudo pudesse lhes acarretar, na medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades, garantindo seu consentimento livre e esclarecido (BRASIL, 2012). Os riscos percebidos neste estudo foram os possíveis incômodos e desconfortos para os participantes em virtude de serem convidados a conversar sobre questões subjetivas do seu trabalho que estão relacionadas ao atendimento em saúde, podendo o participante se sentir receoso de expor alguma situação que não agrada a si mesmo ou aos seus colegas de trabalho. No entanto, ao fazer o convite para conversar sobre essa pesquisa, serão feitos todos os esclarecimentos necessários, informando inclusive os benefícios dessa pesquisa de servir como base científica para os profissionais, gestores e estudantes em saúde, na perspectiva de estimular melhores condições de saúde aos usuários e trabalhadores.

Em conformidade com a norma, a pesquisa procedeu-se com consentimento livre e esclarecido dos participantes, através do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B), para que a liberdade de escolha em participar ou não da pesquisa fosse respeitada e registrada. As informações a respeito da relevância da pesquisa ou quaisquer informações que os participantes desejassem saber, foram esclarecidas, sendo o termo assinado de acordo com a vontade da pessoa participar da pesquisa.

Foram respeitados os princípios da Bioética que se diz respeito Beneficência, do estudo trazer benefícios à ciência e reduzir os riscos. O princípio da Não Maleficência, prevendo a necessária garantia à integridade física e moral do paciente. Reconhecendo, como todos os princípios da Bioética, a dignidade humana. Foi atendido também o princípio da Autonomia, que estabelece que a vontade do paciente deve ser respeitada em detrimento da opinião ou vontade de quem quer seja. Portanto, é direito do paciente ser cientificado de todo e qualquer tratamento a ser ministrado, bem assim seus possíveis riscos e sequelas, sempre se resguardando ao direito de recusá-lo. Por fim, o princípio da Justiça também será considerado da forma que a saúde deve ser garantida com acesso universal de forma justa sem qualquer distinção de qualquer natureza, sendo indiferente sua condição social e/ou econômica.

A pesquisa foi enviada para análise e autorização da Comissão Científica da Secretaria da Saúde de Sobral, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), sob o número 2.796.570.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa serão apresentados e discutidos nesta seção respondendo os objetivos formulados inicialmente como finalidade deste trabalho. Para isto, esta apresentação foi dividida em cinco seções:

Na primeira seção são apresentadas as características dos participantes da pesquisa, profissionais da ESF de Sobral. Alguns profissionais sinalizaram que atuavam há pouco tempo naquele CSF, cerca de dois meses, mas que eram membros da ESF de Sobral há mais tempo, atuando em outras unidades. Esse remanejamento dos profissionais ocorreu em decorrência de processo seletivo recente para Gerentes, e alguns funcionários foram realocados de uma unidade para outra para suprir a demanda. Portanto, considerou-se mais razoável apresentar os profissionais como um grupo componente da ESF de Sobral em vez de subdividi-los por CSF. As informações desta seção envolvem aspectos profissionais e pessoais do entrevistado e foram requisitados na entrevista no campo dos “Dados de Identificação” do instrumento utilizado.

Na segunda seção são apreciadas as características dos CSF, unidades físicas onde foi realizada a pesquisa e de onde parte o material para discussão. Essa seção é subdivida em nove tópicos, oito relativos aos CSF e um à discussão das exposições feitas. Buscou-se retratar as características que figuraram na estrutura da unidade e as características observadas, que se apresentam tão expressivas considerando o contexto que está sendo estudado. A Observação e o Diário de campo foram as técnicas utilizadas para coletar esses dados.

Na terceira seção são apresentados e discutidos os conhecimentos dos profissionais sobre a PNH: se conhecem a PNH, de onde veio esse conhecimento e como compreendem essa política no trabalho em saúde.

Na quarta seção são apresentadas as respostas que os entrevistados apresentaram para o questionamento sobre as ações realizadas na unidade que mais se aproximam com a Humanização na saúde. As ações descritas nessa seção estão relacionadas à forma como esses profissionais notam a humanização no contexto das suas atividades e essas são comparadas, posteriormente, na discussão às ações consideradas humanizadoras pela PNH.

Na quinta seção são discutidas as dificuldades argumentadas pelos entrevistados que interferem ou afastam as ações em humanização na vivência do trabalho de cada um.

5.1 Características dos Participantes do Estudo

As categorias de profissionais da ESF participantes do estudo foram: Enfermeiro (E) e Agente Comunitário de Saúde (ACS), perfazendo um total de dezesseis profissionais em oito CSF. Para cada unidade de saúde incluída no estudo participou um enfermeiro e um ACS. Contrário a essa regra, duas unidades tiveram participação com números diferentes: CSF do Junco, onde participaram dois enfermeiros e um ACS; CSF de Jaibaras, onde apenas um ACS participou do estudo e não houve participação do profissional enfermeiro. No CSF no Junco o diálogo com o primeiro enfermeiro não foi produtivo, sendo insuficiente para uma análise que atendesse os objetivos da pesquisa, motivo pelo qual houve inclusão de um participante a mais. No CSF de Jaibaras, distrito de Sobral, houve dificuldade de agendamento de visita à unidade para a entrevista e quando agendado não houve sucesso pelos motivos de agenda dos profissionais, falta de empatia com a pesquisa e descompromisso com o agendamento prévio. Sendo assim, a condução da pesquisa naquela unidade se deu a partir da pesquisa observacional registrada e as informações coletadas com um ACS.

Sobre o perfil dos profissionais entrevistados, as informações referentes à faixa etária e sexo, os contrastes são apresentados em valores percentuais na Tabela 1. No grupo de enfermeiros entrevistados, prevalece o sexo feminino, apenas um representante desta categoria é do sexo masculino. Os ACS também se configuraram como maioria feminina, e em menor escala, três ACS masculinos. A idade dos Enfermeiros varia em idade mínima de 26 anos e idade máxima de 47 anos. OS ACS apresentaram uma variação um pouco maior, de 27 anos a 58 anos.

Tabela 1- Informações dos participantes do estudo, Sobral – Ceará, 2018.

CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO						
	FAIXA ETÁRIA				SEXO	
	25 - 34	35 - 44	45 - 54	54 - 65	M	F
PROFISSIONAL	N - %					
Enfermeiro	6 - 75%	1 - 12,5%	1 - 12,5%	0 - 0%	1 - 12,5%	7 - 87,5%
ACS	4 - 50%	3 - 37,5%	0 - 0%	1 - 12,5%	3 - 37,5%	5 - 62,5%
Total	10 - 62,5%	4 - 25%	1 - 6,25%	1 - 6,25%	4 - 25%	12 - 75%

Na Tabela 2 constam as informações em valores percentuais referentes aos contratos de trabalhos dos participantes da pesquisa. Sobre o tempo de permanência na unidade, constatou-se a característica de rotatividade nos cenários de trabalho dos enfermeiros, particularidade não existente nos ACS, pois todos os ACS entrevistados relataram estar na mesma unidade desde o início da lotação no cargo. No que concerne ao tempo de atuação na ESF de Sobral, o período dos enfermeiros varia de um ano e quatro meses a dezesseis anos, estando todos em situação contratual de cargo comissionado. O período relativo ao tempo de atuação dos ACS é de um ano e quatro meses a quinze anos de profissão. Esses profissionais são servidores público municipais.

O salário dos enfermeiros está na faixa de 2.000,00 a 3.000,00 reais. Para esses, é um valor considerado insuficiente considerando o trabalho e funções em outras unidades que recebem remuneração superior. A maioria desses profissionais trabalha apenas na ESF, enquanto dois possuem outro emprego, um em um hospital terciário e outro como coordenador de estágio em uma unidade de cursos técnicos na área da saúde.

A remuneração do ACS é de aproximadamente 1.200 reais, valor considerado baixo tendo em vista a amplitude de funções atribuídas a essa categoria. Os profissionais relataram que o trabalho excede 40h semanais, carga horária estipulada para o cargo. Esse fato se justifica pelo vínculo estabelecido e muitas vezes não compreendido por grande parte das famílias, conforme relatado de um entrevistado: “A gente é procurado 24h por dia, dia santo, final de semana e feriado... a gente não tem sossego” (ACS 5). Desses profissionais, apenas um possui um segundo emprego, sem vínculo empregatício.

Tabela 2- informações sobre contrato de trabalho dos profissionais - Enfermeiro e ACS da ESF, Sobral, CE, 2018.

	CONTRATAÇÃO		TEMPO DE ATUAÇÃO NA ESF (ANOS)			FAIXA SALARIAL (R\$)	
	Concurso	Cargo comissionado	1 a 2	2 a 10	10 a 20	1.100 a 1.500	2.500 a 3.000
PROFISSI.	N - %	N - %	N - %	N - %	N - %	N - %	N - %
Enfermeiro	-	8 - 100%	2 - 25%	4 - 50%	2 - 25%	-	8 - 100%
ACS	8 - 100%	-	6 - 75%	1 - 12,5%	1 - 12,5%	8 - 100%	-
Total	8 - 50%	8 - 50%	8 - 50%	5 -31,25%	3 - 18,75%	8 - 50%	8 - 50%

5.2 Características dos cenários do estudo

As informações apresentadas nesta etapa, conforme relatado anteriormente, decorrem da Observação e do Diário de Campo, técnicas de coleta empregadas, além das falas dos profissionais durante as entrevistas.

As características estão destacadas em oito subseções e revelam como se conduziram em um aspecto geral a coleta de informações e as características que compuseram o cenário do estudo por meio da observação nas unidades visitadas e participantes. São agregadas nessa categoria as informações possíveis de análise e relação com a fala dos entrevistados, separadas por CSF. Não foram colocadas nessa etapa informações específicas relacionadas ao número de profissionais e salas das unidades, pois se considerou importante para a finalidade do estudo as características funcionais de uma forma geral e subjetiva.

Diante das características descritas, observando-as à luz das orientações da PNH, serão analisadas e discutidas a cerca de três categorias emergidas nos resultados:

- **Ambiência:** respeito à privacidade;
- **Ambiência:** acessível para todos;
- **Ambiência:** espaço social do diálogo entre gestão, profissionais e usuários.

5.2.1 Características do Centro de Saúde da Família COHAB II

As visitas nos CSF foram precedidas de contato telefônico com o Gerente da unidade para agendamento da visita na disponibilidade dos profissionais. Nessa unidade a coleta de informações se deu em uma única visita. As entrevistas foram, após autorizações, captadas por gravador de voz.

No aspecto da estrutura física, esse estabelecimento possui instalações relativamente novas, pisos e paredes limpos, cores claras, aparência de infraestrutura nova e bem conservada. Boa parte da iluminação é natural, adequada à necessidade do atendimento durante o dia e não há desconforto aparente. Há dois banheiros para os usuários masculino e feminino e outro adaptado para usuários com dificuldade de mobilidade física.

O primeiro contato com um profissional ocorreu na entrada da unidade com um porteiro, que atendeu bem e direcionou corretamente a demanda da visita. Logo na entrada da unidade de saúde há uma recepção onde se localiza o SAME- Serviço de Arquivo Médico e Estatística, local onde a maioria dos usuários busca informação, a Sala de Vacinas e a porta que dá acesso a outras subdivisões da unidade: consultórios, banheiros, sala de farmácia, sala da gerência, etc.

Na recepção há um profissional destacado com uma bata azul e escrito na parte de trás a frase “Posso ajudar?” Esse local, apesar de pequeno, possui boa ambiência, instalações disponíveis para o público, cadeiras suficientes e limpas. No alto da parede, em local visível há um quadro com o nome do CSF, o horário e os dias de atendimento e os serviços disponíveis em uma unidade de Atenção Básica, como: vacinação, renovação de receita, coleta de exames, consulta médica, pré-natal, etc.

Nesse local chama atenção um dispositivo *tablet* para avaliação do atendimento da unidade de saúde. Encontra-se em um pedestal metálico, de fácil acesso para a população manusear e personalizado com as cores e símbolos característicos da Prefeitura da cidade. Durante a observação não foi presenciado usuário fazendo sua avaliação através desse dispositivo.

Na divisão interna da estrutura da unidade, encontram-se os consultórios médicos, odontológicos e de enfermagem, sala de reunião, educação em saúde, banheiros e salas da gerência. Nas portas dos consultórios havia concentração grande de pessoas acomodadas em cadeiras e de pé. Esses espaços exteriores às salas são bem pequenos e de corredores estreitos. Destaca-se também na unidade rampas de acesso para cadeirantes. Em uma sala aberta não totalmente individualizada, a parede se limita à metade formando uma espécie de balcão, o enfermeiro faz o acolhimento, afere pressão e encaminhamentos devidos de acordo com a demanda. Com o enfermeiro, a Gerente da unidade ajudava na organização e no repasse de informações, junto com um ACS e um técnico de enfermagem.

A entrevista com o ACS ocorreu no consultório odontológico que não estava funcionando porque o profissional que realizava o serviço havia pedido desligamento há cerca de um mês e a vaga ainda não havia sido ocupada por outro profissional. Segundo o ACS, a unidade é responsável por duas equipes de saúde da família e na maioria das vezes a unidade está sempre lotada.

A conversa com um enfermeiro foi precedida de demora, devido à quantidade de demanda naquele dia. O diálogo ocorreu na sala da gerência no intervalo entre atendimentos e saída para visita domiciliar. O profissional estava demasiadamente apressado, mas empaticamente participou da entrevista, entretanto, de forma sucinta.

5.2.2 Características do Centro de Saúde da Família COELCE

A coleta das informações nessa unidade foi feita sem agendamento e se deu em dois momentos, inicialmente com o enfermeiro e depois com o ACS. As entrevistas foram autorizadas pelos participantes que também concederam permissão para gravação do áudio.

A entrevista com o enfermeiro ocorreu na sala da gerência, com algumas interrupções devido a entrada e saída de profissionais, fato que não alterou o seguimento do diálogo. Houve dificuldade de adesão dos ACS para entrevista, pois os profissionais convidados inicialmente não estavam disponíveis e relataram dificuldade para agendar horário. As informações coletadas com o ACS aconteceram na recepção.

Essa unidade apresenta características similares ao CSF COHAB II: o dispositivo fixo de avaliação, o quadro visível com as informações relativas aos serviços e horários de atendimento disponíveis da unidade, rampas de acesso, banheiros adaptados e o profissional destacado com a bata azul com a pergunta: “Posso ajudar?”.

Essa unidade apresenta um espaço bem amplo, com divisões maiores, cadeiras distribuídas na recepção e na porta dos consultórios, merecendo destaque no espaço a sala de observação para os pacientes que necessitarem desse atendimento, a maior parte da iluminação é natural devido à quantidade de espaços abertos. O ambiente é limpo, arejado e climatizado. Nas paredes é possível identificar símbolos e cores característicos da administração da prefeitura. A estrutura física dessa unidade é mais antiga do que a do CSF COHAB II, no entanto apresenta espaços compartimentalizados maiores.

Na primeira visita havia muitos ACS na recepção, contingente que pouco a pouco diminuía, devido às saídas para as visitas na comunidade, pois era aproximadamente 7:30. Identificou-se em observação nessa unidade e depois se confirmou em diálogo com um profissional presente no momento que todos os funcionários dos CSF, exceto os dos distritos, possuem acompanhamento de frequência mediante o relógio de ponto fixo em cada unidade de trabalho.

No diálogo com o gerente da unidade, foi revelado à utilização dos espaços de natureza social do território para o encontro dos profissionais com os usuários. Um exemplo é a renovação de receitas que acontece na Igreja católica próxima, na praça do bairro e academia da saúde. Esse atendimento tem sido feito com frequência de uma vez a cada quinze dias e é direcionado pelo

enfermeiro, mas também pelo médico e por outros profissionais do CRAS². Conforme relato colhido, não há uma assiduidade grande dos usuários, entretanto a rotatividade de visitas em diferentes equipamentos do território, permite o alcance dos usuários, além do atendimento feito na própria unidade de saúde e das visitas domiciliares agendadas pelos ACS.

5.2.3 Características do Centro de Saúde da Família Alto do Cristo

A coleta das informações nessa unidade se deu após dificuldades de agenda dos profissionais. Quando foi possível a realização, esta se deu em três momentos, sendo que a entrevista com ACS não foi gravada por preferência entrevistado.

Essa unidade é responsável por duas equipes de Saúde da Família, apresenta estrutura física nova, idêntica ao CSF COHAB II e as características comuns às outras unidades, como dispositivo de avaliação e profissional de ajuda identificado na recepção. Nas visitas feitas, foi possível observar as paredes e pisos bem limpos, cores claras, iluminação e climatização adequada. Destacou-se o acolhimento gentil pelos profissionais da recepção, desde o porteiro até o SAME que direcionou a demanda da pesquisa para a gerência. Em todas as visitas, incluindo as que não foram produtivas em diálogo devido à indisponibilidade dos profissionais, evidenciou-se lotação de usuários nos corredores, na recepção e nas portas dos consultórios.

A dificuldade de estabelecer o momento para o diálogo com o enfermeiro se deu por um motivo justo colocado pelo entrevistado que na oportunidade gentilmente aceitou colaborar para a pesquisa e colocar os pontos fortes e fracos da equipe nas respostas aos questionamentos. As duas entrevistas ocorreram em dias diferentes na sala de reuniões, local onde trabalhavam outras duas pessoas, pois foi o local mais adequado para a conversa.

5.2.4 Características do Centro de Saúde da Família Alto da Brasília

A coleta de informações nessa unidade se deu com dificuldade devido aos profissionais que se dispunham sempre ocupados com demandas mais urgente, sem previsão de horário

² O CRAS - O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) é uma unidade pública estatal descentralizada da política de assistência social, responsável pela organização e oferta de serviços da proteção social básica do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) nas áreas de vulnerabilidade e risco social dos municípios e DF. Dada sua capilaridade nos territórios, se caracteriza como a principal porta de entrada do SUAS, ou seja, é uma unidade que possibilita o acesso de um grande número de famílias à rede de proteção social de assistência social (BRASIL 2009c, 11).

disponível e com pouca empatia em agendar um horário e data mais oportunos. As entrevistas não foram gravadas por preferência dos entrevistados.

Essa unidade apresenta a mesma estrutura reformada de que se tratou nas descrições de unidades anteriores: unidade com ambientes compactos e constantemente com grande fluxo de pessoas, característica que representa a grande demanda. Este local, similarmente as outras unidades, dispõe de um quadro de informações dos serviços ofertados, dispositivo de avaliação, profissional de ajuda na recepção e um pequeno lago no meio da unidade, característica arquitetônica de todas as unidades que foram reformadas ou construídas recentemente.

Na recepção há uma nuvem de palavras, em letras grandes e coloridas, escritas no alto da parede, acima do quadro de identificações, com trechos como: *Gentileza gera Gentileza*.

Apesar da dificuldade em conversar com um profissional sobre a pesquisa, durante a espera foi possível observar o envolvimento dos profissionais com as demandas. Em um momento de observação durante aguarado para entrevista com a gerente da unidade, destacou-se a demanda pela gerente por diversos profissionais no sentido de resolver questões sobre os pacientes em atendimento. Salientou-se o empenho do médico que requeria com a gerente articulação pertinente para o encaminhamento do seu paciente para consulta com especialista e entre tantas demandas, a enfermeira gerente atendia a todas de forma individual e empática, qualidades não observadas no momento do diálogo para essa pesquisa. Condição compreensível haja vista que as prioridades do profissional de se concentrar prioritariamente para as demandas do atendimento ao usuário.

5.2.5 Características do Centro de Saúde da Família Sinhá Saboia

Essa unidade é responsável por três equipes de saúde da família, seu imóvel fica ligado a Unidade Mista de Saúde Dr. Thomaz Corrêa Aragão, um hospital de pequeno porte da atenção secundária que oferta a população do município de Sobral atendimento adulto e pediátrico 24h e leitos de internação.

A entrevista com o ACS ocorreu na sala do SAME, sala bem ampla, característica presente em outros pontos da estrutura da unidade. O ACS preferiu que suas informações não fossem gravadas, sendo desta forma, apenas anotadas. Seu discurso foi repleto de queixas direcionadas a estrutura da unidade que apresenta deficiências, que de maneira direta e indireta incidem no trabalho dos profissionais e no atendimento dos pacientes, como o uso do banheiro do

consultório por profissionais em momentos de atendimento de paciente ou “entra e sai” nas salas, situação que prejudica a privacidade do atendimento e o sigilo das informações individuais.

Mediante observação é evidente a má conservação do prédio, visível nas paredes e pisos desenhados de rachaduras e pinturas mal conservadas. No que se refere à amplitude desses espaços, são semelhantes ao CSF da COELCE, amplos. No entanto, conforme destacado nos diálogos, a totalidade das salas não são suficientes para atender à demanda dos profissionais e usuários, há ausência de sala de reuniões adequada para as demandas de atividades em grupos, dado que os momentos com a equipe acontecem na sala da gerência, espaço pequeno, não compatível com as necessidades.

As queixas relacionadas à estrutura física do CSF decorrem também das infiltrações constantes no prédio, ausência de banheiros individualizados para profissionais e de outros para usuário e de ausência de sala de reunião. Aspectos presente na fala de um depoente como motivo de risco à segurança. De acordo com a enfermagem, a mudança do CSF para outro prédio e reforma daquele está sendo prontamente providenciada pela gestão municipal.

A equipe multiprofissional da unidade que trabalha com educação e promoção em saúde através dos grupos utilizam os equipamentos sociais do território, como praça, igreja, academia da saúde e a Estação da Juventude³ para os encontros. Em umas das visitas de observação, alguns trabalhadores conversavam sobre a Estação da Juventude um equipamento social do território ofertado ao público jovem. O convite para participação e inclusão na Estação da Juventude era colocado como contraponto à realidade de muitos jovens do bairro, de envolvimento com grupos e hábitos considerados de risco à segurança e à saúde.

5.2.6 Características do Centro de Saúde da Família Junco

Foram realizadas três visitas a unidade, para completar a coleta de dados. As entrevistas ocorreram na sala de enfermagem, gerência e recepção sendo autorizadas as gravações dos áudios.

³Programa Estação da Juventude é um projeto criado pela Secretaria Nacional da Juventude em parceria com os governos estaduais como objetivo de promover através de políticas públicas e programas voltados para os jovens, sua emancipação. O programa geralmente é implantado em equipamento público e de acesso livre (BRASIL, 2017). Dentre os cursos disponibilizados pelo Programa Estação da Juventude na cidade de Sobral inclui-se o de auxiliar de escritório e o de *games*.

Durante as visitas foi possível observar realização de ginástica por um grupo de idosos no espaço na frente da unidade, depois sendo confirmado como sendo o grupo de práticas corporais que também acontece na recepção, local amplo, em horário de não funcionamento da unidade, às 6h e após as 17h.

No que se refere à estrutura e divisões dos espaços, esta unidade é similar ao CSF COELCE, com estrutura mais antiga e bem conservada, sobressaindo-se diante das estruturas mais recentes pela amplitude de seus espaços externos e individuais, como as salas e os consultórios. É perceptível a conservação das paredes e pisos, local arejado e climatizado, com iluminação adequada, presença de rampas para cadeirantes e cadeiras distribuídas por todo o espaço que também possui bancos de concreto junto às paredes em vez de cadeiras, estrutura padrão dos CSF mais antigos.

Nas paredes são visíveis quadros de informações sobre o funcionamento e serviços da unidade, como o dos indicadores de saúde, da estrutura da unidade e fotos dos encontros dos grupos com a equipe multiprofissional.

5.2.7 Características do Centro de Saúde da Família Aprazível

A unidade é localizada em um distrito do município de Sobral. A visita ocorreu após agendamento prévio com a gerente do serviço. Os profissionais, especialmente o ACS, estavam aguardando para entrevista, sendo bem acolhedores e empáticos em contribuir para o estudo. O enfermeiro participante cedeu gentilmente seu horário de almoço para a coleta de informações, apresentou a unidade como acolhedora e com boa ambiência para a população. Nesse local não se identificou o dispositivo de avaliação do atendimento, tampouco o profissional de ajuda na recepção, entretanto, o porteiro que estava ciente da visita direcionou prontamente essa demanda.

Essa unidade é responsável por duas equipes de Saúde da Família e possui características extras às unidades da sede do município: ambulância e funcionamento aos finais de semana, porém com três profissionais: enfermeiro, técnico de enfermagem e motorista. De acordo com os profissionais entrevistados, a ambiência da unidade é confortável, no entanto insuficiente para atender à demanda, pois carece de salas individualizadas para atendimento, por exemplo, para equipe do NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

5.2.8 Características do Centro de Saúde da Família Jaibaras

A estrutura física dessa unidade se assemelha a estrutura do CSF Aprazível, no entanto, destaca-se nesta a dificuldade da coleta de informações, tendo em vista a pouca empatia dos profissionais do serviço em participar da pesquisa, a indisponibilidade dos profissionais devido à demanda e os equívocos na visita, previamente agendada.

A entrevista foi feita com apenas um profissional, um ACS que preferiu não conceder permissão para gravação de áudio. O local foi uma sala de observação, onde havia três macas e não tinha profissionais, nem pacientes, na ocasião. Na recepção era evidente a superlotação, climatização ruim, todos aguardavam sentados nas cadeiras disponíveis na recepção. Em um dos corredores quatro ACS se colocavam em círculo em volta de uma mesa e preenchiam cartões que precisavam ser entregues o quanto antes, por isso não podiam se disponibilizar para participar da pesquisa.

Essa unidade apresenta as características equipamentos e logística extras presentes no CSF do Aprazível: ambulância com motorista e o funcionamento aos finais de semana apenas para avaliação de enfermagem e encaminhamento para hospital secundário ou terciário na cidade de Sobral.

5.2.9 Ambiência: respeito à privacidade

Nas unidades visitadas evidenciou-se, a partir do discurso dos entrevistados e da observação, a insuficiência de dependências básicas adequadas à demanda do serviço. Conforme relatos dos profissionais das unidades “novas” a quantidade de salas/consultórios é insuficiente para os atendimentos, verificou-se também durante as visitas a ocupação plena dos consultórios em atendimentos médico e de enfermagem, e o atendimento inicial era realizado em ambiente aberto com a presença próxima de outras pessoas, já que nessas unidades os espaços são pequenos.

Esse quadro dificulta a organização das pessoas no espaço físico, causando desconforto e podendo ferir a privacidade do usuário do serviço. Pedrosa, Corrêa e Mandú (2011) contemplaram situação semelhante e afirmaram que essa situação fere o princípio da integralidade, tendo em vista que a utilização concomitante de espaços por muitos profissionais ou pacientes dificulta a identificação das necessidades subjetivas de saúde do paciente.

O cenário descrito tem relação com as deficiências relativas à ambiência, um dos princípios salientados como favoráveis à humanização na saúde de acordo com a PNH e descrito pelo Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS como:

Ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana. Nos serviços de saúde a ambiência é marcada tanto pelas tecnologias médicas ali presentes quanto por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato, audição, por exemplo, a luminosidade e os ruídos do ambiente, a temperatura, etc. Muito importante na ambiência é o componente afetivo expresso do acolhimento, da atenção dispensada ao usuário, da interação entre os trabalhadores e gestores. Devem-se destacar também os componentes culturais e regionais que determinam os valores do ambiente (BRASIL, 2010, p.51).

A ambiência deve ser um projeto que assegure que as relações confiáveis entre trabalhadores e usuários no espaço físico do serviço, que oportunizem o direito à privacidade e à individualidade do usuário (GARCIA *et al.*, 2015).

Entre os profissionais da atenção básica há divergências sobre o compartilhamento das informações sobre pacientes relativas a prontuário, acolhimento, diagnósticos e tratamentos para os demais membros da equipe. Alguns enfatizam a necessidade da democratização das informações, uma vez que o plano de assistência da atenção primária é o trabalho em equipe, e o compartilhamento é necessário ao planejamento e acompanhamento dos pacientes em casos específicos. Todavia, ressalta-se que para os usuários o respeito à privacidade e o sigilo de informações são imprescindíveis para a entrega da demanda e o estabelecimento do vínculo com os profissionais (JUNGES *et al.*, 2015).

O pressuposto do respeito à privacidade das pessoas é um dos preceitos morais mais antigos discutidos na saúde, porém seu cumprimento não é eficaz. Em tempos de tecnologias e compartilhamento de informações cada vez mais rápido, esse processo deve ser visto com mais cuidado. Assegurar a privacidade e sigilo das informações no atendimento do paciente estimula o mesmo ao desenvolvimento do vínculo, tão importante na atenção básica. O baixo desempenho dessas categorias tem impacto negativo na autonomia do paciente e na adesão ao tratamento (VILLAS-BÔAS, 2015).

Esse aspecto é trazido pelo documento da PNH com muita relevância ao conceber como diretriz e orientação para atenção básica a oferta de espaços que respeitem a privacidade dos usuários (BRASIL, 2013a). Tal diretriz contempla o planejamento de estratégias que envolvem

recursos físicos (assentos confortáveis, iluminação, acústica e ventilação adequada), fluxos pré-estabelecidos para atendimento e atitudes lançados para o atendimento de todos os usuários que se direcionam ao CSF como único e componente de uma sociedade com direito ao atendimento integral.

Do ponto de vista dessa pesquisa, a arquitetura da unidade, insuficiência de salas para reuniões, poucas salas para atendimento, pode vir a comprometer a integralidade do atendimento e o sigilo das informações. Na medida em que o atendimento é feito em local com presença de outras pessoas, pode-se inferir que em algum momento um paciente, por resguardo de confidencialidade, deixará de informar alguma queixa importante para sua classificação de risco ou para o seu atendimento imediato, conjuntura que também pode causar desconforto emocional.

Em contrapartida à denúncia das estruturas físicas precárias quando analisadas sob a ótica do atendimento integral e confidencial, a observação dos atendimentos não resultou em avaliação negativa, pois a todo o momento visualizou-se o envolvimento da equipe em articulações sobre o fluxo de pessoas e suas requisições. Os profissionais que mais se destacaram nessas posições foram os gerentes das unidades e os ACS. Atuações que não anulam a possibilidade do desconforto e insatisfação dos profissionais com a ambiência. Outros pontos relativos a essa diretriz serão contempladas em outras categorias de análise nesse estudo.

5.2.10 Ambiência: acessível para todos

Quanto aos espaços dos CSF que facilitam o trabalho e o bem-estar nas unidades de saúde, considera-se de valor para a humanização a atenção para os trabalhadores e pacientes com alguma limitação física que necessitam de suporte nos espaços físicos da unidade para se deslocarem e permanecerem ali. Neste estudo verificou-se a existência de rampas de acesso, corrimão, barras de apoio, calçadas adequadas e banheiros adaptados aos cadeirantes.

A perspectiva sobre os espaços acessíveis é considerada pelo Ministério da Saúde na PNH e citada também na Portaria N° 1.820 que trata dos direitos e deveres dos usuários da saúde. De acordo com o Art. 4° desse documento: “Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos”. (BRASIL, 2009, p. 1). Esses elementos são denominados pela PNH como Ambiência: “O espaço usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo”. (BRASIL, 2013a, p. 9).

A ambiência de qualquer local está relacionada com a arte de construir espaços que permitam a convivência de pessoas e seus sentimentos. Quando há uma desproporção entre a estrutura física e as pessoas que habitam esse local, não é possível instalar-se o bem-estar. Há de se considerar nesse meio os fatores que viabilizam a participação das pessoas e seu protagonismo, situação que direciona o olhar na saúde para a dimensão subjetiva do cuidado (BESTETTI, 2014). Para Ponte (2014), a humanização se edifica na subjetividade, quando nas ações de planejamento e trabalho se firma o olhar sobre dos usuários, dos profissionais e da gestão.

A acessibilidade na maioria dos municípios pequenos é avaliada como precária ou inadequada, dentre outros fatores, por causa da impossibilidade de realização de atividades habituais como a locomoção. Essa situação contribui para um bloqueio na inclusão desse público nos serviços da Atenção Básica (AMARAL *et al.*, 2017). De acordo com o Ministério da Saúde no Manual de Estrutura Física das Unidades de Saúde da Família:

As ESF devem propiciar ainda, acessibilidade à maior quantidade possível de pessoas, independentemente de idade, estatura, deficiência ou mobilidade reduzida, garantindo a utilização de maneira autônoma e segura do ambiente, edificações e mobiliário (BRASIL, 2006, p. 11).

A acessibilidade e a ambiência são qualidades que possuem carências, desde a porta de entrada ao atendimento médico. Em outras unidades de saúde em outro estado do Brasil, de acordo com os autores, a oferta de serviços e a ambiência acolhedora são pontos independentes na avaliação da qualidade do serviço, pois não guardam relação mútua para a existência de um destes (RIBEIRO, 2014).

Em outro estudo, as barreiras arquitetônicas e estruturais não são consideradas deficientes nas unidades da atenção básica na categoria de acessibilidade das pessoas com deficiência física. Os principais obstáculos de acessibilidade referem-se à dimensão sócio-organizacional que dificultam a entrada e permanência dos pacientes nos serviços, principalmente quanto ao acesso dos usuários aos outros níveis de atenção a partir da atenção básica quando necessitam de atendimento especializado (ALBUQUERQUE *et al.*, 2014).

Mediante as observações à luz das considerações dos estudos citados, pode-se induzir que as unidades desta pesquisa dispõem de acessibilidade básica adequada às pessoas que possuem algum tipo de mobilidade reduzida, inferência que contempla as orientações do Ministério da Saúde para a efetivação da cultura de humanização na saúde e também para a efetivação dos

princípios do SUS, uma vez que a aspiração por tal efetivação corresponde a um dos cenários na saúde pública que impulsionou a criação da PNH. A respeito do encaminhamento e acesso a outros níveis de atenção, não foi visualizada situação desse procedimento na observação realizada para este estudo.

5.2.11 Ambiência: espaço social do diálogo entre gestão, profissionais e usuários

Partindo para avaliação da ambiência favorável ao diálogo entre equipe de saúde e usuários, duas situações merecem reflexão: (1) Disponibilidade de espaços que possibilitem o diálogo em grupos; (2) A utilização dos espaços externos ao CSF, disponíveis no território.

Na maioria das unidades observou-se ausência de dependências adequadas para a realização de rodas de conversa, reuniões com a equipe ou com a comunidade. Em todas as unidades foram visualizadas salas para “Reunião”, “Educação em Saúde”, no entanto, pelo menos na metade das unidades participantes do estudo, esses espaços são pequenos e restringem a participação das pessoas ou geram o desconforto. Na seção seguinte será discutida essa questão à luz da fala dos entrevistados.

Dados semelhantes foram encontrados no estudo quantitativo de Modes e Gaíva (2013), o qual verificou que pelo menos metade das suas unidades pesquisadas na atenção básica não possuem sala de reuniões adequadas às necessidades do projeto. Em outro estudo, Rocha *et al.* (2012) fazem considerações a respeito da inexistência de espaços físicos essenciais para o programa da atenção básica, um desses, a sala de reunião. Nessa discussão, a ausência ou inadequação desses ambientes são elementos que limitam o planejamento das atividades e os procedimentos de avaliação.

Ponte (2014) em um estudo com temática semelhante a este, aborda essa discussão remetendo a valorização do trabalhador, um dos eixos da Política Nacional de Humanização, considerando que na maioria das discussões dentro da temática da humanização na saúde considera-se o paciente como o principal valor no processo. No entanto, há de se notar o envolvimento dos profissionais que se dispõem a planejar sua vida em volta do cuidado em saúde. O planejamento da construção ou reforma da ambiência devem ser articulados também como ferramenta de facilitação a atuação das pessoas que prestam a assistência.

Para o Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, em cartilha que trata especificamente da ambiência, os espaços das unidades na atenção básica devem ser criados para

integrar as equipes que trabalham na mesma unidade, e expressa não apenas a criação dos espaços, mas também menciona adaptar os ambientes para a proposta de realização de atividades coletivas, reuniões, palestras, oficinas, etc (BRASIL, 2010). A adaptação dos espaços é uma das estratégias desenvolvidas nas unidades dessa pesquisa ao conceber os espaços do território como anexos ao CSF e nesses locais aplicarem os projetos da equipe.

Nesse aspecto ressalta-se a utilização dos espaços e equipamentos sociais do território pelas equipes de saúde da família para realizar promoção da saúde, acompanhamento e alimentar o vínculo com as famílias. Em um dos diálogos assistidos, um programa chamou a atenção, a Estação Juventude Padre Albani compreendendo os bairros: Sinhá Saboia, Cohab I e Cohab II. De acordo com um dos sites da cidade de Sobral, o programa visa à promoção dos jovens com idades entre 12 e 29 anos:

O programa Estação Juventude visa promover a inclusão e emancipação de jovens com a ampliação do acesso às políticas públicas por meio de equipamentos públicos. Oferece ainda informações sobre programas e ações para os jovens, além de orientação, encaminhamento e apoio para que eles próprios tenham condições de construir suas trajetórias e buscar as melhores formas para a sua formação (SOBRAL, 2019, não p.).

A PNH traz como orientações ou sugestões de ações em humanização para atenção básica a criação de projetos terapêuticos que considerem as políticas intersetoriais existentes. Enxerga-se esse projeto como um programa intersetorial que pode ser trabalhado com focos diferentes como a educação, a saúde, o trabalho e a assistência social.

Os projetos nessa área promovem o compartilhamento de saberes coletivos numa visão horizontal do grupo. Há uma cooperação de diferentes profissionais e pessoas para diagnosticar o território e o público com o objetivo de construir momentos com temáticas diferentes e importantes para os participantes. Considera-se que construir saúde de mãos dadas com todos os profissionais, com os usuários e com outros setores, seja da esfera federal, estadual ou municipal, é mais vantajoso do que atuar com apenas um setor sobre o problema, tendo em vista que a pessoa possui uma diversidade de fatores que ocasionam ou evitam a doença/saúde (GARCIA *et al.*, 2014).

A Estação da Juventude referida no diálogo foi utilizada também como espaço de intervenção dos acadêmicos de enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú através de oficinas de promoção da saúde. As atividades foram baseadas no Círculo de Cultura de Paulo Freire, com metodologia ativa e participativa para um grupo de 23 jovens de idade entre 12 e 19

anos. As questões trabalhadas envolveram: Mudanças físicas e psíquicas da adolescência, Relacionamentos, Gravidez na adolescência, Contraceptivos, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), Drogas e Violência, Política e Suicídio (BRANDÃO *et al.*, 2017).

A utilização dos espaços e equipamentos presentes no território é recomendação do Ministério da Saúde nas Orientações Básicas de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes nas Escolas e Unidades Básicas de Saúde, especialmente para a Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2013b). A abordagem humanizada, com foco nos adolescentes, por meio de projetos de promoção da saúde contempla as discussões sobre condutas, comportamentos e seus valores, as iniquidades sociais e sua historicidade como fatores influenciadores na construção da personalidade do jovem na sociedade e sua autonomia no cuidado em saúde (BRASIL, 2010)

Nessa perspectiva, atribui-se avaliação positiva para a criação do projeto, sua aplicação no município de Sobral e no contexto dessa pesquisa, para o seu significado como lócus de intervenção pelos profissionais da atenção básica.

5.3 Prestígio ao texto da PNH

O primeiro questionamento direcionador do diálogo com os profissionais foi sobre sua informação sobre a PNH, se a conhecem. A maioria dos ACS declarou não possuir conhecimento sobre essa política, alguns porque não tiveram acesso e outros na informalidade sequer tiveram informações superficiais. No entanto, sobre a temática da humanização na saúde os profissionais relacionam diretamente ao tratamento que deve ser dado ao usuário:

“A gente tem o que é repassado ‘pra’ gente a respeito do nosso trabalho que é de tratar o usuário. A gente sabe que a questão da humanização é a gente tratar com equidade, dar o melhor para quem mais precisa. A gente faz isso ‘pra’ comunidade. A Política a gente não tem conhecimento. Não é repassado ‘pra’ gente tanto, mas é nos repassado a questão de como tratar o usuário. Mas a política em si com leis, essas coisas não.” (ACS 1)

“Não, não conheço.” (ACS 3)

“Não. Já ouvi falar, mas estou há pouco tempo aqui então não tive conhecimento dessa política.”(ACS 2)

Há uma carência de conhecimento específico no que concerne à legislação e políticas na saúde, fato que pode limitar os profissionais à prática fazendo com que reproduzam a visão fragmentada e reducionista do modelo biomédico (ALENCAR *et al.*, 2014). Muitos profissionais da saúde não têm conhecimento algum sobre a PNH (CAMPOS; SILVA; SOUZA, 2015). Os conhecimentos dos ACS a respeito da humanização instituem-se principalmente por meio do vínculo com as famílias (CUNHA; NOBRE, 2014).

Os ACS são analisados, diante da equipe da atenção básica, como o profissional estratégico para a efetivação das atividades em humanização, uma vez que possuem mais contato com a comunidade, e no seu trabalho transita entre o saber popular e o saber científico (ZANFOLIN; BURIOLA, 2012). Todavia, os profissionais que declaram possuir conhecimento sobre a PNH exteriorizam a teoria de maneira superficial e fragmentada (ZANFOLIN *et al.*, 2015). A escassez de conhecimento teórico nessa categoria dificulta a vinculação das ações previstas na PNH às ações realizadas pelos ACS no território, ainda que essas sejam pautadas pelos princípios que constituem a política.

Martins (2014) defende a existência de uma sobrecarga de atribuições sobre essa categoria na saúde. O ACS é um profissional que representa na ESF um elo entre comunidade e serviço, mas suas informações a respeito das orientações do SUS são reduzidas. Consoante a Medida Provisória 827/2018 as atribuições dos ACS são amplas e incluem a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural, a realização de visitas domiciliares e o detalhamento destas, a mobilização da comunidade relativo à participação de políticas públicas do setor e o acompanhamento e acolhimento de famílias através das visitas para atender gestantes, idosos, crianças em idades de controle vacinal, adolescentes, pessoas com sofrimento psíquico e vários grupos específicos incluídos no planejamento em saúde e relatados na lei (BRASIL, 2018).

No texto da Medida Provisória constata-se a importante representação do ACS na Estratégia Saúde da Família no que concerne ao planejamento em saúde. As incumbências do cargo são acompanhadas da obrigatoriedade do registro das informações coletadas nos atendimentos, são dados que fundamentam o acompanhamento dos demais profissionais da

equipe e medem os indicadores necessários à gestão para o planejamento em saúde. Entretanto, apesar do forte protagonismo presente na função, percebe-se a limitação ao campo da prática, uma vez que a formação direcionada para que desenvolvam habilidades ligadas à promoção de saúde são escassas (PINTO, FRACOLLI, 2010).

Martins (2014) ao analisar o eleito papel central do ACS, considera as limitações citadas pelo desvio e restrição do trabalho à prática:

Observa-se a amplitude das exigências requisitadas pelas políticas de saúde nas atribuições dos ACS, fato que, agregado ao desvio de sua função para atividades administrativas internas da unidade de saúde, caracteriza uma sobrecarga de trabalho e uma contradição em termos, com a expectativa depositada no seu papel ‘comunitário’ de aproximação às necessidades de saúde dos usuários (MARTINS, 2014, p. 97).

No discurso dos ACS é evidente o esforço em exteriorizar o empenho em atender o paciente de forma a responder suas necessidades, de forma a aproximar essas ações as ações em humanização. No entanto, a fragilidade dos argumentos se revela pela ausência de elo com as orientações expressas na PNH e pela dificuldade em dissociar na fala as ações de promoção da saúde das ações em humanização (ZANFOLIN *et al*, 2015).

Outra observação na fala do ACS que merece reflexão, tendo em vista sua característica positiva nesta análise, é a alusão ao princípio da equidade: dar o melhor para quem mais precisa. A equidade sendo um dos princípios do SUS, é uma meta da PNH: “[...] a Política Nacional de Humanização (PNH) busca por em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar”. (BRASIL, 2013a, p.3).

“A questão da equidade, dos direitos dos usuários, respeitar questão de gênero, questão de etnia, a classificação de risco também, essas coisas. São muito parecidos com os princípios do SUS.” (Enfermeiro 1)

Entende-se que a equidade é um elemento indispensável no cotidiano da saúde e de outros setores para se alcançar o ideal de justiça e de cidadania. O conceito pode ser relacionado também à ampliação do acesso a todos, reforçando a naturalização das diferenças como “simples diferenças” (BARROS, SOUSA, 2016).

Apesar dos diferentes sentidos, este princípio tem relação com “a oferta (recursos humanos e capacidade instalada), o acesso e utilização de serviços, o financiamento (despesa

pública e familiar), a qualidade da atenção, a situação de saúde e as condições de vida da população”. (BARROS; SOUSA, 2016). Todas essas questões quando aliadas ao comportamento dos profissionais, como eles utilizam as tecnologias, a estrutura e os insumos na saúde é o que conduz a avaliação do serviço. Como já disposto neste trabalho, a PNH surgiu a partir do “SUS que deu certo”, todavia o comportamento dos usuários, dos profissionais e dos gestores que implicam diretamente no tipo de avaliação dada a um serviço: humanizado ou desumanizado. Assim, um dos olhares da PNH está sobre as ações dos indivíduos que necessitam de saúde, que planejam e, sobretudo, sobre os que promovem a assistência.

Nesse contexto outro princípio do SUS deve ser considerado na discussão, a necessidade atender em sua singularidade e nas suas multidimensionalidades, a integralidade (MEDEIROS *et al.*, 2016). Tal princípio sugere atenção à saúde do indivíduo em todas as suas dimensões e a renúncia à redução dos valores das pessoas (MATTOS, 2009). Para Kalishman e Ayres (2016) é evidente a aproximação da Humanização com o conjunto de propostas do princípio da Integralidade. As práticas em humanização têm forte ligação com os princípios do SUS, na forma que um conduz ao outro.

Os enfermeiros também fizeram considerações sobre humanização semelhantes às propostas dos princípios do SUS, destes entrevistados apenas dois afirmaram não conhecer a PNH e que as noções que têm sobre o assunto se formaram a partir do trabalho:

“No meu trabalho. Na graduação não, eu me formei faz muito tempo, em 2003. A gente estudou nas especializações. É uma política que veio melhorar o acolhimento, melhorar o trabalho dos profissionais não só na parte prática, mas em uma forma de atender o paciente, o usuário na forma mais humanizada possível.” (Enfermeiro 6)

“Na realidade na graduação se fala muito pouco, deixou um pouco a se desejar. A gente só começou a conhecer mesmo quando começou a trabalhar. A questão da Política de Humanização ficou mais forte pra mim quando eu fui mesmo ‘pra’ atenção básica porque eu era muito da atenção terciária.” (Enfermeiro 3)

Os trechos citados corroboram com a discussão de Barbosa *et al.* (2013) quando em seu estudo sobre as noções dos acadêmicos sobre a PNH, notam desvalorização desse documento pelos estudantes de graduação dos cursos na área da saúde (enfermagem e medicina). Storer (2014) afirma falta de interesse nas graduações pelo tema da humanização, acrescenta que não há incentivo dos professores em manter os alunos motivados nesse aspecto, mas também atribui o desinteresse aos alunos que priorizam as disciplinas do núcleo profissionalizante do curso.

Freitas e Ferreira (2016) verificam a dificuldade de trabalhar humanização nas graduações, de acordo com esses autores os alunos têm dificuldade em associar conhecimentos teóricos à realidade prática e apontam que as metodologias de ensino precisam estar aliadas ao espaço da prática. Há a necessidade de estimular a discussão e reflexão sobre práticas que proporcionam humanização na saúde através exercício de estratégias que façam sentido para os estudantes. No contexto sociopolítico atual a academia é um lugar privilegiado para uma coletividade por possibilitar a exposição de ideias e formação de estratégias que viabilizem a implantação dos dispositivos da PNH.

Neste estudo aponta-se o desprestígio do documento presente por parte dos profissionais enfermeiros observada pela carência dos seus saberes a respeito da Política:

“A política, eu já estudei anteriormente. Não lembro muita coisa, mas na faculdade escrevi um capítulo sobre essa Política. É um assunto que me incomoda muito. Acho um tanto contraditório humanizar aquilo que já é humano, mas foi preciso criar uma política para estimular os profissionais a seguirem alguns protocolos. Da política, eu já li, já segui alguns protocolos e normas que são muito interessantes. No caso, trazer “pra” nossa prática profissional que ela se torna um tanto complicada principalmente pra aqueles que já estão há muito tempo no serviço que já tem aqueles vícios. Então é complicado humanizar o atendimento. Então pra mim, a política vem com aquele norte de nortear que nós precisamos humanizar nosso atendimento e que eu acho que muitos profissionais devem ter acesso a política e de por em prática”. (Enfermeiro 2).

“Eu já li alguma coisa sobre isso, mas já faz um tempinho, eu não me lembro”. (Enfermeiro 9)

Freitas e Ferreira (2016) analisando estudos feitos com acadêmicos de cursos na área da saúde evidenciaram esse cenário. Identificou-se que os estudantes possuem dificuldade de articular os conhecimentos empíricos com a teoria e a prática assistencial e constroem a própria representatividade social de humanização porque o professor e a equipe de enfermagem que acompanham os estágios não representam modelo cuidado em saúde humanizado.

O diálogo do último entrevistado expressa por um lado complexidade ao procurar definir ou argumentar seu saber sobre a PNH, entretanto, de outro ponto de vista, verifica-se um vínculo com o assunto ao abordar como pode ser complicado implantar um modelo novo de trabalho para profissionais que estão há muito tempo na profissão. Dificuldade essa que pode ser considerada não somente para o trabalho em humanização, mas também ao implantar políticas novas e novos jeitos de gerir e cuidar que por ventura sejam postos.

No trecho citado, a frase tida como contradição “humanizar humanos” corrobora com o estudo de Garcia *et al.* (2010) ao discutirem o tema e explicam o termo fazendo relação da história dos seres humanos com a história do capitalismo. De um lado o apelo por condições dignas de vida pelas pessoas e de outro lado a necessidade de controlar as pessoas (a produção) e o capital:

É necessário, porém, considerar a intenção de muitos em construir uma sociedade onde as condições de vida da população possam ser aquelas consideradas “dignas”. Em sua maioria, os movimentos neste sentido visavam e visam a controlar a produção e reprodução do capital e, com isso, “humanizá-lo”. Essa não é uma história brasileira, mas a história do próprio capitalismo. Isto leva a crer que “humanizar o humano” é algo inerente à própria história humana (GARCIA *et al.*, 2010, p.812).

Nesse aspecto, interpreta-se a partir da fala de Garcia *et al.* a humanização como a possibilidade efetiva do Estado capitalista de gerar condições físicas e de beneficiar o indivíduo produtor através de um serviço público de saúde que detenha de dispositivos físicos, pessoais e organizacionais capazes de responder à demanda do povo.

Observando esse cenário na ótica dos entrevistados sobre a influência da Gestão no trabalho humanizado, verifica-se que há o incentivo da Gestão local em colocar o assunto como pauta dos encontros e instigar os profissionais da categoria a trabalhar na perspectiva do respeito

ao próximo, do cuidado humanizado. No relato de um dos ACS entrevistados suas noções de humanização na atenção básica são relevantes, pois mesmo sem ter conhecimento da PNH, sua declaração relaciona humanização com qualidades positivas da convivência: gentileza e respeito ao próximo.

“Sim. Foi falado até nesses últimos encontros que a gente foi falando da importância, no sentido da gentileza, de se colocar no lugar do outro, da empatia, né. Nessa nova gestão é o que mais a gente escuta nas reuniões. Tem até um projeto, não me lembro do nome, mas diz que gentileza gera gentileza. Trabalha muito isso de saber se colocar no lugar do outro, de saber tratar o outro.... Uma vez ao mês a gente tem uma reunião com todos os ACS, o secretário e a doutora”. (ACS 7)

Constata-se novamente dificuldade dos profissionais em argumentar suas noções sobre a PNH, todavia, um termo muito presente que justificou e definiu em diversos diálogos da pesquisa a confirmação de conhecimento da política, foi o “acolhimento”:

“A gente tem conhecimento da Política. E com relação a AB... na medida que a Política vem trazer diretrizes na questão do acolhimento, da prática humanizada em saúde. O conhecimento que temos é geral e a prática é muito relacionada ao acolhimento.” (Enfermeiro 6)

“É uma política que veio melhorar o acolhimento, melhorar o trabalho dos profissionais não só na parte prática, mas em uma forma de atender o paciente, o usuário na forma mais humanizada possível.” (Enfermeiro 7)

“Pelo que eu entendo é a questão principalmente da acolhida, do acolher. O usuário pode chegar, por exemplo, sua consulta não ter sido agendada ou não ter sido nem atendido, mas ele foi acolhido. A questão do tratamento do ouvir, da gente redirecionar bem, as vezes ele não está

satisfeito, mas se você parar pra escutar, as vezes no cotidiano há muitas discussões, mas a partir do momento que você ver essa questão da humanização, do repasse de informações adequadas na acolhida né. (Enfermeiro 3).

Nos discursos dos entrevistados é evidente a repetida frequência do termo “acolhimento” definido nos discursos como a forma de atender, de recepcionar o paciente, de prestar o atendimento que ele precisa, ainda que seja apenas uma informação. Como umas das diretrizes da PNH o acolhimento é definido, em termo sucinto, como o momento em que o profissional admite a mais singular necessidade de saúde que o usuário apresenta (Brasil, 2003b).

Ao tentar desmembrar a dinâmica desse processo, Guerrero *et al.* (2013) abordou o acolhimento em três dimensões: o acolhimento-diálogo, o diálogo como principal ferramenta do trabalho em saúde; o acolhimento-postura, considerando o acolhimento o conjunto de práticas que envolvem o atendimento profissional-usuário; e acolhimento-reorganização dos serviços que diz respeito ao que é valor principalmente para o usuário, ou seja, a resolubilidade da demanda.

Conforme Santos e Santos (2011) o acolhimento carrega uma potencialidade de ações que implicam na transformação do processo de trabalho e estreitamento do vínculo com o paciente. O vínculo que se constitui de conhecimento, confiança e compromisso é uma tecnologia relacional contemplada pela PNH. À medida que o paciente se sente mais confortável em compartilhar sua queixa, o profissional imerso no contexto apresentado pelo paciente possui mais informações que facilitam a compreensão da demanda.

Conforme Junges (2012) a compreensão da necessidade em saúde apresentada é um articulador primário para a resolubilidade da demanda, fato que desencadeia na satisfação do usuário ao direcionar sua queixa para os profissionais. O autor acrescenta que a satisfação com o atendimento com a demanda resolvida tem relação com a efetivação da humanização no atendimento sob o ponto de vista do usuário.

Outros objetivos da PNH são a redução de filas e organização do atendimento de forma que este possa ocorrer de forma mais ágil (BRASIL, 2004), facilitando a resolução da demanda, atendendo a necessidade do usuário, pontos ressaltados por outro profissional ao procurar definir seu conhecimento sobre a política. Apesar de sucinto, expressou afinidade com pelo menos um dos objetivos da PNH:

Política que está voltada para a Atenção Básica com o objetivo de redução de filas, acolhimento, atendimento acolhedor, valorização do trabalho... (Enfermeiro 4)

A valorização do trabalho citada nesse trecho constitui-se uma das ferramentas da PNH. Quando se coloca a necessidade do usuário do serviço como prioridade no planejamento há a reprodução intrínseca da exclusão do trabalho, quadro que pode desencadear desânimo do profissional, uma pessoa que também almeja seu espaço e valorização. O trabalho do profissional é ditado ou prescrito pelos programas que norteiam o cuidado em saúde, mas também se efetiva no que é realizado na prática (CARNUT, 2017). Nesse sentido, o Núcleo de Política Nacional de Humanização define o trabalho em saúde:

As prescrições são as regras que definem como o trabalho deve ser realizado. No entanto, as situações cotidianas, os imprevistos nem sempre são definidos pelas prescrições. Para dar conta da realidade complexa do trabalho, os trabalhadores são convocados a criar, a improvisar ações, a construir o curso de suas ações, a pensar o melhor modo de trabalhar, a maneira mais adequada de realizar o trabalho, de forma a atender os diversos contextos específicos (BRASI, 2008b, p. 6).

A PNH aposta no respeito nas relações não somente como responsabilidade do profissional de prestar o atendimento de qualidade, mas também do usuário. O atendimento humanizado requer o envolvimento do usuário e das famílias. A PNH designa essas responsabilidades na diretriz de Cogestão e divide dois grupos de dispositivos: o espaço coletivo de gestão, trabalhadores e gestão; e aos mecanismos que garantem a participação ativa dos usuários no serviço (BRASIL, 2003b). Na seção seguinte, que trata das ações em humanização, será explanada com mais afinco essas diretrizes nas unidades participantes da pesquisa.

Os principais pontos positivos a serem apontados nessa seção são a capacidade dos profissionais de dialogarem com os princípios do SUS e o desejo de efetivá-los. Verifica-se nos trechos acima frases que expressam, sobretudo, o desejo pela qualidade do atendimento do paciente e resgatam a definição de equidade, de universalidade. Embora não disponham do conhecimento da prática cultural de humanização, os entrevistados enfatizam frequentemente a diretriz do acolhimento, uma das principais estratégias da Humanização.

A preocupação dos profissionais com a qualidade do atendimento guarda relação com a cultura de humanização. De acordo com Bonato (2011) os problemas de saúde contemporâneos necessitam do olhar ampliado do profissional de saúde que escuta a queixa clínica e também se dedica a habilidade de entender as necessidades e exigências da população. Essa atuação com vistas na qualidade e no que representa valor para o paciente, representam a cultura de melhoria contínua do serviço e, transversalmente, a cultura de humanização.

5.4 As práticas de Humanização

A Humanização na saúde, descrita pelos participantes desse estudo sobre suas particulares visões, resume-se ao conjunto de ações ou comportamentos necessários à qualidade da assistência em saúde de forma, buscando a efetivação dos princípios do SUS. As ações são apresentadas como diretrizes na Política Nacional de Humanização e sua operacionalização, conforme a literatura, ainda se constitui como um desafio.

Nesta pesquisa o objetivo do segundo questionamento que norteou a coleta de dados foi identificar quais ações realizadas nessas unidades mais se aproximam da humanização. Das falas emergiram três principais categorias: o acolhimento; o trabalho com grupos; e a participação dos profissionais e da comunidade na gestão.

5.4.1 *O acolhimento*

A diretriz Acolhimento foi apontada como estratégia operacionalizada em todas as unidades como a prática que tem maior relação com a humanização na saúde. As definições relatadas sobre tal prática são similares às descritas nas diretrizes da PNH, embora discorridas de forma informal e sem referência a Política.

“Começa com o acolhimento que a gente tem todos os dias da semana... É uma maneira de acolher o usuário quando vem, a ação de como ele é atendido na unidade.” (ACS 1)

“O foco do atendimento à população é o acolhimento. Na unidade realizamos melhorias diárias para um bom fluxo de acolhimento ao usuário, a humanização sendo o foco do atendimento”. (Enfermeiro 4)

“Classificação de risco, é uma forma de humanização que coloca quem tá em situação mais grave na prioridade”. (ACS 6)

“Temos o acolhimento com classificação de risco, e isso também se configura no caso de priorizar o atendimento aquém esta mais precisando naquele momento”. (Enfermeiro 2)

“O acolhimento com classificação de risco, acolhimento demanda espontânea, é atendimento humanizado”. (Enfermeiro 6)

As falas dos entrevistados estão alinhadas ao texto da PNH. Para a política o acolhimento deve ser articulado com os avanços tecnológicos de forma a incluir os usuários no serviço, planejar formas de reduzir as filas, hierarquizar os riscos e possibilitar o acesso aos demais níveis de atenção do SUS. (BRASIL, 2004).

Fracolli e Zoboli (2004) reconhecem a relevância dessa diretriz para a humanização, nas suas perspectivas, a operacionalização da PNH não pode ser efetivada sem o acolhimento, pois é uma estratégia essencial para receber os usuários, direcioná-los ao atendimento necessário em tempo oportuno, considerando o contingente de pacientes que aguardam atendimento, a complexidade das demandas e o compromisso em diminuir o sofrimento humano.

Como postura o acolhimento é uma qualidade do profissional, em atender o paciente, escutar as suas queixas e bem direcioná-las a partir de tudo que pode ser extraído nesse momento (GOYA; SILVA; RASERA, 2015).

Para alguns profissionais o acolhimento é definido como todo e qualquer atendimento prestado na unidade de saúde por um profissional a um usuário do serviço. Verifica-se nos trechos importância ao tratamento dado ao paciente em relação à resolutividade da demanda.

“O acolhimento com classificação de risco, acolhimento demanda espontânea, o atendimento humanizado. A questão de atender as pessoas em todos os momentos que temos o contato com o paciente, nosso usuário.” (Enfermeiro 6)

“O usuário pode chegar, por exemplo, sua consulta não ter sido agendada ou não ter sido nem atendido, mas ele foi acolhido. A questão do tratamento do ouvir, da gente redirecionar bem, às vezes ele não está satisfeito, mas se você parar pra escutar, às vezes no cotidiano há muitas discussões, mas a partir do momento que você ver essa questão da humanização, do repasse de informações adequadas na acolhida né.”
(Enfermeiro 3)

“A gente vem constantemente conversando sobre essa qualificação no atendimento e nos temos um nó muito grande... a questão do acolhimento no SAME, que é onde o usuário se direciona, onde busca a informação, se é consulta, é ali que o paciente busca, se quer um atendimento, se está agendado... E têm outras situações que estão diretamente ligadas, né, a farmácia que também fica na entrada, ela requer um acolhimento adequado, de saber dizer um “não” quando não tem o medicamento que ele busca, isso também é prestar um acolhimento adequado, é dar uma informação com tranquilidade, é tentar ajudar, ‘ ah, mas se não tem aqui, vamos tentar ver em outro posto, outra forma de ajudar’. Enfim, é fazer com que o paciente seja atendido com qualidade. O único motivo do nosso atendimento é ele, o paciente.” (Enfermeiro 2)

Avaliam-se as ideias descritas como positivas, pois o acolhimento deve ser visto além do espaço físico de triagem, como evidenciado nas falas de enfermeiros participantes dos estudos de Costa *et al.* (2016) e de Freire *et al.* (2008). O ideal manifestado pelo depoente de acolher em todos os momentos de busca do usuário vai de encontro ao que é posto pela PNAB:

O acolhimento deve estar presente em todas as relações de cuidado, nos encontros entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, suas necessidades, problematizando e reconhecendo como legítimas, e realizando avaliação de risco e vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade e risco, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe, com especial atenção para as condições crônicas (BRASIL, 2017, p.1).

O caderno do HumanizaSUS que trata dessa diretriz também menciona que não há profissional específico para realizar o acolhimento, como também não se restringe a um local

específico ou horário. É a postura de abraçar as queixas e necessidades apresentadas tomando para si parte da responsabilidade de intervenção e resolubilidade (BRASIL, 2010).

Neste aspecto, evidenciou-se incongruência entre o discurso sobre o acolhimento e a prática no primeiro passo para a coleta de dados em campo: o agendamento das visitas. A dificuldade de estabelecer data e horário para a coleta de dados por telefone e pessoalmente, o cancelamento das entrevistas em data e hora prevista sem comunicação com a pesquisadora e a não apresentação dos profissionais no dia estabelecido previamente para a coleta dos dados revelou a possível falta de empatia de alguns profissionais com as demandas não urgentes.

Conforme Ramos *et al.* (2018) o acolhimento deve ser entendido como uma ferramenta que pode ser utilizada por todos os profissionais, em qualquer nível de atenção e em todas as circunstâncias que necessitem do diálogo e comportamento acolhedor do profissional de saúde com o paciente que direciona sua demanda ao serviço, ainda que não urgente (RAMOS *et al.*, 2018).

Camelo *et al.* (2016) também corroboram essas ideias, para os autores o paciente se dirige a unidade de saúde não apenas para buscar atendimento médico, são questões que podem ser atendidas e solucionadas por outros profissionais. A compreensão do acolhimento tem importante papel nesse processo de escutar a demanda e bem orientá-la de forma alinhada não apenas com os protocolos do Ministério da Saúde, mas também com os demais profissionais da equipe que participarão desse processo ao recebê-la ou encaminhá-la.

A PNAB em outra seção faz alusão ao acolhimento tratando do princípio da Universalidade ao orientar o estabelecimento de mecanismos de organização do atendimento de forma a escutar todas as pessoas, sem excludentes, ainda que não sejam da abrangência da unidade e a partir disso promover respostas às demandas (BRASIL, 2017).

Em uma das unidades observa-se que há dificuldade em abordar o tema do acolhimento como estratégia de humanização. A gerente entrevistada estava há pouco tempo naquela unidade e relatava que com o processo de transição, mudança de gerência da unidade há dois meses, o trabalho estava voltado para o alinhamento da comunicação interpessoal na equipe.

“É difícil porque essa equipe é recente, tem dois meses, é uma equipe pequena, mas que precisa passar por transformações. A gente precisa alinhar o mesmo discurso. Na prática agente tem a realidade de tentar

resolver, mas o repasse de informações ainda precisa melhorar.”(Enfermeiro 3).

Em outra unidade foi destacado o aspecto negativo na comunicação entre a equipe no acolhimento em uma situação ocorrida como um obstáculo ao descrever quais ações na unidade se aproxima da humanização na saúde:

“A principal dificuldade é a equipe, a ausência de comunicação, a equipe em si, os processos internos, na integração, fragmentação nas suas equipes. Essa semana...eu sofro muito de bater na tecla. Chega um paciente “pra” ser atendido, ‘ah mas tem que ser com o enfermeiro ‘tal’, aí tem que procurar o enfermeiro... Um dia desses tinha uma criança se acabando de choro, e eu pensei que poderia ter acontecido alguma coisa, né, mas que passaria rápido, mas ela continuou chorando. Fui ver e a mãe disse que a criança estava com otite...e todo mundo bem sentado, e não ligou “pro” choro da criança. Tive que trazer “pro” médico, não, ‘mas é do enfermeiro tal’. Bom, isso é desumanização! Já tinha passado “pro” acolhimento só que o médico da área dela não havia chegado, isso era 7:30.” (Enfermeiro 2)

No último trecho a demora do atendimento da criança se deu porque médico da sua área não havia chegado para o trabalho até aquele momento. Nessa unidade há a divisão de duas áreas, dessa forma os pacientes da respectiva área são atendidos pelo enfermeiro ou médico designado para tal. O atraso do profissional foi justificado. No entanto, os significados que merecem ser extraídos do trecho nessa discussão são especificamente a necessidade do alinhamento de condutas entre a equipe e da empatia dos profissionais com o sofrimento humano. O sofrimento do paciente precisa ser apreendido pela equipe com empatia como um fator que supera a organização prévia do fluxo do atendimento.

Em relação à reponsabilidade do acolhimento alguns profissionais comentaram que fica a cargo dos técnicos de enfermagem e dos enfermeiros, mas no discurso enfatizou-se a responsabilidade coletiva do processo. Os profissionais destacaram o acolhimento não mais como

a fase de triagem na unidade de saúde, mas como todo atendimento prestado ao usuário no serviço. Para a PNH a diretriz acolhimento é construída de forma coletiva, então se pressupõe que todas as pessoas envolvidas no trabalho em saúde sejam responsáveis pela acolhida ao usuário (BRASIL, 2013a).

Para Machado, Haddad e Zoboli (2010), a comunicação no acolhimento é uma tecnologia leve de reconhecimento do usuário como pessoa assim como o profissional e essencial na efetivação da humanização da saúde no cotidiano dos profissionais. Diante disso, humanizar é permitir que o outro possa exercer com dignidade o direito da vida, de sofrer e de ser amparado e de buscar os meios para a promoção do seu bem-estar físico.

Para Martins *et al.* (2014), trabalhar em equipe é um desafio para o ser humano, sobretudo nos momentos que requerem atuação conjunta. É necessário que a equipe disponha de confiança entre si, respeito elevado, clareza de papéis e compromisso com as finalidades do trabalho. Os autores discutem sobre o papel da comunicação como importante elo entre a equipe de enfermagem e paciente contribuindo para que este se perceba como um ser social. O desenvolvimento do diálogo/vínculo com a equipe possui atuação relevante no processo de adoecimento e cura da comunidade. No entanto, os autores analisaram estudos que evidenciam que, como instrumento, a comunicação ainda está restrita ao campo clínico e de possíveis desordens orgânicas/desorgânicas. No estudo os autores relacionam os resultados complexidade do trabalho de enfermagem na atenção básica e as muitas demandas para este profissional, mas ressalta a necessidade de dedicação à escuta qualificada e ao diálogo reflexivo no acolhimento.

A evidência de desafios na comunicação entre equipe profissional entre si e destes com os pacientes refletem a necessidade de se estimular e promover a educação permanente na atenção primária. As sugestões propostas pela PNH como ações ou diretrizes para a humanização introduz no texto da política a necessidade de inclusão dos mais diversos agentes do trabalho em saúde e usuários no planejamento e nas tomadas de decisões. Sugerem-se as reuniões em rodas, as dinâmicas de grupos, dentre outros como meios para promover precedente à humanização, a apropriação das políticas públicas (BRASIL, 2004).

Identifica-se no trecho citado o teor de avaliação do enfermeiro sobre a equipe de saúde presente no momento citado a respeito do sofrimento da criança. A avaliação do gerente sobre a equipe, o feedback dado, as reuniões constantes com categorias específicas e com a equipe fortalece a identificação das prioridades do serviço e a superação das falhas.

Conforme Silva e Romano (2015), apesar de todo o debate positivo envolta do acolhimento como processo organizador do trabalho da equipe na atenção primária e avaliador da humanização do serviço, percebe-se ainda fragilidades em sua prática, relativas a postura do profissional que incorporam certa dificuldade em apreender a longitudinalidade e coordenação do cuidado, geram, involuntariamente pouca resolutividade das demandas e conseqüentemente, aumento destas.

Outro ponto a ser observado no contexto do paciente em sofrimento, conforme acontecimento citado observa-se a alienação dos profissionais aos fluxos previamente estabelecidos e, em consequência desta, a ausência de empatia pelos demais profissionais presentes. Scholze, Júnior e Silva (2019) definem a empatia como o processo de olhar o sofrimento alheio com o olhar de quem sofre e considera essa uma virtude essencial para o acolhimento.

A empatia guarda ligação com a comunicação verbal e não verbal, não se pode avaliar a qualidade do acolhimento e da humanização sem analisar a comunicação dos profissionais como resposta às necessidades e manifestações dos usuários. A rotina diária, fatigante e numerosas demandas paulatinamente tornam a comunicação do profissional tecnicista, embora no discurso haja a valorização dessa virtude e o estímulo ao desenvolvimento desta em equipe mediante estratégias de educação permanente (TAKAKI; SANT'ANA, 2004).

Nesta pesquisa algumas unidades mencionam o vínculo estabelecido entre comunidade e equipe como um fator relevante e facilitador do trabalho, entretanto, alguns profissionais em outros territórios queixam-se da dificuldade dos usuários de respeitar as funções dos ACS e o tempo de espera pela resolutividade das demandas, como descrito nos trechos a seguir:

“Às vezes ele vem só mostrar um exame e tem tantas pessoas ali que precisam mais do que apenas mostrar um exame, e ele não consegue aquilo... Ele consegue um agendamento pra daqui um mês, ele sai frustrado.” (ACS 1)

“As pessoas têm que entender que tem que esperar. Têm umas mãezinhas que precisam entender que o serviço não é chegar e ser atendido, não,

ela tem que entender isso. A gente tem que ensinar e sensibilizar as pessoas nesse sentido.” (Enfermeiro 9)

O investimento do profissional na escuta qualificada, nas relações interpessoais no processo do acolhimento permite ampliar o acesso às exigências e singulares necessidades do paciente. A escuta e o diálogo são ações inerentes ao ser humano, o estímulo ao desenvolvimento dessas habilidades na gestão e nas relações profissional-paciente favorece a compreensão do contexto saúde-doença, demanda singular de cada pessoa (MAYNART *et al.*, 2014). Nesse aspecto é importante pontuar sobre a necessidade da constante vigilância a esse processo, não se podendo elencar os procedimentos padrões a serem feitos nesse momento e segui-los a rigor em todas as circunstâncias ou o profissional estaria atribuindo ao acolhimento a característica tecnicista que se quer superar.

Conforme Silva e Romano (2015), o acolhimento como um dos principais meios de avaliar a satisfação dos usuários com o atendimento possui característica transformadora das práticas em saúde. O profissional, apesar da essência da relação ser terapêutica, deve exercer função educadora, a escuta qualificada favorece essa articulação, os pacientes possuem possibilidades cognitivas diferentes e cada um interage com o profissional da forma como se constitui seus conhecimentos, anseios e necessidades.

Nessa perspectiva, Fortuna *et al.* (2017) analisam o acolhimento como tecnologia leve de auxílio à transformação do modelo tecnicista em saúde como um potente analisador, na medida em que proporciona revelar situações e informações não vistas diretamente no contexto do trabalho em saúde. É revelado o modo como os enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS se relacionam com os usuários.

Bhremer (2009) cita a preocupação em se analisar os discursos sobre essa diretriz, pois há incongruências verificadas em estudo a respeito das definições do procedimento de acolhimento e das suas práticas. Na teoria os profissionais se debruçam sobre os modos de escuta, recepção, tratamento atencioso ao usuário, mas na prática o procedimento se restringe a triagem e classificação para o atendimento das urgências. Outro fator citado como divergente entre teoria e prática, refere-se ao princípio da universalidade do SUS e a atenção básica como porta de entrada a demanda espontânea e ordenadora do cuidado, quando os serviços disponibilizados na atenção primária são restritos e limitados. São questões de planejamento e organização do SUS, mas que

promovem o debate e na prática a não aceitação dos usuários, pois procuram o serviço no entendimento de ser atendido e ter sua demanda resolvida.

Nesse estudo alguns profissionais relataram a dificuldade em promover a inclusão dos usuários no entendimento da rotina da unidade de saúde. Para o ACS 5 o vínculo estabelecido entre o profissional e as famílias é algo positivo, porém por muitos momentos tem sido fator de insatisfação com o seu trabalho, pois os procedimentos ofertados no serviço são limitados e há a necessidade do comprometimento da comunidade em buscar entender o horário de funcionamento, quais serviços procurar em outro horários noturnos e finais de semana, aceitar a espera pela marcação do exame ou da consulta, dentre outras informações. Para os ACS a compreensão dos usuários sobre o trabalho dos profissionais é o maior desafio. Nas falas de outros profissionais é evidente o desafio de educar os usuários:

“...às vezes o paciente acha que o atendimento não foi bom pra ele, pois cada um tem sua opinião, porque não quis esperar o tempo que era para esperar, porque a gente sabe que vai demorar, porque têm outras pessoas na frente, pessoas que precisam mais que eu.”(Enfermeiro 9)

Scholze, Júnior e Silva (2009) contemplam a proposta bem intencionada da PNH, mas ressalta que o acolhimento pode gerar condições favoráveis ao desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*, devido a excessivos momentos de tensão e estresse na rotina do trabalho em saúde. Nesse ponto os autores analisam a implantação do acolhimento em três categorias: afeto, empatia e alteridade. O afeto é definido como o sentimento representado a partir de ideias de objetos ou circunstâncias externas; habilidade de dedicar-se à compreensão desses sentimentos é a empatia; e alteridade um conceito posto pela Antropologia de investigação do mundo a partir da coletividade, da não aceitação de um centro do mundo ou do saber e da compreensão das múltiplas culturas. Nessa discussão, os autores ressaltam a importância do autoconhecimento da pessoa no exercício do acolhimento na perspectiva de promover o acolhimento humanizado para o paciente e para o profissional.

Para a PNH o acolhimento se reveste de relevância, dentre suas diretrizes, nos sentidos ético/estético/político. Ético porque busca respeitar as qualidades de vida dos usuários, os modos como vivem, como se relacionam com as pessoas e com o meio ambiente, seus desejos e medos e

o comprometimento com em recepcionar todos os usuários com equidade; Estético porque ressignifica os diálogos e atividades do dia a dia em estratégias de intervenção e as transforma valorizando o ser humano e sua dignidade; Político, pois convida a coletividade a vivenciá-lo e potencializar a participação dos usuários, trabalhadores e usuários no cuidado em saúde (BRASIL, 2016).

A postura ética do profissional da atenção básica tem sido ressaltada na pesquisa pelos enfermeiros ao tratar o acolhimento como prática em humanização. Destaca-se ainda o envolvimento dos profissionais sobre o correto repasse das informações aos pacientes, sobretudo sobre a educação em saúde. São salientadas as dificuldades em educar os pacientes especialmente sobre a dinâmica do serviço, e por outro lado, o valor que o profissional atribui à demanda do paciente.

5.4.2 Práticas grupais

As práticas grupais emergiram como atividades de educação e promoção da saúde na atenção básica que mais se aproximam da humanização em saúde por apresentarem estratégias que se enquadram nas diretrizes gerais da PNH: a ampliação do diálogo, o enfoque na clínica ampliada, a sensibilização da equipe com o sofrimento ou situações de risco das famílias; e nas diretrizes específicas da atenção básica, ao promover as práticas promocionais em saúde e o comprometimento com o trabalho em equipe (BRASIL, 2004).

O trabalho com grupos foi citado como alternativa para oportunizar o diálogo da assistência com todos os pacientes e organizar as demandas do serviço, visto que há muitos pacientes que apresentam sua necessidade no CSF, porém não apresentam urgências para o atendimento imediato em um contexto de demandas numerosas. A organização por grupos facilita e dispõe o atendimento coletivo de usuários com condições comuns como os tabagistas e gestantes.

“Enquanto equipe, a gente trabalha com grupos, é a maneira que a gente acha melhor de atender a eles de maneira que a consulta não seja tão demorada. A gente trabalha com grupos de tabagismo, abriu agora o de

“HIPERDIA⁴”, de gestante, de mulheres. É a maneira que a gente acha de chegar mais rápido no paciente. Nosso atendimento é uma demanda muito grande, então às vezes a urgência de uma pessoa não tem como você acolher rápido.” (ACS 1)

“Estamos tentando revitalizar o grupo de idosos, que é próximo a Sociedade de Apoio a Família Sobralense. Estamos tentando desafogar o posto e prestar o atendimento. Hoje tenho uma enfermeira que foi fazer... renovar receita, fazer promoção de saúde com o apoio da residência e do NASF. Nesse caso há um “desafogamento” do posto, vamos ocupando outros equipamentos sociais do território.” (Enfermeiro 2)

“A gente faz grupos. Quando eu cheguei aqui a gente trabalhava de outra forma, mas a gente organizou, estou há quatro anos aqui. Eu organizei os grupos. Pois quando cheguei aqui vieram todos os hipertensos, todos os diabéticos das três agentes de saúde, eu achei que aquilo não era humanização do serviço. Então eu parei e conversei com eles que aquela não era a melhor forma, vamos conversar qual vai ser a melhor forma. Então a gente decidiu que iríamos atender em um dia, manhã e tarde, uma agente de saúde e a gente agendava outra a gente de saúde “pra” um dia que fosse manhã e tarde, três dias, manhã e tarde. Eu fiquei louca nesse dia. Com o tempo eu fui organizando. Eu deixei todo mundo com cartão de hipertenso, grampeava a receita no cartão e eles perdiam e eu grampeava de novo, a gente organizou todos os pacientes para irem para o médico, para uma reavaliação e todos os pacientes com hipertensão e diabetes descompensadas foram reavaliados e agora está bem organizado. Então vejo que hoje a gente tem

⁴ HIPERDIA: Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos - gerido pelo Ministério da Saúde, processados pelo DATASUS - Departamento de Informática do SUS, da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. O sistema não existe mais na Atenção Básicas sendo substituído pelo E-SUS (DATASUS, 2019).

humanização do serviço. Em todo momento que eu estou com eles, se vejo que tem algum problema, sobre alimentação, caminhada, por exemplo, eu converso...” (Enfermeiro 9)

Em outro cenário, onde a situação problema da unidade de atenção básica era a organização do atendimento das demandas espontâneas e agendadas, a inclusão dos grupos operativos de pacientes com afecções afins e outras atividades a exemplo da consulta agendada foram estratégias planejadas na intenção de reduzir a demanda espontânea. A implantação dessas metodologias como descrito por uma CSF desta pesquisa, também reorganizou o atendimento de modo que facilitou o trabalho dos profissionais e reduziu o número de atendimentos no Pronto Atendimento (BICALHO, 2013).

Previamente sabe-se que as atividades em grupo agendadas é uma forma das unidades trabalharem com a demanda excessiva, somando-se a isso há manifestações de que os espaços de convivência coletiva são excelentes cenários para se desenvolver educação em saúde por dar chance para os pacientes se manifestarem e ocorrer a troca de informações que implica diretamente no conhecimento dos interlocutores (MAFFACCIOLLI; LOPES, 2011).

“A questão do grupo, a gente pode abranger uma maior quantidade de pacientes.” (ACS 1)

As discussões são norteadas pelas condições de saúde comuns a todos os indivíduos participantes, sintomas, tratamento, serviços disponíveis na unidade de saúde e àqueles prestados pela equipe multiprofissional, espaço amplo que propicia o diálogo entre os profissionais da equipe ao planejar as atividades; entre equipe e comunidade, na comunicação entre profissional e usuários, e entre os participantes, ao se perceberem pertencentes a um coletivo construído a partir das suas características em saúde como principal motivação. (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Um grupo operativo deve emergir a partir da demanda da comunidade a ser identificada pela equipe de saúde através da territorialização e, como todo trabalho, necessita passar pelo processo de planejamento iniciado no diagnóstico da comunidade, na análise do conjunto de pessoas que vivenciam situações comuns. Em operacionalização, os grupos requerem o

acompanhamento dos profissionais que são responsáveis pela manutenção das atividades frente às expectativas dos usuários (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2011).

A liderança, exercida pela equipe ou pelo profissional que comanda as atividades, tem papel importante no sucesso e na coesão do grupo. Os usuários identificam nos profissionais, a dedicação, o profissionalismo, ética, interação com os usuários, mas também verificam quando o profissional lidera as atividades como obrigação de sua função. A sensação de pertencimento, de família unida, de apoio, escuta, espaço favorável para agir e se comunicar são favorecimento positivos dos grupos coesos aos seus membros e em alguns contextos se apresentam com muita expressividade positiva na vida do usuário por não encontrarem tais emoções em outras relações sociais ou em seus lares. (NOGUEIRA *et al.*, 2016)

O trabalho com grupos é citado como atividades realizadas em todas as UBS da pesquisa. Considerando que cada território apresenta suas características e seu diagnóstico, há grupos presentes em algumas unidades e ausentes em outras. Em todo o cenário da pesquisa os grupos apresentados são: idosos com as práticas corporais, gestantes, de HIPERDIA (hipertensos e diabéticos), puericultura, mulheres guerreiras e tabagistas.

“O grupo de gestantes, hipertensos e diabéticos, tem seguido com muito sucesso.” (ACS 3)

“Tem também o grupo na Igreja da ressurreição, é o grupo de hipertensos e diabéticos, falar sobre isso de levar remédios, renovação de receita.” (ACS 2)

“...temos grupo de práticas corporais, grupos de idosos, que são mais de convivências. Trabalhamos atividades educativas, mas também atividades para passar o tempo, distrair. Tínhamos aqui um grupo de mulheres, aquelas mulheres que tem, vivencia algum conflito ou situação de risco.” (Enfermeiro 6)

“A gente tem o grupo das mulheres que se chama “Mulheres Guerreiras”, tem um dia específico, é na terça-feira. A gente tem o dia da

ginástica que são as segundas e sextas-feiras, são mais “pros” idosos hipertensos e diabéticos. A gente não tem um profissional de educação física, mas é com a equipe multiprofissional, com a fonoaudióloga, com a fisioterapeuta....eles são quem tomam de conta do grupo, são eles quem cuidam. Então estão sendo bem acolhidos porque eles fazem atividades externas, recentemente eles foram “pra” caminhada do baixo. Então, eles interagem bastante.” (Enfermeiro 1)

“Aqui o território é dividido em 4 equipes, a equipe que eu participo fica com esse território onde o equipamento social é o CRAS. Mas tem o grupo de mulheres que as meninas trabalham a autoestima das mulheres trabalham com manuais, toda vez elas tentam levar um profissional aqui na associação do bairro.” (ACS 2)

Os grupos citados são elencados como proposta educativa para a comunidade ao estimular a autorresponsabilidade com o cuidado com a saúde e apoiar ou acolher as pessoas que vivenciam o sofrimento e situações de risco. Tais práticas são ferramentas eficazes na garantia da saúde por se basearem no processo dialógico onde se busca estimular a população o senso crítico, sua compreensão sobre o processo saúde-doença nos variados aspectos relacionados à própria vida, desenvolvendo o cuidado consigo mesmo e com a comunidade a qual pertencem (BEZERRA *et al.*, 2015). O diálogo oportunizado nesse método favorece a reflexão do indivíduo sobre sua condição de saúde e seu cotidiano, implicando na conscientização e na postura referente ao cuidado consigo mesmo (FIGUEREDO; BARROS, 2019).

O grupo de mulheres guerreiras é destacado nos diálogos pelo norteamento: os riscos e sofrimentos passados pelas mulheres do território. Em um estudo realizado em Fortaleza- CE, o grupo de mulheres surgiu a partir da reflexão sobre as dificuldades que as mulheres referem de conciliar trabalho e cuidado com a saúde, pois para muitas mulheres o excesso de demandas do trabalho, culturalmente superior para o sexo feminino nas famílias, dificultam atividades de lazer, de interação social e o cuidado consigo mesma. O espaço então propõe a comunicação, instiga o compartilhamento dos relatos das diferentes experiências dos sujeitos, atitude mencionada pelos profissionais como benéfica para o processo terapêutico, na medida em que contribui para criação

do vínculo entre usuário e profissional e estimula a autoestima (NUNES; OLIVEIRA; VIEIRA, 2013).

A proposta de acolhimento na modalidade coletiva é outra característica identificada nas atividades dos CSF, escuta a um conjunto de pessoas que vivenciam uma situação comum, seja ela de risco, sofrimento ou necessidade em saúde, aspectos que contemplam as diretrizes da PNH: o acolhimento e à elaboração de projetos de saúde individuais e coletivos (BRASIL, 2004).

Nos grupos de idosos e de práticas corporais é identificado, um cunho social como prática recreativa ao proporcionar minimamente a distração. Em outro estudo, os usuários descrevem as emoções positivas proporcionadas pela participação no grupo, de bem-estar, sensação de relaxamento, de distração e acreditam que os momentos partilhados com os demais são também de cuidado individual e mental, pois enquanto envolvidas nas atividades as inquietações e preocupações são aliviadas (SCARDOELLI; WAIDMAN, 2011).

Os idosos referem se sentir mais ativos e incluídos na sociedade ao participar de práticas grupais, com idade avançada aprendem a conviver com outras pessoas com quem constroem amizades e relatam a importância da autonomia nessa idade, de fazer as atividades físicas, passear, conversar, sentir-se visto e querido pela equipe que acolhe e pelas pessoas com quem que convivem (ALMEIDA; MAIA, 2010).

A humanização como ato de acolher com cordialidade o usuário de saúde nas práticas de educação em saúde é uma habilidade pessoal de facilitar as atividades e a construção do vínculo, como capacidade de dialogar, se comportar em relação ao outro e percebê-lo com empatia; e profissional, em poucas conjunturas, nos cursos de graduação ou de educação permanente são estimulados a perceber a assistência sob o ponto de vista humanizado (BEZERRA *et al.*, 2015).

“É assim, alguns grupos são muito bom para trabalhar a humanização, relação interpessoal, o grupo acontece em outros locais que levam os profissionais a estarem no território e não só nos consultórios. Acho que é de grande relevância.” (Enfermeiro 5)

A periodicidade dos grupos deve se basear na avaliação de risco e vulnerabilidade do público alvo (BICALHO, 2013). Os encontros da maioria dos grupos acontecem mensalmente; em algumas unidades o grupo de HIPERDIA acontece semanalmente, no entanto essa frequência

é influenciada por fatores como a assiduidade dos membros e conveniência, podendo, portanto, ser alterada.

“Temos os grupos de HIPERDIA e de puericultura, temos todos os meses uma vez por agente de saúde. A gente tem o grupo de gestante, mas é difícil de manter. Tem muita gente que não leva a sério o tratamento do dentista na gestação ou nutricional, acha que é importante comer, comer e ganhar peso e não é assim.”(ACS 7)

“...o grupo de gestante, que é um grupo mensal, engloba as gestantes de todos os enfermeiros. Temos o grupo de HIPERDIA (...). Temos uma enfermeira que toda terça esta no grupo de HIPERDIA. Já os outros grupos acontecem mensalmente. O grupo de HIPERDIA acontece na academia da saúde. O pessoal procura. A gente tem grupo de HIPERDIA que acontece na igreja, então os pacientes vinculam bem. Não temos uma frequência boa, mas avaliamos os processos, se não está tendo adesão assim, fazemos às vezes quinzenal... Além desses atendimentos, tentamos humanizar o máximo.” (Enfermeiro 2)

“O grupo de gestantes ainda não funciona aqui...” (ACS 6)

“A gente tem o dia da ginástica que são as segundas e sextas-feiras, são mais “pros” idosos hipertensos e diabéticos (...). A gente tem o grupo de gestante que é mensal, o grupo de tabagismo também.” (ACS 1)

“Tem grupos que acontecem 2 vezes na semana, grupo de idosos, o de gestantes são de 15 em 15 dias...” (Enfermeiro 5)

Os profissionais referem-se à efetiva operacionalização dos grupos devido ao apoio da equipe multiprofissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e dos alunos da Residência em Saúde. No que concerne ao número de profissionais que assistem o território, os profissionais informaram que essa característica se sujeita à necessidade do território.

“Temos quatro equipes completas, mas temos uma dentista, temos o grande apoio do NASF e da Residência que nos apoiam muito bem. Nosso público é bem distinto. Do lado de cá temos usuários bem estruturados financeiramente. Do outro lado temos pacientes que precisam mais de atenção, então deste, temos três enfermeiros, onde precisa mais e do primeiro, apenas um.” (Enfermeiro 2)

“A gente não tem um profissional de educação física, mas é com a equipe multiprofissional, com a fonoaudióloga, com a fisioterapeuta... eles são quem tomam de conta do grupo, são eles quem cuidam. Então estão sendo bem acolhidos porque eles fazem atividades externas, recentemente eles foram “pra” caminhada do baixo. Então eles interagem bastante.” (ACS 1)

O apoio da equipe multiprofissional do NASF nas atividades dos grupos é descrito no caderno de diretrizes do NASF como um dos espaços de atuação e intervenção na ESF. Conforme o texto, essa equipe deve atuar em teoria, sobre o encaminhamento dos profissionais da ESF e articulados com estes e com os demais interessados (BRASIL, 2010).

A atuação do NASF paralelo ao trabalho da ESF ao proporcionar aos usuários o espaço de convivência, interação, de criação de vínculos, de educação e promoção em saúde, articulam a clínica ampliada na assistência, denominação advinda da PNH como diretriz. Reis-Borges, Nascimento e Borges (2018) definem clínica ampliada como o processo no qual todos os envolvidos estão interessados na saúde do paciente. Para a PNH clínica ampliada é o “compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e corresponsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde”. (BRASIL, 2004, p.12).

A conjuntura descrita ao introduzir a clínica ampliada como diretriz da PNH reflete a complexidade das demandas em saúde, a limitação das expressões das doenças e o paradoxo profissional de considerar os fatores que não dizem respeito à doença como demanda “excessiva”. Os eixos que caracterizam esta diretriz, dizem sobre ampliar a compreensão sobre o processo saúde-doença e sobre o objeto de atuação, a construção compartilhada do diagnóstico e

do processo terapêutico e a prestação de suporte aos profissionais em suas dificuldades (BRASIL, 2009).

Para Machado, Albuquerque e Coutinho (2015) as ações na clínica ampliada buscam discutir e informar o paciente sobre os processos que implicam no seu adoecimento. As discussões compartilhadas permitem ao usuário identificar reciprocidades no outro, compreender as causas e consequências do seu modo de viver em relação à saúde e não se conceber como um ser isolado no adoecimento, mas pertencente a um grupo. A compreensão desses fatores aumenta o grau de corresponsabilidade dos indivíduos consigo mesmo, influenciado no processo terapêutico.

Para os profissionais do NASF a criação de grupos objetivando a redução da demanda, espontânea, motivo citado pelos participantes desta pesquisa, não é um norteador de qualidade para a estratégia, quando se deve visar o fator qualidade a quantidade. A consolidação dos espaços coletivos ainda é um desafio frente à tendência hegemônica dos processos de trabalho baseado no atendimento individual (BATISTA *et al.*, 2017).

De acordo com relatos, o trabalho com grupos na ESF Sobral não é estratégia recente. No entanto, em nenhum dos diálogos foi citado o Grupo de Trabalho em Humanização (GTH) como uma prática existente na ESF Sobral.

“A questão dos trabalhos em grupo não é recente. O que é recente são só trabalhos voltados “pras” doenças crônicas, grupos de apoiar, de gestão de casos. São pacientes de alto risco e a gente vai individualmente fazer um PTS. Como temos muitos a gente faz um momento com a equipe pra discutir, mas o cuidado é individual, é pra cada um.” (Enfermeiro 7)

O GTH é um dispositivo criado pela PNH e orientado sua construção para aproximar os profissionais em um espaço participativo e democrático visando discutir a dinâmica do trabalho entre trabalhadores, gestores e usuários, com o objetivo de transformar os processos de fazer saúde e sua qualidade em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2006).

No GTH os profissionais de saúde devem compartilhar suas visões, seus anseios, necessidades, sentimentos e manifestar sugestões ou críticas sobre o trabalho da equipe. As discussões geralmente são sobre comunicação, acolhimento, problemas setoriais da unidade,

problemas de relacionamento interpessoal, entre outros. Os principais pontos que impactam na saúde se referem à valorização do trabalhador e aumento da responsabilidade dos sujeitos envolvidos (BECCHI *et al.*, 2013).

Os grupos trabalhados na ESF de Sobral, apesar de não visarem a humanização como um fim, rodeiam os princípios do SUS e as diretrizes da PNH desde o planejamento aos resultados: na sensibilidade do profissional de identificar no território as necessidades individuais e coletivas, no enfraquecimento das relações rígidas entre profissional e paciente, no uso da tecnologia relacional, na construção de vínculos e na busca incessante pela qualidade do atendimento para o paciente. (FERREIRA NETO; KIND, 2010)

5.4.3 Espaço coletivo de gestão: trabalhadores e gestão

A principal atividade identificada na maioria dos diálogos foi o Gerenciamento Diário (GD) presente em todos os CSF, apresentado como uma reunião diária com duração inferior a meia hora, com a equipe no início do trabalho com a finalidade do gerente comunicar os profissionais sobre informações relevantes ao trabalho naquele dia. Nesse espaço os profissionais podem expor seus resultados, críticas, sugestões ou impressões sobre os processos de trabalho. A atividade possui cunho informativo e avaliativo, e transversalmente, apresenta a gestão participativa como estratégia.

“Toda semana a gente tem reunião com o enfermeiro, o supervisor da equipe, e com o gerente tem a roda do mês, mas todo dia tem o GD, o grupo diário, todo dia às 13h a gente se reúne, 10-15min, ele passa as demandas o que é solicitado, quer resultados, e também alguma coisa, queixa, um problema que a comunidade esteja passando, ele quer estar por dentro de tudo.” (ACS 2)

“Semanalmente nós temos o nosso GD. É um encontro rápido no início da tarde, é o gerenciamento diário. Algo que tenha acontecido no dia anterior, pra atualizarmos né e passarmos essas informações. Por exemplo, ontem tinha a informação de um recém-nascido prematuro no

bairro, então é necessário passar pra todos, são informações relevantes e também de ter o retorno dos profissionais, de ter o feedback.”
(Enfermeiro 2)

Geralmente as organizações em saúde possuem formatação centralizada no poder e não estimulam a comunicação transversal. O exercício da comunicação ocorre entre categorias profissionais específicas, entre médicos, entre enfermeiros, entre ACS, etc. A PNH instiga reinventar essa disposição e possibilitar o diálogo das diferenças, articulando os diferentes saberes e práticas. Essa orientação é fundamentada na concepção de que as demandas são complexas e requerem atuação interdisciplinar (BRASIL, 2009).

Há poucos dispositivos de fomento a gestão participativa. Assim, a política orienta investir na inovação na produção de tecnologias e estratégias de incentivo a inclusão democrática dos trabalhadores na tomada de decisão (BRASIL, 2009). A inovação nesse aspecto consiste nos meios de inclusão do trabalhador na gestão de maneira oposta a ideia de gestão centralizada e do profissional da atenção básica como recurso humano executor das ações propostas pela gestão (GALAVOTE, 2016).

Na forma como foi descrito pelos trabalhadores, o GD não se apresenta como uma atividade em equipe marcada pelas relações hierarquizadas. Apesar de gerente ser o condutor da atividade, as decisões são feitas a partir do consenso elaborado mediante os diferentes pontos de vista expostos pelos participantes.

“No GD todo mundo participa, diz o que “pra” si é satisfatório ou não, do mesmo jeito é a roda, é aberta pra todos os profissionais, agente de saúde, técnico de enfermagem, dentista, queira o profissional se manifestar. Principalmente na gestão atual, o gerente procura sempre responder em tempo hábil as questões, se é um problema, ele faz visitas, vê de perto o que é. E ele cobra realmente isso, o paciente chega aqui ele fala com ele, ele tenta resolver cobra nossa resposta se a gente foi, se o paciente esta bem, ele quer realmente ver se o paciente está bem.” (ACS 2)

Este posicionamento horizontal da equipe, quando todos se solidarizam com o problema apresentado por um e debatem a questão de forma compartilhada está alinhado ao conceito de gestão compartilhada, pautada na participação de todos os envolvidos, dos profissionais aos usuários (FIGUEREDO *et al.*, 2009), ou seja, a pessoa que executa também planeja, e vice-versa (BRASIL, 2009).

A habilidade do líder de se relacionar horizontalmente com sua equipe é uma ferramenta essencial na operacionalização da cogestão e aspira superar o modelo hegemônico das organizações de saúde, onde as decisões são feitas pelo chefe sem inserir os saberes dos demais membros (PENEDO; GONCALO; QUELUZ, 2019). Nesse aspecto, na atenção básica os enfermeiros são os profissionais que possuem mais facilidade de exercer o papel de líder e integrar na equipe em clima harmonioso focado nas metas comuns (LANZONI; MEIRELLES; CUMMINGS, 2016).

Considera-se essa modalidade de gestão benéfica para o líder por diminuir a sobrecarga de trabalho, mas por outro lado pode ocasionar atritos surgidos do encontro de diferentes ideias. Ainda assim, a tomada de decisão por uma única pessoa torna o ambiente de trabalho menor. É essencial para o fortalecimento do senso comum de equipe, a gestão baseada no encontro dos diferentes saberes e potencialidades dos trabalhadores (PENEDO; GONCALO; QUELUZ, 2019).

O GD não foi apresentado como uma atividade pensada como um plano de um projeto de humanização na ESF de Sobral, no entanto a abertura deste espaço para o diálogo entre equipe de profissionais e gestão de forma horizontal se aproximando dos princípios das diretrizes da PNH, que estimulam a criação de espaços abertos ao diálogo entre equipe, que valorize as potencialidades dos sujeitos envolvidos no trabalho em saúde de forma a identificá-los como protagonistas deste processo, gestão e trabalho (BRASIL, 2009).

5.4.4 Mecanismos de participação ativa do usuário

Na visão de um dos profissionais a cogestão ainda é um desafio a ser enfrentado. Na unidade onde trabalha a atividade que estimula tal diretriz é a Roda do quarteirão realizada mensalmente nos equipamentos sociais do território.

“A participação das pessoas no planejamento ainda é um pouco incipiente no sentido de que as pessoas ainda estão pouco envolvidas, a não ser nos grupos, na roda de quarteirão. A roda de quarteirão é um espaço que pode promover isso. Agora ela está acontecendo uma vez ao mês. A roda de quarteirão tem um sentido de aproximar o posto da população, é feita em algum ponto do território, e não no posto. Os temas dependem, mas são no sentido de promoção da saúde. Os residentes da saúde da família estão a frente disso. Os temas são de acordo com o andamento dos encontros.” (Enfermeiro 7)

Em outro estudo realizado na ESF de Sobral a Roda do quarteirão é abordada como um importante espaço para o desenvolvimento de múltiplas atividades no escopo da atenção primária em saúde, a exemplo da promoção da saúde através de práticas educativas. Nesse estudo abordou-se a roda do quarteirão como uma tecnologia de imersão da equipe na comunidade, por acontecer em locais diferentes do território, entendendo que saúde é produzida em todos os meios. Na pesquisa ressaltam-se as práticas educativas como dispositivo que prima “dar voz ao povo” para de forma autônoma atuar sobre os determinantes que implicam no seu adoecimento (ARAÚJO JÚNIOR *et al.*, 2018).

Os encontros entre comunidade e equipe da ESF nem sempre oportunizam o diálogo e as discussões sobre as práticas que incidem na produção de saúde. Em um segundo estudo sobre as Rodas de quarteirão na ESF Sobral, essa estratégia é caracterizada por criar esse espaço oportunizando a discussão sobre determinado assunto que influencie de maneira determinante sobre a saúde no território, a exemplo da ansiedade; convidar as pessoas a participarem dessa prática; e orientar sob o ponto vista técnico da equipe. É destacado no diálogo o discurso crítico da comunidade e o vínculo que se constrói ao direcionar os participantes para outras atividades como a inclusão no grupo de caminhadas (SHINKAI *et al.*, 2013).

Semelhante às práticas em grupo, a Roda do quarteirão busca ampliar a participação da comunidade nos processos de saúde, de forma a proporcionar ao usuário a competência crítica sobre seus modos de viver que influencia no seu adoecimento e da comunidade a qual pertence e o posicionamento autônomo sobre os fatores que implicam no processo de adoecimento, da forma como se solidarizam com o outro e como contribuem para a produção de saúde. Como

exemplo, os temas abordados nos dois estudos citados, dengue e ansiedade, doenças expressivas em saúde pública que requerem a cooperação da comunidade na prevenção, no auxílio às famílias que apresentam essa enfermidade e nas atividades que contribuem no processo terapêutico ainda que de forma subjetiva.

Para Campos (2013) o Método da Roda inspira-se nos pedagogos construtivistas que iniciam seus trabalhos com a roda e reformula o campo disciplinar da administração a de maneira prática reformular os modos de gerir. Um método à luz da vida que se movimenta e gira como uma roda, para reconhecer e lidar com conflitos. A roda instiga a constituição do senso de compromisso e solidariedade com o interesse público, individual e da comunidade, da maneira que estimula o senso reflexivo e autônomo sobre o mundo.

Conforme Ribeiro *et al.* (2017) as rodas das unidades básicas de saúde de Sobral (CE) constituem-se como potentes espaços de cogestão de coletivos e possuem características administrativa, pedagógica, terapêutica e política (RIBEIRO *et al.*, 2017, p.4).

A cogestão na ESF tem importante impacto sobre a forma como as pessoas enfrentam as dificuldades. As fragilidades que caracterizam as unidades de saúde estão relacionadas às estruturas de poder verticalizadas, que exclui a possibilidade de atuação autônoma da comunidade e profissionais no processo de saúde e doença e a mudança recorrente de pessoas que ocupam esse espaço. A cogestão, por incentivar a democracia no ambiente interno, protege as unidades do processo transitório das instabilidades externas causadas por uma pontual mudança de funcionário ou gestor (CALDERON; VERDI, 2014).

De acordo com Campos (2013) o coletivo democrático não anula os interesses, desejos e perspectivas individuais em prol de um coletivo, tampouco dispõe a frente das metas do grupo um interesse de uma pessoa apenas. Essa modalidade implica na análise e reconstrução dos interesses e desejos dos membros de uma equipe, na potencialidade expressa na horizontalidade das relações.

Em uma das unidades o profissional relatou a influência da cogestão na responsabilidade do paciente com o próprio cuidado ou de familiares nos casos dos dependentes.

“É muito difícil o usuário se responsabilizar de si. Principalmente os pacientes hipertensos e diabéticos. A gente vive hoje, eu achava que esse território não tinha, mas tem a questão do idoso que a própria família

não quer se responsabilizar por ele. Falta isso de cogestão, de você se responsabilizar também pelo cuidado.” (Enfermeiro 3)

De acordo com Gelinski (2011), algumas famílias ainda não se adaptaram ao modelo de produção de saúde da ESF, parecem esperar na unidade de saúde a atividade curativa sem se envolver no processo de identificar as mudanças nos padrões e perceber saúde como um processo de promoção e prevenção, além de curativo (GELINSKI, 2011). Nesse aspecto, ressalta-se o papel da Atenção Básica expresso na Política Nacional da Atenção Básica, de promover a vinculação e corresponsabilização pela atenção as demandas em saúde da comunidade (BRASIL, 2017).

A corresponsabilidade é uma tecnologia relacional atrelada ao vínculo e ao acolhimento (LIMA; MOREIRA; JORGE, 2013). A PNH trata da corresponsabilização ao orientar a comunicação entre gestores, profissionais e usuários na construção de espaços coletivos de valorização desses sujeitos e de enfrentamento às relações de poder que em muitos contextos resultam em desconfortos ou desumanização (BRASIL, 2004).

Alinhado a este estudo, outro estudo aponta a incipiência da corresponsabilidade e indica que as ações desenvolvidas pelas ESF não contemplam a participação social e a gestão participativa da comunidade, tampouco estimula o protagonismo desses sujeitos nesse aspecto. Observa-se nos usuários o sentimento de gratidão pelos serviços prestados pela equipe de saúde, no entanto não há interesse da comunidade em participar desse processo (TRAD; ESPIRIDÃO, 2009).

As ideias expostas até aqui indicam que a construção de espaços coletivos e ampliação do diálogo estimulam a criticidade dos sujeitos, sua reflexão e participação social. Todavia não garantem que todos os usuários apresentarão o mesmo posicionamento. Observa-se em contrapartida, a necessidade do empreendimento da comunidade, como sujeitos éticos e políticos, em introduzir-se no coletivo e refletir de forma autônoma, sem responsabilizar isoladamente a equipe de saúde pela insuficiência de sua participação nas atividades propostas para um coletivo (CALDERON; VERDI, 2014).

A terceira atividade identificada como potencial estratégia que contempla a cogestão e humanização na atenção básica se refere ao Conselho de Saúde Local (CLS) que emergiu em

poucos diálogos como uma atividade que aborda essa diretriz na PNH, no entanto não funciona ativamente na maioria das unidades que a citaram.

“Aqui não tem conselho de saúde local.” (Enfermeiro 9)

“Estamos tentando reativar o conselho local de saúde.” (Enfermeiro 5)

“O conselho local de saúde no momento não esta funcionando. No momento estamos trabalhando a prioridade da prioridade que são atendimento as gestantes e crianças menores de 1 ano por conta da mortalidade infantil. A gente esta reorganizando todo o processo de trabalho voltado pra gestantes e fazendo auditoria de prontuário, fazendo reuniões de equipe. Então hoje a gente está direcionado pra isso. E também estamos implantando o prontuário eletrônico. Temos muitos processos em andamento. Sabemos que o conselho de saúde é importante, inclusive como apoio no nosso processo de apoio, que requer uma dedicação maior. Acho que tem que ser uma mobilização da comunidade de todos...então quando passarmos desse processo.” (Enfermeiro 7)

Conforme a última fala, há o reconhecimento do Conselho Local de Saúde como um importante dispositivo de apoio e participação, no entanto sua operacionalização não depende unicamente do empreendimento do CSF e naquele momento não se compreendia como prioridade primária dentre as necessidades de saúde do território. Esse processo de transição e reordenação do trabalho foi justificado pela mudança recente de gerente das unidades e consequentemente, reorganização das ações.

A PNH se refere aos conselhos de saúde ao recordar a participação social como direito expresso na Constituição Federal e estimulado formalmente em nível municipal através dos conselhos de saúde. Somando-se a isso, a política instiga a participação social além da instância formal, no dia a dia, quando a participação ainda é incipiente (BRASIL, 2009).

Os CLS, como espaço de melhoria da assistência e promoção da saúde é compreendido por muitos como um local onde há muitas discussões e pouca resolutividade, gerando uma

cultura de baixa adesão participativa. Sugere-se que o baixo envolvimento da comunidade nas reuniões se deve a pouca divulgação das reuniões e mínimo empenho da equipe em desenvolver estratégias de inclusão das pessoas no grupo (JUNIOR; MARTINS, 2014). Os conselheiros dificilmente demonstram a importância dos conselhos como espaço de protagonismo dos usuários do sistema e de efetivação dos seus direitos, resultando na invisibilidade dos CLS (MIWA; SERAPIONI; VENTURA, 2017).

A participação social resulta do interesse ético e político do usuário de compreender suas necessidades. No entanto, as demandas em saúde são complexas e dinâmicas, a população sofre com o adoecimento, mas os trabalhadores também para adequar-se e compreender as mudanças, inclusive da inclusão de novas políticas públicas, como a PNH na rotina do trabalho. Nesse sentido, a democratização das atividades com gestores, profissionais e comunidade como também a criação de estratégias de educação em saúde se fazem necessárias para a construção do senso de corresponsabilização. Desta forma, a participação social atrela-se projeto de humanização ao contemplar os usuários como produtores de saúde (REIS-BORGES; NASCIMENTO; BORES, 2018).

5.5. As dificuldades

A terceira questão elaborada na metodologia se refere às dificuldades que os profissionais entendem como desafiadoras para realizar a assistência humanizada. As principais dificuldades citadas remetem às dificuldades físicas operacionais do trabalho de acordo com a profissão, a dificuldade de alinhar um trabalho em equipe e a incompreensão da comunidade como corresponsável pelo trabalho em saúde.

A mudança de liderança da equipe do CSF surgiu no diálogo como um desafio a continuação do trabalho iniciado por um profissional, resultando na interrupção de uma atividade de rotina e descompromisso com o seguimento de fluxos por parte da equipe.

“As dificuldades...O seguimento de fluxos. Antes de mim tinha outra gerente, é uma gerente e muito compromissada que implantou muitos processos aqui. Disparou muitas coisas. Quando cheguei até fiquei espantada porque muitas coisas não estavam funcionando. Porque as

“pessoas não cumprem, há uma descontinuidade dos processos.”

(Enfermeiro 7)

“A principal dificuldade é a equipe, a ausência de comunicação, a equipe em si, os processos internos, na integração, fragmentação nas suas equipes.” (Enfermeiro 2)

A fragmentação das estruturas subjetivas da equipe é considerada também na pesquisa de Santos Filho, Barros e Gomes (2009). Consideram que não há colaboração articulada dos profissionais em superar as cisões e assimetrias típicas de organizações que trabalham em equipe. A modalidade de gestão exercida nessas unidades tem relação com a fragilidade do grupo.

Em outra pesquisa a falta de planejamento e de comunicação entre profissionais do CSF são fatores que desencadeiam na fragmentação do senso de equipe. Acrescentam que o gestor não deve se posicionar hierarquicamente como condutor das atividades ou líder do planejamento, o sentimento de equipe requisita a horizontalidade das relações que resulta na valorização de todos os sujeitos envolvido no processo. A valorização do trabalhador é premissa para a autonomia, o compromisso e o vínculo com a equipe (SANTOS *et al.*, 2016).

Essa rotatividade compromete o acolhimento como postura para o usuário que já consolidou vínculo e reconhece o profissional da sua área pelo nome e constrói uma relação confiança (GUERRERO *et al.*, 2013). As mudanças na gestão impactam também na forma como os usuários lidam com as demandas, é um problema na atenção básica a ser estudado com mais especificidade, tendo em vista o risco de comprometimento do vínculo com os usuários e a longitudinalidade do cuidado (TONELLI *et al.*, 2018).

Um dos entrevistados, recém incorporado àquela equipe, apontou ter identificado algumas atividades não estão funcionando da forma como foi planejada e refere dificuldade em conciliar com a equipe as orientações para que os protocolos de atendimento ocorram como é preconizado.

“Acolhimento com classificação e risco não esta como tem que ser. As estratificações e risco que temos que dar continuidades, está parada...Tem coisas aqui no pré-natal que não esta sendo feito. A gente tem que ficar o tempo todo batendo em cima e isso é cansativo. Na

unidade anterior todos os meses tinha uma reunião pra discutir isso e inclusive no GD também dava pra discutir. Funcionava muito bem. Quando as pessoas falam que não é bom é porque não está funcionando como deveria. É a melhor forma de se trabalhar.” (Enfermeiro 7)

As dificuldades de implementação da classificação de risco são apontadas como desafiadora para os profissionais que receiam perder sua autonomia conquistada previamente ao articular-se com a demanda espontânea. Identifica-se também a não mobilização dos profissionais para participar de oficinas educativas sobre estratificação de risco e acolhimento como também não sistematizam a replicação dessas atividades (SILVA; BARROS; TORRES, 2010).

Apesar do discurso harmônico da equipe da ESF de Sobral identificam-se incongruências quando se discutem as dificuldades, observação que vai de encontro ao estudo de Peruzzo *et al.* (2018) que relata essas divergências no discurso dos seus entrevistados ao comparar com as manifestações de distanciamento, dificuldade de relações interpessoais, resistência a inclusão de novos profissionais na equipe e o distanciamento entre as pessoas. Os autores acrescentam que os entrevistados justificam os conflitos pela escassez de recursos, precariedade do trabalho, desvalorização e desmotivação do trabalhador.

No discurso, o profissional apresentou se articular bem com as dificuldades do trabalho em equipe.

“Quanto à equipe, todo mundo tem uma cabeça diferente, mas a gente tenta direcionar, direitinho. Eu não gosto de passar por cima do serviço do outro profissional então a gente tem que explicar, né? Mas eu faço de tudo “pra” não passar por cima das pessoas. Eu acho que a gente tem que respeitar as pessoas.” (Enfermeiro 9)

Para Miareli (2012) a boa comunicação é um dos pontos positivos da equipe consolidada que favorece o atendimento do paciente com vistas a corresponder com os princípios do SUS. No entanto, um dos maiores desafios é o reconhecimento diário da autonomia do outro e do modo como agem. A autora acrescenta que essa postura reafirma a atenção integral e humanizada como metas da assistência.

Por outro lado, os entrevistados apontam a não participação da comunidade em compreender e colaborar com a forma como a equipe trabalha.

“As dificuldades é o povo que não ajuda a gente. A gente quer organizar de uma maneira e o pessoal não colabora.” (ACS AC)

“Vou lhe dar o exemplo da experiência que eu tive em outra unidade, iniciamos a triagem com classificação de risco. E lá apenas o enfermeiro fazia essa triagem “pra” depois iniciar o atendimento. E com isso a gente observou uma melhora gradativa e eficaz com resultados positivos. A gente conseguiu dar um atendimento no tempo oportuno e de forma eficaz para o paciente que mais precisava naquele momento e aqui há um mês a gente esta tentando no momento se organizar para iniciar aqui, pois aqui não tem. Aqui o pessoal ainda está mal-acostumado a vir na hora que quer né, no horário que quer. Então a gente precisa se reorganizar ainda porque estamos aqui há pouco mais de um mês.” (Enfermeiro 5)

Silva, Barros e Torres (2010) constataam em sua pesquisa o não envolvimento da população com o entendimento da classificação como uma dificuldade na operacionalização deste protocolo. Os autores comentam sobre a importância de esclarecer a população sobre o acolhimento com classificação de risco, todavia o excesso de trabalho e a falta de tempo impedem a articulação de ações que contemplem solucionar esse problema.

Para os ACS além dos desafios de incompreensão da comunidade sobre seu trabalho, os desafios são os físicos que envolvem principalmente as visitas domiciliares. De acordo com estes são muitos documentos a ser preenchidos com prazo curto para serem apresentados e as questões climáticas típicas da região como o sol forte.

“É mesmo só a questão da parte burocrática mesmo, e tanta coisa “pra” gente resolver, tanto papel pra entregar, às vezes e os prazos são mínimos, às vezes tem um paciente que precisa de uma escuta melhor, e a gente não tem esse tempo todo pra dar de qualidade. Mas se a gente vai

hoje e não deu certo, vai amanhã de novo e tenta resolver. É tanto que as pessoas têm um vínculo muito grande com a gente porque eles veem que a gente tenta ajudar, chegam aqui no posto, a gente faz de tudo para agilizar, mas diante dos demais é só isso mesmo.” (ACS 2)

O sol, o calor, o tempo...’eu gosto muito de visitar escutar a pessoas, mas muitas vezes temos tanta coisa pra fazer que não dar pra conversar. É muito corrido. Muita gente tem a visão de que a gente não trabalha, mas só quem faz mesmo. Porque as pessoas acham que é só uma conversa, mas não é. Tudo a gente passa par ao enfermeiro e tem que... Eu gosto de trabalhar chamando as pessoas pra responsabilidade. Eu tenho 191 famílias, 514 pessoas. As pessoas não têm paciência, querem dar o jeitinho brasileiro, de querer se dar bem, de passar a frente dos outros.” (ACS Aprazível)

Um dos ACS relatou a dificuldade de conseguir efetivar seu trabalho como ACS de acordo com o princípio da Universalidade em sua região devido à falta de interesse das pessoas de participarem das atividades do CSF e as características de vulnerabilidade e risco características de uma porção do território.

“Na minha área tem uma população com o poder aquisitivo maior. Então as pessoas não se interessam pelo serviço público. O pessoal tem medo da violência e é difícil fazer visitas. Mas é um bairro mesclado tem uma parte da população que é mais acessível então que precisam mais do serviço público. A minha dificuldade é em prestar um serviço a pessoas que não tem interesse. Como o SUS é “pra” todos, a gente tem que ir atrás dessas pessoas também.” (ACS 6)

Essas dificuldades são descrevidas também no estudo de Santos *et al.* (2016) como socioambientais que englobam o mau tempo, a dificuldade de encontrar a pessoa em casa, a

distância de uma casa para outra, a precariedade do trajeto em ruas com estruturas ruins e as áreas onde as pessoas apresentam risco à segurança do ACS.

Outra queixa relatada pelos ACS, que se desencadeia pelo fato de morar no território de referência do CSF ao qual fazem parte, é o outro lado do vínculo representando uma dificuldade na vida pessoal do profissional, pois o paciente não dissocia atribuições profissionais, horários de trabalho da vida pessoal do ACS.

“Por esse vínculo, eles querem o telefone do ACS e liga, pergunta...OS outros profissionais trabalham 8 horas por dia, a gente trabalha 24h..a gente é atentado o tempo todo por conta do vínculo que temos.” (ACS 1)

Essa situação é relatada também na discussão de Riquinho *et al.* (2018) que consideram a ausência de privacidade sobre o ponto de vista do ACS e do usuário. Há situações em que o usuário reconhece apenas o profissional por todo o tempo, como também aqueles que reconhecem o vizinho que conhecem desde a infância com quem compartilhou muitas experiências e destas surge o receio da exposição, principalmente nos casos de doenças transmissíveis.

Lopes *et al.* (2018) contemplam o sofrimento dos ACS causados por essa demanda excessiva de trabalho e elencam quatro categorias temáticas que reorientam o trabalho no sentido de diminuir a sobrecarga de atribuições: reorganizar o trabalho com prioridades de forma a evitar deslocamentos desnecessários e otimizar o tempo; atuar de acordo com suas atribuições legais, pois o vínculo estabelecido com a comunidade por manter residência próxima sugere aos usuários a procura pelo ACS por demandas que não se encaixam nas suas funções; fortalecer os laços de cooperação com a equipe da ESF para compartilhar as responsabilidades pertinentes; e cuidar da saúde psíquica através do diálogo aberto com as pessoas próximas, a participação de confraternizações e ventos que diminuam o isolamento.

Em outro estudo as dificuldades de incluir a humanização na rotina do serviço dizem respeito à incompreensão do termo humanização em saúde, desconhecimento da política e despreparo dos profissionais para lidar com a complexidade das demandas que apresentam características mais urgentes como excesso de pacientes para atendimento e desorganização dos fluxos pela equipe (MARIN; STORNILO; MORAVCIK, 2010). A educação permanente é

apontada como uma estratégia para imersão dos profissionais, gestores e comunidade na compreensão das diretrizes pontuadas pela PNH, suas orientações e conceitos de assistência humanizada (REIS-BORGES; NASCIMENTO; BORGES, 2018).

Observou-se na descrição das entrevistas a ausência de termos técnicos e de projetos primados pela PNH para sua implementação: GTH, Apoio Institucional, Clínica ampliada, Cogestão e Ambiência. Sugere-se, então que a ESF de Sobral não possui um plano de implementação da PNH para a Atenção Básica como também carece de investimento em educação permanente sobre o assunto, tendo em vista o desprestígio da Política apontado no diálogo pela maioria dos profissionais.

Para o gestor é o profissional que detém responsabilidade da função e posição estratégica para articular os saberes e políticas a serem implementados em uma organização de saúde. As ações em humanização, a compreensão da política, como também a implementação de suas diretrizes na cultura de trabalho da equipe são processos a serem arquitetados pelo gestor da área (RAMOS *et al.*, 2018).

6 CONCLUSÃO

Os resultados dessa pesquisa se mostram relevantes ao notar a escassez de trabalhos no município de Sobral que abranjam a efetivação da Política Nacional de Humanização bem como as ações que se aproximam da cultura de humanização na atenção básica. As evidências encontradas apresentam-se como importante ferramenta de auxílio ao planejamento da Gestão e para o trabalho com as ações de educação permanente.

Salienta-se que os objetivos dessa pesquisa foram alcançados da forma que o texto buscou analisar como a Política Nacional de Humanização é efetivada na Estratégia Saúde da Família de Sobral a partir da investigação do conhecimento que os profissionais ACS e Enfermeiros detêm sobre tal política, elencando as ações realizadas que atendem aos princípios da humanização na saúde e extraindo do diálogo as dificuldades que interferem no exercício da assistência humanizada.

A questão que norteou o desenvolvimento do trabalho **“Como as ações dentro da Política Nacional de Humanização são desenvolvidas em resposta às demandas da Estratégia Saúde da Família em Sobral”?** foi o princípio para todas questões postas nos diálogos com os participantes e na observação. Pode-se afirmar que a ESF de Sobral não possui a Política Nacional de Humanização implementada na nos processos de trabalho, porém identifica-se o acolhimento, os trabalhos em grupos e a gestão participativa como diretrizes oriundas da PNH que conduzem a rotina da assistência na atenção básica.

A não implementação da PNH na ESF de Sobral foi constatada pela carência de conhecimentos sobre a política declarados pelos participantes. Embora a maioria deles tenha destacado que conhecem a política, não foi identificado nos diálogos familiaridade com termos técnicos enaltecidos como ferramentas da humanização derivadas da origem da política, tais como: apoio institucional, ambiência, clínica ampliada e cogestão.

Identifica-se na pesquisa o desprestígio dos profissionais ao texto da PNH, todavia extrai-se no discurso o incentivo da gestão para que os trabalhadores busquem a assistência de qualidade atribuindo valor à demanda do usuário que em regra está atrelada ao grau de resolubilidade ou de encaminhamento. Nesse aspecto, há incongruências nos discursos, pois ressaltam as orientações da gestão e o foco no usuário como metas no trabalho, porém a fragilidade da equipe mostra-se como um desafio para o alinhamento das informações, a comunicação efetiva e a continuidade do seguimento de fluxos.

A comunicação harmônica entre equipe como um desafio é descrita com primazia às ações de humanização, seguidas pela necessidade de organizar os fluxos de classificação de risco, pré-natal, gestantes, etc. A necessidade de alinhamento desses atendimentos se deve a rotatividade recente em decorrência da realocação de gerentes no CSF depois de um processo seletivo ocorrido há dois meses anterior à coleta dos dados. A rotatividade se mostrou como um evento pontual, no entanto de impactos negativos que resultam na descontinuidade dos processos de trabalho. Em contrapartida, a evidência da interrupção de alguns fluxos revelou a fragilidade da horizontalidade como qualidade da equipe.

No tocante às ações, os profissionais consideram que a humanização é realizada principalmente através do acolhimento com classificação de risco, procedimento que oportuniza o atendimento disciplinado pela hierarquia dos riscos e assim estabelece prioridades. A diretriz é descrita de forma alinhada às descrições da PNH, como os modos de recepcionar e se relacionar com o paciente quando ele se direciona a unidade de saúde e revela sua necessidade. A responsabilidade por essa acolhida não é restrita ao profissional da enfermagem, como também não especifica local nem horário para acontecer.

As práticas grupais emergiram como ações realizadas há mais tempo nos CSF que se aproximam da humanização por possuírem intrinsecamente em sua estrutura, desde o planejamento à execução, ideais primados pela PNH. O grupo resulta do olhar ampliado do profissional que identifica no território um conjunto de pessoas que possuem necessidades comuns, sejam elas físicas, sociais ou psicológicas que não se encaixam na demanda espontânea como prioridade no atendimento. Dentre os grupos ressaltam-se o de idosos, de gestantes, de puericultura, das mulheres guerreiras e de práticas corporais. Esse mecanismo de ações coletivas se revela como um espaço de acolhimento coletivo, de ampliação do diálogo, escuta e compartilhamento das experiências e de transformação social para as pessoas.

Alguns grupos em algumas unidades não tiveram sucesso pela baixa adesão. Conforme a discussão é de responsabilidade do líder do grupo a manutenção do grupo e a criação de mecanismos que possibilitem a adesão das pessoas, bem como seu interesse. Os usuários identificam quando o profissional se dedica as atividades, se interessa pelas experiências dos usuários e empreende estratégias para a vinculação. As práticas coletivas são importantes mecanismos para o estreitamento dos vínculos, tecnologia leve enaltecida pela PNH como metas

para atenção básica por favorecer a adesão do paciente ao tratamento, a prevenção, especialmente àqueles que apresentam doenças estigmatizadas.

As ações que abrangem a diretriz Cogestão são apresentadas sob o modo de participação na gestão, de profissionais e da comunidade. A ação que atende a modalidade de gestão com participação dos profissionais é o Gerenciamento Diário (GD), descrito como uma reunião realizada diariamente, caracterizada pela horizontalidade das relações que oportuniza a participação assídua dos funcionários na troca de informações, sugestões, críticas e na tomada de decisão. A PNH orienta os modos de gestão que valorizem o profissional na medida em que se sentem estimulados, autônomos e tendem a estabelecer compromisso com a equipe, evitando rotatividade e contribuindo para o fortalecimento do vínculo. Os diferentes saberes e interdisciplinares dispostos na ESF em diferentes lócus de atuação permitem a construção de um atendimento terapêutico eficaz e adequado à vivência do usuário.

A Roda do quarteirão foi descrita neste estudo, como também em outras pesquisas em Sobral, como um importante dispositivo de promoção da saúde e de fomento à cogestão. As ações são realizadas em sua maioria nos equipamentos sociais do território, como as práticas grupais e estimulam a participação crítica dos usuários. A posição de criticidade do usuário nesse dispositivo é considerada eficiente para as diferentes ações de promoção, educação, prevenção e tratamento na atenção básica por ampliar o diálogo, o senso de corresponsabilização, a reflexão e a autonomia do usuário sob as vivências que implicam no seu adoecimento e da comunidade.

A correponsabilização de gestão, trabalhadores e usuários é uma questão ressaltada na pesquisa. Os usuários da zona rural e de algumas unidades urbanas possuem dificuldade de compreender a dinâmica do trabalho dos profissionais da atenção básica, como o atendimento por prioridade de risco e o descompromisso com o tratamento. Sabe-se previamente que doenças como hipertensão e diabetes necessitam do diagnóstico, acompanhamento e tratamento orientados pelo profissional da saúde, no entanto cabe ao usuário ou seu responsável se correponsabilizar pelo seguimento do tratamento.

Apontam-se as ações de educação em saúde como estratégias que objetivam suprir essas necessidades de compreensão e adesão da comunidade a assistência, contudo não garantem a efetivação do senso de correponsabilização. Compreende-se que a posição de autonomia do usuário no cuidado consigo mesmo pode ser influenciado pelos projetos da ESF, mas não depende especificamente dos profissionais.

A segunda atividade considerada como potencial espaço de participação da comunidade e trabalhadores na gestão é o Conselho Local de Saúde, considerada atividade formal de cogestão. Entretanto, apresenta-se inativa na maioria das unidades. Os entrevistados reconhecem o CLS como importante espaço de democratização, de comunicação e gestão, mas priorizam ações mais urgentes como atendimento efetivo no CSF.

As dificuldades apontadas como desafio para desempenhar a assistência humanizada se referem à fragmentação subjetiva da estrutura do trabalho em equipe, identificados nas falhas de comunicação, descontinuidades dos fluxos por parte da equipe e rotatividade de profissionais. Sugere-se nesse aspecto, o empenho da gestão na criação de mecanismo e tecnologias que primem pelas relações horizontais, o fortalecimento do senso de equipe e motivação dos trabalhadores.

Os ACS citam as dificuldades operacionais do seu trabalho, as socioambientais e burocráticas. Queixam-se do sol, da dificuldade de encontrar as pessoas em casa. A maioria deles ressalta a dificuldade destinar mais tempo à escuta do paciente e à visita domiciliar devido à alta carga de atribuições, especialmente as burocráticas, a quantidade documentos para preparar e de informações que necessitam colher.

Frente aos desafios, a efetivação da Política Nacional de Humanização na ESF de Sobral surge como uma atividade a ser implantada pela gestão. Identifica-se nas equipes ações e comportamentos alinhados aos ideais postos pela PNH, no entanto a evidência de fragilidades demanda planejamento de ações que viabilizem o fortalecimento da equipe, do vínculo e da corresponsabilização.

Acredita-se que essa pesquisa será de útil referência para o planejamento da gestão e para contribuir para o campo da investigação da efetivação de políticas públicas, bem como a realização de novos estudos. É possível a partir dos dados elencar sugestões de pesquisas científicas nesta abordagem na região:

- Percepções dos usuários sobre assistência humanizada na ESF de Sobral;
- Processo de implantação da Política Nacional de Humanização na ESF de Sobral;
- Contribuições da Política Nacional de Humanização para a ESF de Sobral.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRASCO. **Documento Final do 11º Congresso da Associação Brasileira De Saúde Coletiva** – Goiânia, 28 jul. 2015. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2015/docs/documento_final_seminario_cns_Cofin_abrasco.pdf> Acesso em 19 ago. 2017.
- ALBUQUERQUE, M. S. V. *et al.* Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Revista Saúde e Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 182-194, out 2014.
- ALENCAR, M. N. *et al.* Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 353-364, 2014.
- ALMEIDA, A. K.; MAIA, E. M. C. Amizade, idoso e qualidade de vida: revisão bibliográfica. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 4, p. 743-750, out./dez. 2010.
- ALVES, C. C. *et al.* Humanização do parto a partir de métodos não farmacológicos para o alívio da dor: Relato de experiência. **SANARE**, Suplemento n.2 - ISSN: 2447-5815, v.14 – Mostra Pet Saúde – 2015. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/870/530>> Acesso em: 22 abr 2019.
- AMARAL, A. P. S. *et al.* Acessibilidade das unidades de Saúde da Família. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 11 (supl), p. 4638 – 44, 2017.
- AQUINO, Lyvia Evelyn Calani de. **Equipe de enfermagem e o parto humanizado: revisão bibliográfica**. 2012. Monografia apresentada ao curso de Enfermagem, Centro Universitário INTA, Sobral, 2012.
- ARAÚJO, C. E.L.; PONTES, R. J S. Constituição de sujeitos na gestão em saúde: avanços e desafios da experiência de Fortaleza (CE). **Ciênc. saúde coletiva** [online], Rio de Janeiro, v.17, n.9, 2012, pp.2357-2365. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-1232012000900016&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 20 set. 2017.
- ARAÚJO JÚNIOR, D. G. *et al.* Roda do quarteirão como estratégia de promoção à saúde no combate a dengue. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 103-111, jul./set. 2018
- ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, v.12, n.2, Rio de Janeiro, Mar./Apr.2007.
- BAHIA, Lúgia. **O cenário atual das políticas de saúde no Brasil**. 2014. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=video&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiB9ZPx3Lr1AhXyH7kGHQyzA1YQtwIIKTA&url=https%3A%2F%2Fportal.fiocruz.br%2Fen%2Fnode%2F54498&usg=AOvVaw3rMpch_NdCJvrHdaYb5zL8 Acesso em 11 jun 2017.

BARBOSA, T. G. *et al.* Fundamentos filosóficos em humanização: revisão crítica da literatura no Brasil. **Revista Internacional de Humanidades Médicas**, São Paulo - SP, v. 3, n. 1, p. 77 -93, 2014.

BARBOSA, G. C. *et al.* Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. **Rev. bras. enferm.** v.66, n.1, Brasília, p.123-127, Jan./Feb. 2013.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.

BARROS, F. P. C.; SOUSA, M. F. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. **Saúde Soc.** São Paulo, v.25, n.1, p.9-18, 2016.

BARTELMÉBS, Roberta Chiesa. **A observação na pesquisa em educação: do planejamento a execução**. Metodologia de Estudos e Pesquisas em Educação. Disponível em: <http://www.sabercom.furg.br/bitstream/1/1454/1/Texto_observacao.pdf>. Acesso em 29 out 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Editora Senado, 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Medida Provisória nº 827, de 2018** (Agentes Comunitários de Saúde e de Combate a Endemias). Disponível em:<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=83CDA6C7A58ABEE4345F07D9604F9251.proposicoesWebExterno2?codteor=1672005&filename=A vulso+-MPV+827/2018> Acesso em 9 mai 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria No. 2.436 de 21 de setembro de 2017**. Ministério da Saúde, Brasília, 2017. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em: 13 abr 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Documento Orientador de apoio aos debates da 15ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília – DF, 2015, 30 p. Disponível em:
<http://conselho.saude.gov.br/web_15cns/docs/05mai15_Documento_Orientador_15CNS.pdf>
Acesso em 19 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Seminário 10 Anos da Política Nacional de Humanização / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **PNH: Política Nacional de Humanização**. 1. Ed, 1 impr, Brasília, Editora Ministério da Saúde, 2013a, 16p.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2001**: regulamentação da Lei nº 8.080/90 / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – 1. ed., 4. reimpr. Brasília : Ministério da Saúde, 2013b. 16 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1. ed., 1 reimpr. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013c. 48p.

_____. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde: CONASS**, 2011. 291 p. Disponível em: https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_1.pdf. Acesso em: 26 out 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. 4. reimpr. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 72 p

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: gestão participativa: cogestão** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – 2. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a. 20p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.820 de 13 de agosto de 2009**. 2009b. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2009/01_set_carta.pdf Acesso em 7 ago.2019.

_____. Ministério da Saúde. **Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS/ Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome**. – 1. ed. – Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009c.72 p.

_____.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 / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.32 p.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde : saúde da família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica Brasília : Ministério da Saúde, 2006a. 72p.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília, 2006b, 76 p.

_____. Ministério da Saúde. HumanizaSUS. **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p.

BECCHI, A. C. *et al.* Perspectivas atuais de cogestão em saúde: vivências do Grupo de Trabalho de Humanização na Atenção Primária à Saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v.22, n.2, p.653-660, 2013.

BESTETTI, Maria Luisa Trindade. Ambiência: espaço físico e comportamento. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v.17, n.3, p.601-610, 2014.

BEZERRA, S. T. T. *et al.* Educação em saúde como compromisso para humanizar a atenção básica: compreensão de profissionais de enfermagem. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 9(5):7835-42, maio., 2015. Disponível em:< <http://10.5205/r euol.6121-57155-1-ED.0905201513>> acesso em 1 nov 2019.

BICALHO, Danielle Marques . **Organização do atendimento da Equipe de Saúde da Família Joaquim de Lima no município de Três Marias - MG**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva . Corinto, 2013. 44f.Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

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

BONI, Valdete; QUARESMA, Sílvia Jurema. **Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais**. Em Tese, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 68-80, jan. 2005. ISSN 1806-5023. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027/16976>>. Acesso em: 28 out. 2019.

BORGES, G. M.; CAMPOS, M. M.; SILVA, L. G. C.; **Transição da estrutura etária no Brasil: oportunidades e desafios para a sociedade nas próximas décadas**. 2016. Disponível em:<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=293322> Acesso em 25 jun 2017.

BRANDÃO, M. G. S.A. *et al.* Ultrapassando os muros da universidade: a monitoria acadêmica como ferramenta de educação em saúde. **Raízes e Rumos**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 151-159, jul./dez. 2017.

BREHMER, L. C. F. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. v.15, suppl.3, p.3569-3578, 2010. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000900032>.> Acesso em: 23 set 2019.

CALDERON, Daniela Baumgart de Liz. VERDI, Marta Inez Machado. Cogestão e processo de intervenção de apoiadores da PNH. **Interface**, Botucatu, v.18, suppl.1, p.859-870, 2014.

CAMELO, M. S. *et al.* Acolhimento na atenção primária à saúde na ótica de enfermeiros. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 463-468, 2016.

CAMPOS, G. W. S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, Campinas – SP, v.9, n.17, p.389-406, mar/ago 2005.

CAMPOS, R.G.; SILVA, V. J.; SOUZA, F. V. A Política Nacional da Humanização sob a ótica dos profissionais em Saúde. **Revista Bionorte**, v. 4, n. 1, fev. 2015.

CAMPOS, C. J. G. MÉTODO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF), v.57, n.5, p.611-4, 2004.

CARDOSO, J. R. *et al.* Gestão democrática e práticas de apoio institucional na Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.32, n.3, 13p, 2016.

CARNUT, Leonardo. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde debate [online]**.v.41, n.115, p.1177-1186, 2017. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042017111515>> Acesso em: 29 jul 2019.

CARVALHO, Gilson. A Saúde Pública no Brasil. **Estudos Avançados**, São Paulo, v.27, n.78, p. 5-22, 2013.

CASARIN, N. et al. Fórum de Humanização: potente espaço para educação permanente de trabalhadores da Atenção Básica. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n 114, p 718-728, jul-set 2017.

CASTILHO, D. R.; LEMOS, E. L. S.; GOMES, V. L. B. Crise do capital e desmonte da Seguridade Social: desafios (im)postos ao Serviço Social. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 130, p. 447-466, set./dez. 2017.

CASTRO, T. G.; ABS, D.; SARRIERA, J. C. Análise de Conteúdo em Pesquisas de Psicologia. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 31, n.4, p. 814-825, 2011.

CAVALCANTI, P. C. S.; NETO, A. V. O.; SOUSA, M. F. Quais são os desafios para a qualificação da Atenção Básica na visão dos gestores municipais? **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.323-336, abr-jun 2015.

CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasi. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p.7-27, 2008.

COSTA, P. C. P. *et al.* Acolhimento e cuidado de enfermagem: um estudo fenomenológico. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n.1, 2016. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004550014>> Acesso em 1 ago 2019.

COTTA, R. M.M. *et al.* Debates atuais em humanização e saúde: quem somos nós? **Ciênc. saúde coletiva [online]**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.171-179, 2013. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232013000100018&script=sci_abstract&tIng=es> Acesso em: 20 set. 2017.

COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. M. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde debate [online]**, vol.39, n.105, p.514-524, 2015.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Método Paidéia para cogestão de coletivos organizados para o trabalho. **ORG & DEMO**, Marília, v.11, n.1, p. 31-46, jan./jun., 2010.

CUNHA, Larissa Santana; NOBRE, Maria Teresa Lisboa; "Saúde, Atenção Básica e Humanização: Práticas Humanizadas no Cotidiano de Trabalho de Agentes Comunitários de Saúde", p. 332 . In: **Anais do Congresso Internacional de Humanidades & Humanização em Saúde [= Blucher Medical Proceedings, vol.1, num.2]**. São Paulo: Blucher, 2014.

DATASUS. **Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos Notas Técnicas** . Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/hiperdia/cnv/hddescr.htm>
Acesso em 04 nov 2019.

DIAS, V. P; SILVEIRA, D. T.; WITT, R. R. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 221-227, abr./jun. 2009.

DIONÍSIO, Bianca Waylla Ribeiro. **Escuta e Acolhe, Cuidar do Outro Faz Bem?: Reorganizando o Acolhimento da Demanda Espontânea em Um Centro de Saúde da Família**. Projeto de Intervenção submetido ao Programa de Pós-Graduação lato sensu Universidade Estadual Vale do Acaraú(UVA)- Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Sobral, 2017.

DOWBOR, Monika. Sergio Arouca, construtor de instituições e inovador democrático. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n.4, p.1431-1438, 2019.

DORICCI, G. C. *et al.* Programa Articuladores da Atenção Básica: construindo humanização através do diálogo. **Physis** [online], Rio de Janeiro, v.26, n.4, pp.1271-1292, 2016. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n4/1809-4481-physis-26-04-01271.pdf>> Acesso em: 20 set. 2017.

DUARTE, Rosália. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar**, Curitiba, n. 24, p. 213-225, 2004.

FARIA, Shirley Cristianne Ramalho Bueno de. **Modos de acolher: a humanização em foco na atenção básica de saúde**. 2013. 155 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina, Fortaleza, 2013.

FERTONANI, H. P., *et al.* Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n.6, pp.1869-1878, 2015.

FERREIRA NETO, J. L.; KIND, L. Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde. **Physis** [online], v.20, n.4, p.1119-1142, 2010.

FLCK, Uwe. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Tradução de Roberto Cataldo Costa; consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição Dirceu da Silva. Porto Alegre: Artmed, 2009, 164p.

FORTUNA, C. M. *et al.* O acolhimento como analisador das relações entre os profissionais, gestores e usuários. **Rev Esc Enferm USP** , v. 51, n. esp., 2017.

- FRACOLLI, L. A. *et al.* Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Rev Esc Enferm USP**; v. 45, n.5, pp. 1135-41, 2011.
- FRACOLLI, L. A.; CASTRO, D. F. A. Competência do enfermeiro na Atenção Básica: em foco a humanização do processo de trabalho. **Mundo da Saúde**, São Paulo, v.36, n.3, pp.427-432, 2012.
- FREIRE, L. A. M. *et al.* O acolhimento sob a ótica de profissionais da equipe de Saúde da Família. **Reme**, Belo Horizonte, v. 12, n. 2, p. 271-277, 2008.
- FREITAS, F. D. *et al.* Ambiente e humanização: retomada do discurso de Nightingale na política nacional de humanização. **Esc. Anna Nery**, v.17, n.4, p.654-660, 2013.
- FREITAS, F. D. S.; FERREIRA, M. A. Saberes de estudantes de enfermagem sobre a humanização. **Rev Bras Enferm** [Internet], Rio de Janeiro, v.69, n.2, p. 282-289, 2016. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n2/0034-7167-reben-69-02-0282.pdf>> Acesso em: 19 set. 2017.
- GALAVOTE, Heletícia Scabelo. A gestão do trabalho na estratégia saúde da família do trabalho em saúde. **Saude soc.** v.25, n.4, p.988-1002, 2016.
- GALLIAN, D.C. A (re) humanização da medicina. **Psiquiatria na Prática Médica**, p. 5-8. 2000. Disponível em: <<http://www2.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/especial02a.htm>> Acesso em: 19 ago. 2017.
- GARCIA, A. C. P. *et al.* Ambiência na Estratégia Saúde da Família. **Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade. Ciência & Tecnologia**, v.3, n.2, p. 36 – 41, 2015.
- GARCIA, A. V. *et al.* O Grupo de Trabalho de Humanização e a humanização da assistência hospitalar: percepção de usuários, profissionais e gestores. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 811-834, 2010.
- GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro, LTC, 2008. 323p.
- GELINSKI, C. R. O. G. A questão da corresponsabilidade prevista na Estratégia Saúde da Família. **Política Sociedade**, v. 10, n. 19, p. 97 -2014, 2011.
- GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de Pesquisa**. Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil –UAB/UFRGS e SEAD/UFRGS. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009, 120p.
- GONDIM, A. P. S.; ANDRADE, J. T. Cuidado humanizado na atenção primária à saúde: demanda por serviços e atuação profissional na rede de atenção primária à saúde- Fortaleza – Ceará, Brasil. **Rev Port Saude Pública**, v.32, n.1, pp.61–68, 2014.
- GOYA, A. C. A. ; SILVA, G. M. ; RASERA, E. F. **Entre a proposta e o cotidiano da prática: sentidos de acolhimento para psicólogos que atuam nos serviços públicos de saúde**. In: IV Simpósio de Saúde Coletiva e Mental, 2008, Belo Horizonte. IV Simpósio de Saúde Coletiva e Mental. Belo Horizonte: Projeto Prisma - UFMG, 2008

- GUERRERO, P. *et al.* O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. **Texto contexto enferm**, v.22, n.1, p.132-140, 2013. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000100016>.> Acesso em 27 ago 2019.
- GRANJA, G. F.; ZOBOLI, E. L. C. P. Humanização da Atenção Primária à Saúde: Gestão em redes e governança local. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n.3, pp. 494-501, 2012.
- JUNGES, J. R. *et al.* O discurso dos profissionais sobre a demanda e a humanização . **Saude soc.** [online], vol.21, n.3, pp.686-697, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000300014>> Acesso em 07 abr 2018.
- JUNGES, J. R.; BARBIANI, R. Repensando a Humanização do Sistema Único de Saúde à luz das Redes de Atenção à Saúde. **Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 397-406, 2012.
- KALICHMAN, A. O.; AYRES, J. R. C. M. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. **Cad. Saúde Pública** [online], v. 32, n. 8, 2-15. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00183415> Acesso em 12 jul 2018.
- LANZONI,G. M. M.; MEIRELLES, B. H. S.; CUMMINGS, G. Práticas de liderança do enfermeiro na Atenção Básica à Saúde: uma teoria fundamentada nos dados. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 4, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004190015> Acesso em 28 out 2019.
- LAVRAS, Carmen. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.
- LEITE, R. S. *et al.* Estratégia Saúde da Família versus centro de saúde: modalidades de serviços na percepção do usuário . **Cad. Saúde Colet.** Rio de Janeiro, v. 24, n.3, p. 323-329, 2016.
- LIMA, Conceição. **Apoio Padeia**. RedeHumanizaSUS, Maceió – AL, 05 mar. 2014. Disponível: <<http://redehumanizasus.net/81135-apoio-paideia/>> Acesso em 19 ago. 2017.
- LIMA, L. L.; MOREIRA, T. M. M.; JORGE, M. S. B. Produção do cuidado a pessoas com hipertensão arterial: acolhimento, vínculo e corresponsabilização. **Rev. bras. enferm.** [online], v. 66, n. 4, p. 514-522, 2013. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000400008> Acesso em 25 out 2019.
- LOPES, A. S. *et al.* O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. **Saúde debate** [online], Rio de Janeiro, v.39, n.104, 2015 , pp.114-123. Disponível em< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042015000100114&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em 20 set.2017.
- MACHADO, E. P.; HADDAD, J. G. V.; ZOBOLI, E. L. C. P. A comunicação como tecnologia leve para humanizar a relação enfermeiro-usuário na Atenção Básica. **Revista Bioethicos**, Centro Universitário São Camilo, v. 4, n. 4, p. 447-452, 2010.

MACHADO, T. S.; COUTINHO, S. K. F.; ALBUQUERQUE, A. P. Clínica ampliada como dispositivo de trabalho no NASF de Parnaíba. **SANARE**, v.14 - Suplemento 1 - COPISP – 2015.

MAFFACCIOLLI, R.; LOPES, M. J. Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre: usos e modos de intervenção terapêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, supl. 1, p. 973-982, 2011.

MALTA, D. C. *et al.* A cobertura da estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.2, p.327-338, 2016.

MARIN, M. J.S.; STORNILO, L. V.; MORAVICK, M. Y. A humanização do cuidado na ótica das equipes da estratégia de saúde da família de um município do interior paulista, Brasil. **Revista Latino Americ Enferm**, v. 18, n. 4, p. 763 – 9, 2010.

MARTINS, C.P.; LUZIO, C. A. Política HumanizaSUS: ancorar um navio no espaço. **Interface**, Botucatu, v.21, n.60, p.13-22, 2017.

MARTINS, A. L. X. **O Agente Comunitário de Saúde e a promoção da saúde: uma revisão de literatura sobre a centralidade do seu trabalho na Atenção Básica de Saúde**. Dissertação de Mestrado, Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Fundação Oswaldo Cruz, 2014.

MATTA, G. C; MOROSINI, M. V. G. **Atenção Primária à Saúde**. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>> Acesso em: 15 jul 2017.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: **Abrasco**. p. 43-68, 2009.

MAYNART, W. H. C.; ALBUQUERQUE, M. C. S.; BREDA, M. Z.; JORGE, J. S. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. **Acta paul. enferm.** [online]. 2014, v.27, n.4, p.300-304, 2014. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400051>> Acesso em 3 nov 2019.

MEDEIROS, A. C. *et al.* Integralidade e humanização na gestão do cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. 5, p. 817-82, 2016. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600015>> Acesso em 04 set 2019.

MENDES, E. V. **A Construção Social Da Atenção Primária À Saúde**. Brasília: CONASS, 2015, 193p.

MENDONÇA, M. H. M.; VASCONCELLOS, M. M.; VIANA, A. L. A. Atenção primária à saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 4-5, 2008.

MELLO, Inaiá Monteiro. **Humanização da Assistência Hospitalar no Brasil: conhecimentos básicos para estudantes e profissionais**. 2008. Disponível em:< <http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/bitstream/tede/3552/2/ANA%20MARIA%20SANTANA%20MORAIS.pdf>>. Acesso em 01 mai 2019.

MENICUCCI, Telma Marta Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.77-92, jan.-mar 2014.

MIARELI, Amanda Vaz Tostes Campos . **Trabalho multiprofissional na ESF: dificuldades ou desafios?** Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Campos Gerais, 2012. 32f.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed., São Paulo: Hucitec, 2014.

MIRANDA, G. M. D. *et al.* Desafios das políticas públicas no cenário de transição demográfica e mudanças sociais no Brasil .**Interface**, vol.21, n.61, Nov. 2016.

MIWA, M. J.; SERAPIONI, M.; VENTURA, C. A. A. A presença invisível dos conselhos locais de saúde. **Saude soc.** [online], v.26, n.2, p.411-423, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017170049> Acesso em 2 nov 2019.

MODES, P. S. S. A.; GAIVA, M. A. M. Satisfação das usuárias quanto à atenção prestada à criança pela Rede Básica De Saúde. **Escola Anna Nery**, v. 17, n. 3, p. 455 – 46, jul – set 2013.

MORAIS, A. M. S. **A Humanização na área da saúde: uma proposta reflexiva para o Serviço Social**. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Serviço Social, Goiânia, 2016.

MORSCHER, A; BARROS, E. B. Processos de trabalho na saúde pública: humanização e efetivação do Sistema Único de Saúde **Saúde Soc.** São Paulo, v.23, n.3, p.928-941, 2014.

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**, v.12, n1, 2013.

NOGUEIRA, A. L. G. *et al.* Pistas para potencializar grupos na Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras Enferm** [Internet], v.69, n. 5, p.964-71, 2016. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0102> Acesso em: 04 nov 2019.

NORA, C. R. D.; JUNGES, J. R. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. **Rev Saúde Pública**, v.47, n,6, p.1186-200, 2013.

NUNES, J. M.; OLIVEIRA, E. N.; VIEIRA, N. F. C. Grupo de mulheres na comunidade: (re)construindo saberes em saúde. **Cad. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 253-9, 2013.

OLIVEIRA B. R. G.; COLLET N.; VIEIR A C. S. A humanização da assistência à saúde. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 277-284, mar/abr 2006.

OLIVEIRA, C. L. **Um apanhado teórico-conceitual sobre a pesquisa qualitativa: tipos, técnicas e características**. Educação, Cultura, Linguagem e Arte. Disponível em:< https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwj2IyE37_1AhV0D7kGHYADBEgQFjAAegQIAxAC&url=http%3A%2F%2Fe-

revista.unioeste.br/2Findex.php%2Ftravessias%2Farticle%2Fdownload%2F3122%2F2459&usg=AOvVaw14kOQ10NDFpxWt274AYEV3> Acesso em: 14 abr 2017.

OLIVEIRA, Iolanda Aguiar e. **Reflexões sobre a filosofia Humanista como fundamento da Psicoterapia Humanista**. Disponível em:< http://institutohumanista.com.br/artigo_iolanda.pdf>. Acesso em 10 jun 2017.

OLIVEIRA; M. A. C.; PEREIRA, I. P. Atributos essenciais da atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, 66(esp), p.158-64, 2013.

OMS. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. URSS, 1978. Disponível em:< <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>> Acesso em 03 jun 2017.

PAIVA, C. H. A; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde. **Hist. cienc. saude-Manguinhos** [online], v.21, n.1, pp.15-36, 2014. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>>. Acesso em: 26 out 2019.

PAIVA, C. H; Assunção; TEIXEIRA, L A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.15-35. jan.-mar. 2014.

PEDROSA, I. C. F.; CORRÊA, A. C. P.; MANDÚ, E. N. T. Influências da infraestrutura de Centros de Saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. **Cienc Cuid Saude**, v. 10, n. 1, p. 058-065, jan – mar2011. Disponível em:< <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v10i1.13288>> Acesso em: 11 jul 2019.

PENEDO, R. M.; GONÇALO, C. S.; QUELUZ, D. P. Gestão compartilhada: percepções de profissionais no contexto de Saúde da Família. **Interface**, v. 23, n. 16, Jan 2019. Disponível: <https://doi.org/10.1590/Interface.170451> Acesso em: 13 set 2019.

PERUZZO, H. H. *et al*. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. **Esc. Anna Nery** [online], v.22, n.4, 2012. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0372>> Acesso em 4 de nov 2019.

PESSINE, Leo. Humanização na Atenção Primária à Saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n.3, p.395-396, 2012.

PINHEIRO, L. R. S.; MONTEIRO, J. K. Refletindo sobre desemprego e agravos à saúde mental. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 10, n. 2, pp. 35-45, 2007.

PINTO, A. A. M.; FRACOLLI, L. A. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da promoção da saúde: considerações praxicas. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v. 12, n. 14, p. 766-9, 2010. Disponível em:< <https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/pdf/v12n4a24.pdf>> Acesso em 04 nov 2019.

POLIT; B. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7ª ed., Porto Alegre, Artmed, 2011.

PONTE, Débora Cardoso Ferreira da. **Política de Humanização na Estratégia Saúde da Família: caso de uma unidade de saúde no município de Fortaleza – CE**. Dissertação Mestrado Acadêmico, Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Fortaleza, 2014.

PRADO, Flávio Araújo. **ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO/CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E VULNERABILIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: uma proposta analítica sob a perspectiva da melhoria do acesso e da qualidade**. 2016. 148 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Estadual Vale do Acaraú/ Centro de Ciências da Saúde, Sobral, 2016.

RAMOS, M. A. R. *et al.* Acolhimento com Classificação de Risco: Avaliação de Serviços Hospitalares de Emergência. **Esc. Anna Nery** [online], v.19, n.3, p.491-497, 2015. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150065> > Acesso em 30 out 2019.

RAUPP, F. M., & BEUREN, I. M. **Metodologia da pesquisa aplicável às Ciências Sociais**. In I. M. Beuren (Ed.), Como Elaborar Trabalhos Monográficos em Contabilidade: Teoria e Prática (3rd ed., pp. 76-97). São Paulo: Atlas. 2006.

REIS, A. A. C *et al.* Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. especial, p. 122-135, dez. 2016.

REIS-BORGES, G. C.; NACIMENTO, E. N.; BORGES, D. M. Impacto da Política Nacional de Humanização na Estratégia Saúde da Família e na Rede de Saúde. **Distúrb Comun**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 194-200, março, 2018

REIS- BORGES, G. C.; NASCIMENTO, E. N.; BORGES, D. M. Impacto da Política Nacional de Humanização na Estratégia Saúde da Família e na Rede de Saúde. **Distúrb Comun**, São Paulo, v. 30, n.1, pp. 194-200, março, 2018.

RIBEIRO, Fatima Aparecida. **Atenção Primária (APS) e Sistema de Saúde no Brasil: uma perspectiva histórica**. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007, 325p.

RIQUINHO, Deise Lisboa *et al.* O cotidiano de trabalho do Agente Comunitário de Saúde: entre a dificuldade e a potência. **Trab. educ. saúde** [online], v.16, n.1, p.163-182, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00086>. Acesso em 28 out 2019.

RIBEIRO, J. P. Acessibilidade e ambiência na Atenção Básica à Saúde do estado de Goiás. 2014. 113 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014
RIOS, Isabel Cristina. Humanização: a Essência da Ação Técnica e Ética nas Práticas de Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.33, n.2, pp. 253–261, 2009.

ROCHA, A. C. D. *et al.* Atenção Básica à Saúde: avaliação de estrutura e processo. **RAS**, São Paulo, v. 14, n. 54, abr./jun. 2012.

SANTOS, Marta Alves. Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos. **Revista Katályses**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 233-240, jul./dez. 2013.

SANTOS, I. M. V.; SANTOS, S. A. M. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. **Revista Saude Publica**, v. 13, n. 4, p. 703-716, 2011.

Disponível em:<

https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsap/v13n4/v13n4a15.pdf> Acesso em 30 ago 2019.

SANTOS, F. A. A. S. *et al.* Fatores que influenciam na qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde. **Acta Paul. Enferm.** São Paulo, v. 29, n. 2, p. 191-197, 2016.

SANTOS FILHO, S_B.; BARROS, E. B.; GOMES, R. S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface** (Botucatu) [online], vol.13, suppl.1, p.603-613, 2009. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500012> Acesso em 03 nov 2019.

SCARDOELLI, M. G. C.; WAIDMAN, M. A. P. Grupo de artesanato: espaço favorável a promoção da saúde mental. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 291-29, 2011.

SHINKAY, H. *et al.* Roda do quarteirão: conhecimento, reflexão e diálogo na saúde - relato de experiência. **An Congr Bras Med Fam Comunidade**. Belém, 2013. Disponível em: <<https://www.cmfc.org.br/brasileiro/article/view/940/932>> Acesso em 26 out 2019.

SHOLZE, A. S.; JÚNIOR, C. F. D.; SILVA, Y. F. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, n.31, p.303-14, out./dez. 2009.

SILVA, T. F.; ROMANO, V. F. Sobre o acolhimento: discurso e prática em Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro. **Saúde Debate**- Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.363-374, abr-jun 2015.

SILVA, P. M.; BARROS, K. P.; TORRES, H. Acolhimento com classificação de risco na Atenção Primária: percepção dos profissionais de enfermagem. **Rev Min Enferm.**, v. 16, n. 2, p. 225-31, 2012.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n.1, p.1325-1335, 2009.

SOBRAL. **Estação Juventude**. Disponível em: <<https://cultura.sobral.ce.gov.br/projeto/354/>>. Acesso em 21 mai 2019.

STORER, Ivania da Conceição Alves. **Política Nacional de Humanização (PNH): um estudo a partir de estudantes de medicina**. 2014. 108f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) – Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2014.

TAKAKI, M. H.; SANT'ANA, D. M. G. A empatia como essência no cuidado prestado ao cliente pela equipe de enfermagem de uma unidade básica de saúde. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 9 n. 1, p. 79-83, jan./jun. 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v9i1.1708>> Acesso em 1 nov 2019.

TONELLI, B. Q. *et al.* Rotatividade de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista da Faculdade de Odontologia**, v. 23, n.2, p.180-185, 2018.

TRAD, L. A. B.; ESPERIDÃO, M. A. Gestão participativa e corresponsabilidade em saúde: limites e possibilidades no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, supl.1, p.557-70, 2009.

VERDI, M.; FINKLER, M.; MATIAS, M. C. S. A dimensão ético-estético-política da Humanização do SUS: estudo avaliativo da formação de apoiadores de Santa Catarina (2012-2014). **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n.3, p.363-372, jul-set 2015.

VILLAS – BOAS, Maria Elisa. O direito-dever de sigilo na proteção ao paciente. **Revista bioética**, v. 23, n. 3, p. 513-23, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015233088>> Acesso em 13 jul. 2019.

ZAMBELLO, *et al.* **Metodologia da pesquisa e do trabalho científico**. Penápolis: FUNEPE, 2018, 96p.

ZANELLI, José Carlos. Pesquisa qualitativa em estudos da gestão de pessoas. **Estudos de Psicologia**, v,7, Número Especial, p. 79-88, 2002.

ZANFOLIM, L. C.; BURIOLA, A. A. Ações dos Agentes Comunitários de Saúde e sua Confluência com a Política Nacional de Humanização: uma revisão integrativa. **Colloquium Vitae**, v. 4, n. Especial, jul–dez, 2012.

ZANFOLIM, L. C. *et al.* Compreensão de agentes comunitários de saúde sobre a política nacional de humanização. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 36, n3, p. 36-41, set 2015.

**APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE INFORMAÇÕES
ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

A) DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Centro de Saúde da Família _____

Iniciais: _____ Idade: _____

Profissão: _____

Possui apenas esse emprego? _____

Vínculo empregatício: _____

Faixa salarial: _____

Tempo de profissão _____ Sexo: ()M ()F

Tempo de trabalho neste CSF: _____

B) ENTREVISTA

1. O que você conhece sobre a Política Nacional de Humanização para a Atenção Básica?

2. Quais ações são desenvolvidas na sua equipe que tem forte relação com a humanização no atendimento a população?

3. Quais as dificuldades no seu processo de trabalho que impedem que as ações propostas pela Política Nacional de Humanização sejam desenvolvidas?

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO DE ASPECTOS/CARACTERÍSTICAS DA
HUMANIZAÇÃO NA ESF SOBRAL

CSF:	
CATEGORIA PROFISSIONAL () ENFERMEIRO () ACS	
Prestígio ao texto da PNH (Como os profissionais definem e argumentam seus conhecimentos sobre a Política.	
Presença de termos enaltecidos pela PNH (Acolhimento, Grupos de Trabalho em Humanização, Clínica ampliada, Cogestão, Gestão Participativa, Apoio Institucional, etc).	
Acolhimento às demandas diversas (pacientes, funcionários e pesquisadores).	
Gestão e equipe (participação dos funcionários nas tomadas de decisões).	
Usuários, funcionários e gestão (espaços oportunizados para a gestão participativa e a produção de sujeitos na saúde).	
Ambiência (acessível para usuários com limitações físicas).	
Ambiência (disponibilidade de espaços adequados às ações realizadas no CSF e às necessidades do território).	

APÊNDICE C TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Caro (a) participante,

Sou aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará e estou desenvolvendo uma pesquisa científica sobre as práticas em humanização na Atenção Primária à Saúde, sob a orientação da Profa. Dra. Roberta Cavalcante Muniz Lira. Os objetivos dessa pesquisa são analisar se a Política Nacional de Humanização tem sido efetivada na Estratégia Saúde da Família em Sobral – CE, assim como verificar o conhecimento dos profissionais a respeito dessa política, identificar as ações em humanização na Estratégia Saúde da Família em Sobral- CE e compreender as dificuldades que impedem essas práticas no cotidiano. Nesse sentido, você está sendo convidado (a) a participar voluntariamente dessa pesquisa aceitando responder a uma entrevista semiestruturada.

Os dados serão apresentados na Universidade Federal do Ceará, respeitando o caráter confidencial das identidades. Será garantido que sua participação ficará no anonimato e não será divulgado o seu nome. Você tem o direito de não participar dessa pesquisa, se assim o desejar. Os riscos são o possível desconforto ou receio em conversar sobre as dimensões subjetivas do trabalho em saúde, mas seria importante sua participação, visto que você faz parte das pessoas que direta/indiretamente estão envolvidas nesse processo. Esse trabalho subsidiará o gerenciamento do cuidado em relação à humanização na saúde, auxiliará na tomada de decisão e desencadeará o desenvolvimento de ações de educação permanente voltada a essa temática.

Serão respeitados os aspectos éticos e legais que envolvem pesquisas com seres humanos, conforme a Resolução N° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde – MS (BRASIL, 2012b). Aceitando participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda a liberdade para retirar seu consentimento a qualquer momento. Reforçamos que sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento científico. Sua participação não lhe trará riscos à saúde, nem mesmo risco de receber advertência por ter participado ou não. Tudo ocorrerá em sigilo.

Em caso de dúvidas, procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, situado à Av. Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150, Bairro Derby, Sobral-CE, CEP 62041-040, Derby – Sobral/Ceará, telefone: (88) 3677-4255 ou a pesquisadora Maria do Socorro Moreira de Araújo na Rua José da Mota e Silva, 280, Junco- Sobral/Ceará, telefone: (88)988748898.

Atenciosamente,

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura da Orientadora

Termo de Consentimento Pós-informado

Declaro que tomei conhecimento do estudo cujo título é “As práticas humanizadoras na Estratégia Saúde da Família – Sobral-CE”, realizado pela pesquisadora Maria do Socorro Moreira de Araujo, sob a orientação da Profa. Dra. Roberta Cavalcante Muniz Lira, compreendi seus propósitos e concordo em participar da pesquisa, não me opondo a responder as perguntas da entrevista, e também que em qualquer momento da pesquisa posso tirar meu consentimento em participar da mesma.

Sobral, _____ de _____ de 201_.

Assinatura do Sujeito

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura da Orientador

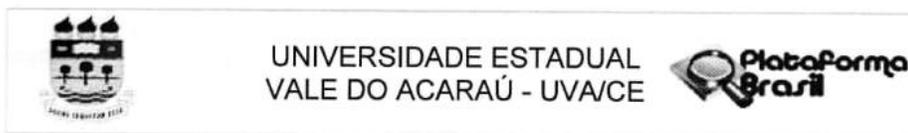
ANEXO C- DISTRIBUIÇÃO DOS DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DAS PRODUÇÕES CIENTÍFICAS ACERCA DA HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO PERÍODO DE 2012 A 2017 PRODUZIDAS PELOS ACADÊMICOS DAS UNIVERSIDADES DE SOBRAL -CEARÁ, 2018.

Instituições	Título	Autor	Ano	Curso	Objetivo	Metodologia	Resultados
Universidade Estadual Vale do Acaraú- UVA	ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO/CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E VULNERABILIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: uma proposta analítica sob a perspectiva da melhoria do acesso e da qualidade	PRADO, Flávio Araújo	2016	Mestrado Profissional em Saúde da Família	- Analisar o processo de Acolhimento na Atenção Primária à Saúde no município de Forquilha, Ceará, tendo como base os dados da Avaliação Externa dos Ciclos I e II do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica(PMAQ-AB).	Estudo analítico e exploratório, de abordagem quantitativa a partir de um recorte no instrumento de avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica do Ministério da Saúde.	- O protocolo considera queixas frequentes, problemas por ciclo de vida e captação precoce de gestantes. - Há agendamento de consultas que não são possíveis de ser realizadas no dia e que não caracterizam uma urgência. Os usuários sentem-se satisfeitos com o acolhimento. - As gestantes usuárias reconhecem o serviço como local para recebimento das queixas em urgência
Universidade Federal do Ceará – UFC	Modos de acolher: a humanização em foco na atenção básica de saúde	<u>FARIA, Shirley</u> <u>Cristianne Ramalho</u> <u>Bueno de</u>	2013	Medicina	- Caracterizar a prática do acolhimento desenvolvida por profissionais da Estratégia de Saúde da Família em unidade da	Investigação de abordagem qualitativa, utilizando técnicas de entrevista	- O acolhimento é essencial à prática do serviço em saúde; tendo como princípio a organização do serviço e que o processo de construção da Política

					Atenção Básica de Saúde da Secretaria Executiva Regional V, município de Fortaleza-Ce.	semiestruturada e observação em cinco unidades básicas em Fortaleza – Ce, incluindo 24 profissionais.	Nacional de Humanização encontra-se em seu ponto inicial, necessitando, pois, ser resgatada e reconhecida como propulsora do Sistema Único de Saúde e articuladora de uma prática que provoque mudanças significativas dos serviços de saúde, de modo sistemático e permanente.
Centro Universitário INTA-UNINTA	Equipe de enfermagem e o parto humanizado: revisão bibliográfica	AQUINO, Lyvia Evelyn Calani de	2012	Enfermagem	- Evidenciar as produções científicas publicadas nos últimos cinco anos a cerca da atuação do profissional enfermeiro no parto humanizado.	Revisão bibliográfica de abordagem qualitativa	- Os estudos são insuficientes ou possuem base empírica, sendo necessário aprofundamento em pesquisas que evidenciam o trabalho do enfermeiro no processo do parto humanizado.
Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia-EFSFVS	Escuta e Acolhe, Cuidar do Outro Faz Bem?: Reorganizando o Acolhimento da Demanda Espontânea em Um Centro de Saúde da Família	DIONÍSIO, Bianca Waylla Ribeiro	2016	Residência Multiprofissional em Saúde da Família	- Reorganizar o acolhimento da demanda espontânea de um Centro de Saúde da Família de Sobral – CE a partir da reflexão e problematização dos processos de trabalho.	Pesquisa intervenção de abordagem qualitativa	- Percebeu-se a ressignificação das atitudes dos profissionais e em equipe.

Sistema Integrado de Comissão Científica-SICC	Escuta e Acolhe, Cuidar do Outro Faz Bem?: Reorganizando o Acolhimento da Demanda Espontânea em Um Centro de Saúde da Família	DIONÍSIO, Bianca Waylla Ribeiro	2016	Residência Multiprofissional em Saúde da Família	-	-	-
SANARE-Revista de Políticas Públicas	Humanização do parto a partir de métodos não farmacológicos para o alívio da dor: relato de experiência	ALVES, Cleidiane da Conceição; CAVALCANTE, Maria Michelle Bispo; SAMPAIO, Ana Claudia Costa de; ARAGÃO, Heliandra Linhares ; OLIVEIRA Eliany Nazaré; TEIXEIRA, Manoel Alves.	2015	Enfermagem	- Relatar a experiência vivenciada durante ações de humanização do trabalho de parto e parto por meio de métodos não farmacológicos, realizadas durante a monitoria em serviço do Programa de Educação pelo Trabalho- PET Saúde- Rede Cegonha da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA.	Relato de caso.	- O trabalho de parto humanizado vai além de técnicas e exige da equipe enfermagem preparação para desempenhar sua assistência de forma holística e com postura ética, pois, além do alívio da dor, a mulher possui diversas outras necessidades como privacidade, suporte psicológico e autonomia.
Revista Formar Interdisciplinar	-	-	-	-	-	-	-

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AS PRÁTICAS HUMANIZADORAS DESENVOLVIDAS EM RESPOSTA ÀS DEMANDAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE SOBRAL

Pesquisador: MARIA DO SOCORRO MOREIRA DE ARAUJO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 88487918.1.0000.5053

Instituição Proponente: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.796.570

Apresentação do Projeto:

Projeto de Dissertação do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará. Neste estudo, o objetivo é conhecer se a Política Nacional de Humanização tem sido efetivada na Estratégia Saúde da Família em Sobral – CE. Foram selecionados 8 Centros de Saúde da Família de Sobral para o estudo, sendo destas 6 da sede e 2 dos distritos. A escolha dos CSF a serem estudados foi por sorteio, onde todas as unidades estavam concorrendo e os participantes da pesquisa serão os enfermeiros e os agentes comunitários de saúde. Será utilizada a entrevista semi-estruturada para a coleta de dados e para analisá-los, lançar-se-á mão da técnica de Análise de Conteúdo.

Objetivo da Pesquisa:

Projeto de Dissertação do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará. Neste estudo, o objetivo é conhecer se a Política Nacional de Humanização tem sido efetivada na Estratégia Saúde da Família em Sobral – CE. Foram selecionados 8 Centros de Saúde da Família de Sobral para o estudo, sendo destas 6 da sede e 2 dos distritos. A escolha dos CSF a serem estudados foi por sorteio, onde todas as unidades estavam concorrendo e os participantes da pesquisa serão os enfermeiros e os agentes comunitários de saúde. Será utilizada a entrevista semi-estruturada para a coleta de dados e para analisá-los, lançar-se-á mão da técnica de Análise de Conteúdo.

Endereço: Av Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby **CEP:** 62.041-040
UF: CE **Município:** SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** uva_comitedeetica@hotmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA/CE



Continuação do Parecer: 2.796.570

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos descritos pela pesquisadora são o possível desconforto ou receio em conversar sobre as dimensões subjetivas do trabalho em saúde. Podendo o participante se sentir receoso de expor alguma situação que não agrade a si mesmo ou aos seus colegas de trabalho. No entanto, ao fazer o convite aos participantes, a pesquisadora reforça que serão feitos todos os esclarecimentos necessários e que possam surgir, informando inclusive os benefícios dessa pesquisa de servir como base científica para os profissionais, gestores e estudantes em saúde, na perspectiva de estimular melhor condições de saúde aos usuários e trabalhadores. O benefício apontado pauta-se que esse trabalho subsidiará o gerenciamento do cuidado em relação à humanização na saúde, auxiliará na tomada de decisão e desencadeará o desenvolvimento de ações de educação permanente voltada a essa temática.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, com temática importante para a qualificação das práticas em saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Carta de anuência, folha de rosto e TCLE em conformidade. Cronograma atualizado.

Recomendações:

As recomendações realizadas em parecer anterior foram atendidas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de pesquisa não apresenta conflitos éticos. Apresentar relatório final da pesquisa a este CEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP/UVA, após apresentação e discussão do parecer pelo relator, acatou a relatoria que classifica como aprovado o protocolo de pesquisa. O(a) pesquisador(a) deverá atentar para as recomendações listadas neste parecer.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1116850.pdf	02/07/2018 17:24:21		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOPDF.pdf	02/07/2018 17:22:54	MARIA DO SOCORRO MOREIRA DE	Aceito

Endereço: Av Comandante Maurocéllo Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby **CEP:** 62.041-040
UF: CE **Município:** SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** uva_comitedeetica@hotmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA/CE



Continuação do Parecer: 2.796.570

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCL.pdf	02/07/2018 17:20:09	MARIA DO SOCORRO MOREIRA DE ARAUJO	Aceito
Outros	cartaAnuencia.pdf	25/04/2018 20:28:32	MARIA DO SOCORRO MOREIRA DE	Aceito
Outros	termoPosInformado.pdf	20/04/2018 06:56:36	MARIA DO SOCORRO MOREIRA DE	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	20/04/2018 06:43:46	MARIA DO SOCORRO MOREIRA DE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SOBRAL, 02 de Agosto de 2018

Assinado por:
Maria do Socorro Melo Carneiro
(Coordenador)

Endereço: Av Comandante Maurocêlio Rocha Ponte, 150

Bairro: Derby

CEP: 62.041-040

UF: CE

Município: SOBRAL

Telefone: (88)3677-4255

Fax: (88)3677-4242

E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com

ANEXO C – PARECER DA COMISSÃO CIENTÍFICA DA SECRETARIA DE SAÚDE DE SOBRAL



PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA

PARECER PROTOCOLO Nº 0009/2018

Declaramos ter ciência dos objetivos e metodologia do projeto de Dissertação de Mestrado em Saúde da Família vinculado à Universidade Federal do Ceará (UFC), intitulado: AS PRÁTICAS HUMANIZADORAS DESENVOLVIDAS EM RESPOSTA ÀS DEMANDAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE SOBRAL, desenvolvido pela mestrandia Maria do Socorro Moreira de Araújo sob a orientação da Prof^ª. Dr^ª. Roberta Cavalcante Muniz Lira.

Na condição de instituição co-participante do projeto supracitado e após sua apreciação, a Comissão Científica da Secretaria da Saúde de Sobral AUTORIZA a realização da coleta de dados nos Centros de Saúde da Família (CSF) dos seguintes territórios: **Jaibaras; Aprazível; Cohab II; Coelce; Alto da Brasília; Sinhá Sabóia; Junco e Alto do Cristo**, dispositivos integrante do sistema saúde escola de Sobral, mediante pactuação prévia entre a pesquisadora e a coordenação do serviço e os profissionais identificados como participantes do estudo (enfermeiros ou ACS), quanto à escolha dos melhores dias, horários e local adequado para coleta dos dados.

Ressaltamos que esta autorização NÃO desobriga os pesquisadores de solicitar anuência a cada participante do estudo, devendo estes serem convidados mediante ciência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Esta prerrogativa se baseia nas determinações éticas propostas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS/MS, as quais, enquanto instituição co-participante, nos comprometemos a cumprir.

Esta autorização fica condicionada à aprovação prévia da pesquisa supracitada por um Comitê de Ética em Pesquisa. O descumprimento desse condicionamento assegura-nos o direito de retirar esta anuência a qualquer momento da pesquisa. Ressalta-se ainda que é de responsabilidade do pesquisador encaminhar à esta Comissão Científica cópia da pesquisa no prazo máximo de 30 dias após sua conclusão como

Código de Validação: PP27261524698251F

Emitido em: Sobral, 25 de Abril de 2018, às 20:17, pelo Sistema Integrado da Comissão Científica - SICC

Este documento pode ser validado no endereço plataformasaboia.esf.sobral.ce.gov.br/sicc/apps/validacao, através das informações acima.



**PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA**

estrategia de devolucao dos achados ao sistema de saude de Sobral.

Para quaisquer dúvidas, entrar em contato com a Comissão Científica na Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia ou através do telefone 3614 - 5520.

Sobral, 26 de Março de 2018

Prof. Dra. Maristela Inês Osawa Vasconcelos
Coordenadora da Comissão Científica